

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M (P2A1) DENGAN *POST SECTIO*
CAESAREA POD 0 (6 jam) ATAS INDIKASI LETAK SUNGSANG
DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh :

ADINDA SUCI SUNDARI

KHGA22086



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

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M (P2A1) DENGAN
POST SECTIO CAESAREA POD 0 (6 jam) ATAS INDIKASI
LETAK SUNGSANG DI RUANG JADE
RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : ADINDA SUCI SUNDARI

NIM : KHGA 22086

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah 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., M.Pd.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M (P2A1) DENGAN
POST SECTIO CAESAREA POD 0 (6 jam) ATAS INDIKASI
LETAK SUNGSANG DI RUANG JADE
RSUD dr. SLAMET GARUT
NAMA : ADINDA SUCI SUNDARI
NIM : KHGA 22086

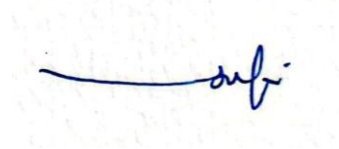
Garut, Juli 2025
Menyetujui,

Penguji I



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Penguji II



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

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Mengesahkan
Pembimbing



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

ABSTRAK

IV BAB, 114 Halaman, 10 Tabel, 2 Bagan, 6 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan keperawatan pada Ny. M (P2A1) dengan post *sectio caesarea* POD 0 (6 jam) atas indikasi letak sungsang di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.” Latar belakang penulisan adalah karena letak sungsang merupakan salah satu dari 8 besar indikasi persalinan *sectio caesarea*, menempati urutan ke-3 dengan 102 kasus. Tujuan penulis adalah memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikososial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan. Metode yang digunakan berupa studi kasus deskriptif. Hasil diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. M selama proses asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari meliputi: nyeri akut, risiko infeksi, gangguan mobilitas fisik, dan menyusui tidak efektif. Kesimpulannya, penulis mampu melaksanakan proses asuhan keperawatan secara lengkap mulai dari pengkajian hingga dokumentasi.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Maternitas; Letak Sungsang
Daftar Pustaka : 35 (2017-2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah curah kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya tulis ini adalah **“Asuhan keperawatan pada ny.M (P2A1) dengan post *sectio caesarea* POD 0 (6 jam) atas indikasi letak sungsang di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut”**. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di Kampus STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, diantaranya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd., selaku pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.

5. Kepada seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini dan mendidik penulis selama tiga tahun di STIKes Karsa Husada Garut.
6. Ny. M beserta keluarga yang telah bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Kepada Ayah Asep Sugiri, Ibu Ida Farida dan adik saya Aqila Khalifah yang selalu memberikan do'a, dukungan materi, perhatian, kasih sayang dan motivasi yang tiada henti, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, jasa kalian takkan pernah terbalaskan, semoga mereka selalu diberikan kesehatan Aamiin.
8. Kepada Shelomita Ananda Ramdani dan Triyani Suminar Dipura yang selama ini selalu memberikan dukungan motivasi, suka duka, canda dan tawa kebersamaan dalam perjuangan, terimakasih semoga sama-sama dilancarkan sampai akhir perjuangan.
9. Kepada Ai Syifa Saripah selaku sahabat penulis sejak kecil yang selalu setia menemani, mendukung dan berjanji untuk lulus bersama meskipun berada di kampus yang berbeda.
10. Teruntuk teman-teman 3B D3 Keperawatan terutama terima kasih, semoga kita bertemu kembali dengan jalan sukses masing-masing.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian karya tulis ini.

12. Dan yang tak kalah penting penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada diri sendiri Adinda Suci Sundari yang telah bertahan sejauh ini. Terima kasih sudah tetap melangkah, meski lelah. Terima kasih sudah tidak menyerah, meski sempat ingin berhenti. Terima kasih karena sudah percaya bahwa semua proses ini layak diperjuangkan.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini. Semoga kebaikan, bimbingan, dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT, Aamiin

Garut, Juli 2025

Adinda Suci Sundari

Daftar Isi

ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	ix
Daftar Bagan.....	x
Daftar Lampiran	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Metode Telaahan.....	6
D. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. Konsep Dasar	9
1. Konsep Dasar Letak Sungsang.....	9
2. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	17
3. Konsep Dasar <i>Post Partum</i>	30
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	37
1. Pengkajian	37
2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul.....	53
3. Intervensi Keperawatan.....	53
4. Implementasi	64
5. Evaluasi	64
6. Dokumentasi.....	64
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	65
A. Tinjauan Kasus	65
1. Pengkajian	65
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas	80
3. Proses Keperawatan	83
4. Catatan Perkembangan.....	95

B. Pembahasan.....	100
1. Tahap Pengkajian	101
2. Diagnosa Keperawatan.....	102
3. Perencanaan.....	107
4. Tahap Pelaksanaan	107
5. Tahap Evaluasi	109
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	111
A. Kesimpulan.....	111
B. Rekomendasi	112
Daftar Pustaka.....	114
Lampiran-lampiran	

Daftar Tabel

Tabel 1. 1 Persentase kasus Sectio Caesarea dengan berbagai indikasi.....	4
Tabel 2. 1 Analisa data	50
Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan.....	54
Tabel 3. 1 Pola aktivitas sehari-hari	73
Tabel 3. 2 Hasil laboratorium.....	77
Tabel 3. 3 Hasil laboratorium.....	77
Tabel 3. 4 Terapi medis	78
Tabel 3. 5 Analisa data	78
Tabel 3. 6 Proses keperawatan	83
Tabel 3. 7 Catatan perkembangan	95

Daftar Bagan

Bagan 2. 1 Pathway letak sungsang	14
Bagan 2. 2 Pathway <i>Sectio Caesarea</i>	25

Daftar Lampiran

- Lampiran I SAP perawatan luka
- Lampiran II Leaflet perawatan luka
- Lampiran III SAP pijat oksitosin
- Lampiran IV Leaflet pijat oksitosin
- Lampiran V Daftar riwayat hidup
- Lampiran VI Lembar bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) (2024) Angka kematian ibu sangat tinggi. Sekitar 287.000 perempuan kehilangan nyawanya selama masa kehamilan dan proses persalinan pada tahun 2020. Sekitar 95% dari total kematian ibu terjadi di negara-negara dengan pendapatan rendah dan menengah pada tahun 2020 dan sebagian besar kejadian tersebut sebenarnya dapat dihindari. Pada tahun 2020, rasio kematian ibu di negara-negara berpenghasilan rendah adalah 430 per 100.000 kelahiran hidup, sementara di negara-negara berpenghasilan tinggi angka tersebut hanya 13 per 100.000 kelahiran hidup (Rahim dkk., 2024).

Berdasarkan informasi dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2023, Angka Kematian Ibu (AKI) masih berada di angka sekitar 205 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini belum memenuhi target yang telah ditetapkan, yaitu 183 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024 dan lebih dari 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Kematian ibu terjadi akibat komplikasi dalam kehamilan, perdarahan setelah melahirkan, masalah pada masa nifas, dan penanganan yang tidak sesuai terhadap komplikasi tersebut (Ulfa dkk., 2024).

Pada tahun 2022, terdapat 59 kasus Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Garut yang menunjukkan penurunan sekitar 47,52%

dibandingkan dengan tahun 2021 yang mencatat 112 kasus. Pada tahun 2022 Angka Kematian Bayi (AKB) tercatat sebanyak 302 kasus, meningkat sebesar 25% jika dibandingkan dengan tahun 2021 yang mencatat 225 kasus (Pemdakab Garut, 2023). Pada tahun 2024 Angka Kematian Ibu (AKI) mencapai 50 orang pertahun, sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 332 bayi pertahun. Kabupaten Garut menjadi daerah kedua dengan angka AKI terbesar di Provinsi Jawa Barat, dan ketiga dengan AKB terbesar di Provinsi Jawa Barat. Tingginya angka kematian ibu dan bayi ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah komplikasi saat kehamilan dan persalinan, termasuk posisi janin yang tidak normal seperti letak sungsang (Rudiawan, 2025).

Letak sungsang merupakan salah satu posisi janin yang tidak optimal menjelang kelahiran, di mana kepala janin terletak di bagian atas rahim, sedangkan bokong atau kaki berada di bagian bawah dekat dengan jalur lahir. Posisi ini dapat menyebabkan berbagai masalah selama proses kelahiran dan mempengaruhi opsi medis yang harus dipilih oleh tenaga kesehatan. Secara statistik, posisi sungsang terjadi pada sekitar 3-4% dari kehamilan yang telah mencapai masa kehamilan penuh (Aurelia dkk., 2024).

Beberapa faktor yang berperan dalam terjadinya posisi sungsang antara lain adalah usia, kelahiran prematur, pengalaman melahirkan yang banyak, kehamilan kembar, oligohidramnion, hidrosefalus, plasenta previa, dan ukuran panggul yang sempit. Setiap situasi yang berpengaruh terhadap

proses masuknya kepala janin ke dalam panggul memainkan peran dalam terjadinya presentasi bokong (Yulianita & Rosyidah, 2025).

Di Indonesia, kejadian presentasi bokong terjadi sekitar 3-4% dari total kehamilan tunggal pada usia kehamilan yang cukup bulan (≥ 37 minggu). Estimasi posisi janin di dalam rahim adalah sebagai berikut: 96% dalam posisi kepala, 2,5-3% dalam posisi sungsang, dan 0,5% dalam posisi melintang. Ketidaksesuaian posisi janin ini terutama pada kasus sungsang dan melintang dapat meningkatkan risiko komplikasi saat persalinan. Oleh karena itu, salah satu intervensi medis yang umum digunakan untuk mengatasi situasi ini adalah persalinan melalui metode *Seccio Caesarea* (Tauhid & Purnamasari, 2022).

Persalinan dengan metode *Seccio Caesarea* (SC) adalah prosedur bedah yang memfasilitasi kelahiran bayi melalui pembukaan di dinding abdomen dan rahim, yang hanya dilaksanakan dalam situasi medis darurat seperti plasenta previa, posisi atau letak yang tidak normal pada bayi, serta alasan lain yang dapat membahayakan kehidupan ibu atau bayi (Siagian dkk., 2023).

Berdasarkan data Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2021), jumlah persalinan dengan metode *Seccio Caesarea* (SC) di Indonesia sebesar 17,6% dan tahun 2021 angka kejadian SC meningkat 19%. Berdasarkan informasi yang didapatkan di RSUD dr. Slamet Garut, informasi mengenai jumlah ibu yang menjalani operasi caesar antara bulan Januari sampai dengan April 2025 dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini.

Tabel 1. 1 Persentase kasus Sectio Caesarea dengan berbagai indikasi di RSUD dr. Slamet Garut dari bulan 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 Fetal Distress	33	4,15 %
7	SC Indikasi Plasenta Previa Marginalis	2	0,25 %
8	SC Indikasi Presentasi dagu	1	0,12 %
	Total	794	100 %

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

Berdasarkan data yang disajikan pada tabel 1.1, *Sectio Caesarea* (SC) atas indikasi letak sungsang menempati urutan ke 3 dari total 8 indikasi medis yang tercatat di RSUD selama periode Januari hingga April 2025. Tindakan SC akibat letak sungsang tercatat sebanyak 102 kasus, yang setara dengan 12,84% dari keseluruhan 794 kasus tindakan SC pada periode tersebut. Angka ini menunjukkan bahwa letak sungsang merupakan salah satu indikasi yang cukup sering menjadi pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk melakukan operasi caesar. Posisi ini berpotensi menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan pervaginam, sehingga meningkatkan risiko terhadap keselamatan ibu maupun janin. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada kasus letak sungsang dengan proses persalinan pervaginam antara lain adalah trauma lahir, seperti cedera kepala dan fraktur ekstremitas, prolaps tali pusat, serta gangguan pernapasan atau

asfiksia pada neonatus. Oleh karena itu, tindakan SC sering kali menjadi pilihan utama pada kasus letak sungsang guna menghindari risiko-risiko tersebut, terutama jika posisi janin tidak memungkinkan. Mengingat jumlah kejadian *Sectio Caesarea* yang masih tinggi ditambah komplikasi yang timbulkan berupa (kematian pada ibu dan bayi) maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan mengangkat judul **"Asuhan Keperawatan Pada Ny.M (P2A1) dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 (6 jam) Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut"**.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien post *Sectio Caesarea* atas indikasi letak sungsang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.M (P2A1) dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 (6 jam) Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny.M (P2A1) dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 (6 jam) Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

- c. Penulis mampu menetapkan intervensi pada Ny.M (P2A1) dengan *Post Sectio Caesarea POD 0* (6 jam) Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu mengimplementasikan intervensi yang telah tersusun pada Ny.M (P2A1) dengan *Post Sectio Caesarea POD 0* (6 jam) Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny.M (P2A1) dengan *Post Sectio Caesarea POD 0* (6 jam) Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.M (P2A1) dengan *Post Sectio Caesarea POD 0* (6 jam) Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaahan

Metode penulisan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah dengan menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dan pengumpulan data pada studi kasus ini meliputi :

1. Wawancara

Melakukan dialog dengan klien, anggota keluarga klien, serta tim kesehatan guna mengumpulkan data subjektif.

2. Observasi

Yaitu proses pengumpulan data yang melibatkan pengamatan fisik, perilaku, gerakan, dan aspek lainnya untuk memperoleh data yang bersifat objektif.

3. Pemeriksaan fisik

Pengumpulan data dilakukan melalui proses pemeriksaan dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perfusi.

4. Studi pustaka/dokumen

Informasi yang diperoleh dari buku status klien bersama dengan perkembangan dan sumber lainnya terkait kondisi klien, digunakan sebagai salah satu dasar dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran secara singkat dan menyeluruh dari isi penulisan karya tulis ilmiah ini, maka menulis menggunakan sistematika penulisan dengan membaginya menjadi empat bab diantaranya :

Bab I : Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penelitian serta sistematika penulisan.

Bab II : Tinjauan teoritis yang membahas tentang konsep dasar *Sectio Caesarea* dengan letak sungsang, konsep dasar post partum, dampak post *Sectio Caesarea* terhadap KDM (Kebutuhan Dasar Manusia) dan konsep dasar keperawatan, proses keperawatan.

Bab III : Tinjauan kasus yang membahas tentang asuhan keperawatan pada klien post *Sectio Caesarea* dengan indikasi letak sungsang yang meliputi

pengkajian data, analisa data, data keperawatan serta catatan perkembangan.

Pembahasan dalam bab ini menjelaskan tentang masalah yang timbul selama pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan cara memecahkan masalah yang mempunyai tahapan sesuai studi kasus.

Bab IV : Kesimpulan dan rekomendasi yang berisi tentang kesimpulan hal-hal yang mengenai apa yang telah ditulis sesuai dengan tujuan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan memberikan rekomendasi kepada kepada pihak yang bersangkutan untuk meningkatkan proses asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSKATA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Konsep Dasar Letak Sungsang

a. Definisi

Letak sungsang merupakan salah satu posisi janin yang tidak optimal menjelang kelahiran, di mana kepala janin terletak di bagian atas rahim, sedangkan bokong atau kaki berada di bagian bawah dekat dengan jalur lahir. Posisi ini dapat menyebabkan berbagai masalah selama proses kelahiran dan mempengaruhi opsi medis yang harus dipilih oleh tenaga kesehatan. Secara statistik, posisi sungsang terjadi pada sekitar 3-4% dari kehamilan yang telah mencapai masa kehamilan penuh (Aurelia dkk., 2024).

Letak sungsang merupakan kehamilan dengan letak bayi memanjang, dimana kepala janin berada di fundus dan bokong menjadi bagian terbawah janin. Kehamilan sungsang sering terjadi pada bayi preterm, namun demikian sebagian besar melakukan versi janin spontan dapat ke presentasi kepala pada usia aterm (Yulianita & Rosyidah, 2025).

Letak sungsang adalah suatu keadaan dimana posisi janin memanjang (membujur) dalam rahim dengan kepala berada pada

bagian atas rahim (fundus uteri) dan bokong berada dibagian bawah ibu (Maimunah dkk., 2025).

Berdasarkan pengertian yang sudah dipaparkan dapat disimpulkan bahwa letak sungsang adalah kehamilan dengan posisi kepala janin di fundus uteri sedangkan bokong berada dibagian bawah atau dekat jalan lahir.

b. Klasifikasi

Terdapat klasifikasi letak sungsang menurut Maimunah dkk. (2025) yaitu :

1) Letak bokong murni (*frank breech*)

Teraba bokong, kedua kaki menjungkit ke atas sampai kepala bayi, kedua kaki bertindak sebagai spalk.

2) Letak bokong kaki sempurna (*complete breech*)

Teraba bokong, kedua kaki berada di samping bokong.

3) Letak bokong tak sempurna (*incomplete breech*)

Teraba bokong, di samping bokong teraba satu kaki.

4) Letak kaki

Bila bagian terendah teraba salah satu dan kedua kaki atau lutut dan dibedakan: letak kaki (*footling breech*) bila kaki terendah, letak lutut (*kneeling breech*) bila lutut terendah.

c. Etiologi

Etiologi letak sungsang menurut Yulianita & Rosyidah, (2025) meliputi berbagai faktor yang mempengaruhi posisi janin dalam rahim, antara lain:

1) Faktor janin

Kehamilan prematur (janin masih kecil sehingga lebih mudah berubah posisi), kehamilan kembar (gemelli), dan kelainan janin seperti hidrosefalus yang mengubah bentuk kepala janin sehingga sulit masuk panggul.

2) Faktor maternal

Bentuk rahim yang tidak normal atau abnormalitas struktural rahim, panggul sempit, serta adanya plasenta previa yang menutupi jalan lahir sehingga menghambat pergerakan kepala janin ke bawah.

3) Faktor cairan ketuban

Oligohidramnion (jumlah cairan ketuban sedikit) atau hidramnion (jumlah cairan ketuban berlebih) yang mempengaruhi ruang gerak janin di dalam rahim.

4) Faktor usia dan paritas ibu

Usia ibu hamil di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun, serta ibu dengan multiparitas (sering melahirkan) memiliki risiko lebih tinggi mengalami letak sungsang. Pada multiparitas, rahim yang lebih elastis dan ruang segmen bawah yang lebih luas

memungkinkan janin lebih aktif bergerak dan berpotensi berada dalam posisi sungsang.

5) Faktor tinggi badan ibu

Tinggi badan ibu kurang dari 145 cm juga dikaitkan dengan risiko letak sungsang yang lebih tinggi, kemungkinan karena keterbatasan ruang panggul.

6) Faktor berat janin

Janin dengan berat kurang dari 2.500gram lebih sering ditemukan dalam posisi sungsang.

Secara keseluruhan, etiologi letak sungsang adalah multifaktorial, melibatkan interaksi antara kondisi janin, ibu, dan lingkungan intrauterin yang mempengaruhi kemampuan janin berputar ke posisi kepala di bawah menjelang persalinan.

d. Patofisiologi

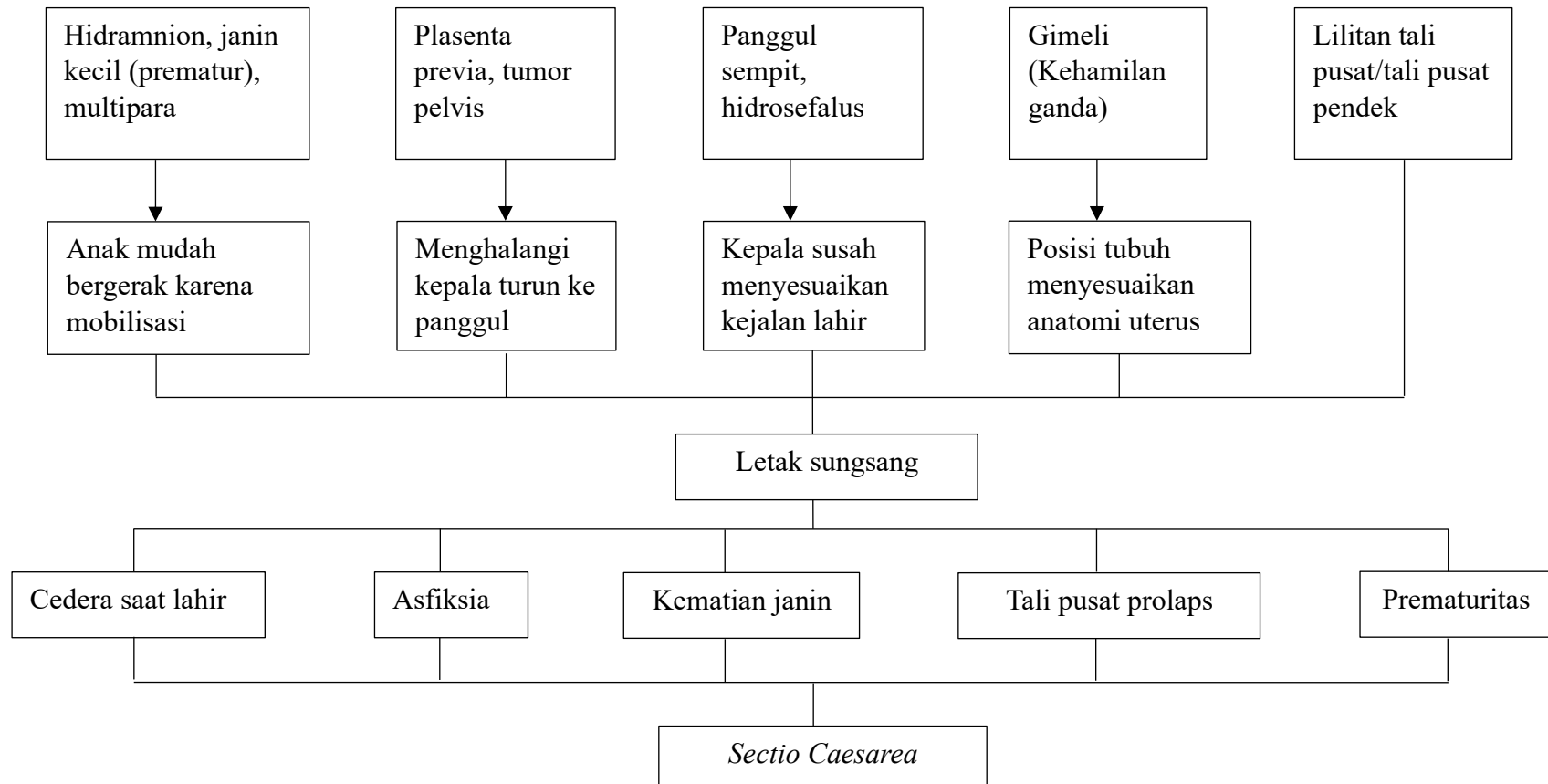
Pada letak janin dalam uterus bergantung dalam proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, Jumlah air ketuban relatif lebih banyak, Sehingga memungkinkan janin bergerak lebih leluasa dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala letak sungsang. Pada kehamilan trimester terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar dari pada kepala, Maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih

luas di fundus uteri, Sedangkan kepala diruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dapat dipahami dalam kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi (Aspiani, 2017).

e. Pathway

Bagan 2. 1

Pathway Letak Sungsang



f. Komplikasi

1) Komplikasi pada ibu

Perdarahan, robekan jalan lahir (vagina atau serviks), infeksi (*endometritis*).

2) Komplikasi pada bayi

Trias komplikasi pada bayi berupa:

- a) Asfiksia bayi disebabkan karena kemacetan persalinan kepala, aspirasi air ketuban-lendir, perdarahan atau oedema pada jaringan otak, kerusakan *medula oblongata*, kerusakan persendian tulang leher, bahkan kematian bayi.
- b) Trauma persalinan berupa dislokasi-fraktura persendian, tulang ekstremitas, kerusakan alat vital seperti lien, hati, paru-paru, jantung, dislokasi fraktura persendian tulang leher.
- c) Infeksi
(Sirait, 2022).

g. Penatalaksanaan

1) Identifikasi Posisi Janin

Melakukan pemeriksaan untuk menentukan posisi janin melalui manuver Leopold.

2) Maneuver Eksternal

Menggunakan teknik manuver eksternal untuk mencoba memutar posisi janin ke posisi kepala di bawah.

3) Posisi Ibu

Menerapkan posisi tertentu, seperti posisi *knee-chest* atau miring, untuk membantu mengubah letak bayi.

4) Pemantauan Ketat

Melakukan pemantauan yang cermat terhadap kondisi ibu dan janin selama proses penatalaksanaan.

5) Persalinan Caesar

Jika upaya untuk mengubah posisi bayi tidak berhasil atau ada risiko komplikasi, mempertimbangkan persalinan melalui operasi caesar.

6) Edukasi Ibu

Memberikan informasi yang jelas kepada ibu mengenai pilihan yang tersedia dan potensi risiko yang mungkin dihadapi.

Jika semua upaya untuk mengubah posisi bayi tidak berhasil, atau jika ada indikasi medis yang menunjukkan risiko tinggi, dokter mungkin akan merekomendasikan persalinan melalui *Sectio Caesarea*. Operasi caesar ini menjadi pilihan yang aman untuk menghindari komplikasi yang lebih besar, seperti trauma pada bayi atau masalah kesehatan bagi ibu.

2. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

a. Definisi

Sectio Caesarea merupakan teknik persalinan dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan abdomen yang dilakukan oleh dokter spesialis kandungan (Lubis dkk., 2023).

Sectio Caesarea adalah suatu tindakan pembedahan yaitu dengan cara memberikan sayatan pada dinding depan uterus untuk membantu proses persalinan (Febiantri & Machmudah, 2021).

Sectio Caesarea adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan di mana irisan dilakukan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi. Seksio Sesarea umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal memungkinkan melalui karena vagina beresiko tidak kepada komplikasi medis lainnya (Hutabarat dkk., 2023).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Putu dkk, 2020).

Dari beberapa pengertian tentang *Sectio Caesarea* yang sudah dipaparkan dapat diambil kesimpulan bahwa *Sectio Caesarea*

adalah tindakan pembedahan pada abdomen dan dinding uterus untuk membantu proses persalinan yang biasanya dilakukan jika terdapat komplikasi atau beresiko untuk melakukan persalinan pervaginam.

b. Klasifikasi

Menurut Wathina (2023) ada beberapa jenis *Sectio Caesarea*, yaitu:

1) *Sectio Caesarea transperitoneal profunda*

Merupakan suatu pembedahan dengan melakukan insisi pada segmen bawah uterus. Hampir 99% dari seluruh kasus *Sectio Caesarea* dalam praktek kedokteran dilakukan dengan menggunakan teknik ini, karena memiliki beberapa keunggulan seperti kesembuhan lebih baik, dan tidak banyak menimbulkan perlekatan. Adapun kerugiannya adalah terdapat kesulitan dalam mengeluarkan janin sehingga memungkinkan terjadinya perluasan luka insisi dan dapat menimbulkan perdarahan. Arah insisi melintang (secara Kerr) dan insisi memanjang (secara Kronig).

2) *Sectio Caesarea* klasik (*corporal*)

Merupakan insisi pada segmen atas uterus atau korpus uteri. Pembedahan ini dilakukan bila segmen bawah rahim tidak dapat dicapai dengan aman (misalnya karena perlekatan yang erat pada vesika urinaria akibat pembedahan sebelumnya atau terdapat

mioma pada segmen bawah uterus atau karsinoma serviks invasif), bayi besar dengan kelainan letak terutama jika selaput ketuban sudah pecah. Teknik ini juga memiliki beberapa kerugian yaitu, kesembuhan luka insisi relatif sulit, kemungkinan terjadinya ruptur uteri pada kehamilan berikutnya dan kemungkinan terjadinya perlekatan dengan dinding abdomen lebih besar.

3) *Sectio Caesarea* yang disertai histerektomi

Pengangkatan uterus setelah *Sectio Caesarea* karena atoni uteri yang tidak dapat diatasi dengan tindakan lain, pada uterus miomatous yang besar dan atau banyak, atau pada ruptur uteri yang tidak dapat diatasi dengan jahitan.

4) *Sectio Caesarea* vaginal

Pembedahan melalui dinding vagina anterior ke dalam rongga uterus. Jenis *sectio* ini tidak lagi digunakan dalam praktek obstetric

5) *Sectio Caesarea ekstrapéritoneal*

Sectio yang dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah, kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

c. Etiologi

Sectio Caesarea (SC) dilakukan karena berbagai alasan yang berasal dari kondisi ibu, janin, maupun faktor lain yang memengaruhi proses persalinan. Menurut Hutabarat dkk (2023), etiologi atau penyebab *Sectio Caesarea* dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1) Berasal dari Ibu

a) *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

Yaitu ukuran kepala janin terlalu besar atau panggul ibu terlalu sempit sehingga persalinan normal sulit atau tidak mungkin dilakukan.

b) Preeklampsia berat dan eklampsia

Kondisi keracunan kehamilan yang dapat membahayakan ibu dan janin sehingga perlu dilakukan *Sectio Caesarea* untuk menyelamatkan keduanya.

c) Riwayat operasi caesar sebelumnya

Terutama jika ada risiko ruptur uteri atau komplikasi lain pada kehamilan berikutnya.

d) Plasenta previa

Di mana plasenta menutupi jalan lahir sehingga persalinan normal berisiko perdarahan hebat.

e) Ketuban pecah dini (KPD)

Yang menyebabkan risiko infeksi dan komplikasi selama persalinan.

f) Gangguan perjalanan persalinan

Seperti partus lama (persalinan macet), kontraksi lemah, atau hambatan jalan lahir akibat mioma uteri, kista ovarium, atau kelainan anatomi panggul.

g) Komplikasi kehamilan lain

Seperti penyakit jantung, diabetes mellitus, solutio plasenta, dan kehamilan kembar.

h) Usia ibu <20 tahun atau >35 tahun serta paritas tinggi juga merupakan faktor predisposisi yang meningkatkan risiko SC.

2) Berasal dari Janin

a) Malpresentasi atau malposisi janin

Seperti letak sungsang, letak lintang, atau posisi muka yang tidak memungkinkan persalinan normal.

b) Gawat janin

Yaitu kondisi janin yang mengalami stres atau hipoksia sehingga perlu segera dilakukan operasi untuk menyelamatkan janin.

c) Prolapsus tali pusat

Di mana tali pusat turun terlebih dahulu ke jalan lahir dan dapat terjepit saat persalinan.

d) Janin besar (makrosomia) yang sulit melewati jalan lahir normal.

e) Kegagalan persalinan dengan alat bantu

Seperti vakum atau forceps, yang memerlukan *Sectio Caesarea* sebagai tindakan lanjutan.

3) Etiologi Non-Medis dan Faktor Predisposisi

a) Faktor permintaan pribadi ibu juga dapat menjadi alasan non-medis untuk melakukan *Sectio Caesarea*, meskipun ini relatif jarang dan tidak dianjurkan secara medis.

b) Faktor psikologis dan persepsi risiko persalinan normal juga memengaruhi keputusan *Sectio Caesarea*.

d. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis *Sectio Caesarea* menurut Barus (2024)

1) Nyeri pada Bekas Operasi

Nyeri di area luka operasi adalah manifestasi klinis utama setelah *Sectio Caesarea*. Nyeri ini dapat muncul saat pasien bergerak, terutama pada hari-hari pertama pasca operasi.

2) Kehilangan Darah

Selama prosedur operasi, terjadi kehilangan darah sekitar 600-800 ml.

3) Tanda Vital dan Keadaan Umum

Pada pemeriksaan fisik, pasien umumnya dalam keadaan sadar (composmentis) dengan tanda vital yang dipantau secara ketat seperti suhu tubuh, denyut nadi, tekanan darah, dan pernapasan. Demam ringan dapat terjadi, tetapi demam tinggi harus diwaspadai sebagai tanda infeksi.

4) Tanda-tanda Infeksi Luka Operasi

Kemerahan, pembengkakan, keluarnya cairan dari luka, dan nyeri yang bertambah merupakan tanda infeksi yang perlu segera ditangani. Risiko infeksi meningkat karena prosedur invasif dan luka operasi.

5) Gangguan Mobilitas dan Kelemahan Otot

Pasien mengalami kelemahan otot perut dan ekstremitas bawah akibat operasi dan anestesi spinal/epidural. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan kelemahan otot.

6) Gangguan Eliminasi

Pasien sering menggunakan kateter urin selama operasi dan awal pasca operasi, dengan urin yang biasanya jernih dan volume normal. Motilitas usus dapat menurun sementara, menyebabkan abdomen lunak tanpa distensi dan bising usus berkurang.

7) Keputihan (Lochia)

Aliran lochia pasca operasi biasanya sedang dan bebas bekuan, namun perlu dipantau agar tidak berlebihan atau berbau tidak sedap yang menandakan infeksi.

8) Komplikasi Potensial

Risiko trombosis vena dalam (DVT) meningkat karena imobilisasi awal. Gangguan laktasi dan nyeri payudara juga dapat terjadi akibat stres pasca operasi.

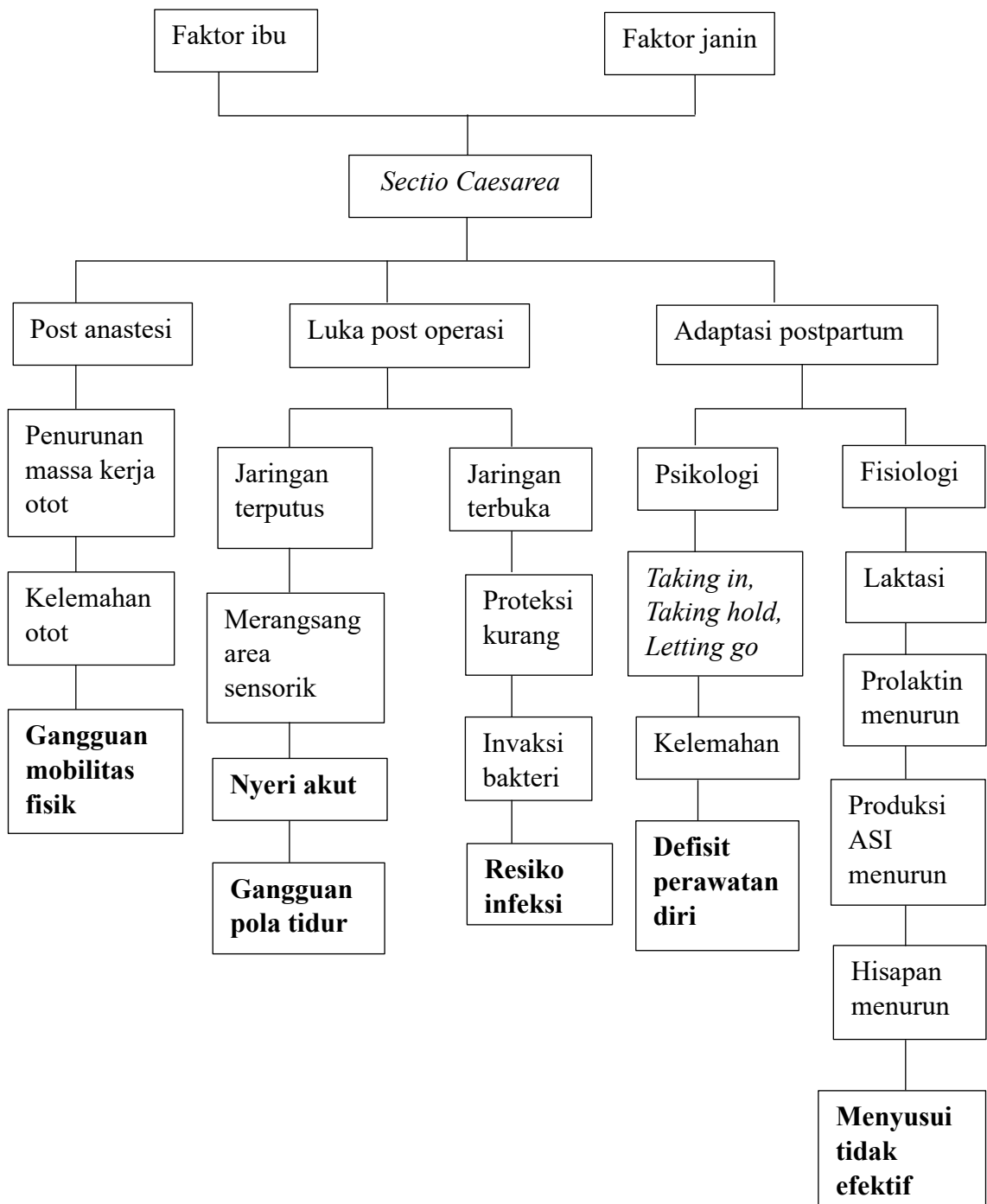
e. Patofisiologi

Sectio Caesarea adalah prosedur pembedahan untuk melahirkan bayi dengan membuat insisi pada dinding perut (laparotomi) dan uterus (histerotomi). Prosedur ini dilakukan ketika persalinan per vaginam tidak memungkinkan atau berisiko tinggi bagi ibu atau janin. Patofisiologi tindakan ini dimulai dari adanya gangguan atau kondisi patologis yang menjadi indikasi operasi, seperti *disproporsi sefalopelvik*, gawat janin, preeklampsia, *plasenta previa*, *solusio plasenta*, malpresentasi janin, atau riwayat operasi caesar sebelumnya. Kondisi-kondisi tersebut menyebabkan perubahan fisiologis yang signifikan, seperti gangguan aliran darah uteroplacenta, hipoksia janin, atau hipertensi maternal yang tidak terkontrol, sehingga tindakan operasi menjadi pilihan untuk menyelamatkan ibu dan janin (Siagian dkk., 2023).

f. Pathway

Bagan 2. 2

Pathway Sectio Caesarea



Sumber : (Siagian dkk., 2023)

g. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin timbul dalam post *Seccio Caesarea* Barus (2024):

- 1) Syok
- 2) Gangguan saluran kemih
- 3) Infeksi saluran kemih
- 4) Distensi perut
- 5) Infeksi puerperalis
- 6) Tromboflebitis, peritonitis,
- 7) Terbukanya luka operasi eviserasi

h. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Fatma & Nisa (2023), berikut pemeriksaan penunjang yang umum dilakukan:

1) Pemeriksaan Laboratorium

a) Darah Lengkap (Hb, Hematokrit, Leukosit)

Untuk menilai status anemia, kehilangan darah, dan kemungkinan infeksi pascaoperasi.

b) Golongan Darah dan tes *Crossmatch*

Untuk persiapan transfusi darah jika terjadi perdarahan berlebih atau komplikasi lain.

c) Urinalisis dan Kultur Urine

Untuk mendeteksi infeksi saluran kemih, yang umum terjadi setelah prosedur operasi dan penggunaan kateter.

d) Pemeriksaan Elektrolit

Untuk mengevaluasi keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh pascaoperasi, serta efek dari terapi intravena.

e) Tes Koagulasi

Untuk mengetahui fungsi pembekuan darah guna mengantisipasi risiko trombosis atau perdarahan pascaoperasi.

2) Pemeriksaan Radiologis dan Ultrasonografi (USG)

Untuk menilai kondisi rahim, memastikan tidak ada sisa plasenta atau perdarahan, serta mendeteksi komplikasi seperti infeksi atau ileus pascaoperasi.

3) Pemeriksaan Khusus

a) Amniosentesis

Untuk menilai kematangan paru janin.

b) Pemantauan Janin

Digunakan sebelum SC untuk memantau kesejahteraan janin, terutama pada kehamilan risiko tinggi.

4) Pemeriksaan Fisik dan Observasi Klinis

a) Pemantauan Tanda Vital

Untuk mendeteksi dini tanda-tanda syok, infeksi, perdarahan, atau komplikasi anestesi.

b) Pemeriksaan Luka Operasi

Untuk menilai penyembuhan luka, tanda-tanda infeksi, hematoma, atau dehisensi luka.

c) Pemeriksaan Abdomen dan Genetalia

Untuk mengevaluasi involusi uterus, nyeri tekan, distensi abdomen, serta kondisi perineum dan lochia.

d) Pemeriksaan Neurologis dan Mobilitas

Untuk menilai pemulihan efek anestesi, kemampuan bergerak, serta risiko komplikasi seperti *deep vein thrombosis*.

i. Penatalaksanaan

Sectio Caesarea meliputi berbagai aspek mulai dari persiapan pra operasi, tindakan selama operasi, hingga asuhan keperawatan pasca operasi untuk mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi. Menurut Saleh & Fatimah (2025), berikut penatalaksanaan *Sectio Caesarea* :

1) Pra Operasi

a) Persiapan Medis dan Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan laboratorium (darah lengkap, golongan darah, tes koagulasi), pemeriksaan janin dengan USG, dan evaluasi kondisi ibu secara menyeluruh.

b) Pemberian Anestesi

c) Persetujuan Tindakan

2) Selama Operasi

- a) Dilakukan insisi pada dinding perut dan rahim sesuai indikasi dan kondisi pasien.
- b) Pemantauan tanda vital ibu dan janin secara ketat.
- c) Pengelolaan perdarahan dan pencegahan trauma jaringan sekitar.

3) Pasca Operasi - Asuhan Keperawatan

a) Manajemen Nyeri

Mengidentifikasi tingkat nyeri dan memberikan intervensi seperti analgesik sesuai resep serta teknik non-farmakologis (misalnya distraksi, relaksasi) untuk mengurangi ketidaknyamanan pasien.

b) Pemantauan Tanda Vital dan Luka Operasi

Mengukur tekanan darah, nadi, suhu, dan laju pernapasan secara berkala untuk mendeteksi dini tanda infeksi atau komplikasi, serta memantau kondisi luka seperti adanya perdarahan, bengkak, atau kemerahan.

c) Dukungan Mobilisasi Dini

Mendorong pasien untuk bangun dari tempat tidur dan mulai bergerak sedini mungkin (sesuai kondisi) untuk mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam, konstipasi, dan pneumonia. Mobilisasi dilakukan bertahap sesuai jam pasca operasi, 0-6 jam menggerakkan kaki, 6-12

jam miring kanan dan miring kiri, 12-24 jam klien mampu berjalan kaki, >24 jam klien dapat beraktivitas normal.

d) Perawatan Luka

Menjaga kebersihan luka operasi dengan teknik aseptik, mengganti balutan sesuai jadwal, dan mengamati tanda-tanda infeksi guna mempercepat penyembuhan.

e) Edukasi Pasien

Memberikan informasi terkait perawatan luka di rumah, tanda-tanda komplikasi yang perlu diwaspadai, manajemen nyeri mandiri, serta pentingnya kontrol ulang.

f) Pencegahan Komplikasi

Menganjurkan asupan cairan dan nutrisi cukup untuk mencegah infeksi, tromboemboli, dan gangguan gastrointestinal.

3. Konsep Dasar *Post Partum*

a. Definisi

Periode *postpartum* adalah periode waktu atau masa sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Periode ini berlangsung selama 6 minggu, dan seringkali disebut sebagai masa nifas atau *puerperium* (Apriza dkk., 2020).

Masa nifas (*Puerperium*) adalah masa dimana setelah masa ini alat kandungan akan kembali seperti sebelum masa hamil yang umumnya akan terjadi dalam 6 minggu atau lebih kurang 40 hari. Masa nifas merupakan masa transisi dari masa kehamilan dengan masa pascasalin. Masa ini merupakan masa yang berhubungan dengan perubahan biologis, fisik, sosial dan emosional dan membutuhkan proses adaptasi (Rakhimah, 2024).

Masa nifas atau disebut dengan *puerperium* adalah masa yang dibutuhkan untuk pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil yang dimulai setelah persalinan dan berlangsung selama 6-8 minggu (Apriza dkk., 2020).

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa masa nifas atau *postpartum* merupakan fase setelah bayi lahir sampai pulihnya alat reproduksi kembali ke keadaan sebelum hamil selama 6-8 minggu.

b. Patofisiologi

Pada *post partum* akan terjadi perubahan fisiologis dan psikologis, pada perubahan fisiologis terjadi proses involusi menyebabkan terjadi peningkatan kadar oksitosin, peningkatan kontraksi uterus sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut. Perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara, laktasi dipengaruhi oleh hormon estrogen dan peningkatan prolaktin sehingga terjadi pembekuan ASI tetapi terkadang terjadi

juga aliran darah dipayudara maka akan terjadi bengkak dan penyempitan pada *ductus intiverus*, sehingga ASI tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif, pada perubahan psikologis akan muncul *taking in* (ketergantungan), *taking hold* (ketergantungan kemandirian), *taking in* (kemandirian) (Rakhimah, 2024).

c. Tanda dan Bahaya *Post Partum*

Berikut adalah tanda-tanda bahaya masa nifas yang perlu diwaspadai setelah melahirkan, berdasarkan Yani (2024) :

1) Perdarahan Berlebihan

Perdarahan pasca persalinan biasanya terjadi dalam 24 jam pertama, tetapi dapat berlanjut hingga 12 minggu setelahnya. Perdarahan berlebihan dapat disebabkan oleh atonia uteri (otot rahim tidak berkontraksi normal), infeksi, trauma rahim, atau masalah pembekuan darah.

2) Demam Tinggi

Suhu tubuh lebih dari 38°C bisa menjadi tanda infeksi. Demam tinggi mungkin disertai menggigil, nyeri perut, nyeri pada luka jahitan, atau darah nifas yang berbau menyengat.

3) Sakit Kepala Hebat

Sakit kepala yang tidak tertahankan bisa menandakan hipertensi setelah melahirkan.

4) Nyeri Parah di Perut dan Panggul

Nyeri yang tidak membaik seiring waktu dan membuat tidak dapat beraktivitas perlu diwaspadai.

5) Sesak Napas

Dapat terjadi bila ada penyumbatan pada pembuluh darah paru-paru (emboli paru).

6) Kejang

Kejang setelah persalinan dapat menjadi tanda dari eklamsia, yang dapat terjadi hingga enam minggu setelah melahirkan.

7) Gangguan *Mood*

Sekitar 85% wanita mengalami gangguan *mood* setelah melahirkan. Masalah mental seperti *baby blues* dan depresi *postpartum* dapat menimbulkan masalah lain, seperti rasa nyeri pada anggota tubuh tertentu tanpa sebab yang jelas, kesulitan untuk mengingat sesuatu, kehilangan semangat hidup, hingga keinginan untuk melukai diri sendiri atau bayi yang baru dilahirkan.

d. Komplikasi

Komplikasi *post partum* menurut Aspiani (2017) antara lain:

- 1) Pembengkakan payudara
- 2) Mastitis (peradangan pada payudara)
- 3) Endometritis (peradangan pada endometrium).
- 4) Post partum blues

- 5) Infeksi puerperalis ditandai dengan pembengkakan, rasa nyeri, kemerahan pada jaringan terinfeksi atau pengeluaran cairan berbau dari jalan lahir selama persalinan atau sesudah persalinan.

e. Periode *Post Partum*

Menurut Apriza dkk (2020) masa postpartum (*puerperium*) dibagi dalam 3 tahap, yaitu:

- 1) Periode *immediate postpartum*/kala IV yaitu periode yang berlangsung dalam 24 jam pertama *postpartum*
- 2) *Early postpartum* periode yaitu periode yang berlangsung pada minggu pertama *postpartum*
- 3) *Late postpartum* periode yaitu periode yang berlangsung pada minggu ke-dua sampai ke-6 *postpartum*.

Risiko bahaya adalah pada *immediate* dan *early postpartum* periode, sedangkan perubahan secara bertahap kebanyakan terjadi pada *late postpartum* periode.

f. Perubahan Fisiologis dan Adaptasi Psikologis

- 1) Perubahan fisiologis post partum menurut Novidha dkk (2023) yaitu:

- a) Sistem Reproduksi

Uterus akan kembali normal dalam waktu 1-2 bulan. Aktivitas uterus akan mulai stabil dalam waktu 1-2 jam, akan terjadi relaksasi kontraksi yang menimbulkan *afterpain* yang

akan bertambah dengan menyusui karena dikeluarkannya oksitosin dari kelenjar pituitary posterior sebagai respon terhadap rangsangan puting/isapan bayi. Selain itu, tubafalopi menjadi atropi karena rendahnya kadarnya estrogen pada dua minggu *post partum*.

b) Sistem Endokrin

Kortisol dan Human placental lactogen (Hpl) akan mengalami penurunan, karena masa laktasi oksitosin dan prolaktin akan mengalami peningkatan.

c) Sistem Urinarius

Pada saat persalinan kandung kemih akan mengalami trauma karena tekanan yang berlebihan sehingga menyebabkan luka dan sensitivitas pada cairan.

d) 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.

e) Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan SC ibu akan kehilangan banyak darah dua kali lipat dari persalinan spontan. Ibu juga akan kehilangan volume plasma serta akan mengalami bradikardi karena peningkatan hemotokrit.

f) Sistem Neurologi

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

g) Sistem Muskuloskeletal

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.

2) Adaptasi psikologis *post partum* menurut Aspiyani (2017) terbagi menjadi 3 tahap yaitu sebagai berikut :

a) Fase *Taking In*

Berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua melahirkan, ibu masih sangat pasif dan ketergantungan terhadap orang lain. Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada diri sendiri lebih mengingat pengalaman melahirkan yang dialami, ketidaknyamanan yang dialami ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari.

b) Fase *Taking Hold*

Merupakan suatu periode yang berlangsung antara 3 hari sampai 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu berusaha bertanggung jawab terhadap bayinya dengan berusaha untuk

menguasai keterampilan perawatan bayi. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalnya buang air kecil dan buang air besar. Pada masa ini ibu sensitive sehingga membutuhkan dorongan dan bimbingan

c) *Fase Letting Go*

Merupakan suatu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Keinginan merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. (Aspiani, 2017).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahap awal pada penanganan keperawatan, oleh sebab itu diperlukan ketelitian serta ketelatenan terhadap kasus pasien (Prawirohardjo, 2018).

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis, dan identitas penanggung jawab.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Pada umumnya klien post operasi hari pertama mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, badannya lemah, dan tidak berani bergerak.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *Sectio Caesarea*. Serta menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post SC dengan menggunakan format P, Q, R, S, T, diantaranya yaitu :

P (*Paliatif/Provokatif*), yaitu keluhan yang dirasakan klien, yang meringankan dan memberatkan keluhan . Yang meringankan pada klien *Sectio Caesarea* adalah ketika klien istirahat atau tidak terlalu banyak bergerak sedangkan yang memperberat adalah saat melakukan aktifitas berlebih.

Q (*Qualitative/Quantitative*), merupakan kualitas atau kuantitas keluhan yang dirasakan klien, biasanya yang dikeluhkan seperti nyeri pada luka post operasi SC.

R (*Region/Radiasi*), yaitu daerah yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran ke daerah lain. Pada

klien post operasi SC yang dirasakan yaitu nyeri pada bagian bawah abdomen.

S (Skala intensitas), pada nyeri yang dirasakan klien misalnya dari rentang 1-10, 0: tidak nyeri, 1-3: nyeri ringan, 4-7: nyeri sedang, 8-10: nyeri berat.

T (*Time*), yaitu timbulnya rasa tidak nyaman bisa dirasakan kadang-kadang, terus menerus, bahkan sampai beberapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul konstan.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji terhadap adanya penyakit yang pernah dialami klien yang dapat mempengaruhi kesehatan klien sekarang misalnya penyakit DM, penyakit jantung, dan hipertensi.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji penyakit yang dialami keluarga klien, mungkin ditemukan adanya penyakit yang sama dengan yang diderita oleh klien saat ini atau penyakit menular dan keturunan dalam keluarga.

e) Riwayat obstetri dan ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

Kaji riwayat : *menarce*, siklus menstruasi, lamanya, sifat darah, lamanya, dismenore, keluhan haid, HPHT, dan taksiran partus.

(2) Riwayat perkawinan

Meliputi status, umur pada saat menikah, lama perkawinan, banyaknya menikah, dan status pernikahan saat ini.

(3) Riwayat kehamilan dan persalinan

Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang dan persalinan sebelumnya

(4) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, jenis kontrasepsi setelah melahirkan, keluhan yang timbul, dan jumlah anak yang direncanakan.

b. Pemeriksaan Fisik

Menurut Prawirohardjo (2018), Pemeriksaan fisik merupakan salah satu komponen penilaian objektif yang dilakukan dengan menganalisis tubuh pasien dari ujung kaki hingga ujung kepala dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

1) Keadaan umum

Biasanya pada klien pasca operasi kondisi umumnya lemah

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : Normal atau menurun 80x/ menit

Nadi : Nadi meningkat >80x/ menit

Respirasi : Respirasi meningkat

Suhu : Suhu meningkat >37,5oC

3) Pemeriksaan *head to toe*

a) Kepala

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

b) Wajah

Meliputi simetri wajah, ekspresi wajah, warna kulit, kelembapan, adanya lesi atau edema, serta gerakan otot wajah. Simetri 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

Pengkajian mata dalam kesimetrisan mata, konjungtiva anemis, sclera 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 mengindikasikan efek anestesi belum hilang.

(2) Hidung

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

(3) Telinga

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

(4) Mulut dan Gigi

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

c) Leher

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

d) Dada

Lakukan inspeksi kesimetrisan dada kiri dan kanan. kebersihan dada, lihat perkembangan dada dan palpasi adakah nyeri tekan atau tidak.

(1) Jantung

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

(2) Paru-paru

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

(3) Payudara

Inspeksi bentuk simetris atau tidak, biasanya terdapat hiperpigmentasi areola, kemungkinan terdapat tanda-tanda pembendungan ASI sedikit atau bahkan belum ada, puting susu menonjol keluar, payudara tampak bersih, palpasi ada atau tidaknya benjolan dan nyeri tekan.

e) Abdomen

Kaji keadaan abdomen dan kebersihannya, adakah striae livide dan linea nigra. Pada luka post operasi SC harus dikaji apakah terdapat luka operasi, bentuk abdomen, tanda-tanda infeksi seperti terdapat eritema bengkak, keadaan balutan apakah ada noda atau kering dan utuh, auskultasi biasanya bising usus, lakukan palpasi TFU, terdapat nyeri tekan pada luka operasi 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 kandung kemih, perkusi bunyi tympani.

f) Genitalia dan anus

Inspeksi terhadap adanya pengeluaran lochea, adakah oedema vulva, kaji terhadap adanya hemoroid pada anus.

g) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Kaji terhadap kesimetrisannya, tanda sianosis, ada tidaknya oedema. Pada klien dengan post operasi biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak.

(2) Ekstremitas bawah

Kaji terhadap kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, bagaimana dengan pergerakannya biasanya klien dengan

post operasi sering takut menggerakkan kakinya. Kaji adanya varises, reflek patella, archiles positif, sering merasa kesemutan atau tidak, kekuatan otot dan kaji adanya homan *sign*. Homan *sign* positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksa tanda homan adalah memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis. Jika nyeri maka tanda homan positif, untuk mencegah terjadinya tromboflebitis, ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar sehingga tromboflebitis bisa diabsorpsi.

c. Pola Aktivitas

1) Pola nutrisi

Kaji terhadap adanya perubahan pola makan, jenis makanan dan minuman, frekuensi makan dan minum. Pada pasien post op kemungkinan klien akan mengalami penurunan nafsu makan serta porsi makan tidak habis.

2) Pola eliminasi

Kaji terhadap adanya perubahan pola dan frekuensi eliminasi, sering atau tidak serta bagaimana kebiasaan BAB dan BAK klien, termasuk gangguan dalam BAB dan BAK klien.

3) *Personal hygiene*

Kaji terhadap adanya kemungkinan personal hygiene terganggu dikarenakan adanya nyeri, sehingga menyebabkan kesulitan dalam melakukan personal hygiene.

4) Pola istirahat tidur

Kaji terhadap perubahan pola tidur, lama tidur siang dan malam, kemungkinan klien mengeluh susah tidur karena nyeri. Pada klien post *Sectio Caesarea* hari pertama biasanya mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, dan mengeluh istirahat tidak cukup.

d. Konsep diri

Konsep diri merupakan persepsi individu terhadap dirinya yang mencakup citra tubuh, harga diri, identitas personal, peran, dan ideal diri. Pada pasien post *Sectio Caesarea*, perubahan fisik seperti adanya luka operasi, nyeri, serta keterbatasan aktivitas dapat memengaruhi citra tubuh dan perasaan terhadap peran sebagai ibu. Beberapa pasien mungkin merasa kehilangan kendali karena tidak dapat melahirkan secara normal, sehingga menurunkan harga diri atau menimbulkan perasaan gagal. Pengkajian mencakup observasi terhadap sikap pasien terhadap kondisi tubuhnya pascaoperasi, ekspresi wajah saat melihat luka, serta komunikasi verbal tentang perasaannya terhadap proses persalinan dan peran sebagai ibu. Selain itu, perawat juga menilai dukungan dari keluarga serta

respons pasien terhadap dukungan tersebut. Pengkajian konsep diri ini penting untuk mendeteksi adanya gangguan citra tubuh atau harga diri rendah agar intervensi psikososial yang tepat dapat diberikan untuk mendukung pemulihan holistik pasien.

e. Aspek psikologis, sosial, spiritual dan kognitif

1) Aspek psikologis

Pada pasien hari pertama dan hari kedua biasanya mengalami fase *taking in*. Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu berfokus pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi sensitif terhadap lingkungan, oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

2) Aspek sosial

Klien dengan post *Sectio Caesarea* akan merasakan adanya nyeri yang menghambat aktifitas klien sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat penyakit terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama dirawat.

3) Aspek spiritual

Kaji keadaan klien dalam menghadapi kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaan, selama dirawat di rumah sakit.

4) Aspek kognitif

Pada pasien post *Sectio Caesarea*, pengkajian aspek kognitif penting dilakukan untuk menilai tingkat kesadaran, orientasi, serta kemampuan berpikir dan mengingat setelah tindakan pembedahan dan efek anestesi. Pasien umumnya mengalami penurunan kesadaran sementara akibat anestesi, sehingga orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang perlu dievaluasi secara berkala. Pengkajian ini juga membantu mendeteksi adanya kebingungan pascaoperasi atau gangguan neurokognitif lain yang mungkin terjadi, terutama pada pasien dengan riwayat penyakit penyerta atau komplikasi.

f. Data Penunjang

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

- 1) Hemoglobin mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.
- 2) Leukosit untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis. Pada post *Sectio Caesarea* hari

pertama leukosit mungkin meningkat sebagai efek upaya dari inflamasi.

- 3) Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.
- 4) Pemeriksaan jumlah tiroksin terjadi akibat pengaruh dari hormon esterogen

g. Analisa Data

Dalam konteks keperawatan, analisa data merupakan kemampuan perawat untuk mengaitkan dan menghubungkan data klien dengan konsep, teori, dan prinsip keperawatan yang relevan guna membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan kebutuhan keperawatan pasien (Nur dkk., 2023).

Tabel 2. 1
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala tanda mayor Subjektif - Mengeluh nyeri Objektif - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur Gejala tanda minor Subjektif - Objektif - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berfikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri	Adanya luka operasi menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan <i>neurotransmitter bradykinin, serotonin, dan histamin</i> . Rangsangan ini dihantarkan ke talamus dan meneruskan ambang nyeri yang di persepsikan sebagai nyeri.	Nyeri akut
2	Subjektif - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh sering terjaga - Mengeluh tidak puas tidur - Mengeluh pola tidur berubah - Mengeluh istirahat tidak cukup	Adanya nyeri merupakan infuls sensorik yang merangsang saraf otonom mengaktifasi <i>neuropineprin</i> mengakibatkan saraf simpatis terangsang untuk mengaktifasi <i>Regulating Activating Sistem</i> (RAS) mengakibatkan kerja organ siaga hingga kebutuhan tidur terganggu.	Gangguan pola tidur

No	Data	Etiologi	Masalah
	- Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif -		
3	Gejala tanda mayor Subjektif - Menolak melakukan perawatan diri Objektif - Tidak mampu mandi/makan/ke toilet/berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala tanda minor Subjektif - Objektif	Adanya luka post operasi menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL dibantu.	Defisit perawatan diri
4	Gejala tanda mayor Subjektif - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun Gejala tanda minor Subjektif - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak Objektif - Sendi kaku	Keadaan fisik yang lemah akibat post operasi menyebabkan kemampuan untuk beraktivitas dibatasi karena pasien khawatir pergerakannya membahayakan luka post operasinya sehingga aktivitas pasien akan sangat terbatas	Gangguan mobilitas fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
	- Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah		
5	Gejala tanda mayor Subjektif 1) Kelelahan maternal 2) Kecemasan maternal Objektif 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2) Asi tidak mentes/memancar 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4) Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Gejala tanda minor Subjektif - Objektif 1) Itake bayi tidak adekuat 2) Bayi menghisap tidak terus menerus 3) Bayi menangis saat disusui	Tindakan <i>Seccio Caesarea</i> ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitoksin dan prolaktin merangsang pengeluaran untuk ASI sehingga asi tidak keluar dan terjadi menyusui tidak efektif	Menyusui tidak efektif
6	Subjektif - Objektif -	Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk pertumbuhan dan perkembangan bakteri sehingga menimbulkan infeksi.	Resiko infeksi

Sumber : SDKI 2017

2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post *section caesarea* adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin
- f. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tabel 2. 2
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	Observasi 1. Diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri dirasakan, menyebar atau tidak 2. Mengetahui seberapa tingkat nyeri yang dialami 3. Respon non verbal membantu mengevaluasi derajat nyeri dan perubahanya 4. Untuk menghindari faktor yang memper berat nyeri 5. Untuk mengetahui kemampuan mengatasi nyeri 6. Untuk menghindari adanya budaya yang dapat membahayakan kesehatan klien terkait dengan penyakitnya

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup pasien 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik 9. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	7. Karena nyeri dapat mempengaruhi kualitas hidup klien 8. Untuk membantu mengurangi komplikasi 9. Untuk mengetahui perkembangan terapi yang diberikan Terapeutik 1. Menurunkan ketegangan otot, sendi dan melancarkan peredaran darah sehingga nyeri berkurang. 2. Lingkungan bisa menjadi pemicu meningkatnya derajat nyeri. 3. Membantu memberikan kenyamanan 4. Pemilihan strategi nyeri yang tepat dapat membantu mengurangi rasa nyeri.

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 5. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetic	Edukasi 1. Meningkatkan pemahaman ibu tentang penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Untuk membantu mengontrol nyeri ketika nyeri muncul 3. Agar klien mampu memonitor nyerinya secaramandiri 4. Penggunaan analgetik yang tepat dapat mengurangi rasa nyeri 5. Untuk menghindari peningkatan nyeri Kolaborasi Membantu dalam mengurangi rasa nyeri dengan memblokade pusat hantaran nyeri.
2	Gangguan Pola Tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun	Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur	Observasi 1. Dengan mengetahui pola aktivitas dan tidur klien, perawat dapat mengawasi klien untuk tidur sesuai kebutuhannya.

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
		2. Keluhan sering terjaga, menurun 3. Keluhan tidak puas tidur, menurun 4. Keluhan pola tidur berubah, menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup, menurun	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya pijat, pengaturan posisi, dan terapi akupresur)	2. Untuk mengetahui kemungkinan adanya faktor pengganggu tidur 3. Minuman yang mengandung kafein dapat mengganggu kualitas tidur 4. Untuk mengetahui obat tidur yang dikonsumsi klien. Terapeutik 1. Untuk memberikan rasa nyaman terhadap klien. 2. Untuk membantu mengurangi susah tidur menjelang malam hari 3. Untuk menurunkan gangguan pola tidur 4. Agar klien mempunyai jadwal tidur yang tetap 5. Untuk membantu relaksasi saat tidur

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	6. Agar siklus tidur klien terjaga Edukasi 1. Tidur yang cukup akan meningkatkan daya tahan tubuh sehingga tubuh tidak mudah terserang penyakit 2. Memberikan penjelasan agar klien menepati kebiasaan waktu tidur 3. Memberikan penjelasan agar klien menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur
3	Defisit perawatan diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian	Observasi 1. Mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Untuk melihat kemampuan perawatan diri klien

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
		2. Minat melakukan perawatan diri meningkat 3. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik 1. Sediakan lingkungan terapeutik (suasana hangat, rileks, dan privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian klien 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	3. Untuk mempermudah klien dalam membantu perawatan diri Terapeutik 1. Untuk menjaga privasi klien agar klien merasa nyaman 2. Mempermudah klien dalam perawatan diri 3. Dengan adanya dukungan dan keluarga maka klien akan merasa tenang 4. Dengan pemberian alat bantu dapat mengatasi ketergantungan klien 5. Agar perawatan diri klien dapat terpenuhi dengan adanya bantuan 6. Agar rutinitas perawatan diri klien terjadwal

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			Edukasi Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Edukasi Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri
4	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas, meningkat 2. Kekuatan otot, meningkat 3. Rentang gerak (ROM), meningkat 4. Gerakan terbatas, menurun 5. Kelemahan fisik, menurun	Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu	Observasi 1. Nyeri dapat menyebabkan klien takut untuk bergerak 2. Mengetahui sampai sejauh mana klien dalam beraktivitas 3. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 4. Untuk mengetahui kondisi umum saat melakukan mobilisasi. Terapeutik 1. Untuk membantu aktivitas mobilisasi 2. Untuk membantu dalam pergerakan

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana	3. Untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Meningkatkan pemahaman ibu tentang tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Agar klien dapat melakukan mobilisasi segera mungkin 3. Mobilisasi meningkatkan sirkulasi darah sehingga mempercepat penyembuhan luka, nyeri berkurang, klien dapat bergerak/beraktivitas tanpa adanya keluhan
5	Menyusui tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : 1. Puting tidak lecet setelah melahirkan	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui	Observasi 1. Untuk mengetahui kesiapan pasien 2. Agar klien dapat mencapai tujuan menyusui

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
		2. Suplai ASI adekuat 3. Kecemasan maternal menurun	Terapeutik 1. Sediakan materi pendidikan kesehatan ASI 2. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi Ajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat oksitosin, pijat payudara)	Terapeutik 1. Agar klien mengerti dan faham tentang ASI 2. Untuk kesempatan memberikan bertanya tentang hal yang kurang dipahami oleh klien Edukasi Pemijatan pada ASI dapat produksi ASI merangsang
6	Resiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun.dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Nyeri menurun 3. Kadar sel darah putih membaik	Observasi Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area luka 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan	Observasi Mengetahui tanda dan gejala infeksi meliputi,dolor, calor, tumor, rubor dan fungsi laesa Terapeutik 1. Meminimalkan interaksi antara klien dengan pengunjung agar tidak terjadi penyebaran infeksi 2. Menjaga area luka agar tetap bersih 3. Mencuci tangan mampu mencegah proliferasi bakteri

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 5. Jelaskan tandadan gejala infeksi 6. Ajarkan tanda mencuci tangan dengan benar 7. Ajarkan etikabatuk 8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi Kolaborasi pemberian antibiotik	sehingga menurunkan resiko infeksi nosokomial 4. Teknik aseptik dapat mencegah masuknya mikroorganisme melalui luka operasi Edukasi 5. Meningkatkan pemahaman ibu mengenai tanda dan gejala infeksi 6. Mencuci tangan yang benar dapat menurunkan resiko infeksi 7. Etika batuk berguna untuk meminimalisir penularan 8. Memberikan penjelasan agar klien mengetahui cara memeriksa kondisi luka 9. Asupan nutrisi seperti tinggi kalori dan protein dapat mempercepat penyembuhan luka 10. Untuk mempertahankan cairan yang cukup Kolaborasi Mencegah infeksi dan penyebaran ke daerah sekitar

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Ekaputri dkk., 2024).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan harus selalu berdasarkan pada bukti ilmiah dan praktik terbaik dalam profesi keperawatan, untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan standar profesional yang telah ditetapkan. Hasil dari evaluasi perlu didokumentasikan secara akurat dan lengkap dalam catatan perawatan pasien (Ekaputri dkk., 2024).

6. Dokumentasi

Dokumentasi ini penting agar informasi yang terkumpul dapat diakses dan digunakan sebagai pedoman untuk perawatan selanjutnya, serta untuk memenuhi persyaratan standar dokumentasi keperawatan (Ekaputri dkk., 2024).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama	: Ny.M
Umur	: 39 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: S2
Pekerjaan	: Dosen
Status pernikahan	: Menikah
Suku / Bangsa	: Sunda / Indonesia
Tanggal masuk RS	: 28-04-2025
Tanggal operasi	: 29-04-2025, jam 07.40 WIB
Tanggal pengkajian	: 29-04-2025, jam 14.00 WIB
NO. RM	: 01260413
Diagnosa medis	: G3P1A1 gravida 38 minggu dengan bekas SC dan letak sungsang
Alamat	: Kp.Rancamaya

2) Identitas penanggung jawab

Nama : Tn.I
 Umur : 39 Tahun
 Agama : Islam
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Hubungan dengan klien : Suami
 Alamat : Kp.Rancamaya

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada luka operasi di perut bagian bawah.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 29 April 2025 pukul 14.00 WIB .

Klien tampak meringis, klien mengeluh hanya nyeri pada luka operasi di perut bagian bawah. Nyeri bertambah ketika klien bergerak serta beraktivitas dan berkurang apabila tidak banyak bergerak. Nyeri seperti di sayat-sayat, nyeri hanya dirasakan pada perut bagian bawah, klien mengatakan skala nyeri 7 (0-10) dan nyeri hilang timbul.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan tidak mempunyai penyakit menular atau kronis, klien ketika hamil pernah dirawat di RS karena diare selama 3 hari dan sesak.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa dikeluarganya tidak ada yang pernah mengalami persalinan SC, ibu klien mempunyai riwayat *Diabetes Melitus*.

c. Riwayat Obsetrik dan Ginekologi

1) Riwayat menstruasi

<i>Menarche</i>	: 14 tahun
Lama	: 6 – 7 hari
Siklus	: 23 hari
Banyaknya	: 3 kali ganti pembalut
Teratur / Tidak	: Teratur
HPHT	: 1 Agustus 2024
TP	: 3 Mei 2025

2) Riwayat perkawinan

Klien mengatakan ini pernikahan pertama.

Usia suami	: 31 tahun
Usia istri	: 30 tahun
Lama pernikahan	: ± 8 tahun

3) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Anak ke -	Persalinan				Anak		
	Tahun	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	Jenis kelamin	Berat badan	Keterangan/ Keadaan
1	2018	7 minggu	-	-	-	-	Abortus
2	2020	38 Minggu	SC	Dokter	Perempuan	2.750gr	Baik

4) Riwayat kehamilan sekarang

- a) Trimester I : klien mengeluh mual muntah,tubuh lemas
- b) Trimester II : klien masih mengeluh mual muntah.
- c) Trimester III : klien tidak memiliki keluhan.
- d) Riwayat ANC : klien mengatakan rutin memeriksa kehamilannya ke Klinik kandungan Bunda Alya, BB sebelum hamil 88kg dan setelah hamil 95kg, klien mengalami kenaikan BB 7kg.

5) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 29 April 2025 pukul 07.40 WIB klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan *Sectio Caesarea* atas indikasi letak sungsang. Bayi lahir dengan jenis kelamin perempuan dengan berat 2.520 gr dan panjang 45 cm, lingkaran kepala 32 cm.

6) Riwayat KB

Klien mengatakan menggunakan kontrasepsi IUD setelah melahirkan anak pertama selama 3 tahun dan tidak mengalami keluhan atau masalah selama penggunaan IUD. Jumlah anak yang direncanakan 2 dan jenis kontrasepsi yang digunakan sekarang adalah IUD.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan : Klien tampak lemah dan lemas

Kesadaran : Composmentis (CM)

GCS : 15 (E:4 M:5 V:6)

2) Tanda-tanda vital

TD : 109/77 mmHg

N : 126 x/menit

RR : 22 x/menit

S : 36,6 °C

Spo2 : 96 %

3) Kepala

Bentuk kepala simetris, warna rambut hitam, rambut sebau dan tampak rapih, penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak bersih, bentuk kepala bulat, tidak terdapat benjolan ataupun nyeri tekan pada kepala.

4) Wajah

Ekspresi wajah tampak meringis, tidak terdapat kloasma, kulit berwarna sawo matang.

a) Mata

Kedua mata klien simetris, konjungtiva tidak anemis, seklera putih, pupil bereaksi terhadap rangsangan cahaya, klien dapat melihat dengan jelas dan membaca pada jarak $\pm 1,5$ meter, keadaan mata bersih, tidak ada nyeri tekan.

b) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih, tidak ada sekret, klien dapat membedakan bau, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan.

c) Telinga

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

d) Mulut dan gigi

Mukosa bibir lembab, bibir berwarna merah muda, gigi tampak bersih, tidak ada karang gigi, tidak memakai gigi palsu, dapat menelan, tidak ada bengkak disekitar mulut dan gigi serta tidak ada nyeri, dapat menghabiskan makan dan membedakan rasa.

5) Leher

Leher tampak bersih, pergerakan leher baik dapat menengok kiri dan kanan, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening, tidak ada nyeri.

6) Dada

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

a) Paru-paru

Bunyi nafas vesikuler, irama pernapasan reguler.

b) Jantung

Bunyi s1 dan s2 (lup dup), nadi 126x/menit, tekanan darah 109/77 mmHg.

c) Payudara

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

7) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat striae gravidarum dan linea nigra, terdapat luka operasi dengan panjang ± 10 cm, luka tertutup perban, bersih tidak ada rembesan, bising usus 12x/menit, terdapat nyeri tekan, tidak terdapat distensi kandung kemih, TFU

1 jari diatas pusat, uterus teraba keras. Terdapat bunyi timpani normal pada area usus, tidak tampak tanda distensi abdomen.

8) Genitalia dan anus

Keadaan genitalia kotor, lochea rubra, tidak terdapat eodema vulva, terpasang selang kateter dengan urine output ± 100 cc, tidak terdapat hemoroid.

9) Ektermitas

a) Ektermitas atas

Tangan dapat digerakkan, pergerakan bebas, simetris kanan dan kiri, kuku pendek bersih, tidak ada edema, tidak terdapat sianosis, CRT < 2 detik, turgor kulit < 2 detik, tidak ada nyeri tekan dan tangan kiri terpasang infus RL 20tpm. Kekuatan otot tangan 5/5, refleks bisep dan trisep.

b) Ekstremitas bawah

Tidak ada edema, tampak simetris antara kanan dan kiri, tidak ada varises, terdapat kelemahan motorik, ekstremitas terasa hangat, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan. Refleks patela (+2), homan sign (-), kekuatan otot 3/3, pergerakan terbatas.

e. Aktivitas sehari-hari (ADL)

Tabel 3. 1**Pola aktivitas sehari-hari**

No	Jenis aktivitas	Di rumah	Di Rumah Sakit
1	Nutrisi a. Makanan Frekuensi Jenis Porsi Cara Keluhan b. Minuman Jenis Frekuensi Cara	3x/Hari Nasi+lauk pauk 1 porsi Mandiri Tidak ada keluhan Air putih 6-7 gelas/hari Mandiri	Belum makan Air putih ±2-3 teguk Dibantu
2	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Warna Bau	1x/Hari Padat Khas feses Khas feses 5-6x/Hari Kuning jernih Khas urin	Belum BAB Masih terpasang kateter, warna kuning pekat
3	Pola istirahat a. Tidur siang Kuantitas	2-3 jam/Hari Baik 6-7jam/Hari	±1jam/Hari Baik

No	Jenis aktivitas	Di rumah	Di Rumah Sakit
	b. Tidur malem Kuantitas Keluhan	Baik Tidak ada keluhan	Belum dinilai karena pengkajian saat siang hari
4	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti baju e. Cara	2x/Hari 2x/Hari 1 minggu 3x 2x/Hari Mandiri	Sudah waslap Belum dilakukan Belum keramas 1x Dibantu

f. Konsep diri

1) Identitas diri

Klien mengenali dirinya sebagai seorang ibu rumah tangga, istri dan ibu dari dua anak, klien beragama islam. Ia merasa perannya tidak berubah meskipun menjalani operasi. Pasien menyebutkan tetap bertanggung jawab dalam perannya sebagai ibu dan istri.

2) Peran diri

Klien menyatakan sempat merasa kurang berdaya karena tidak bisa langsung merawat bayinya secara maksimal akibat keterbatasan mobilitas. Namun, pasien mengungkapkan adanya dukungan dari suami dan keluarga yang membantu proses adaptasi peran pasca operasi.

3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin menjadi ibu yang kuat dan bisa merawat bayinya meskipun baru saja menjalani operasi. Ia memiliki harapan untuk pulih dengan cepat agar dapat kembali menjalankan aktivitas seperti biasa.

4) Harga diri

Klien menerima kondisinya dan menyatakan bersyukur karena operasi berjalan lancar dan bayi dalam keadaan sehat. Tidak ditemukan tanda-tanda penurunan harga diri seperti menarik diri, menangis tanpa sebab, atau menolak perawatan.

5) Gambaran diri

Klien merasa terdapat perubahan pada dirinya seperti peningkatan BB dan perubahan bentuk tubuh. Namun apapun perubahannya klien tetap bahagia karena kedatangan sosok anak yang ditunggu.

g. Aspek psikologi

Klien menunjukkan respon emosional yang positif pasca operasi, dengan menyatakan bahagia dan bersyukur atas kelahiran bayinya yang sehat. Klien masih sangat bergantung pada bantuan perawat dan keluarga dalam aktivitas sehari-hari, pasien mampu menerima kondisinya dan tidak menunjukkan tanda-tanda gangguan psikologis seperti cemas berlebih, menarik diri, atau depresi. Dukungan emosional dari keluarga sangat kuat, dan pasien

menunjukkan mekanisme koping yang adaptif, termasuk mengekspresikan rasa syukur dan keinginan untuk segera pulih.

h. Aspek sosial

Hubungan klien dengan keluarganya baik, terutama dengan suami yang selalu mendampingi selama di rumah sakit. Pasien mendapatkan dukungan emosional dan fisik dari suami dan ibu. Pola komunikasi klien baik, terbukti klien dapat berkomunikasi dengan baik dan benar. Tidak ada masalah sosial yang signifikan, pasien merasa diperhatikan.

i. Aspek spiritual

Klien beragama Islam, menyatakan tetap melaksanakan ibadah sesuai kemampuannya, seperti membaca doa dan dzikir. Pasien meyakini bahwa operasi yang dijalani adalah bagian dari takdir dan upaya untuk keselamatan dirinya dan bayinya.

j. Aspek kognitif

Klien mampu berkomunikasi dengan jelas dan logis, hal ini ditunjukkan dengan pertanyaan klien mengenai perawatan luka di rumah. Tidak ditemukan gangguan daya ingat atau kebingungan.

k. Data penunjang

Tabel 3. 2**Hasil Laboratorium**

Nama : Ny. M Alamat : Kp.Rancamaya
 Umur : 39 tahun Ruang : Jade
 Tanggal : 28-04-2025 No. RM : 01260413

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
1.	HEMATOLOGY			
	Hemoglobin	11.1	g/dL	13-16
	Leukosit	12,380	/mm3	3,800 ~ 10,600
	Eritrosit	5.55	Juta/mm3	3.6 ~ 5.8
	Hematokrit	36	%	35 ~ 47
	Trombosit	364,000	/mm3	150,000 ~ 440,000

Tabel 3. 3**Hasil Laboratorium**

Nama : Ny. M Alamat : Kp.Rancamaya
 Umur : 39 tahun Ruang : Jade
 Tanggal : 29-04-2025 No. RM : 01260413

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1.	Urine protein		
	Warna	Kuning	
	Kejernihan	Keruh	
2.	Kimia urine		
	Berat	1,020	1,002 ~ 1,030
	pH	6,5	4,8 ~ 7,4
	Leukosit	+ 2 (75/ μ l)	Negatif
	Nitrit	Negatif	Negatif
	Protein	+1 (30mg/dl)	Negatif
	Glukosa	Negatif	Negatif
	Keton	+2 (50mg/dl)	Negatif
	Urobilinogen	Normal	Negatif
	Bilirubin	Negatif	Negatif
	Blood urine	+3 (250/ μ l)	Negatif

1. Terapi medis

Tabel 3. 4**Terapi Medis**

Nama : Ny. M Alamat : Kp.Rancamaya
 Umur : 39 tahun Ruang : Jade
 Tanggal : 30-04-2025 No. RM : 01260413

No	Nama obat	Dosis	Rute	Kegunaan/Jenis
1.	Ringer Lactate (RL)	20 tpm	IV	Memenuhi cairan
2.	Omeprazole	2 x 1gr	IV	Proton Pump Inhibitor (PPI), mengurangi asam lambung
3.	Ondansetron	3 x 1gr	IV	Antiemetik, mengatasi mual muntah
4.	Cefotaxim	2 x 1gr	IV	Antibiotik, menghambat/membunuh bakteri
5.	Ketorolac	3 x 30mg	IV	Antiinflamasi, meredakan nyeri

m. Analisa Data

Tabel 3. 5**Analisa data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds : - Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi - Skala nyeri 7 (0-10) - Klien mengatakan nyeri seperti tersayat-sayat -Klien mengatakan nyeri timbul saat klien bergerak Do: - Klien tampak meringis -Terdapat luka pada abdomen bawah	<i>Sectio Caesarea</i> yang dapat menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter (bradikinin, histamin dan setotinin) sehingga rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang	Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	- Terdapat nyeri tekan -TTV : TD :109/77 mmHg N : 126x/menit R : 22x/menit	dipersepsikan sebagai nyeri.	
2	Ds : - Klien mengatakan nyeri saat bergerak dan sulit untuk beraktivitas Do : - Klien tampak lemah - Gerakan ektermitas bawah terbatas - Kekuatan otot 5 5 3 3	Keadaan fisik yang lemah serta kekuatan otot yang menurun akibat nyeri luka post <i>Sectio Caesarea</i> menyebabkan kemampuan untuk aktivitas terbatas karena klien khawatir pergerakan terhadap luka post <i>Sectio Caesarea</i> sehingga menghambat mobilitas	Gangguan mobilitas fisik
3	Ds : - Klien mengatakan ASI nya belum keluar Do : - ASI belum keluar - Bayi tidak rawat gabung	Tindakan <i>Sectio Caesarea</i> ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitosin dan prolaktin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga ASI tidak keluar dan terjadi menyusui tidak efektif	Resiko menyusui tidak efektif
4	Ds : - Do : - Terdapat luka post SC	Adanya luka post operasi menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme	Resiko Infeksi

No	Data	Etiologi	Masalah
		asing masuk kedalam tubuh dan mengakibatkan post operasi terkontaminasi dan terjadi infarmasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi	

2. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan *Sectio Caesarea*) ditandai dengan :

Ds :

- Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi
- Skala nyeri 7 (0-10)
- Klien mengatakan nyeri seperti tersayat-sayat
- Klien mengatakan nyeri timbul saat klien bergerak

Do :

- Klien tampak meringis
- Terdapat luka pada abdomen bawah
- Terdapat nyeri tekan
- TTV : TD :109/77 mmHg

N : 126x/menit

R : 22x/menit

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan

dengan :

Ds :

- Klien mengatakan nyeri saat bergerak dan sulit untuk beraktivitas

Do :

- Klien tampak lemah

- Gerakan ekstermitas bawah terbatas

- Kekuatan otot

5	5
3	3

c. Resiko menyusui tidak efektif berhubungan dengan

ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan :

Ds :

- Klien mengatakan ASI nya belum keluar

Do :

- ASI belum keluar

- Puting menonjol

- Bayi tidak rawat gabung

- d. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (tindakan *Sectio Caesarea*)

Ds : -

Do : - Terdapat luka post SC

3. Proses Keperawatan

Nama : Ny. M
Umur : 39 tahun

No. RM : 01260413
Ruang : Jade

Tabel 3. 6
Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan <i>Seccio Caesarea</i>) ditandai dengan : Ds : - Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi - Skala nyeri 7 (0-10) - Klien mengatakan nyeri seperti tersayat-sayat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : -Keluhan nyeri menurun -Meringis menurun	Manajemen nyeri Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.	Observasi 1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik dan frekuensi nyeri.	Selasa, 29 April 2025 Observasi 14.10 WIB 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri Respon : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri seperti disayat-sayat,	Selasa, 29 April 2025 20.00 WIB S : -klien mengatakan masih nyeri terutama ketika bergerak - Skala nyeri 7 (0-10) O : -klien masih meringis	Adinda

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	- Klien mengatakan nyeri timbul saat klien bergerak - Do : - Klien tampak meringis - Terdapat luka pada abdomen bawah - Terdapat nyeri tekan - TTV : - TD :109/77 mmHg - N : 126x/menit - R : 22x/menit		2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	2) Untuk mengetahui seberapa tingkat nyeri yang dialami klien 3) Untuk mengetahui respons pasien terhadap nyeri yang dirasakan 4) Untuk menghindari faktor yang memperberat nyeri	nyeri hilang timbul. 14.15 WIB 2) Memonitor skala nyeri Respon: skala nyeri 7 (0-10) 14.20 WIB 3) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Respon : Klien tampak meringis 14.10 WIB 4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon : klien mengatakan nyeri bertambah ketika	A: masalah nyeri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1) Identifikasi skala nyeri 2) berikan teknik nonfarmakologis 3) Pemberian analgetik	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			Terapeutik 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Edukasi 4) Jelaskan strategi meredakan nyeri	Terapeutik 3) Menurunkan ketegangan otot,sendi dan melancarkan peredaran darah sehingga nyeri berkurang Edukasi 4) Membantu mengontrol nyeri ketika nyeri muncul	bergerak dan berkurangan apabila tidak banyak bergerak Terapeutik 14.20 WIB 3) Mengajarkan teknik non farmakologis (teknik nafas dalam) Respon : klien merasa lebih rileks dan tenang Edukasi 14.20 WIB 4) Menjelaskan strategi meredakan nyeri (relaksasi nafas dalam) Respon : klien mengerti dan mempraktekkan		

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			Kolaborasi 5) Pemberian analgetik	Kolaborasi 5) Membantu mengurangi rasa nyeri	teknik nafas dalam Kolaborasi 15.00 WIB 5) Memberikan analgetik ketorolac 30mg IV Hasil : setelah pemberian obat nyeri berkurang		
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan : Ds : - Klien mengatakan nyeri saat bergerak dan sulit untuk beraktivitas Do :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : -Kekuatan otot meningkat -Pergerakan Ekstremitas	Dukungan mobilitas Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri/faktor lain	Observasi 1) Untuk mengetahui faktor gangguan mobilisasi	Selasa, 29 April 2025 Observasi 14.10 WIB 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya Respon : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi	Selasa, 29 April 2025 20.10 WIB S: -klien mengatakan sudah bergerak sedikit demi sedikit dan dibantu oleh suaminya - klien mengatakan sudah melakukan	Adinda

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	-Klien tampak lemah -Gerakan ekstermitas bawah terbatas -Kekuatan otot 5 5 3 3	bawah meningkat -Kelemahan fisik menurun -Gerakan terbatas menurun	2) Monitor kondisi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 3) Monitor kondisi umum Terapeutik 4)Fasilitasi melakukan pergerakan (mobilisasi dini)	2) Agar mengetahui kondisi dan tekanan jantung pasien 3) Untuk melihat kondisi klien selama mobilisasi Terapeutik 4) Untuk membantu dalam pergerakan klien	14.30 WIB 2) Memonitor kondisi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi Hasil : TD : 109/77 mmHg N: 126 x/menit 14.36 WIB 3) Memonitor kondisi umum Hasil : klien tampak meringis ketika melakukan mobilisasi Terapeutik 14.35 WIB 4) Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil : klien mencoba	miring kanan kiri O: -klien mampu melakukan miring kanan kiri (6-12 jam) -klien tampak berhati-hati saat bergerak -klien dibantu oleh suaminya ketika melakukan mobilisasi -gerakan masih terbatas karena nyeri A: gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (side rail) 6) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan Edukasi 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	5) Untuk membantu aktivitas mobilisasi 6) Agar keluarga bisa membantu klien dalam pergerakan Edukasi 7) Agar klien mengetahui tujuan tindakan yang	melakukan miring kanan dan miring kiri sedikit demi sedikit 14.34 WIB 5) Memfasilitasi aktivitas dengan alat bantu (side rail) Hasil : klien tampak terbantu 14.35 WIB 6) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : keluarga membantu pasien saat mobilisasi Edukasi 14.40 WIB 7) Menjelaskan tujuan dan	1) monitor kondisi umum 2) fasilitasi melakukan pergerakan 3)libatkan keluarga untuk membantu dalam melakukan mobilisasi 4)Menganjurkan melakukan mobilisasi	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			8) Anjurkan mobilisasi dini pada pasien post sc -(0-6) menggerakkan kaki -(6-12) miring kanan, miring kiri -(12-24) klien mampu berjalan kaki -24> klien dapat beraktivitas normal	dilakukan (mobilisasi dini) 8) Untuk memperlancar peredaran darah dan meningkatkan kekuatan otot mobilisasi sesegera mungkin	prosedur mobilisasi Respon : klien dan keluarga paham yang dijelaskan perawat dan akan melakukan mobilisasi 14.45 WIB 8) Menganjurkan mobilisasi dini (6-12 jam) Respon : klien mengatakan akan melakukan miring kanan dan kiri		

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
3	Resiko menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan : Ds : -Klien mengatakan ASI nya belum keluar Do : -ASI belum keluar -Putting menonjol - Bayi tidak rawat gabung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil : -tetesan atau pancuran ASI meningkat -suplai ASI adekuat meningkat	Edukasi Kesehatan Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2) Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	Observasi 1) Agar ibu dan keluarga dapat menerima informasi dengan baik Terapeutik 2) Agar ibu dapat percaya diri dalam menyusui	Selasa, 29 April 2025 Observasi 15.00 WIB 1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon : klien terlihat belum siap menerima informasi, masih fokus kepada diri sendiri Terapeutik 15.05 WIB 2) Mendukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	Selasa, 29 April 2025 20.25 WIB S : -klien mengatakan ASI nya belum keluar O: -ASI belum keluar -Putting menonjol -Tidak ada pembengkakkan -Bayi tidak rawat gabung A: menyusui tidak efektif belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	Adinda

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			3) Libatkan keluarga sebagai sistem pendukung Edukasi 4) Berikan konseling menyusui (pijat oksitosin)	3) Agar lebih percaya diri dan mendapatkan dukungan Edukasi 4) Menambah informasi ibu tentang menyusui	15.06 WIB 3) Melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung Edukasi 15.10 WIB 4) Merencanakan pelaksanaan edukasi perawatan payudara pada tanggal 30 April 2025 karena saat ini pasien masih dalam fase <i>taking in</i> Hasil: klien setuju dan siap diberikan penkes pada 30 april 2025 pukul 9.00 WIB	1)Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2)Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 3)Libatkan keluarga sebagai sistem pendukung 4)Berikan konseling menyusui	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
4	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (tindakan <i>Seccio Caesarea</i>) Ds : - Do : Terdapat luka post SC	Setelah dilakukan tindakan 1x8 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : -Kebersihan badan meningkat -Nyeri menurun	Pencegahan Infeksi Observasi 1)Monitor tanda tanda infeksi Terapeutik 2) Batasi jumlah pengunjungan. 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Observasi 1) Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi meliputi,dolor,kalor, tumor,rubor dan fungsi laesa Terapeutik 2) Memberikan kenyamanan dan menghindari kontaminasi dari pengunjung 3) Menjaga kebersihan diri dan mencegah pasien terkontaminasi	Selasa, 29 April 2025 Observasi 14.25 WIB 1) Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil : Luka masih tertutup perban Terapeutik 15.15 WIB 2) Membatasi jumlah pengunjung Respon : klien hanya ditemani suaminya 14.10 WIB 3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan	Selasa, 29 April 2025 20.30 WIB S: -klien mengatakan masih nyeri pada luka bekas SC O: -Luka tertutup perban A: Resiko infeksi belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1)Monitor tanda infeksi 2)Perawatan luka 3) Kolaborasi pemberian antibiotik	Adinda

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			4) Berikan perawatan luka pada area post operasi – Bersihkan dengan NaCl – Pasang balutan sesuai jenis luka Edukasi 5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6) Jelaskan cara perawatan luka secara mandiri	mikroorganisme pathogen 4) Untuk menjaga area luka agar tetap bersih Edukasi 5) Meningkatkan pemahaman ibu mengenai tanda dan gejala infeksi 6) Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga	pasien dan lingkungan pasien 15.20 WIB 4) Merencanakan perawatan luka pada <i>POD</i> 2, tanggal 1 April 2025 Edukasi 15.23 WIB 5) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil : klien mengetahui dan paham tanda gejala infeksi 6) Merencanakan pemberian edukasi perawatan luka pada 1 April 2025		

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			Kolaborasi 5) Pemberian antibiotik	Kolaborasi 5) Untuk mencegah infeksi menyebar ke daerah sekitar luka	Hasil : klien setuju dan siap menerima penjelasan Kolaborasi 18.05 WIB 5) Memberikan antibiotik Cefotaxim 1gr IV Hasil : klien mengatakan nyeri berkurang dan tidak ada alergi		

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. M No. RM : 01260413
 Umur : 39 tahun Ruang : Jade

Tabel 3. 7

Catatan perkembangan

No.	Tanggal	Dx	Catatan perkembangan	Paraf
1	30 April 2025 08.00 WIB	I	S : - Klien mengatakan masih nyeri di bekas luka operasi dan nyeri sudah sedikit berkurang - Skala nyeri 5 (0-10) O : - Klien terlihat tidak terlalu meringis A : Nyeri Akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. berikan teknik nonfarmakologis 3. Pemberian analgetik I : Observasi 1. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: skala nyeri 5 (0-10) Terapeutik 2. Memberikan terapi tarik napas dalam dan mengalihkan rasa nyeri Hasil: klien merasa nyaman dan rileks setelah diberi tindakan distraksi dan relaksasi Kolaborasi 3. Memberikan analgetik ketorolac 30mg IV Hasil : setelah pemberian obat nyeri berkurang E: Masalah teratasi sebagian	Adinda
	8.10 WIB			
	8.13 WIB			
	8.15 WIB			
2	13.00 WIB	II		Adinda
	30 April 2025 08.20 WIB		S : - Klien mengatakan sudah bisa duduk mandiri - Klien mengatakan masih nyeri ketika bergerak O :- Klien sudah mampu duduk secara mandiri	

No.	Tanggal	Dx	Catatan perkembangan	Paraf
	8.25 WIB		- Kekuatan otot meningkat - Kateter urine sudah dilepas A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tekanan darah dan kondisi umum 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu dalam I : Observasi 1. Memonitor tekanan darah dan kondisi umum klien Hasil : klien sudah tidak terlalu meringis TD : 110/75 mmHg N : 97 x/menit R : 20 x/menit Spo2 : 99 % Terapeutik 2. Memfasilitasi melakukan mobilisasi dini (12-24 jam) Hasil : klien mampu melakukan mobilisasi (duduk/semifowler) 3. Melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan Hasil : klien melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan E: Masalah teratasi sebagian	
	8.27 WIB			
	8.28 WIB			
	13.10 WIB			
3	30 April 2025 8.30 WIB	III	S : Klien mengatakan ASI nya belum keluar O : - ASI belum keluar - Puting menonjol - Bayi sudah rawat gabung A : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	Adinda

No.	Tanggal	Dx	Catatan perkembangan	Paraf
			1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 3. Libatkan keluarga sebagai sistem pendukung 4. Berikan konseling menyusui (pijat oksitosin) 5. Berikan kesempatan klien untuk bertanya I : Observasi 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil : klien siap dan bersedia diberikan penkes Terapeutik 2. Mendukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 3. Melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung Edukasi 4. Memberikan konseling menyusui (pijat oksitosin) Hasil : pasien mengerti dan melakukan pijat oksitosin 5. Memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil : Pasien bertanya jika ada yang tidak dipahami E : Masalah teratasi sebagian	
4	30 April 2025 9.35 WIB	IV	S : - O : - Luka tampak tertutup perban dan tidak ada rembesan	Adinda

No.	Tanggal	Dx	Catatan perkembangan	Paraf
	9.37 WIB 8.16 WIB 13.30 WIB		A : Resiko Infeksi teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tanda infeksi 2. Perawatan luka 3. Kolaborasi pemberian antibiotik I: Observasi 1. Monitor tanda-tanda infeksi Hasil : tidak ada bengkak, tidak ada rembesan dan luka masih tertutup perban Kolaborasi 2. Memberikan obat antibiotik Cefotaxime 1gr IV E: Masalah teratasi sebagian	
1	01 Mei 2025 8.00 WIB 8.05 WIB 8.10 WIB 11.00 WIB	I	S : Klien mengatakan nyeri nya sudah berkurang - Skala nyeri 3 (0-10) O: - Klien tampak tidak meringis A: Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Anjurkan untuk melakukan teknik nafas dalam I: Observasi 1. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: skala nyeri 3(0-10) Edukasi 2. Menganjurkan untuk melakukan teknik nafas dalam jika merasa nyeri Hasil: pasien mengerti dan akan melakukannya E: Masalah teratasi sebagian	Adinda
2	01 Mei 2025 8.15 WIB	II	S: Klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri O: -Klien mampu berjalan secara mandiri dengan perlahan -Kekuatan otot meningkat	Adinda

No.	Tanggal	Dx	Catatan perkembangan	Paraf
			-Infus sudah dilepas A: Gangguan mobilitas fisik teratasi	
3	01 Mei 2025 8.25 WIB 8.25 WIB 8.26 WIB 11.15 WIB	III	S: Klien mengatakan ASI nya sudah keluar namun baru sedikit O: - ASI sudah keluar namun belum adekuat A: Resiko menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1. Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 2. Jelaskan perawatan payudara post partum I : Terapeutik 1. Mendukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui Edukasi 2. Menjelaskan perawatan payudara post partum Hasil : klien akan mengerti dan akan melakukannya E: Masalah teratasi sebagian	Adinda
4	01 Mei 2025 8.30 WIB	IV	S: Klien bertanya tentang merawat luka ketika dirumah O: - Luka tampak sudah diganti perban - Luka dibersihkan menggunakan nacl - Luka klien tampak bersih, tidak ada tanda infeksi A: Resiko infeksi teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tanda infeksi 2. Perawatan luka 3. Jelaskan perawatan luka secara mandiri	Adinda

No.	Tanggal	Dx	Catatan perkembangan	Paraf
	8.35 WIB		I : Terapeutik 1. Melakukan perawatan luka Hasil : luka sudah bersih dan tertutup perban	
	8.36 WIB		2. Monitor tanda-tanda infeksi Hasil : tidak ada tanda tanda infeksi	
	8.38 WIB		Edukasi 3. Menjelaskan cara perawatan luka secara mandiri Hasil : klien memahami dan akan merawat lukanya	
	11.20 WIB		E : Masalah teratasi sebagian R : - Persiapan pulang - Kontrol luka setelah 3 hari di puskesmas/bidan terdekat	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.M (P2A1) dengan post *sectio caesarea* *POD* 0 (6 jam) atas indikasi letak sungsang di ruang jade RSUD dr. Slamet Garut yang dilaksanakan mulai tanggal 29 April 2025 sampai dengan tanggal 01 Mei 2025. Pada saat pelaksanaan asuhan keperawatan penulis menemukan beberapa masalah berupa kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan kenyataan dilapangan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

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

Adapun data yang ditemukan selama pengkajian adalah klien mengeluh nyeri pada luka post SC dengan skala nyeri 7 (0-10) dengan luka $\pm 10\text{cm}$ dibagian perut bawah. Hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin dan histamine, rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri dipersepsikan sebagai nyeri (Nor & Mualifah, 2023)

Nyeri yang timbul menyebabkan klien takut bergerak, berhati-hati saat bergerak, aktifitas dilakukan ditempat tidur, klien masih berbaring ditempat tidur & kekuatan otot menurun terutama ekstremitas bawah. Adanya luka terbuka dan beresiko terhadap invasi kuman sehingga beresiko terhadap terjadinya infeksi.

Proses pembedahan juga menyebabkan keterlambatan dalam peningkatan kadar hormon oksitosin dan prolaktin, dua hormon utama yang berperan dalam produksi dan pengeluaran ASI. Selain itu, efek anestesi, nyeri pada luka operasi, dan rasa lelah juga dapat mengganggu inisiasi menyusui dini. Ibu post SC sering mengalami hambatan menyusui akibat kombinasi faktor fisiologis dan psikologis. Dalam pengkajian terhadap Ny. M enam jam pasca operasi *Sectio Caesarea*, klien menyampaikan bahwa ASI belum keluar (Aspiani, 2017).

2. Diagnosa Keperawatan

Tahap selanjutnya adalah diagnosa keperawatan yaitu proses pengelompokan data dan interpretasi data serta menentukan permasalahan. Pada kasus ini tidak semua diagnosa keperawatan muncul sesuai teori yang terdapat pada bab II karena dalam merumuskan masalah keperawatan ini harus berdasarkan pada keluhan keluhan yang didapat dari klien ataupun hasil pemeriksaan yang didapat secara inspeksi, palpasi dan auskultasi. Pada kasus ini hanya 4 diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. M dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi letak sungsang yaitu:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Pada Ny.M didapatkan data klien mengeluh nyeri pada luka post operasi, klien mengatakan nyeri seperti tersayat sayat, klien mengatakan nyeri timbul saat klien banyak gerak, skala nyeri 7 (0-10), Klien tampak meringis, Klien tampak takut pada saat dipalpasi,

Terdapat luka post op pada abdomen $\pm$ 10cm garis vertika, Terdapat nyeri tekan. Gangguan mobilitas fisik sehubungan dengan nyeri. Keluhan nyeri muncul karena adanya luka post *Sectio Caesarea*. Luka post sc ini menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan terputus sehingga akan merangsang area sensorik nyeri (Nor & Muallifah, 2023).

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Pada Ny.M didapatkan data klien mengatakan nyeri saat bergerak, klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga, klien tampak lemas, klien tampak berhati hati saat bergerak, Aktivitas klien ditempat tidur, klien tampak berbaring ditempat tidur ,Kekuatan otot 5/3. Berdasarkan data tersebut penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik sehubungan dengan nyeri. Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) 2017 gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri yang ditandai dengan sulit menggerakan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun. Penurunan kekuatan otot dan rentang gerak ini terjadi karena adanya sensor nyeri yang diakibatkan dari luka post *Sectio Caesarea*.

- c. Resiko menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Dalam pengkajian terhadap Ny. M enam jam pasca operasi *Sectio Caesarea*, klien menyampaikan bahwa ASI belum keluar dan bayi belum dapat melekat dengan baik pada payudara. Hal ini diperkuat oleh data objektif berupa tidak adanya refleks isapan yang kuat dari bayi, serta klien menunjukkan kekhawatiran terhadap kecukupan nutrisi bayinya. Proses pembedahan juga menyebabkan keterlambatan dalam peningkatan kadar hormon oksitosin dan prolaktin, dua hormon utama yang berperan dalam produksi dan pengeluaran ASI. Selain itu, efek anestesi, nyeri pada luka operasi, dan rasa lelah juga dapat mengganggu inisiasi menyusui dini. Ibu post SC sering mengalami hambatan menyusui akibat kombinasi faktor fisiologis dan psikologis. (Ekasari & Adimayanti, 2022).

- d. Risiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan invasif

Pada Ny. M ditemukan faktor resiko yang mendukung yaitu, luka terbuka yang menyebabkan resiko infeksi. Proses pembedahan mengakibatkan kerusakan jaringan dan perdarahan, darah akan mengisi daerah cedera dan paparan terhadap kolagen menimbulkan dreganulasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboksan bahan kimia dan asam amino, kemudian terjadi vasokonstriksi dan proses pembekuan darah (Umar & Sujud, 2020).

e. Gangguan pola tidur

Pada pengkajian yang dilakukan terhadap Ny. M 6 jam pasca tindakan operasi *sectio caesarea*, tidak ditemukan keluhan maupun tanda-tanda yang mengarah pada gangguan pola tidur. Klien tidak menyatakan kesulitan untuk tidur, tidak terbangun berulang kali, serta tidak menunjukkan tanda-tanda kelelahan ekstrem yang menjadi indikator awal adanya gangguan tidur. Hal ini menjadi dasar bahwa diagnosa gangguan pola tidur tidak dapat ditegakkan pada klien saat itu.

Gangguan pola tidur dapat terjadi pada pasien pascaoperasi akibat nyeri, stres emosional, ketidaknyamanan fisik, dan lingkungan yang kurang mendukung. Namun demikian menurut (Noviyanti & Sutrisna, 2020), gangguan tidur pascaoperasi umumnya mulai muncul 24–72 jam pasca tindakan, ketika efek anestesi sudah sepenuhnya hilang dan pasien mulai beradaptasi kembali dengan pola tidur normal. Sedangkan pada fase post operasi dini (*POD 0*), terutama dalam 6 jam pertama setelah operasi, pasien masih berada dalam kondisi istirahat total, dengan pengaruh residual dari anestesi dan analgesik yang justru membantu menciptakan kondisi relaksasi dan memungkinkan pasien tidur atau beristirahat tanpa gangguan. Dalam kasus Ny. M, dukungan emosional dari keluarga, serta pengendalian nyeri yang baik berkontribusi terhadap kenyamanan istirahat klien.

f. Defisit perawatan diri

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. M 6 jam pasca operasi *sectio caesarea*, tidak ditemukan adanya indikasi defisit perawatan diri. Klien mampu melakukan aktivitas dasar seperti membersihkan wajah, menyisir rambut, dan menjaga kebersihan diri dengan bantuan minimal dari keluarga. Klien juga menunjukkan kemauan dan kesadaran untuk memenuhi kebutuhan dasar meskipun masih berbaring di tempat tidur. Keluarga turut aktif mendampingi dan membantu klien, sehingga kebutuhan sehari-hari tetap dapat terpenuhi secara adekuat.

Dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) 2017, defisit perawatan diri didefinisikan sebagai kondisi di mana individu mengalami ketidakmampuan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari, seperti mandi, berpakaian, makan, dan berhias, yang disebabkan oleh keterbatasan fisik, kognitif, atau emosional. Namun, dalam kasus ini, klien tidak menunjukkan keterbatasan dalam hal tersebut.

Menurut (Situmorang, 2023), pasien post operasi berisiko mengalami defisit perawatan diri terutama jika mengalami nyeri berat, kelemahan ekstremitas, atau kondisi komplikatif yang menghambat kemandirian. Namun, hal ini sangat bergantung pada tingkat nyeri, kondisi umum pasien, serta dukungan sosial dan keluarga. Pada Ny. M, meskipun terdapat nyeri luka post operasi,

klien masih memiliki kemampuan adaptasi yang baik, serta menerima dukungan penuh dari keluarga yang aktif dan responsif dalam membantu kebutuhan klien.

3. Perencanaan

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

4. Tahap Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan klien bisa berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Dengan adanya kerjasama, dukungan dan bantuan dari petugas kesehatan, mahasiswa, pembimbing dan keluarga serta keterbukaan klien dalam menerima asuhan keperawatan, sehingga asuhan keperawatan dapat berjalan dengan lancar.

a. Nyeri akut

Pada diagnosa ini 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 ketorolac 1x30 mg.

b. Gangguan mobilitas fisik

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri setelah dilakukan intervensi tindakan yaitu melakukan mobilisasi dini pada pasien post sc dengan tahapan: melatih mobilisasi dini 0-6 jam klien mampu bergerak, 6-12 jam klien mampu miring kiri miring kanan, 12-24 jam klien tampak bisa berjalan dan setelah >24 jam klien bisa beraktivitas normal.

c. Menyusui tidak efektif

Pada diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan ASI setelah diberi edukasi tentang perawatan payudara pada post partum (pemijatan oksitoksin) serta dukungan terhadap klien dengan hasil ASI menjadi adekuat.

d. Resiko infeksi

Pada diagnosa resiko infeksi sehubungan dengan efek tindakan invasif setelah dilakukan intervensi tindakan yaitu perawatan luka post sc dengan hasil luka bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

5. Tahap Evaluasi

Merupakan akhir dari proses keperawatan setelah intervensi dan implementasi. Setelah dilakukan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit, penulis mengevaluasi klien dan di dapatkan hasil.

- a. Hasil evaluasi pada nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan hasil setelah perawatan selama 3 hari masalah teratasi sebagian. Masalah nyeri akut belum teratasi karena luka s klien masih berada pada fase proliferasi yaitu fase dimana serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Pada fase ini mulai terjadi granulasi, kontaminasi mikroorganisme maka kemungkinan besar akan terjadi resiko infeksi, dan menyebabkan masih adanya reseptor nyeri.
- b. Hasil evaluasi pada gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik. Setelah dilakukan intervensi selama 3x8 jam masalah teratasi.
- c. Hasil evaluasi pada gangguan menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. Setelah diberikan edukasi tentang perawatan payudara dan dukungan terhadap klien masalah teratasi.
- d. Hasil evaluasi pada risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit. Setelah perawatan selama 3 hari masalah keperawatan teratasi sebagian. Masalah belum teratasi karena fase proliferasi terjadi hari ke-4 sampai hari ke-14, dimana serat kolagen

terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Pada fase ini mulai terjadi granulasi, kontaminasi mikroorganisme maka kemungkinan besar akan terjadi resiko infeksi, dan menyebabkan masih nyeri. Untuk mencegah infeksi setelah pasien pulang maka perlu adanya *discharge planning* terkait menjadwalkan kontrol luka post sc pada pelayanan kesehatan terdekat, edukasi terkait tanda gejala infeksi dan cara pencegahan infeksi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.M (P2A1) dengan post *Sectio Caesarea POD 0* (6 jam) atas indikasi letak sungsang di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Selama 3 hari mulai tanggal 29 April sampai 1 Mei 2025 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.M (P2A1) dengan post *Sectio Caesarea POD 0* (6 jam) atas indikasi letak sungsang di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny.M (P2A1) dengan post *Sectio Caesarea POD 0* (6 jam) atas indikasi letak sungsang di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan berdasarkan prioritas masalah pada Ny.M (P2A1) dengan post *Sectio Caesarea POD 0* (6 jam) atas indikasi letak sungsang di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.M (P2A1) dengan post *Sectio Caesarea POD 0* (6 jam) atas indikasi letak sungsang di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut

5. Penulis mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny.M (P2A1) dengan post *Sectio Caesarea POD 0* (6 jam) atas indikasi letak sungsang di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
6. Penulis mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada Ny.M (P2A1) dengan post *Sectio Caesarea POD 0* (6 jam) atas indikasi letak sungsang di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny. M secara sistematis, maka penulis dapat memberikan rekomendasi, diantaranya:

1. Bagi institut pendidikan

Institusi pendidikan keperawatan diharapkan meningkatkan kualitas pembelajaran dengan memperkuat kurikulum berbasis asuhan keperawatan holistik pada ibu post *sectio caesarea*, mencakup aspek bio-psiko-sosial-spiritual, manajemen nyeri, mobilisasi dini, dan dukungan menyusui. Diperlukan pula dukungan terhadap ketersediaan referensi ilmiah terbaru, seperti buku ajar, jurnal, dan panduan klinik, untuk menunjang kemampuan mahasiswa dalam menetapkan diagnosa dan intervensi keperawatan serta menerapkan dokumentasi SDKI, SLKI, dan SIKI secara tepat.

2. Bagi institusi rumah sakit

Rumah sakit diharapkan memperkuat pelayanan keperawatan melalui penyediaan SOP yang terstruktur, fasilitas penunjang seperti

alat mobilisasi, leaflet edukatif, dan ruang rawat yang nyaman bagi ibu post SC. Pelatihan rutin bagi perawat serta dukungan manajemen dalam pengembangan kompetensi dan penyediaan sarana prasarana diperlukan untuk memastikan pelayanan yang optimal, aman, dan sesuai standar nasional.

3. Bagi perawat

Perawat diharapkan memberikan asuhan keperawatan berkualitas dengan menerapkan proses keperawatan sesuai standar (SDKI, SIKI, SLKI), khususnya pada pasien post *sectio caesarea*. Penguatan peran sebagai edukator dalam mobilisasi dini, manajemen nyeri, perawatan luka, dan dukungan menyusui penting untuk mempercepat pemulihan. Kompetensi perawat juga perlu ditingkatkan melalui pelatihan berkelanjutan dan praktik berbasis bukti guna menunjang mutu pelayanan dan kualitas hidup pasien.

4. Bagi keluarga

Keluarga diharapkan mampu memberikan dukungan sebagai support system yang efektif guna mempercepat proses penyembuhan, membantu ibu beradaptasi selama masa postpartum, serta menciptakan lingkungan yang nyaman dan positif bagi pemulihan fisik dan emosional ibu.

Daftar Pustaka

- Apriza, Fatmayanti, Ulfiana, Dewi, Amalia, dkk. (2020). *Konsep Dasar Keperawatan Maternitas* (Janner Simarmata, Ed.). Yayasan Kita Menulis.
- Aspiani, Ns. R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. Trans Info Media.
- Aurelia, C., Chintaury, E., Oktarina, S., dkk. (2024). MEMAHAMI LETAK SUNGSANG PENYEBAB, RISIKO DAN PENANGANANNYA. *Stetoskop: The Journal Health Of Science*, 1(1).
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2021). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2021*. <https://www.litbang.kemkes.go.id>
- Barus, N. (2024). *Arus Jurnal Sosial dan Humaniora (AJSH) Pendekatan Sosialisasi dan Keperawatan Pasien Nyeri Luka Section Caesarea di Rumah Sakit Umum Kabanjahe INFO PENULIS*. 4(2). <http://jurnal.ardenjaya.com/index.php/ajsh><http://jurnal.ardenjaya.com>
- Ekaputri, M., Susanto, G., Paryono, dkk. (2024). *Proses keperawatan : Konsep, Implementasi dan Evaluasi* (Tahta Media, Ed.). TAHTA MEDIA GROUP.
- Ekasari, T., & Adimayanti, E. (2022). Pengelolaan Menyusui Tidak Efektif Pada Ibu Post Sectio Caesarea Di Desa Ngaglik Argomulyo Salatiga. Dalam *Pro Health*.
- Fatma, D. O., & Nisa, S. (2023). *KARYA TULIS ILMIAH YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA STikes RSPAD GATOT SOEBROTO PRODI DIII KEPERAWATAN 2023*.
- Febiantri, N., & Machmudah, M. (2021). Penurunan Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea Menggunakan Terapi Teknik Relaksasi Benson. *Ners Muda*, 2(2), 31. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i2.6239>
- Hutabarat, Sitepu, Argaheni, dkk. (2023). *Buku Ajar Nifas SI Kebidanan Jilid III* (Tim MCU Group, Ed.). Mahakarya Citra Utama. www.mahakarya.academy
- Lubis, Meilani, & Wulandari. (2023). *PENINGKATAN QUALITY OF LIFE PADA IBU HAMIL* (1 ed.). K-Media.
- Maimunah, Wahyuni, Suryantara, dkk. (2025). *Buku Ajar Asuhan Persalinan dan BBL* (Moh. Nasrudin, Ed.; Vol. 1). Penerbit NEM.

- Nor, I., & Mualifah, L. (2023). Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea. *Borobudur Nursing Review*, 03(02). <https://doi.org/10.31603/bnur.10670>
- Novidha, Rosmaria, Irfana, dkk. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan dan BBL Fisiologis dan Patologis SI Kebidanan*. Mahakarya Citra Utama Group.
- Noviyanti, & Sutrisna. (2020). Hubungan intensitas nyeri dengan kualitas tidur pada pasien pasca bedah sesar. *Jurnal PPNI*, 4(2), 51–59.
- Nur, S., Faizah, I., Aditya dkk. (2023). *ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN PENEGAKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN MENURUT STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)*. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- Prawirohardjo. (2018). *Ilmu Kebidanan* (Saifuddin & Rachimhadhi, Ed.; 4 (Revisi)). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Putu, L., Ayu, G., Mahayati, D., & Made, N. (2020). *GAMBARAN PERSALINAN DENGAN SECTIO CAESAREA DI INSTALASI GAWAT DARURAT KEBIDANAN RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH DENPASAR TAHUN 2020*. <http://ejournal.poltekkes-denpasar.ac.id/index.php/JIK>
- Rahim, Sanyoto, Istiqamah, dkk. (2024). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Angka Kematian Ibu. *Jurnal Surya Medika*, 10(3), 365–373. <https://doi.org/10.33084/jsm.v10i3.9204>
- Rakhimah. (2024). *EFEKTIFITAS AROMATERAPI JAHE TERHADAP IBU NIFAS UNTUK MENURUNKAN SKOR EDINBURGH POSTPARTUM DEPRESSION SCALE SEBAGAI UPAYA UNTUK MENCEGAH POSTPARTUM BLUES*. 10(1), 2442–8116. <http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JURNALKEBIDANAN>
- Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut. (2025). *Presentasi Angka Kejadian Kasus SC*.
- Rudiawan, I. (2025, Mei 8). *Tinggi, Angka Kematian Ibu dan Bayi di Garut*. <https://www.rri.co.id/kesehatan/1505796/tinggiangkakematianibudanbayidigarut>
- Saleh Baso, Y., & Fatimah, S. (2025). *Nursing Care with Post Section Caesaria in Cases of Fetal Malpresentation Asuhan Keperawatan dengan Post-SC pada Kasus Malpresentasi Janin*. <http://jurnal.iakmikus.org/index.php/mjhs>
- Siagian, L., Anggraeni, M., & Pangestu, G. K. (2023). *HUBUNGAN ANTARA LETAK JANIN, PREEKLAMPSIA, KETUBAN PECAH DINI DENGAN*

KEJADIAN SECTIO CAESARIA DI RS YADIKA KEBAYORAN LAMA TAHUN 2021 (Vol. 2, Nomor 4).

- Sirait, dr. B. (2022). *Bahan Kuliah "Sectio Caesarea."*
<https://repository.uki.ac.id/9660/1/BahanKuliahSeksioSesaria.pdf>
- Situmorang. (2023). Analisis asuhan keperawatan pada pasien post operasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12, 45–53.
<https://www.jurnal.unar.ac.id/index.php/health/article/download/2004/1209>
- Tauhid, L., & Purnamasari, G. (2022). ASUHAN KEBIDANAN ANTENATAL DENGAN LETAK SUNGSANG. *Jurnal Kesehatan Siliwangi*, 2(3), 1054–1065. <https://doi.org/10.34011/jks.v2i3.1057>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1 ed.). DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1 ed.). DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1 ed.). DPP PPNI.
- Ulfa, M., Ariyani, F., Ayuningtiyas, A. N., dkk. (2024). Pencegahan Pernikahan Dini dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu Melalui Penyuluhan Kesehatan Remaja. *APMa Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(1), 53–59.
<https://doi.org/10.47575/apma.v4i1.544>
- Umar, & Sujud. (2020). Hemostasis dan Disseminated Intravascular Coagulation. *Journal of Anaesthesia and Pain*, 1(2).
<https://jap.ub.ac.id/index.php/jap/article/view/12/71>
- Wathina, Lucyiana, Dwi, dkk. (2023). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea. *Prosiding Seminar Hi-Tech*, 2(1), 797.
<https://ejournal.unuja.ac.id/index.php/hitech>
- Yani, F. (2024). *11 Tanda Bahaya Saat Nifas yang Perlu Ibu Waspadai*. Hello Sehat.
<https://hellosehat.com/kehamilan/perawatan-ibu/masa-nifas/tanda-bahaya-nifas/>
- Yulianita, E. D., & Rosyidah, R. (2025). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Janin Letak Sungsang. *Malahayati Nursing Journal*, 7(3), 1337–1347.
<https://doi.org/10.33024/mnj.v7i3.18647>

Lampiran I

SATUAN ACARA PENYULUHAN PERAWATAN LUKA

Pokok Bahasan	: Perawatan Luka
Sasaran	: Ny. M dan keluarga
Tempat	: Rumah Pasien
Waktu	: ±30 menit
Tanggal	: 01 Mei 2025

A. Latar Belakang

Luka operasi, termasuk luka pasca sectio caesarea (SC), merupakan kondisi yang memerlukan perawatan yang tepat agar tidak terjadi komplikasi seperti infeksi. Infeksi luka operasi masih menjadi salah satu penyebab utama peningkatan morbiditas, perpanjangan masa perawatan, serta beban ekonomi pasien (Kemenkes RI, 2022). Penyembuhan luka sangat dipengaruhi oleh cara perawatan, kebersihan lingkungan, dan pemenuhan nutrisi pasien (Potter & Perry, 2020).

Kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga dalam merawat luka di rumah menjadi salah satu penyebab terjadinya infeksi sekunder. Beberapa keluarga belum memahami prinsip perawatan luka seperti penggunaan teknik aseptik, tanda dan gejala infeksi, maupun pentingnya konsumsi makanan bergizi dalam proses penyembuhan luka (Yulianti, 2020).

Penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarga sangat penting sebagai bagian dari upaya promotif dan preventif dalam keperawatan komunitas. Melalui penyuluhan ini, diharapkan Ny. M dan keluarga dapat memahami prinsip-prinsip dasar perawatan luka, mengenali tanda-tanda infeksi sejak dini, serta mampu melakukan perawatan luka secara mandiri sesuai anjuran tenaga kesehatan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan tindakan pendidikan kesehatan diharapkan klien dan/atau keluarga dapat memahami mengenai perawatan luka.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tindakan pendidikan kesehatan diharapkan klien dan/atau keluarga :

- a. Mengetahui prinsip perawatan luka
- b. Mengetahui tanda gejala infeksi
- c. Menyebutkan kembali cara pembersihan luka
- d. Mengetahui jenis makanan yang bisa mempercepat proses penyembuhan

C. Materi : (terlampir)

D. Metode : Ceramah dan tanya jawab

E. Media : Leaflet

F. Denah



G. Strategi Pelaksanaan

No	Kegiatan	Penyuluh	Klien
1	Pembukaan 5 menit	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan	Menjawab salam Menerima dengan baik Menyimak dengan baik
2	Kegiatan Inti dan evaluasi 20 menit	1. Menjelaskan materi tentang Perawatan luka 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Menjawab pertanyaan yang diajukan	Menyimak dengan baik Mengajukan beberapa pertanyaan Menyimak dengan baik
3	Penutup 5 menit	1. Mengulang kembali materi yang disampaikan dengan mengajukan pertanyaan 2. Mengucapkan salam	Mampu menjawab pertanyaan yang diajukan Menjawab salam

H. Evaluasi : Lisan dengan mengajukan beberapa pertanyaan

Indikator Keberhasilan:

- Klien dan keluarga dapat menjelaskan kembali prinsip perawatan luka dengan benar.

2. Klien dan keluarga dapat menyebutkan minimal 3 dari 5 tanda dan gejala infeksi luka.
3. Klien dan keluarga dapat menyebutkan langkah-langkah perawatan luka dengan urut dan benar.
4. Klien dan keluarga dapat menyebutkan minimal 3 jenis makanan yang dapat mempercepat penyembuhan luka.

Pertanyaan Evaluasi:

1. Apa saja prinsip perawatan luka yang perlu diperhatikan?
2. Sebutkan tanda dan gejala infeksi pada luka!
3. Bagaimana cara merawat luka yang benar di rumah?
4. Makanan apa saja yang dapat membantu mempercepat penyembuhan luka?

I. Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pedoman Pelayanan Keperawatan pada Masa Nifas*. Jakarta: Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer.
- Hidayat, A. A. A. (2018). *Metode Praktis Menyusun Karya Tulis Ilmiah Bidang Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mansjoer, A. (2019). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2020). *Fundamentals of Nursing: Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Yulianti, E. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Luka Operasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Leaflet “Perawatan Luka Pasca Operasi” (2025).

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Perawatan luka adalah upaya atau tindakan yang dilakukan untuk mencegah infeksi yang dilakukan dengan langkah-langkah tertentu.

B. Tujuan

1. Agar terhindar dari infeksi.
2. Agar luka tetap bersih.
3. Mempercepat penyembuhan.
4. Mencegah masuknya kuman dan kotoran ke dalam luka
5. Mencegah terjadinya pencemaran oleh cairan dan kuman yang berasal dari luka ke
6. daerah sekitarnya
7. Mencegah terjadinya infeksi silang
8. Mengistirahatkan bagian yang luka atau sakit
9. Sebagai penahan pada bagian yang luka atau sakit
10. Memberikan rasa aman dan nyaman

C. Prinsip Perawatan Luka Post SC

1. Ganti balutan pagi atau sore, sewaktu-waktu bila diperlukan
2. Bersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa.
3. Jaga luka agar tidak lembab
4. Gunakan teknik aseptik

D. Tanda Gejala Infeksi

1. Kemerahan dan pembengkakan pada area luka operasi.
2. Rasa panas dan nyeri menjadi lebih nyeri daripada sebelumnya.
3. Keluarnya cairan atau nanah.
4. Demam.
5. Luka tidak kunjung sembuh.
6. Luka menjadi terbuka.

E. Cara-cara perawatan luka

1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan
2. Lepaskan verban/balutan dengan cara menyentuh bagian luarnya saja.
Jika kotor, gunakan pinset.
3. Jika verban/balutan menempel pada luka, buka kalau sudah longgar.
4. Buang verban/balutan yang kotor ke dalam kantong tahan air untuk dibakar.
5. Bersihkan luka dengan hati-hati menggunakan air matang/NaCl, buang kasa atau kapas yang digunakan untuk membersihkan setiap kali sekali mengusap luka itu.
6. Tutup luka dengan kasa steril atau plester anti air
7. Cuci tangan

F. Jenis makanan yang bisa mempercepat proses penyembuhan luka operasi

1. Protein: Telur, daging ayam, tahu, tempe, dan susu.
2. Vitamin C: Buah-buahan seperti pepaya, jeruk, stroberi, dan sayuran seperti brokoli, bayam, dan tomat.
3. Vitamin A: Wortel, labu, mangga, susu, dan telur.
4. Zat besi dan mineral: Sayuran hijau, kacang-kacangan, dan roti gandum.
5. Lemak sehat: Alpukat, kacang-kacangan

BOLEH GA SIH BERGERAK?

Bergerak (Mobilisasi) sudah diperbolehkan loh mom! Hal ini bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah untuk mempercepat penyembuhan luka serta nyeri.



- 6 jam pertama, mengerjakan anggota tubuh seperti menggerakkan jari, tangan dan menekuk lutut.
- 6-10 jam, diharuskan bisa miring kekiri dan kekanan.
- Lebih dari 24 jam, dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk. Setelah dapat duduk, lalu dianjurkan untuk belajar berjalan.

JENIS-JENIS MAKANAN YANG BISA MEMPERCEPAT PROSES PENYEMBUHAN LUKA OPERASI

➤Protein:

Telur, daging ayam, tahu, tempe, dan susu.



➤Vitamin C:

Buah-buahan seperti pepaya, jeruk, stroberi, dan sayuran seperti brokoli, bayam, dan tomat.



➤Vitamin A:

Wortel, labu, mangga, susu, dan telur.



➤Zat besi dan mineral :

Sayuran hijau, kacang-kacangan, dan roti gandum.



➤Lemak sehat:

Alpukat, kacang-kacangan





P

erawatan

LUKA

POST SC

ADINDA SUCI SUNDARI
KHGA22086

PRINSIP PERAWATAN LUKA POST SC

- Ganti balutan pagi atau sore, sewaktu-waktu bila diperlukan
- Bersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa.
- Jaga luka agar tidak lembab
- Gunakan teknik aseptik
- Awasi adanya tanda-tanda infeksi

TANDA GEJALA INFEKSI

1. Kemerahan dan pembengkakan pada area luka operasi.
2. Rasa panas dan nyeri menjadi lebih nyeri daripada sebelumnya.
3. Keluarnya cairan atau nanah.
4. Demam.
5. Luka tidak kunjung sembuh.
6. Luka menjadi terbuka.

LUKA BEKAS OPERASI SC

- Luka bekas operasi SC akan mulai mengering dalam waktu 5-10 hari.
- Luka di bagian dalam (jahitan pada rahim) membutuhkan waktu lebih lama (hingga 3 bulan atau lebih) untuk benar-benar bisa sembuh.
- Luka bekas operasi akan terasa sakit dan kurang nyaman selama beberapa hari.



Apabila luka terasa nyeri ibu bisa melakukan teknik relaksasi dengan memejamkan mata dan bernafas dengan perlahan dan nyaman

PROSEDUR PEMBERSIHAN LUKA

1. Cuci bersih tangan dengan benar



2. Buka balutan dengan hati-hati



3. Bersihkan luka dengan menggunakan air matang atau NaCl, kemudian keringkan dengan handuk bersih dan kering.



4. tutup kembali dengan kassa steril atau plester anti air



5. Cuci tangan setelah merawat luka

jika memakai plester anti air, jangan mencuci plester anti air (sekali pakai)

Ibu diperbolehkan untuk mandi dengan air dan sabun seperti biasa. Tetapi tetap berhati-hati agar plester tidak sampai terbuka

Lampiran III

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PIJAT OKSITOSIN

Pokok Bahasan	: Pijat oksitosin
Sasaran	: Ny. M dan keluarga
Tempat	: Rumah Pasien
Waktu	: ± 30 menit
Tanggal	: 30 April 2025

A. Latar Belakang

Air Susu Ibu (ASI) merupakan nutrisi terbaik bagi bayi yang baru lahir karena mengandung zat gizi lengkap yang dibutuhkan untuk tumbuh kembang optimal. Salah satu kendala yang sering dihadapi ibu pascapersalinan adalah kurang lancarnya pengeluaran ASI, meskipun produksinya cukup. Hal ini sering dipengaruhi oleh stres, kelelahan, dan kurangnya rangsangan terhadap hormon oksitosin (Kemenkes RI, 2022).

Pijat oksitosin adalah metode sederhana dan aman untuk merangsang produksi serta pengeluaran ASI melalui stimulasi hormon oksitosin. Pijatan dilakukan di sepanjang tulang belakang bagian atas hingga bahu dengan teknik tertentu yang bertujuan untuk merelaksasi ibu dan meningkatkan respons menyusui (Potter & Perry, 2020). Hormon

oksitosin sendiri dikenal sebagai hormon "cinta" yang juga mempererat ikatan antara ibu dan bayi serta membuat proses menyusui menjadi lebih menyenangkan (Roesli, 2017).

Kurangnya pemahaman ibu dan keluarga mengenai manfaat dan teknik pijat oksitosin menjadi salah satu alasan mengapa edukasi kesehatan sangat penting. Penyuluhan tentang pijat oksitosin bertujuan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan payudara secara mandiri, mendukung kelancaran ASI, dan mencegah terjadinya masalah laktasi. Melalui satuan acara penyuluhan ini, diharapkan Ny. M dan keluarga mampu memahami, mempraktikkan, dan mengajarkan kembali teknik pijat oksitosin yang benar sebagai upaya promotif dan preventif dalam pemberian ASI eksklusif.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan, diharapkan klien dan keluarga memahami pentingnya pijat oksitosin sebagai upaya untuk memperlancar pengeluaran ASI dan dapat melakukan teknik pijat oksitosin secara mandiri dan benar.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tindakan pendidikan kesehatan diharapkan klien dan/atau keluarga :

- a. Menjelaskan pengertian pijat oksitosin
- b. Menyebutkan tujuan dan manfaat pijat oksitosin bagi ibu dan bayi.
- c. Mengidentifikasi alat dan waktu pelaksanaan pijat oksitosin yang tepat.
- d. Menjelaskan langkah-langkah teknik pijat oksitosin dengan benar.
- e. Melakukan praktik pijat oksitosin secara mandiri dengan teknik yang sesuai anjuran.

B. Materi : (terlampir)

C. Metode : Ceramah dan tanya jawab

D. Media : Leaflet

E. Denah



F. Strategi Pelaksanaan

No	Kegiatan	Penyuluh	Klien
1	Pembukaan 5 menit	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan	Menjawab salam Menerima dengan baik Menyimak dengan baik
2	Kegiatan Inti dan evaluasi 20 menit	1. Menjelaskan materi tentang perawatan payudara pada <i>postpartum</i> 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Menjawab pertanyaan yang diajukan	Menyimak dengan baik Mengajukan beberapa pertanyaan Menyimak dengan baik

3	Penutup 5 menit	1. Mengulang kembali materi yang disampaikan dengan mengajukan pertanyaan 2. Mengucapkan salam	Mampu menjawab pertanyaan yang diajukan Menjawab salam
---	------------------------	---	---

G. Evaluasi : Lisan dengan mengajukan beberapa pertanyaan

Indikator Keberhasilan:

1. Klien dan keluarga dapat menyebutkan minimal 3 manfaat pijat oksitosin.
2. Klien dan keluarga mampu menjelaskan langkah-langkah teknik pijat oksitosin secara urut.
3. Klien atau anggota keluarga dapat mempraktikkan teknik pijat oksitosin sesuai dengan penjelasan.

Pertanyaan Evaluasi:

1. Apa yang dimaksud dengan pijat oksitosin?
2. Sebutkan manfaat pijat oksitosin bagi ibu dan bayi
3. Kapan waktu yang tepat untuk melakukan pijat oksitosin?
4. Bagaimana langkah-langkah melakukan pijat oksitosin yang benar?

H. Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pedoman Pelayanan Keperawatan Masa Nifas*. Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2020). *Fundamentals of Nursing: Konsep, Proses, dan Praktik* (Edisi ke-9). EGC.
- Roesli, U. (2017). *ASI Eksklusif*. Trubus Agriwidya.
- Sulistiyawati, A. I. (2014). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Salemba Medika.
- Waryana. (2010). *Gizi Ibu dan Bayi*. Nuha Medika.

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Pijat oksitosin adalah sebuah teknik pijatan ringan yang dilakukan di area punggung atas ibu, tepatnya di sepanjang tulang belakang bagian atas sampai area sekitar tulang belikat (antara dua bahu). Pijat ini dilakukan dengan gerakan lembut menggunakan ibu jari atau telapak tangan.

Pijatan ini bertujuan untuk merangsang tubuh ibu agar memproduksi hormon oksitosin, yaitu hormon penting yang membantu pengeluaran ASI dari kelenjar susu ke puting. Oksitosin sering disebut sebagai 'hormon cinta' karena juga membuat ibu merasa tenang, bahagia, dan nyaman saat menyusui.

B. Tujuan Pijat Oksitosin

Setelah melahirkan, banyak ibu merasa cemas, lelah, atau stres karena perubahan tubuh dan tanggung jawab merawat bayi. Stres ini bisa menghambat produksi oksitosin, sehingga ASI menjadi sulit keluar meskipun sebenarnya jumlahnya cukup. Dengan melakukan pijat oksitosin, tubuh ibu distimulasi agar:

1. Lebih rileks dan tenang.
2. Meningkatkan pelepasan hormon oksitosin.
3. Membantu memperlancar keluarnya ASI saat menyusui.

C. Manfaat Pijat Oksitosin

Berikut beberapa manfaat nyata dari pijat oksitosin bagi ibu dan bayi:

2. Untuk Ibu:

- b. ASI keluar lebih lancar dan tidak tersendat.
- b. Mencegah pembengkakan dan nyeri pada payudara.
- c. Mengurangi stres dan rasa cemas.
- d. Membantu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.

3. Untuk Bayi:

- a. Bayi lebih sering menyusui karena ASI keluar lancar.
- b. Tidur lebih nyenyak karena perut kenyang.
- c. Frekuensi buang air besar menjadi lebih rutin.
- d. Tumbuh kembang lebih optimal.

D. Cara Melakukan Pijat Oksitosin

1. Persiapan:

- a. Pastikan ibu dalam keadaan nyaman, duduk membungkuk ke depan (bisa bersandar di bantal/meja).
- b. Gunakan minyak pijat atau baby oil jika diperlukan agar kulit tidak lecet.

2. Langkah-langkah:

- a. Letakkan kedua tangan di punggung bagian atas ibu, di samping tulang belakang.
- b. Pijat dengan gerakan memutar dari arah atas ke bawah sepanjang tulang belikat.

- c. Gunakan ibu jari atau bagian telapak tangan untuk memberikan tekanan lembut.
- d. Lakukan pijatan selama 2–5 menit dengan irama yang tenang dan stabil.

Pijat ini bisa dilakukan oleh suami, keluarga, atau tenaga kesehatan yang sudah memahami tekniknya.

E. Waktu

Pijat oksitosin bisa dilakukan:

1. Sejak hari pertama setelah melahirkan, terutama jika ASI belum keluar lancar.
2. Sebelum menyusui, agar ASI lebih mudah keluar.
3. 1–2 kali dalam sehari, atau sesuai anjuran bidan/dokter.

F. Hal yang Perlu Diperhatikan

1. Jangan melakukan pijat jika ibu merasa demam, sakit punggung berat, atau memiliki luka di area punggung.
2. Jika saat dipijat muncul rasa nyeri yang tidak nyaman, segera hentikan.
3. Tetap konsultasikan dengan tenaga kesehatan bila ibu mengalami kesulitan menyusui walau sudah melakukan pijatan.



Kapan Pijat Ini Bisa Dilakukan?

- Sejak hari pertama setelah melahirkan.
- Sebelum menyusui, agar ASI lebih mudah keluar.
- Bisa dilakukan 1-2 kali sehari.

Teknik Pijat Oksitosin

- Ibu duduk membungkuk sedikit ke depan, bisa disandarkan di bantal atau meja.
- Pijat dilakukan di punggung bagian atas, dari leher sampai bawah tulang belikat.
- Gunakan ibu jari atau telapak tangan, lakukan gerakan lembut selama 2-5 menit.



pijat oksitosin

Adinda Suci Sundari
KHGA22086

Daftar Pustaka

Sirepu, S. A., dkk. (2024). Efektivitas Pijat Oksitosin terhadap Kelancaran ASI. Jurnal Penelitian dan Kesehatan, Deli Husada. <https://ejournal.delihsada.ac.id/index.php/jpk/2R/article/view/2272>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Buku Saku Pelayanan Menyusui di Fasilitas Kesehatan. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat.

Pengertian

Pijat oksitosin adalah pijatan lembut di punggung bagian atas (sekitar tulang belikat) yang bertujuan membantu hormon oksitosin keluar. Hormon ini penting untuk memperlancar keluarnya ASI saat ibu menyusui.

Tujuan

- Membantu ASI keluar lebih lancar.
- Membuat ibu merasa lebih tenang dan rileks.
- Membantu agar menyusui berjalan lebih nyaman dan sukses.

Manfaat

- ASI menjadi lebih banyak dan lancar.
- Bayi jadi lebih sering buang air besar dan tidur lebih nyenyak.
- Mengurangi rasa nyeri atau bengkak pada payudara.

Lampiran V

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas pribadi

Nama : Adinda Suci Sundari

NIM : KHGA22086

Jenis kelamin : Perempuan

Tempat, tanggal lahir : Garut, 21 November 2002

Agama : Islam

Alamat : Ds. Kandang Mukti Kec. Leles, Garut

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Tunas Bangsa (2007-2008)
2. SDN Salamnunggal 03 (2008-2014)
3. SMPN 1 Leles (2014-2017)
4. SMAN 2 Garut (2017-2020)
5. STIKes Karsa Husada Garut Program Studi D3 Keperawatan

Lampiran VI

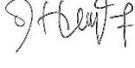
LEMBAR BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT

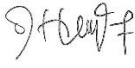
Nama : Adinda Suci Sundari

NIM : KHGA22086

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

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.M (P2A1) dengan Post *Section*
Caesarea POD 0 (6 jam) Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang
Jade RSUD dr. Slamet Garut

No	Tanggal bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan pembimbing	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
1	2 Juni 2025	1. Penjelasan penyusunan KTI 2. Kontrak waktu	1. Mulai susun BAB I		Adinda Suci Sundari
2	5 Juni 2025	BAB I	1. Margin 2. Sistematika penulisan 3. Paragraf 4. Judul KTI 5. Judul tabel 6. Lanjut BAB II		Adinda Suci Sundari
3	10 Juni 2025	BAB I BAB II	1. BAB I Acc 2. BAB II a. Tambahkan pathway LS b. Penatalaksanaan c. Penulisan d. Perbaiki pathway SC 3. Lanjut BAB III		Adinda Suci Sundari

No	Tanggal bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan pembimbing	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
4	13 Juni 2025	BAB II BAB III	1. BAB II - Perbaiki penulisan sumber - Perhatikan penulisan kata/kalimat - Istilah Bahasa asing cetak miring - Jelaskan penatalaksanaan SC - Rapihkan penulisan intervensi 2. BAB III - Penulisan - Lengkapi data - Judul tabel - Mulai pembahasan 3. Lanjut BAB IV		Adinda Suci Sundari
5	17 Juni 2025	BAB II BAB III Kasus BAB IV	1. BAB II Acc 2. BAB III - Tuliskan jam pengkajian - Lengkapi data - Perbaiki penulisan - Perbaiki dan lengkapi intervensi, implementasi dan caper 3. BAB IV Kesimpulan lihat tujuan		Adinda Suci Sundari
6	20 Juni 2025	BAB III Pembahasan BAB IV	1. BAB III - Jelaskan selama proses apakah ada kendala - Jelaskan hasil pemeriksaan		Adinda Suci Sundari

No	Tanggal bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan pembimbing	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
			dan bandingkan dengan teori lalu analisis setiap tahap 2. BAB IV a. Perbaiki penulisan b. Rekomendasi lebih apukatif		Adinda Suci Sundari
7	30 Juni 2025	Lampiran Daftar pustaka	1. Penulisan diperbaiki 2. Cek lagi untuk sumber yang menjadi rujukan		Adinda Suci Sundari
8	7 Juli 2025	Draft	Acc		Adinda Suci Sundari

(Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut, 2025; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)