

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S (P3A0) DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* POD 0 (8 JAM) ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) DIRUANG JADE RUMAH SAKIT UMUM dr. SLAMET GARUT

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Menyelesaikan Program Studi D III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

Risma Nuraeni

KHGA22098



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIII KEPRAWATAN

2025

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S (P3A0)
DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* POD 0 (8 JAM)
ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI
RUANG JADE RUMAH SAKIT UMUM DR. SLAMET
GARUT

NAMA : RISMA NURAENI

NIM : KHGA22098

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disidangkan dan Dipertanggungjawabkan
Dihadapan Tim Penguji Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

K.Dewi Budiarti, M.Kep

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Mengetahui
Ketua Program Studi DIII
Keperawatan STIKes Karsa Husada
Garut

Mengesahkan
Pembimbing

K.Dewi Budiarti, M.Kep

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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S (P3A0)
DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* POD 0 (8 JAM)
ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI
RUANG JADE RUMAH SAKIT UMUM DR. SLAMET
GARUT

NAMA : RISMA NURAENI

NIM : KHGA22098

KARYA TULIS ILMIAH

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

Garut, Juni 2025

Menyetujui,
Pembimbing

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

ABSTRAK

IV BAB, 109 Halaman, 12 Tabel, 2 Bagan

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul " Asuhan Keperawatan Pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB) Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut ". Latar belakang dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah bahwa preeklampsia berat termasuk kedalam 1 besar kasus *post sectio caesarea* di RSUD dr. Slamet Garut dan menempati urutan ke 1 dari 8 indikasi atau 41,18%. Adapun tujuan penulis terhadap karya tulis ilmiah ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. S secara langsung dan komprehensif dengan pendekatan keperawatan meliputi biologi, psikologi, sosial dan spiritual. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus pada Ny. S (P3A0) 8 jam atas indikas preeklampsia berat. Hasil diagnosa yang muncul pada Ny. S adalah Nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, Resiko infeksi, Resiko menyusui tidak efektif. Intervensi yang dibuat berdasarkan standar yang telah sudah ditetapkan dan implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan. Evaluasi menunjukan nyeri akut teratasi sebagian, mobilitas fisik teratasi, Resiko infeksi teratasi Sebagian, Resiko menyusui tidak efektif teratasi. Kesimpulan yang dapat diambil adalah penulis mampu melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan. Adapun rekomendasi yang disampaikan adalah diperlukan adanya kerjasama antara klien dan keluarga dalam melakukan perawatan luka post operasi untuk mencegah terjadinya komplikasi pasca melahirkan seperti kemungkinan terjadi infeksi post *sectio caesarea*.

Kata kunci : Preeklampsia berat, *Sectio caesarea*, Asuhan keperawatan, Post partum

Daftar Pustaka: 24 Buah (2016-2024)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis sampaikan kehadiran Allah SWT, atas berkat dan rahmatnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul " **Asuhan Keperawatan Pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut** " tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan program studi D III Keperawatan di STIKES Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan karya tulis ini penulis banyak bantuan, bimbingan, serta pengarahan dari berbagai pihak baik moril maupun material. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
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 DIII Keperawatan
4. Ibu Eti Suliyawati, S. Kep. M.S i, selaku sekretaris program studi DIII Keperawatan.
5. Ibu Eva Daniati., S. Kep., Ners., M. pd selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang senantiasa meluangkan waktu serta sabar dalam memberikan

bimbingan, arahan, dan dorongan yang besar kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

6. Kepala ruangan beserta staf ruangan Jade RSUD dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan dalam melaksanakan asuhan Keperawatan.
7. Keluarga Ny. S atas kesediaannya bekerjasama dengan penulis dalam melakukan asuhan Keperawatan.
8. Seluruh Dosen STIKes Karsa Husada Garut khususnya untuk program studi DIII Keperawatan dan seluruh stafnya yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam mengumpulkan sumber kepustakaan.
9. Kepada orangtua saya yang selalu mendukung, mendoakan dan membiayai saya selama ini sehingga semua dapat berjalan dengan lancar, keluarga besar yang senantiasa selalu memberikan semangat serta doa kepada penulis.
10. Kepada sepupu saya Nenden Desinta yang senantiasa tak henti-hentinya memberikan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
11. Kepada sahabat saya Afifah Alawiyah, Reza Az Zahra, Noor Tsina Apreiliani dan Yuni Srimulyani yang selalu memberikan bantuan, masukan serta motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
12. Dan tidak lupa untuk diri sendiri yang telah sudah melewati semua ujian sampai dengan detik ini, KAMU HEBAT.
13. Seluruh keluarga besar saya terima kasih atas semua kasih sayang dan dukungan yang telah diberikan selama ini.

14. Kepada seluruh teman seperjuangan DIII KeperawatanSTIKes Karsa Husada Garut Angkatan 29 terutama kelas B yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, semoga kita semua menjadi orang yang berhasil dan sukses di masa yang akan datang.

Semoga semua bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna baik secara penyajian maupun isinya. Penulis menyambut baik terhadap kritik dan saran dari semua pihak. Penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya penulis serta bermanfaat di bidang ilmu keperawatan.

Garut, Juni 2025

Risma Nuraeni

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Metode Telaah	6
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	9
A. Konsep Dasar Teori	9
1. Preeklamsia.....	9
a. Definisi Preeklamsia.....	9
b. Klasifikasi Preeklamsia	10
c. Etiologi Preeklamsia.....	11
d. Tanda dan gejala preeklamsia.....	11
e. Patofisiologi preeklamsia	12
f. Pathway	13
g. Komplikasi Preeklamsia.....	14
h. Pemeriksaan Penunjang.....	14
i. Penatalaksanaan Preeklamsia	16
2. Konsep Sectio Caesarea	17
a. Definisi Sectio Caesarea.....	17
b. Klasifikasi Sectio Caesarea	18
c. Indikasi Sectio Caesarea.....	19
d. Etiologi Sectio Caesarea.....	22
e. Komplikasi	22
f. Pemeriksaan Penunjang.....	23

g. Patofisiologi	24
h. Pathway	25
i. Dampak post sectio caesarea	26
j. Penatalaksanaan	27
3. Konsep Dasar Post Partum.....	28
a. Pengertian Post Partum	28
b. Tahapan-Tahapan Post Partum	29
c. Perubahan Fisiologis Post Partum	30
d. Perubahan Psikologis Post Partum	35
B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN	36
1. Pengkajian Keperawatan	36
2. Diagnosa Keperawatan.....	48
3. Proses Keperawatan	50
4. Implementasi.....	62
5. Evaluasi.....	62
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	63
A. TINJAUAN KASUS	63
1. Pengkajian.....	63
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	78
3. Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi Keperawatan	81
4. Catatan Perkembangan	87
B. Pembahasan.....	93
1. Tahap Pengkajian	93
2. Diagnosa Keperawatan.....	96
3. Perencanaan	99
4. Tahap Pelaksanaan	99
5. Tahap Evaluasi	101
BAB IV	103
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	103
A. Kesimpulan	103
B. Rekomendasi.....	104
DAFTAR PUSTAKA	107
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Presentase <i>Sectio Caesarea</i> dengan berbagai indikasi di RSUD dr. Slamet Garut periode Januari-April 2025	4
Tabel 2. 1 Standar Kadar Kekeruhan Urine	15
Tabel 2. 2 Involusi Uterus	31
Tabel 2. 3 Analisa Data	45
Tabel 2. 4 Perencanaan Keperawatan	50
Tabel 3. 1 Riwayat kehamilan dan persalinan lalu	66
Tabel 3. 2 Pola Aktivitas Sehari-hari	71
Tabel 3. 3 Pemeriksaan Laboratorium	74
Tabel 3. 4 Pengobatan/Program Therapy	75
Tabel 3. 5 Analisa Data	75
Tabel 3. 6 Proses Keperawatan	81
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan	87

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway Preeklamsia	13
Bagan 2. 2 Pathway Post SC Atas Indikasi Preeklamsia Berat	25

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran II Leaflet

Lampiran III Lembar Bimbingan

Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator penting dalam menilai derajat kesehatan masyarakat, terutama dalam hal kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Menurut *World Health Organization* (2023), setiap harinya sekitar 810 wanita diseluruh dunia meninggal akibat komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan. Sebanyak 95% dari kematian tersebut terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, termasuk Indonesia (Hairudin, 2018)

Jumlah AKI di Indonesia masih tergolong tinggi, berdasarkan data kementerian kesehatan tahun 2023 menunjukkan bahwa angka kematian ibu di Indonesia mencapai 205 per 100.000 kelahiran hidup, dengan penyebab utama kematian ibu meliputi hipertensi dalam kehamilan sebanyak 412 kasus, perdarahan obstetrik sebanyak 360 kasus dan komplikasi obstetrik lainnya sebanyak 204 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Angka Kematian Ibu di provinsi Jawa Barat tercatat sebanyak 749 kasus atau 98,60% per 100.000 kelahiran hidup yang artinya dari setiap 100.000 kelahiran bayi yang hidup terdapat 98,60% ibu yang meninggal karena sebab-sebab yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan atau masa nifas. Jumlah kematian Ibu tahun 2024 berdasarkan pelaporan profil kesehatan kabupaten/kota turun sebanyak 43 kasus dibandingkan tahun 2023, yaitu

792 kasus. Penyebab kematian ibu diantaranya adalah komplikasi non obstetrik 29,11%, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas 28,17%, perdarahan obstetrik 25,37%, komplikasi obstetrik lain 10,15%, dan yang lainnya 0,53% (Dinkes Jabar, 2024)

Upaya penurunan AKI telah menjadi salah satu program prioritas nasional dalam bidang kesehatan. Keberhasilan program kesehatan ibu diukur melalui indikator AKI, yang mencerminkan efektifitas sistem pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas layanan. Oleh karena itu, peningkatan pelayanan kesehatan oleh tenaga medis serta edukasi yang komprehensif kepada ibu hamil menjadi langkah strategis dalam menurunkan risiko komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Salah satu penyebab utama kematian ibu yang masih tinggi prevalensinya di Indonesia adalah Preeklampsia (Sulistiyanti et al., 2021)

Preeklampsia merupakan kelainan multisistemik spesifik yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan adanya proteinuria setelah usia kehamilan 20 minggu. Gangguan ini memiliki risiko tinggi terhadap morbiditas dan mortalitas maternal maupun perinatal. Insidensi preeklampsia di Indonesia berkisar antara 34,09%. Preeklampsia berakibat fatal jika tidak segera mendapatkan tindakan seperti merusak plasenta sehingga menyebabkan bayi lahir dalam keadaan tidak bernyawa atau lahir prematur, penyakit ini juga membahayakan ginjal ibu hamil. Pada beberapa kasus, bisa menyebabkan ibu hamil mengalami koma. Untuk menghindari komplikasi yang membahayakan, salah satu tindakan medis yang sering

dilakukan adalah persalinan secara *Sectio Caesarea* (SC) (Hijriani et al., 2020).

Persalinan *Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Darmi et al., 2021)

Berdasarkan data global *survey on maternal and perinatal health* oleh WHO sekitar 46,1% dari seluruh persalinan secara global dilakukan melalui SC. Di Indonesia, hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2021 menunjukkan bahwa 17,6% dari total persalinan dilakukan melalui SC. Sementara itu, di provinsi Jawa Barat angka kejadian SC mencapai 15,5%. Indikasi medis utama yang melatarbelakangi pelaksanaan SC mencakup berbagai komplikasi obstetrik, salah satunya adalah hipertensi dalam kehamilan dengan prevalensi sebanyak 2,7% kasus (Hayati et al., 2023).

Perbandingan ibu post *sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat dengan kasus lainnya yang terjadi di Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut pada bulan Januari-April 2025 dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini:

Tabel 1. 1 Presentase *Sectio Caesarea* dengan berbagai indikasi di RSUD dr. Slamet Garut periode Januari-April 2025

No	Kasus	Jumlah	Presentase
1.	SC Indikasi PEB	327	41,18%
2.	SC Indikasi KPD	214	26,95%
3.	SC Indikasi Letak Sungsang	102	12,84%
4.	SC Indikasi Partus Lama	77	9,69%
5.	SC Indikasi PPT	38	4,78%
6.	SC Indikasi Gawat Janin	33	4,15%
7.	SC Indikasi Plasenta Previa Marginalis	2	0,25%
8.	SC Indikasi Daggu	1	0,12%
Total		749	100%

Sumber: Buku Register RSUD dr. Slamet Garut

Berdasarkan tabel 1.1 dapat dilihat bahwa tindakan *sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat di RSUD dr. Slamet Garut berada pada posisi ke-1 yaitu 327 kasus (41,18%). Artinya kasus ibu dengan preeklamsia berat merupakan penyumbang ke-1 terbanyak di Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut.

Persalinan dengan *sectio caesarea* beresiko kematian 25 kali lebih besar, beresiko infeksi 80 kali lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Infeksi setelah operasi masih tetap mengancam sehingga perawatan setelah operasi memerlukan perhatian khusus. Kurang lebih 90% dari kematian pasca operasi disebabkan oleh infeksi rahim, infeksi kandung kemih, infeksi usus dan infeksi luka bekas operasi (Mulyainuningsih et al., 2021)

Peran perawat dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien preeklamsia bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi selama masa nifas serta mencegah terjadinya komplikasi pasca persalinan. Oleh sebab

itu, asuhan keperawatan pasien dengan preeklamsia dilakukan untuk meningkatkan penyesuaian diri pasien dalam menghadapi permasalahan yang berhubungan dengan kondisinya serta memfasilitasi potensi pasien untuk beradaptasi dalam menghadapi perubahan kebutuhan dasarnya.

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk mengambil kasus ini sebagai bahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **”Asuhan Keperawatan Pada Ny. S (P3A0) dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut. ”**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalam secara nyata serta mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post*

Sectio Caesarea POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat
Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut

- c. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan dengan tepat pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan Pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan Pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan Pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaah

Metode yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Adapun teknik yang dilakukan dalam pengumpulan data yaitu:

1. Wawancara

Metode pengambilan data dengan cara berkomunikasi langsung dengan klien dan keluarga untuk mendapatkan data yang diperlukan mengenai identitas, riwayat kesehatan, data psikologis, sosial, spiritual serta data penunjang lainnya yang berhubungan dengan post partum.

2. Observasi

Metode pengumpulan data melalui pemantauan atau observasi secara langsung terhadap pasien post partum.

3. pemeriksaan fisik

Dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

4. Studi Dokumentasi

Mempelajari data klien, catatan medis dan catatan yang berhubungan dengan masalah klien

5. Studi Kepustakaan

Teknik pengumpulan data dengan melakukan penelaahan terhadap buku, literatur, catatan, serta berbagai laporan yang berkaitan dengan masalah yang ingin di pecahkan. teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan data atau informasi yang berhubungan dengan kasus *post sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN: Meliputi latar belakang masalah, tujuan umum dan tujuan khusus, metode telaah dan sistematika penulisan

BAB II TINJAUAN TEORITIS: Landasan teori yang menguraikan tentang konsep dasar teori-teori yang relevan dengan judul post section caesarea atas indikasi preeklamsia berat.

BAB III TINJAUAN KASUS: Tinjauan kasus dan pembahasan menguraikan laporan asuhan keperawatan klien yang di rawat meliputi pengkajian, diagdosa keperawatan, intervensi, keperawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan serta pembahasan yang bersifat naratif dari proses keperawatan yang telah dilakukan

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI: Berisi kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Teori

1. Preeklamsia

a. Definisi Preeklamsia

Preeklampsia adalah suatu penyakit yang dialami oleh ibu hamil yang ditandai dengan adanya tanda-tanda hipertensi (tekanan darah tinggi), edema (pembengkakan), dan proteinuria (kadar protein dalam urin meningkat (Haslan & Trisutrisno, 2022).

Preeklampsia adalah hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu atau setelah persalinan ditandai dengan meningkatnya tekanan darah menjadi 140/90 mmHg (Situmorang & Damayanti, 2016).

Preeklampsia adalah komplikasi kehamilan yang disebabkan oleh gangguan plasenta dan respon inflamasi ibu, ditandai dengan tekanan darah tinggi setelah usia kehamilan 20 minggu serta kerusakan organ lainnya (Veri et al., 2024).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Preeklampsia berat adalah kondisi medis serius yang terjadi pada kehamilan, ditandai dengan peningkatan tekanan darah tinggi (hipertensi) setelah usia kehamilan 20 minggu, disertai dengan adanya protein dalam urine (proteinuria), serta gangguan pada

beberapa sistem organ tubuh. Kondisi ini biasanya muncul pada trimester ketiga kehamilan, namun dapat terjadi segera setelah persalinan. Preeklampsia berat merupakan komplikasi kehamilan yang disebabkan oleh gangguan pada plasenta dan respons inflamasi tubuh ibu, yang mengarah pada kerusakan organ lainnya.

b. Klasifikasi Preeklampsia

Menurut (Rupdi & Dewi, 2022) dalam bukunya menjelaskan preeklampsia dibagi menjadi dua golongan, yaitu:

1) Preeklampsia Ringan

Pada kondisi ini terjadi peningkatan pada tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur dengan posisi berbaring terlentang. Selanjutnya adalah ditemukannya edema pembengkakan umum pada mata, jari tangan dan kaki atau kenaikan berat badan mencapai 1 kg atau bahkan lebih. Proteinuria pada kondisi ini juga bias ditemukan, dengan kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter, kualitatif 1 atau 2 pada urin kateter. Dan sakit kepala sementara, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada nyeri ulu hati.

2) Preeklampsia Berat

Pada kondisi ini bila salah satu diantara gejala atau tanda ditemukan pada ibu hamil kemudian diikuti dengan adanya tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih dari 3g/liter, oliguria dengan jumlah urin <400 cc/24 jam, Disertai

proteinuria 30mg/liter urin atau lebih dari 300mg/24 jam. Adanya gangguan serebral gangguan penglihatan, nyeri kepala, dan rasa nyeri pada epigastrium, terdapat edema paru dan sianosis, enzim hati meningkat disertai ikterus.

c. Etiologi Preeklamsia

Penyebab preeklamsia saat ini masih belum jelas, namun preeklamsia dapat terjadi pada beberapa orang termasuk ibu yang memiliki faktor internal seperti riwayat preeklamsia pada keluarga, status gizi, preeklamsia pada kehamilan sebelumnya, diabetes, obesitas, hipertensi kronis, penyakit ginjal dan stress (Handayani & Nurjanah, 2021)

d. Tanda dan gejala preeklamsia

Preeklamsia memiliki gejala yang biasanya tidak disadari oleh ibu hamil yaitu hipertensi dan proteinuria (Kurniawati et al., 2023). Secara umum, gejala yang muncul akibat preeklamsia adalah sebagai berikut:

1) Tekanan darah tinggi

Tekanan darah tinggi merupakan gejala utama dari preeklamsia. Meski tidak mengalami preeklamsia, tekanan darah tinggi pada ibu hamil cukup berbahaya sehingga perlu diatasi dengan segera.

2) Edema atau pembengkakan

Edema pada preeklamsia terjadi karena penumpukan cairan sehingga menyebabkan pembengkakan terutama pada tangan, kaki, dan wajah. Gejala ini sering kali diabaikan karena dianggap sebagai hal wajar dalam masa kehamilan.

3) Protein dalam urin

Proteinuria yaitu merupakan gejala preeklamsia dimana kondisi urine mengandung protein yang seharusnya hanya ada di dalam darah. Kondisi ini hanya bisa diketahui melalui pemeriksaan laboratorium.

4) Kepala pusing atau sakit kepala hebat

Nyeri kepala pada preeklamsia hampir mirip dengan gejala migrain. Kepala terasa berdenyut sangat parah dan sulit hilang.

5) Penglihatan kabur atau melihat bintik-bintik terang.

Selain nyeri kepala, gejala preeklamsia juga menyebabkan ibu hamil mengalami mual dan muntah hingga di pertengahan kehamilan.

e. Patofisiologi preeklamsia

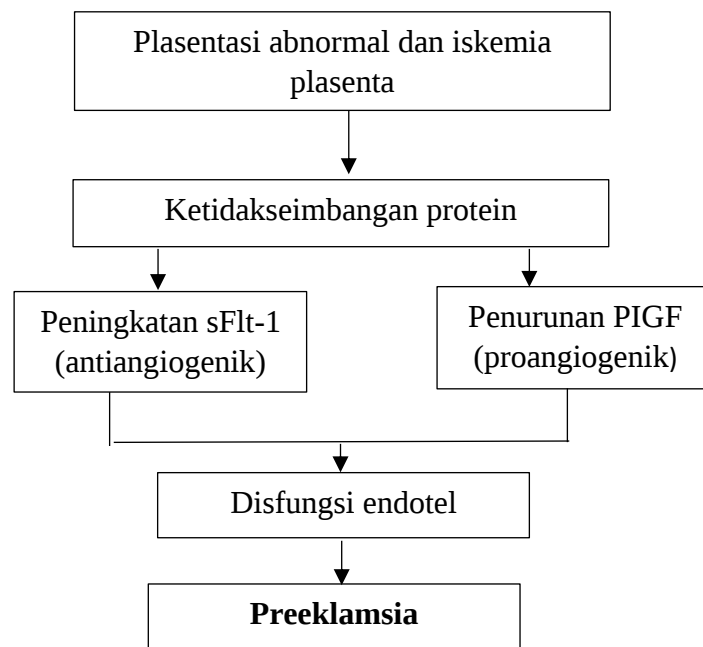
Proses kompleks perkembangan preeklamsia terjadi diawali karena faktor kombinasi antara plasentasi abnormal dan iskemia, yang menyebabkan angiogenik protein dalam sirkulasi ibu, pada akhirnya menghasilkan disfungsi endotel yang mengarah ke sindrom

klinis yang terlihat pada pasien dengan preeklamsia. Dua biomarker yang paling banyak dipelajari dan terlibat, terutama yang berkaitan dengan perkembangan preeklamsia adalah soluble FMS-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1) dan placental growth factor (PlGF). sFlt1 adalah faktor anti-angiogenik yang menghambat neovaskularisasi. Kadar sFlt-1 yang lebih tinggi ditemukan pada pasien dengan preeklamsia dan plasenta pasien dengan preeklamsia. Tingkat PlGF lebih rendah, dan rasio antara sFlt-1 dan PlGF meningkat pada pasien dengan preeklamsia (Veri et al., 2024)

f. Pathway

Bagan 2. 1

Pathway Preeklamsia



Sumber: (Veri et al., 2024)

g. Komplikasi Preeklamsia

Komplikasi dari preeklamsia adalah kematian ibu dan janin, namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi baik pada ibu maupun janin adalah sebagai berikut (Veri et al., 2024):

- 1) Berbagai karakteristik mengenai komplikasi ibu akibat preeklamsia yaitu:
 - a) Perdarahan pasca persalinan
 - b) Transfusi darah
 - c) Solusio plasenta
 - d) Gagal jantung
- 2) Komplikasi pada perinatal yaitu:
 - a) Berat badan lahir rendah
 - b) Asfiksia saat lahir
 - c) Lahir mati
 - d) Kematian intrapartum

h. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada preeklamsia adalah sebagai berikut (Parwiihardjo, 2017):

- 1) Pemeriksaan Laboratorium
 - a) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah
 - (1) Penurunan hemoglobin dengan nilai rujukan wanita hamil adalah 12-14gr%

(2) Hematokrit meningkat dengan nilai rujukan 37-43

vol%

(3) Trombosit menurun dengan nilai rujukan 150-450

ribu/mm³

b) Urinalisis

Ditemukan protein dalam urin

Tabel 2. 1
Standar Kadar Kekeruhan Urine

No	Hasil	Kadar Kekeruhan Protein	Keterangan
1.	Negatif	Urine jernih	-
2.	Positif 1 (+)	Ada kekeruhan	Menunjukkan gejala kebocoran protein dalam urine, yang disebabkan adanya gangguan ginjal
3.	Positif 2 (++)	Kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan	Menunjukkan adanya kebocoran pada ginjal karena darah tinggi
4.	Positif 3 (+++)	Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas	Menunjukkan proses penyaringan pada ginjal menurun
5.	Positif 4 (++++)	Urine sangat keruh dan disertai endapan yang menggumpal	Menunjukkan ginjal sudah dalam kondisi kronis karena hanya bisa menjalankan fungsinya sebatas 15-29%

2) Radiologi

a) Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intrauterus.

Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat dan volume cairan ketuban sedikit.

b) Kardiotografi

Diketahui denyut jantung bayi lemah

i. Penatalaksanaan Preeklamsia

Tujuan utama dari penanganan preeklamsia adalah mencegah terjadinya eklamsia, melahirkan bayi tanpa adanya asfiksia, dan mencegah mortalitas maternal dan perinatal. Penatalaksanaan preeklamsia dibedakan berdasarkan derajat keparahan klinis (Prawirohardjo S, 2017).

- 1) Penatalaksanaan preeklamsia ringan difokuskan pada pemantauan dan pencegahan progresi penyakit. Ibu dapat dirawat jalan jika kondisi stabil dan usia kehamilan <37 minggu. Dilakukan pemantauan tekanan darah, proteinuria, fungsi ginjal dan hati, serta pertumbuhan janin melalui USG. Antihipertensi seperti metildopa atau nifedipine diberikan jika tekanan darah $\geq 150/100$ mmHg. Magnesium sulfat belum diindikasikan. Terminasi kehamilan dilakukan saat usia gestasi ≥ 37 minggu atau bila kondisi memburuk.

- 2) Preeklamsia berat memerlukan perawatan di fasilitas kesehatan dengan pemantauan ketat terhadap tekanan darah, keseimbangan cairan, dan parameter laboratorium. Antihipertensi seperti labetalol atau hidralazin diberikan untuk menurunkan tekanan darah secara bertahap. Magnesium sulfat digunakan sebagai profilaksis kejang. Terminasi kehamilan segera dilakukan, tanpa mempertimbangkan usia gestasi, jika terdapat tanda bahaya pada ibu atau janin, dengan mempertimbangkan kondisi obstetri.

2. Konsep *Sectio Caesarea*

a. Definisi *Sectio Caesarea*

Persalinan *sectio caesarea* (SC) merupakan proses pembedahan untuk melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut dan dinding Rahim (Hayati et al., 2023)

Sectio caesarea didefinisikan sebagai metode persalinan yang melibatkan sayatan pada dinding uterus serta dinding depan perut untuk mengeluarkan bayi. Proses ini bisa melibatkan sayatan pada dinding vagina, tergantung pada kebutuhan medis (Siagian et al., 2023)

Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan

dinding uterus untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Darmi & Hartaty, 2021)

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu pembedahan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus ibu dan dengan cara membuat sayatan pada dinding perut dan Rahim yang bertujuan untuk mengeluarkan janin dari dalam Rahim.

b. Klasifikasi Sectio Caesarea

Sectio Caesarea dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu:

1) *Sectio Caesarea Transperitonealis Profunda*

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dimana dokter nantinya akan membedah perut ibu dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Jenis ini memberikan beberapa keuntungan seperti perdarahan luka insisi yang tidak banyak, risiko. peritonitis yang tidak besar, jaringan parut saat proses penyembuhan pada uterus umumnya kuat sehingga risiko ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna (Prawirohardjo S, 2017)

2) *Sectio Caesarea Klasik atau Sectio Caesarea Corporal*

Tindakan pembedahan ini dilakukan dengan cara membuat insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm

dengan ujung bawah di atas batas plika vesio uterine. Tujuannya dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses SC *Transperitonealis Profunda*. Halangan yang dimaksud misal karena uterus melekat pada dinding perut karena riwayat persalinan SC sebelumnya dan risiko perdarahan yang besar apabila di insisi di segmen bawah uterus dimana ada kondisi plasenta previa (plasenta menempel menutupi jalan lahir). Kerugian dari jenis ini adalah risiko peritonitis dan rupture uteri 4 kali lebih bahaya pada kehamilan selanjutnya. Biasanya setelah dilakukan tindakan SC klasik ini, dilakukan sterilisasi atau histerektomi untuk menghindari risiko yang ada (Prawirohardjo S, 2017)

3) *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

Dokter akan menginsisi dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus yang nantinya dipisahkan. Lalu vesika urinaria akan diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum akan dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan SC ini tidak banyak lagi dilakukan karena tekniknya yang sulit dilakukan (Prawirohardjo S, 2017)

c. Indikasi Sectio Caesarea

Menurut (Veri et al., 2024) ada beberapa penyebab atau indikasi dilakukannya tindakan *sectio caesarea*, yaitu diantaranya sebagai berikut:

1) Umur beresiko

Usia ibu merupakan indikasi relatif *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan usia yang tua beresiko tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Hasil dari analisis distribusi frekuensi, diperoleh data penyebab persalinan *Sectio Caesarea* berdasarkan faktor ibu yaitu umur beresiko. Usia ibu saat hamil yang berisiko tinggi adalah usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.

2) Riwayat SC

Riwayat SC merupakan indikasi relatif *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan mempunyai riwayat SC tidak bisa melahirkan dengan cara normal.

3) Partus tak maju

Partus tak maju merupakan indikasi relatif *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan mengalami Partus tak maju tidak bisa melahirkan dengan cara normal. partus tidak maju atau gagal maju (*failure to progress*) merupakan berhentinya pembukaan dan penurunan sekunder

4) Posdate (usia kehamilan lebih dari hari perkiraan lahir)

Posdate merupakan indikasi relatif *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan posdate tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Kehamilan postdate adalah suatu kehamilan yang berakhir antara 40 dan 42 minggu.

5) Gagal induksi

Gagal induksi diartikan sebagai kegagalan timbulnya persalinan dalam satu siklus terapi, solusi pada kasus kegagalan induksi adalah dengan meneruskan induksi atau melakukan persalinan *Sectio Caesarea*.

6) Kelainan ketuban (ketuban pecah dini/KPD)

Ketuban pecah dini merupakan suatu kejadian dimana ketuban pecah sebelum proses persalinan berlangsung, yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan dalam rahim

7) Penyakit ibu (PEB/eklamsi, Asma, Anemia)

Seorang wanita yang mempunyai penyakit atau riwayat penyakit seperti hipertensi, preeklamsi/eklamsi, penyakit jantung, diabetes melitus (DM) tipe II, HIV/AIDS, malaria. Termasuk dalam kategori ibu risiko tinggi, salah satu dari beberapa riwayat penyakit tersebut yang paling banyak menjadi rujukan tindakan bedah *caesar* yaitu pre eklamsi/eklamsi

8) Gawat Janin Hasil dari analisis distribusi frekuensi, diperoleh data penyebab persalinan *Sectio Caesarea* yaitu Gawat janin.

9) Indikasi sosial

Indikasi sosial berdasarkan APS (atas permintaan sendiri) hal ini biasanya di lakukan atas permintaan pasien sendiri berdasarkan rasa cemas dan takut untuk melakukan persalinan pervaginam, hal ini sebenarnya bukanlah suatu indikasi untuk dilakukan *sectio caesarea*

d. Etiologi Sectio Caesarea

1) Indikasi pada ibu

Adapun penyebab indikasi pada ibu dan harus dilakukannya *Sectio Caesarea* yaitu adanya sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan pada panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta pada tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya), terdapat etiologi medis yang menjadi indikasi dilaksanakannya *Sectio Caesarea* antara lain CPD (Cephalo Pelvic Disproportion), PEB (Pre- Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), dan faktor lainnya (Darmi & Hartaty, 2021)

2) Indikasi pada janin

Indikasi pada janin yang dilakukan operasi *Sectio Caesarea*, gawat janin, propalus funikuli (tali pusat penumpang), primigravida tua, kehamilan kembar, kehamilan dengan kelainan congenital, anomali janin misalnya hidrosefalus (Darmi & Hartaty, 2021)

e. Komplikasi

1) Infeksi *puerperal*

Terdapat identifikasi infeksi yang dialami ibu nifas post SC seperti terjadinya Infeksi Luka Operasi (ILO) post operasi juga disebabkan oleh beberapa hal yaitu, indeks masa tubuh yang besar, usia yang terlalu tua, kehilangan darah banyak saat prosedur operasi, metode

penutupan luka operasi dan prosedur operasi SC dengan kategori emergency

2) Perdarahan

Perdarahan paska melahirkan biasanya didefinisikan sebagai hilangnya darah lebih dari 500ml setelah kelahiran normal tanpa komplikasi atau 1000 ml setelah kelahiran sesar.

3) Komplikasi pada bayi

Komplikasi pada bayi yang dilahirkan dengan *sectio caesarea* tergantung dengan alasan dilakukannya *sectio caesarea*.

4) Komplikasi lain-lain

kematian pasca operasi kurang lebih disebabkan oleh komplikasi seperti infeksi rahim, infeksi kandung kemih, infeksi usus dan infeksi luka bekas operasi.

f. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemantauan terhadap janin

2) Pemantauan EKG

3) Elektrolit

4) Hemoglobin/Hematokrin

5) Golongan Darah

6) Urinalisis

7) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi

8) Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi

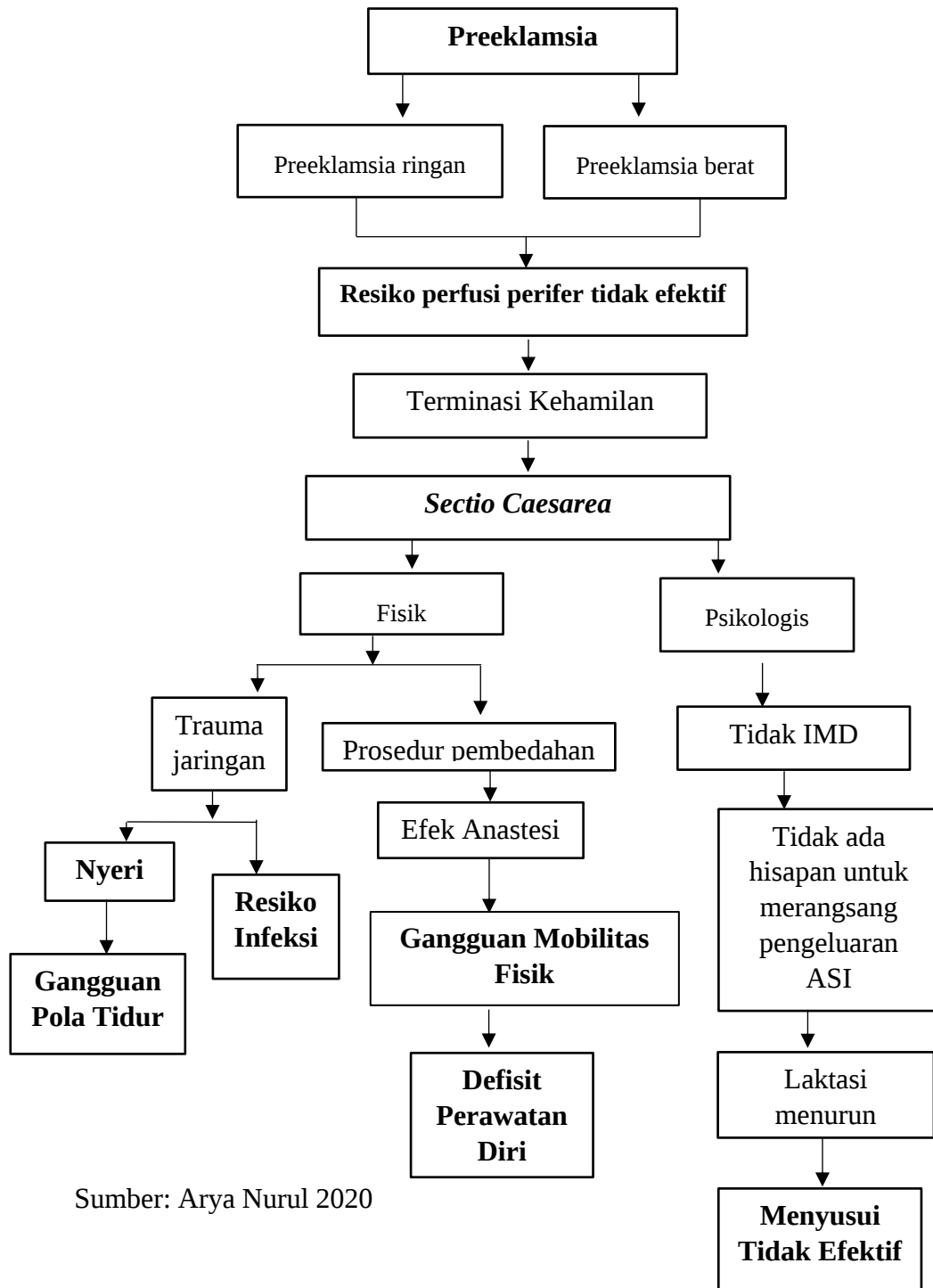
g. Patofisiologi

Tindakan *sectio caesarea* (SC) menyebabkan trauma jaringan dan nyeri, yang dapat memicu gangguan mobilitas fisik, gangguan pola tidur serta meningkatkan risiko infeksi. Efek anestesi seperti lemas dan gangguan motorik turut memperburuk kondisi, sehingga ibu mengalami kesulitan bergerak dan merawat diri (Astawa, 2020). Secara psikologis, ketidaksiapan pascaoperasi sering kali menghambat pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD), padahal IMD penting untuk merangsang hormon oksitosin dan prolaktin. Ketiadaan stimulasi ini menurunkan produksi ASI dan menyebabkan menyusui tidak efektif (Prawirohardjo, 2017).

h. Pathway

Bagan 2. 2

Pathway Post SC Atas Indikasi Preeklamsia Berat



Sumber: Arya Nurul 2020

i. Dampak post sectio caesarea

Dampak *post sectio caesarea* Terhadap kebutuhan Dasar Manusia (KDM) menurut (Handayani & Nurjanah, 2021)

1) Nyeri

Biasanya dirasakan pada daerah abdomen akibat luka operasi. Untuk mengatasi rasa sakit pada klien maka anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi atau nafas dalam. Serta memberi terapi obat analgetik.

2) Nutrisi dan cairan

Pada ibu post partum *sectio caesarea* masih dianjurkan untuk puasa apabila ibu belum flatus dan bising usus belum terdengar untuk menghindari aspirasi. Sebagai pengganti dari makanan dan cairan, maka klien diberikan cairan infus RL, apabila klien sudah flatus dan bising usus normal, maka klien diperbolehkan untuk minum 1 sendok kemudian setelah itu dicoba untuk diet lunak Tinggi Kalori Tinggi Protein.

3) Aktivitas

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

4) Personal hygiene

Kebutuhan personal hygiene pada ibu post partum *sectio caesarea* tidak terpenuhi karena keadaan klien yang lemah untuk memenuhi kebutuhan

personal hygiene tersebut maka dilakukan bantuan membersihkan tubuh klien, membersihkan mulut, membersihkan rambut, membersihkan vulva. Manfaat pemenuhan kebutuhan personal hygiene yaitu memberikan kenyamanan pada klien.

5) Eliminasi urine

Kebanyakan klien dapat berkemih secara spontan dalam waktu 8 jam setelah melahirkan. Secara kehamilan terjadi peningkatan cairan 50%. Setelah melahirkan cairan ini dieliminasi sebagai urine. Mungkin terdapat aseton dalam urine pada klien yang mengalami dehidrasi.

6) Emosi

Ketika mendekati kelahiran, wanita akan mengalami peningkatan kegembiraan mencapai klimaks dengan kelahiran bayi. Sering kali emosi yang tinggi menurun dengan cepat setelah kelahiran. Klien akan kelelahan karena persalinan dan mereka mengalami nyeri perineum serta pembengkakan payudara.

7) Pada ibu *post sectio caesarea* biasanya mengalami kurang tidur akibat dari adanya rasa nyeri yang dirasakan pada daerah abdomen.

j. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien yang menjalani *sectio caesarea* (Barus, 2024) sebagai berikut:

- 1) Berikan cairan intravena sesuai indikasi
- 2) Jenis anestesi regional atau spinal
- 3) Tes laboratorium atau diagnostik sesuai indikasi

- 4) Pemberian oksigenasi sesuai indikasi
- 5) Observasi tanda-tanda vital di ruang pemulihan
- 6) Pemasangan kateter urin.

3. Konsep Dasar Post Partum

a. Pengertian Post Partum

Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal post partum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Darmi & Hartaty, 2021)

Post partum adalah masalah sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih enam minggu (Maritalia, 2017)

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat - alat kandungan kembali pulih seperti semula. Masa nifas dapat dibagi menjadi periode pasca persalinan (*immediate postpartum*), periode nifas dini (*early*

postpartum) dan periode nifas lanjut (late postpartum) (Safitri & Cahyanti, 2016)

Dari ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa post partum adalah masa sesudah persalinan yaitu setelah pengeluaran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu yang berlangsung kurang lebih 6 minggu atau 42 hari.

b. Tahapan-Tahapan Post Partum

1) *Puerperium* Dini (Periode *immediate* post partum):

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Yaitu masa segera setelah plasenta lahir sampai kepulihan dimana ibu sudah diperbolehkan mobilisasi jalan. Masa pulih/kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Peran teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

2) *Puerperium Intermedial* (Periode *Early* Post partum 24 jam - 1 minggu):

Masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu. Peran memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dari cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) *Remote Puerperium (Periode Late Post partum, 1 minggu-minggu):*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat, terutama bila ibu selama hamil maupun bersalin, ibu mempunyai komplikasi, masa ini bisa berlangsung 3 bulan bahkan lebih lama sampai tahunan. Peran: pada periode ini tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

c. Perubahan Fisiologis Post Partum

Perubahan Fisiologis yang terjadi pada ibu Post Partum, menurut Febriani (2022) yaitu:

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

(1) Involusi uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

(2) Kontraksi

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

(3) *Afterpains*

Kondisi ini banyak terjadi pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik sering dialami multipara

dan bisa menimbulkan nyeri yang bisa bertahan sepanjang awal puerperium

Tabel 2. 2
Involusi Uterus

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

b) Tempat Plasenta

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

c) *Lochea*

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

(1) *Lochea Rubra* berwarna merah

Lochea yang terjadi pada hari ke 1-3 setelah persalinan, warna merah terang sampai dengan merah tua. Merupakan darah segar dan terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel

desidua, vetriks caseora, lanugo dan mechonium. Cairan ini berbau amis.

(2) *Lochea Serosa*

Lochea Serosa adalah pengeluaran secretm berwarna merah muda sampai dengan kekuning-kuningan dan kemudian berubah menjadi kecoklatan terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 14 pasca persalinan.

(3) *Lochea Alba*

Lochea Alba adalah lokhea yang terakhir. Dimulai dari hari ke14 kemudian makin lama semakin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai 1 atau 2 minggu berikutnya. Berbentuk seperti cairan putih, merupakan keluaran yang hampir tidak berwarna.

d) Serviks

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

e) Vagina dan Perineum

Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae vagina yang semula sangat meregang akan kembali bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6 sampai 8 minggu setelah bayi lahir, rugae akan kembali terlihat pada

sekitar minggu ke 4. Mukosa akan tetap atropik pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali.

f) Topangan Otot Panggul

Struktur penopang uterus dan vagina bisa mengalami cedera sewaktu melahirkan dan masalah ginekologi dapat timbul dikemudian hari.

g) Payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Ada 2 mekanisme produksi susu, sekresi susu atau let down. Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap putting, oksitosin merangsang ensit let down (mengalirkan) sehingga menyebabkan ASI keluar

2) Sistem Endokrin

a) Hormon Plasenta

Dengan terjadi perubahan hormon yang menyebabkan penurunan hormon-hormon yang diproduksi oleh organ tersebut.

b) Hormon Hipofisis dan Fungsi Ovarium

Waktu dimulainya ovulasi dan menstruasi pada wanita menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolactin serum yang

tinggi pada wanita menyusui dampaknya berperan dalam menekan ovulasi.

3) Sistem Pencernaan

Setelah persalinan 2 jam ibu merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan, tidak ada alasan menunda pemberian makan. Konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karena ada luka jahit perineum.

4) Sistem Perkemihan

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

5) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen dan sendi yang mengendur saat kehamilan akan Kembali normal dalam waktu beberapa minggu.

6) Sistem Kardiovaskular

Setelah persalinan, sistem kardiovaskular mengalami penyesuaian fisiologis yang signifikan. Volume darah menurun akibat kehilangan darah dan mobilisasi cairan berlebih selama kehamilan. Curah jantung tetap tinggi selama 48 jam pertama, kemudian menurun dalam dua minggu. Frekuensi denyut jantung cenderung menurun (bradikardia ringan), dan tekanan darah dapat sedikit meningkat namun

kembali normal dalam beberapa hari. Resistensi vaskular sistemik meningkat kembali, sementara risiko trombosis juga meningkat karena aktivasi faktor koagulasi dan imobilisasi pasca persalinan.

d. Perubahan Psikologis Post Partum

nifas merupakan masa transisi peran seorang ibu dimana memerlukan adaptasi psikologis yang tidak mudah. Masa nifas merupakan masa rentan gangguan psikologis sehingga terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran dengan bertambahnya tanggung jawab. Masa nifas merupakan masa bertambahnya kecemasan ibu berhubungan dengan pengalaman unik selama persalinan. Fase perubahan psikologi masa nifas menurut (Handayani & Nurjanah, 2021)

1) *Taking In*

Merupakan periode ketergantungan (dependent), yang berlangsung hari 1 sampai 2 hari pertama, dengan ciri khas ibu fokus pada diri sendiri dan pasif terhadap lingkungan, menyatakan adanya rasa ketidaknyamanan yang dialami: rasa mules, nyeri luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan : istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi yang adekuat. Gangguan psikologi yang terjadi pada masa ini antara lain kekecewaan terhadap bayinya, ketidaknyamanan pada perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

2) *Fase Taking Hold*

Berlangsung dalam 3 hari sampai sepuluh hari setelah melahirkan, menunjukkan bahwa ibu mengalami kekhawatiran terhadap ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya, ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan antara lain teknik komunikasi yang baik, dukungan moril, pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

3) *Fase Letting Go*

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

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

Asuhan keperawatan adalah proses atau tahapan kegiatan dalam perawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan (Astawa IM, 2020).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses penyelesaian. Suatu proses kolaborasi melibatkan perawat dan tim kesehatan lainnya. Pemeriksaan dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam pengkajian

diperlukan kecermatan dan ketelitian agar data yang dikumpulkan lebih akurat, sehingga dapat dikumpulkan dan dianalisis untuk mengetahui masalah dan kebutuhan ibu terhadap perawatan (Astawa IM, 2020)

a. Identitas

Terdiri dari identitas klien dan penanggung jawab, pengkajian identitas meliputi: nama, umur, jenis kelamin, alamat, tanggal masuk, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal pengkajian, diagnose medis, nomor rekam medik

b. Riwayat kesehatan

a) Keluhn utama

Keluhan utama yang dirasakan pada pasien post SC biasanya klien mengeluh nyeri.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi juga keluhan utama yang dirasakan pada pasien post SC yaitu nyeri yang dapat dijabarkan dengan menggunakan format P, Q, R, S, T yaitu:

P: (*provokes/palliative*) merupakan penyebab yang membuat pasien merasa nyeri/sakit, apakah ada penyebab yang membuat membaik/memburuk.

Q: (*quality/kualitas*) merupakan penjelasan pasien yang menggambarkan kualitas nyeri. Apakah rasanya seperti

ditusuk-tusuk, disayat, ditimpa beban berat, diremas atau terasa panas.

R: (*region/radiates*) apakah rasa sakit atau nyeri tersebut menyebar pada organ lain atau tidak.

S: (*Skala/keparahan*) merupakan penilaian pasien terhadap rasa sakit atau nyeri yang dirasakannya. Menggunakan rentang nilai 0-10 dengan 0 berarti tidak terasa nyeri dan 10 merupakan rasa yang nyeri yang paling berat.

T: (*Time/waktu*) merupakan waktu terasanya nyeri atau sakit yang dialami pasien, apakah nyeri muncul terus-menerus atau hilang timbul atau nyeri datang secara tiba-tiba.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji terhadap adanya riwayat penyakit keturunan seperti, jantung, hipertensi, diabetes melitus, infeksi kronik, penggunaan obat-obatan kebiasaan klien seperti merokok, minum alkohol dan mengkonsumsi minuman berkafein. Apakah klien memiliki riwayat alergi, apakah klien mendapatkan imunisasi, apakah klien pernah kecelakaan, adakah riwayat operasi.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit yang diderita oleh anggota keluarga klien, seperti kehamilan kembar, penyakit yang dapat diturunkan dan penyakit yang dapat ditularkan seperti hepatitis dan TBC.

e) Riwayat Obstetri Ginekologi

(1) Riwayat Ginekologi

Pengkajian riwayat menstruasi mengenai menarche, siklus haid, kaji terhadap lamanya haid, sifat darah (warna, bau, cair, gumpalan), dismenorhea. Status perkawinan (kaji terhadap unsur pada waktu menikah lama perkawinan dan berapa kali menikah). Kaji riwayat keluarga berencana (jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan).

(2) Riwayat Obstetri

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu dikaji berapa kali klien hamil, anak yang hidup, jenis persalinan, berat badan anak, penolong persalinan, tempat persalinan serta keadaan masa nifas (Astawa IM, 2020).

f) Pemeriksaan Fisik

(1) Keadaan Umum

Penurunan kesadaran bisa saja terjadi karena efek dari tindakan anastesi. Pada kasus SC dengan anastesi spinal 12 jam pertama post operasi tingkat kesadaran sudah membaik dan pasien sudah bisa diajak berkomunikasi (Astawa IM, 2020).

(2) Keadaan Emosional

Untuk mengetahui apakah keadaan emosioal stabil atau tidak. Biasanya terdapat fase *taking in*, fase *taking hold*, dan fase *letting go*. Pada ibu nifas normal keadaan emosional stabil.

(3) Tanda-tanda vital

Pada klien *post sectio caesarea*, terkadang tekanan darah menurun akibat dari anastesi, nadi kemungkinan cepat apabila klien cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi serta respirasi biasanya dalam rentang normal, kecuali jika pasien merasa cemas sehingga bisa menyebabkan sesak (Maritalia, 2017).

(4) Pemeriksaan Fisik *head to toe*

(a) Kepala

Kaji terhadap kesimetrisan, apakah terdapat nyeri bila di tekan, penyebaran rambut merata, apakah ada benjolan yang abnormal, apakah muncul keluhan pusing.

(b) Mata

Kaji kesimetrisan antara mata sebelah kanan dan kiri, warna sklera, konjungtiva dan pupil. Pada pasien dengan dengan post SC indikasi preeklamsia berat 12 jam pertama konjungtiva tampak anemis karena telah terjadi perdarahan sebelumnya.

(c) Telinga

Kaji terhadap simetrisasi antara kiri dan kanan, apakah ada serumen, tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran baik.

(d) Hidung

Kaji kesimetrisasi lubang hidung, bentuk, kebersihan dan fungsi penciuman

(e) Mulut

Kaji terhadap kesimetrisasi bentuk bibir, apakah mukosa bibir kering, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat caries gigi, lidah tampak bersih

(f) Leher

Kaji apakah terdapat pembengkakan atau pembesaran kelenjar tyroid.

(g) Dada

Kaji bentuk kesimetrisasi, biasanya irama nafas teratur, bunyi jantung S1/S2 (Lupdup, tidak ada bunyi tambahan), tidak terdengar suara tambahan wheezing (-), ronkhi (-), kaji terhadap adanya nyeri tekan.

(h) Abdomen

Kaji kebersihannya, adakah striae livide dan linea nigra. Kaji luka operasi, tanda-tanda infeksi pada luka seperti terdapat bengkak serta kemerahan dan nyeri tekan pada

luka post SC. Pada 12 jam post SC TFU sekitar 1 cm dibawah umbilicus

(i) Genetalia

Kaji terhadap pengeluaran lochea. Pada 24 jam setelah melahirkan terdapat pengeluaran yaitu lochea rubra. Pada 24-48 jam setelah post SC pasien masih menjalankan perawatan kateter urin karena pada 24 jam post SC pasien belum bisa beraktivitas secara mandiri juga untuk menghindari terjadinya infeksi (Siagian, 2023)

(j) Ekstremitas Atas dan bawah

(1) Ekstermitas atas, kaji terhadap bentuk kesimetris, biasanya tidak terdapat oedema, kemungkinan kekuatan otot lemah.

(2) Ekstermitas bawah, kaji terhadap bentuk kesimetrisan, kemungkinan tidak terdapat oedema dan varises, kemungkinan otot lemah. Penilaian *homans sign* (nyeri betis saat dorsofleksi) dan pemeriksaan reflek patella sebagai indikator status neurologis dan asupan nutrisi.

g) Pola Aktivitas Sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

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

(2) Pola Eliminasi

Pada klien dengan post partum, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB, berupa konstipasi yang disebabkan oleh penurunan peristaltik usus. Selain itu juga akan mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensi urine yang terdapat akibat distensi pada kandung kemih. Adapun yang dikaji mencakup BAB (frekuensi, warna, bau, konsistensi, masalah dan keluhan masalah)

(3) Pola Istirahat Tidur

Meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak. Biasanya ibu post partum mengalami gangguan tidur dikarenakan perasaan kurang nyaman dengan luka atau pada bagian perineum.

(4) Personal Hygiene

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

h) Aspek Psikologis, Sosial, Spiritual

- (1) Pada klien hari ke 1 biasanya klien mengalami fase *taking in*, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri.
- (2) Klien dengan post *sectio caesarea* akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.
- (3) Dikaji bagaimana klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaannya klien selama perawatan di rumah sakit.

i) Data penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik seperti memeriksa darah, urine, dan rontgen dan memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung keadaan penyakit klien serta terapi medis untuk membantu proses penyembuhan. Biasanya pemeriksaan darah rutin seperti hematokrit, eritrosit, trombosit cenderung normal, akan tetapi hemoglobin dan leukosit mengalami sedikit peningkatan.

j) Analisa data

Tabel 2. 3
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Gejala tanda mayor Subjektif 1) Mengeluh nyeri Objektif 1) Tampak meringis 2) Bersikap protrktif (mis. Waspada, menghindari nyeri 3) Frekuensi nadi meningkat 4) Sulit tidur Gejala tanda minor Subjektif - Objektif 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berfikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaphoresis	Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan lalu merangsang area sensori dan menimbulkan reaksi nyeri akut	Nyeri akut
2.	Gejala tanda mayor Subjektif Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas Objektif 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentan gerak (ROM) menurun Gejala tanda minor Subjektif 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak Objektif 1) Sendi kaku	Keadaan fisik lemah akibat adanya luka post operasi yang menyebabkan aktivitas terganggu atau dibatasi karena klien khawatir pergerakannya dapat membahayakan terhadap luka post op	Gangguan mobilitas fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
	2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah		
3.	Gejala tanda mayor Subjektif - Objektif 1) Pengisian kapiler >3 detik 2) Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3) Akral teraba dingin 4) Warna kulit pucat 5) Turgor kulit menurun Gejala tanda minor Subjektif 1) Parastesia 2) Nyeri ekstermitas (klaudikasi intermiten) Objektif 1) Edema 2) Penyembuhan luka lambat 3) Indeks <i>ankle-brachial</i> <0,90 4) Bruit femoral	Kerusakan vaskuler pembuluh darah, adanya penyumbatan sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah dan terjadi gangguan sirkulasi pada otak sehingga menyebabkan perfusi perifer tidak efektif	Perfusi perifer tidak efektif
4.	DS:- DO:-	Adanya luka post op menyebabkan jaringan terbuka sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk kedalam tubuh dan mengakibatkan post op terkontaminasi dan terjadi inflamasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi	Resiko Infeksi

No	Data	Etiologi	Masalah
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>sectio caesarea</i> ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitoksin dan prolaktin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga asi tidak keluar dan terjadi Menyusui tidak efektif	Menyusui tidak efektif
6.	Gejala tanda mayor Subjektif 1) Menolak melakukan perawatan diri Objektif 1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ket toilet/berhias secara mandiri 2) Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala tanda minor Subjektif - Objektif -	Proses persalinan post sc menyebabkan kebutuhan energi meningkat kelemahan sehingga aktivitas terganggu menyebabkan kurangnya perawatan diri	Defisit perawatan diri
7.	Gejala tanda mayor Subjektif 1) Mengeluh sulit tidur	Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya	Gangguan pola tidur

No	Data	Etiologi	Masalah
	2) Mengeluh sering terjaga 3) Mengeluh tidak puas tidur 4) Mengeluh pola tidur berubah 5) Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif - Gejala tanda minor Subjektif 1) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif -	kontinuitas jaringan lalu merangsang area sensori yang menimbulkan reaksi nyeri menyebabkan pola tidur terganggu	

2. Diagnosa Keperawatan

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

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- Resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit
- Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan Refleks oksitosin
- Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

g) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

3. Proses Keperawatan

Tabel 2. 4

Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil 1) Keluha nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Tekanan darah membaik 4) Frekuensi nadi membaik 5) Gelisah menurun 6) Kesulitan tidur menurun	Intervensi Utama Manajemen Nyeri (1. 08238) Observasi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	Observasi 1) Untuk mengetahui lokasi karakteristik nyeri 2) Untuk mengetahui skala nyeri 3) Untuk melihat respon 4) Untuk mengetahui faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 5) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			6) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7) Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik: 1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3) Fasilitasi istirahat tidur 4) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri	6) Untuk mengetahui adakah gangguan yang disebabkan oleh nyeri 7) Untuk melihat efek samping analgetic Terapeutik 1) Untuk mengurangi rasa nyeri 2) Untuk menghindari atau menurunkan tingkat nyeri 3) Agar kebutuhan tidur terpenuhi 4) Agar strategi meredakan nyeri sesuai dengan kondisi pasien Edukasi 1) Agar pasien mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri 2) Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			3) Ajarkan teknik nonfarmakologi Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Intervensi Pendukung Dukungan pengungkapan kebutuhan, edukasi manajemen nyeri, kompres dingin, Latihan pernapasan, pemantauan nyeri, teknik distraksi	3) Agar pasien dapat menurunkan rasa nyeri dengan teknik nonfarmakologis Kolaborasi 1) Untuk menghilangkan rasa nyeri
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Nyeri menurun 4) Kaku sendi menurun	Intervensi utama: Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Observasi: 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	Observasi 1) Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik yang mengganggu 2) Untuk mengetahui adanya toleransi fisik dalam melakukan pergerakan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
		5) Gerakan terbatas menurun	3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Terapeutik: 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 1) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)	3) Untuk mengetahui frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Terapeutik 1) Agar pasien terbantu saat melakukan mobilisasi 2) Agar sendi-sendi tidak kaku 3) Agar keluarga dapat membantu pasien dalam melakukan mobilisasi Edukasi 1) Agar pasien tahu tujuan dan prosedur dari dilakukannya mobilisasi 2) Agar mobilisasi dilakukan sesuai kondisi pasien 3) Agar pasien bisa melakukan pergerakan sedikit-sedikit

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			Intervensi Pendukung Dukungan kepatuhan program pengobatan, edukasi teknik ambulasi, manajemen nyeri, pemberian obat, perawatan tirah baring, teknik Latihan penguatan otot, terapi aktivitas.	
3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1) Tekanan darah sistolik membaik 2) Tekanan darah diastolik membaik 3) Frekuensi nadi membaik	Perawatan Sirkulasi (1.02079) Observasi: 1) Periksa sirkulasi perifer 2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Terapeutik: 1) Berikan diet yang sesuai (TKTP rendah garam) Edukasi: 1) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah	Observasi 1) Untuk mendeteksi masalah yang timbul akibat sirkulasi 2) Untuk mengetahui penyebab dari gangguan sirkulasi Terapeutik: 1) Untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien dan memperbaiki sirkulasi Edukasi: 1) Untuk mengontrol tekanan darah agar tidak terjadi gangguan sirkulasi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			Kolaborasi: 1) Pemberian obat anti hipertensi	Kolaborasi: 1) Untuk mengontrol tekanan darah
4.	Resiko Infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan tubuh primer: kerusakan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah putih membaik	Intervensi utama: Pencegahan infeksi (I. 14539) Observasi: 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2) Monitor karakteristik luka Terapeutik: 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Berikan perawatan kulit pada daerah edema 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi: 1) jelaskan tanda dan gejala infeksi	Observasi 1) Untuk mengetahui ada tidaknya infeksi yang terjadi 2) Untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi Terapeutik 1) Untuk meningkatkan kenyamanan klien 2) Agar luka terawat 3) Untuk menghindari terjadinya infeksi 4) Agar tidak terjadi infeksi 5) Edukasi 1) Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi 2) Untuk menghindari infeksi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			2) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 3) Ajarkan etika batuk 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Intervensi Pendukung Dukungan perawatan diri: mandi, edukasi pencegahan luka tekan, manajemen lingkungan, perawatan luka.	3) Untuk menghindari infeksi 4) Agar pasien tahu cara memeriksa kondisi luka 5) Untuk menunjang kesehatan 6) Untuk menunjang kesembuhan
5.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil: 1) Tetesan/pancaran ASI meningkat 2) Suplai ASI adekuat meningkat 3) Intake bayi meningkat	Intervensi utama: Edukasi menyusui (I. 12393) Observasi: 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	Observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan pasien

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
		4) 4) Hisapan bayi meningkat	2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 1) Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan Pendidikan kesehatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5) Libatkan sistem pendukung, suami, keluarga, tenaga kesehatan Edukasi: 1) Berikan konseling menyusui	2) Agar mengetahui keinginan pasien terhadap menyusui bayinya Terapeutik 1) Untuk menunjang saat pelaksanaan Pendidikan kesehatan 2) Agar pasien siap saat diberikan Pendidikan kesehatan 3) Agar pasien bisa bertanya 4) Agar pasien semangat untuk menyusui bayinya 5) Agar pasien merasa lebih percaya diri untuk menyusui bayinya Edukasi 1) Agar pasien paham mengenai menyusui

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu 3) Ajarkan 4 posisi menyusui 4) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat oksitosin, pijat payudara) Intervensi Pendukung Dukungan emosional, edukasi orang tua: fase bayi, manajemen nutrisi, pemberian kesempatan menghisap pada bayi, terapi relaksasi	2) Agar pasien mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3) Agar pasien tahu posisi menyusui yang baik dan benar 4) Agar produksi ASI meningkat
6.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan menggerakkan pakaian meningkat	Intervensi utama Dukungan Perawatan Diri (I. 11348) Observasi: 1) Identitas kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	Observasi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
		3) Kemampuan makan meningkat 4) Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik: 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik 2) Siapkan keperluan pribadi 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri 4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi: 1) Ajarkan melakukan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas sesuai usia pasien 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu Terapeutik 1) Agar pasien merasakan nyaman 2) Untuk menunjang dalam perawatan diri pasien 3) Agar pasien terbantu 4) Agar pasien memahami keadaan ketergantungannya 5) Agar kebersihan diri terjaga Edukasi 1) Agar perawatan diri terjadwal

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			Intervensi Pendukung Dukungan pemeliharaan rumah, edukasi pencegahan luka tekan, pengaturan posisi, perawatan luka, perawatan persalinan	
7.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan sering terjaga menurun 3) Keluhan tidak puas tidur menurun 4) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 5) Kemampuan beraktivitas meningkat	Dukungan tidur (1.05174) Observasi: 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor prngganggu tidur 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur Terapeutik 1) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang jika perlu	Observasi 1) Untuk mengetahui masalah yang dialami pasien 2) Untuk mengetahui faktor utama pengganggu tidur pasien 3) Untuk mengetahui pengaruhnya terhadap pola tidur pasien Terapeutik 1) Untuk memberikan rasa nyaman terhadap pasien

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			2) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 3) Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	2) Agar pasien mampu beristirahat yang cukup 3) Untuk menjaga kualitas tidur yang baik Edukasi 1) Agar pasien tahu mengenai pentingnya istirahat yang cukup saat sakit 2) Untuk membiasakan waktu tidur rutin

4. Implementasi

Menurut Potter & Perry (2021) implementasi adalah tahap dalam proses keperawatan yang melibatkan pelaksanaan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya untuk mencapai hasil yang diharapkan sesuai dengan diagnosa keperawatan.

5. Evaluasi

Menurut Potter & Perry (2021) evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan dan hasil yang telah direncanakan tercapai, serta menentukan keberhasilan intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi ditulis secara sistematis dalam format dokumentasi seperti: SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) dan SOAPIER (*Subjective, Objective, Assessment, Plan, Intervention, Evaluation, Revision*).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. S
Umur	: 33 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Suku Bangsa	: Sunda/Indonesia
Status Perkawinan	: Kawin
Alamat	: Kp. Tegalawi RT 001/ RW 008 Des. Sukamukti Kec. Sukawening Kab. Garut
Tanggal Masuk	: 23 April 2025
Tanggal Pengkajian	: 24 April 2025
No RM	: 01446117
Diagnosa Medis	: P3A0 SC atas indikasi Preeklamsia Berat

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. H
Umur	: 46 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Pendidikan Terakhir : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Kp. Tegalawi RT 001/ RW 008
Des. Sukamukti Kec. Sukawening
Kab. Garut

Hubungan dengan Klien : Suami

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka post sc di perut bawah

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada tanggal 24 April 2025 jam 10.00 WIB, Ny. S mengeluh nyeri pada luka post sc di perut bawah. Nyeri dirasakan bertambah ketika klien bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak banyak bergerak, kualitas nyeri seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan hanya dibagian perut bawah yang terdapat luka *sectio caesarea*, dengan skala 6 (0-10) nyeri hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan klien, tekanan darah klien selalu tinggi sejak dua minggu lalu sekitar 150/100 -160/110 mmHg. Klien mengatakan sebelumnya belum pernah melakukan operasi *sectio caesarea* dan tidak mengalami preeklamsia berat pada riwayat kehamilan sebelumnya.

Klien juga mengatakan bahwa klien tidak pernah menderita penyakit menular seperti hepatitis, TB paru dan lain-lain.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penuturan klien didalam anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat preeklamsia berat pada kehamilan, klien juga mengatakan tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti diabetes melitus dan hipertensi maupun penyakit menular seperti hepatitis, TB Paru, dll.

5) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Klien mengatakan pertama kali haid pada usia 15 tahun, siklus haid teratur setiap bulannya, lama haid 7 hari, keluhan saat menstruasi yaitu daerah pinggul dan perut terasa begah. HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) pada tanggal 16-07-2024. TP (Taksiran Persalinan) 23-04-2025 (USG).

b) Riwayat Pernikahan

Klien mengatakan ini pernikahan yang pertama, usia saat klien menikah pada usia 16 tahun dan suaminya pada usia 30 tahun. Lama usia pernikahan yaitu 16 tahun.

c) Riwayat alat kontrasepsi

Klien mengatakan sebelum hamil anak ke 3 klien menggunakan jenis KB pil. Saat ini pasien menggunakan jenis KB MOW

(Metode Operasi Wanita) atau tubektomi setelah melahirkan anak ke 3 nya ini.

d) Riwayat kehamilan dan persalinan lalu

Tabel 3. 1
Riwayat kehamilan dan persalinan lalu

Anak ke	Tempat/penolong	Usia kehamilan	Jenis partus	BB Lahir	JK	Keadaan
1.	Bidan	9 bln	normal	3000 gram	L	Sehat
2.	Bidan	9 bln	normal	3000 gram	P	Sehat

e) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang P3A0, Usia kehamilan 9 bulan, klien memeriksakan kehamilannya ke puskesmas secara teratur dan klien merasakan gerakan janin pada usia kehamilannya 4 bulan. BB sebelum hamil 57 kg saat hamil 64 kg. Klien mengalami kenaikan BB 8kg, TB 154 cm.

f) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 23 April 2025 klien dibawa langsung ke Dr. Rizki (Apotek Garut). Namun setelah dilakukan observasi awal, klien di rujuk ke RSUD Dr. Slamet Garut untuk penanganan lebih lanjut. Pada tanggal 24 april klien melahirkan anak ke 3 berjenis kelamin perempuan melalui tindakan operasi *sectio caesarea* yang dilaksanakan pada pukul 01.00 sampai 02.00 WIB di RSUD Dr. Slamet Garut. Indikasi dilakukan tindakan operatif ini adalah

karena klien mengalami hipertensi dengan tekanan darah mencapai 170/100 mmHg. Jenis kelamin bayi perempuan, BB 2.700 gram.

d. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum:

Kesadaran umum	: Compos Mentis
GCS	:15 (E=4, V=5, M=6)
Penampilan	: Klien tampak lemah

b) Tanda-tanda vital:

Tekanan Darah	:150/90 mmHg
Respirasi	:22x/menit
Nadi	:81x/menit
Suhu	:36,6°C
Spo2	:97%

c) Kepala dan Wajah

Bentuk kepala dan wajah simetris, kulit kepala tampak bersih, warna rambut hitam, panjang rambut sebah, rambut tampak kusut, tidak terdapat lesi maupun benjolan, tidak ada nyeri tekan, muka tampak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.

d) Mata

Mata simetris antara mata kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, pupil hitam, pupil bereaksi terhadap rangsangan cahaya, terbukti ketika klien diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, bola

mata dapat bergerak, keadaan mata bersih, dapat melihat tulisan pada jarak ± 1 meter.

e) Telinga

Telinga simetris antara kiri dan kanan, tidak terdapat serumen, tidak ada lesi dan benjolan pada daun telinga, klien bisa mendengar terbukti dengan klien menjawab pertanyaan.

f) Hidung

Lubang hidung simetris, letak hidung berada pada garis tengah wajah, tidak ada lesi, tidak terlihat benjolan pada lubang hidung, tidak ada nyeri tekan, keadaan hidung bersih tidak terdapat secret, dapat membedakan bau terbukti klien bisa membedakan aroma kopi dan sabun.

g) Mulut dan gigi

Letak bibir sejajar dengan garis tengah wajah, mukosa bibir merah muda dan lembab, warna lidah merah muda, lidah dapat digerakan ditandai dengan lidah dapat digerakan ke segala arah, fungsi pengecapan baik, gigi tampak bersih dan jumlah gigi lengkap, tidak terdapat karies, refleks menelan baik.

h) Leher

Tidak ada infeksi pada bagian leher, tidak ditemukan pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada peningkatan JVP, pergerakan leher baik dapat menengok ke kiri dan ke kanan.

i) Dada

Pengembangan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada retraksi dinding dada.

(1) Paru-Paru

Bunyi nafas vesikuler, irama nafas regular, frekuensi nafas 22x/menit.

(2) Jantung

Bunyi S1 dan S2 (lup dup), irama jantung regular, tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 81x/menit.

(3) Payudara

Payudara simetris antara kiri dan kanan, puting susu menonjol, areola mammae berwarna hitam kecoklatan, ASI belum keluar, tidak teraba benjolan, payudara teraba keras dan padat (berisi), adanya nyeri tekan

j) Abdomen

Bentuk perut cembung, keadaan bersih, tampak linea nigra, striae alba, terdapat luka post op $\pm$ 13 cm, keadaan luka tertutup verban, bising usus 12x/menit, kulit abdomen lengket, terdapat nyeri tekan dan tidak terdapat distensi kandung kemih, TFU sejajar pusat, kontraksi teraba keras, terdapat bunyi tympani pada kuadran kanan bawah.

k) Genetalia dan Anus

Terpasang *Dower Catheter* dengan urine output 100 cc, memakai pampers sehari 1 kali, terdapat perdararahan (*lochea rubra*), tidak terdapat benjolan, perineum utuh, tidak ada hemoroid.

l) Ekstermitas

(1) Atas

Simetris antara kanan dan kiri, warna kulit kuning langsung, terpasang infus pada tangan kanan dengan cairan RL 15 tpm, tidak ada nyeri tekan, turgor kulit dapat Kembali dalam 1 detik, jumlah jari tangan lengkap, keadaan kuku bersih sedikit Panjang, CRT < 2 detik, tidak terdapat oedema, dapat digerakan kesegala arah, kekuatan otot tangan 5/5. Reflek bisep dan trisep positif (baik).

(2) Bawah

Kaki simetris antara kanan dan kiri, warna kulit kuning langsung, turgor kulit baik, jumlah jari kaki lengkap, keadaan kuku bersih dan pendek, CRT < 2 detik, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan, kaki dapat digerakan namun terbatas, tidak ada varises, refleks patella (++), horman sign (-), kekuatan otot kaki 4/4.

m) Pola Aktivitas Sehari-Hari

Tabel 3. 2
Pola Aktivitas Sehari-hari

NO	Jenis Aktivitas	Di rumah	Di Rumah Sakit
1.	Pola Nutrisi a. Makan Frekuensi Porsi Jenis b. Minum Frekuensi Jenis	3x sehari 1 porsi Nasi dan lauk pauk 7-8 gelas/hari Air putih	1x 1 porsi Bubur dan lauk pauk 2 gelas Air putih
2.	Pola Istirahat Tidur a. Siang Frekuensi Kualitas b. Malam Frekuensi Kualitas	2/3 jam sehari Nyenyak 8 jam sehari Nyenyak	1 jam Nyenyak 5 jam Nyenyak
3.	Pola Eliminasi a. BAK Frekuensi Warna Bau b. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau	4-5x/hari Kuning jernih Khas Urine 1-2x/hari Padat Kuning kecoklatan Khas feses	Terpasang kateter Kuning kemerahan Khas urine Belum BAB
4.	Pola Personal Hygiene a. Mandi b. Gosok Gigi c. Keramas d. Ganti Pakaian	1-2x/hari 3x sehari 3x seminggu 2x/hari	Belum mandi Belum gosok gigi Belum keramas 1x/hari
5.	Aktivitas Lain-lain Keluhan	Sendiri Tidak ada keluhan	Dibantu Klien mengatakan ragu-ragu untuk bergerak karena sakit

n) Data Psikososial Spiritual

(1) Pola pikir dan persepsi

Ibu masih sangat bergantung pada keluarga, respon ibu dan keluarga terhadap kelahiran bayi nya senang.

(2) Persepsi diri

Klien mengatakan yang di pikirkan saat ini hanya ingin cepat sembuh untuk luka *sectio caesarea* dan klien ingin cepat ASI nya keluar agar bisa memberikan ASI untuk anaknya. Hubungan klien dengan keluarganya baik, terbukti klien diantar ketika melakukan pemeriksaan. Hubungan dengan masyarakat baik terbukti klien ketika dirawat di Rumah Sakit para tetangga menjenguknya dan dapat berkomunikasi dengan perawat dan pasien lainnya.

(3) Aspek Spiritual

Klien seorang muslim dan beribadah sesuai dengan kepercayaan nya, klien tampak selalu berdoa untuk kesembuhan nya.

(4) Konsep diri

(a) Identitas Diri

Klien mengatakan dirinya sama dengan yang lain meskipun terdapat bekas luka *sectio caesarea* di perutnya, merasa sebagai seorang perempuan yang sempurna karena bisa hamil dan melahirkan seorang anak.

(b) Peran diri

Klien berperan sebagai seorang istri dari Tn. H dan juga berperan sebagai seorang ibu bagi anak-anak nya, tetapi untuk saat ini klien berperan sebagai seorang pasien di RSUD Dr. Slamet Garut.

(c) Ideal Diri

Klien ingin cepat sembuh dan segera pulang berkumpul bersama keluarganya.

(d) Harga Diri

Klien merasa terdapat perubahan pada dirinya, meskipun memiliki perubahan pada tubuhnya seperti peningkatan BB, Perubahan bentuk tubuh dan lain-lain selama periode post partum, namun perubahan tersebut tidak berpengaruh pada perilaku dan adaptasinya terhadap pengasuhan bayinya.

(e) Gambaran Diri

Pasien merasa terdapat beberapa perubahan pada dirinya selama periode post operasi. Namun perubahan tersebut tidak berpengaruh pada perilaku dan adaptasinya terhadap pengasuhan bayi.

(5) Pola Koping

Apabila klien mempunyai masalah, klien selalu memecahkannya dengan cara bermusyawarah bersama suami/ibu nya.

(6) Kebiasaan Seksual

Sebelum masa nifas klien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri, setelah masa nifas klien dan suami sepakat tidak melakukan hubungan suami istri setelah masa nifas selesai dan klien beserta suami telah sepakat akan melakukan tindakan steril kandungan setelah anak ketiganya ini lahir.

o) Pemeriksaan Penunjang

Tanggal: 24 April 2025

Tabel 3. 3

Pemeriksaan Laboratorium

Hematologi	Hasil	Nilai normal
Hematologi rutin		
HGB, Hemoglobin	11,4	P:12-16 g/dl
HCT, Hematokrit	34,5	P: 35-45%
WBC, Leukosit	13,0	DWS:5-10 Bayi 7-17
PLT, Trombosit	202	150-450 10^6 /UI
Golongan Darah	A/RH (+)	
Waktu pendarahan	2'00"	1-3 menit
Waktu pembekuan	6'00"	1-7 menit
Ureum	19	10-50 mg/dl
Reatinin	0,80	0,5-0,9 mg/dl
GOT	50	10-31 U/L 37°C
GPT	49	9-36 UL/37°C
Protein Kreatinin Urine	7,92	<4.44

p) Pengobatan Therapy

Tabel 3. 4

Pengobatan/Program Therapy

No	Obat	Dosis	Cara Pemberian
1.	Infus Rl	20 tpm	Parenteral
2.	Amplodipin	1x10 mg	Oral
3.	Kaltropen	2x100 mg	Suppositoria
4.	Cefotaxime	2x1 gr	Parenteral
5.	Metrodinazole	2x500 mg	Parenteral

q) Analisa Data

Tabel 3. 5

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: 1) Klien mengatakan nyeri pada luka Operasi 2) Klien mengeluh nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dan nyeri terasa hilang timbul 3) Klien mengeluh nyeri semakin terasa pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas 4) Skala nyeri 6 (0-10) DO: 1) Meringis	<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 di	Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	2) Terdapat luka sc horizontal dengan Panjang $\pm$ 13 cm 3) TTV TD: 159/90 mmHg R: 22x/menit N:81x/menit	persepsikan sebagai nyeri.	
2.	DS: 1) Klien mengeluh nyeri saat bergerak DO: 1) Tampak lemah 2) Kekuatan otot atas 5/5 Kekuatan otot bawah 4/4 3) Pergerakan kaki terbatas 4) Aktifitas dibantu	Keadaan fisik yang lemah serta kekuatan otot yang menurun akibat nyeri luka post section caesarea menyebabkan kemampuan untuk aktivitas terbatas karena klien khawatir pergerakan terhadap luka post section caesarea sehingga menghambat mobilitas	Gangguan Mobilitas Fisik
3.	DS: 1) Klien mengatakan tekanan darah selalu tinggi sejak dua minggu lalu		Perfusi perifer tidak efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
	DO: 1) TTV TD: 150/90 mmHg R: 22x/menit N: 81x/menit		
4.	DS: 1) Klien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri DO: 1) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri pada abdomen post operasi 2) Kulit teraba lengket saat di palpasi	Adanya luka post op menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL dibantu dan perawatan diri terganggu.	Defisit perawatan diri
5.	DS:- DO: - Terdapat luka post sc pada abdomen	Adanya luka post op menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk kedalam tubuh	Resiko Infeksi

No	Data	Etiologi	Masalah
		dan mengakibatkan post op terkontaminasi dan terjadi infarmasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi	

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik setelah melahirkan ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengeluh nyeri dibagian abdomen
- 2) Klien mengeluh nyeri seperti disayat-sayat dan terasa hilang timbul
- 3) Klien mengeluh nyeri semakin bertambah pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas
- 4) Skala nyeri 6 (1-10)

DO:

- 1) Klien meringis kesakitan
- 2) Terdapat luka sc horizontal dengan Panjang $\pm$ 13 cm
- 3) TTV

TD: 150/90 mmHg

R: 22x/menit

N: 81x/menit

b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan *post section caesarea*

ditandai dengan:

DS:

Klien mengeluh nyeri saat bergerak

DO:

- 1) Tampak lemah
- 2) Kekuatan otot bawah 4/4
- 3) Gerakan terbatas
- 4) Aktivitas dibantu

c) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan

darah ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan tekanan darah selalu tinggi sejak dua minggu lalu

DO:

- 1) TTV

TD: 150/90 mmHg

N: 81x/menit

d) Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh

primer: integritas kulit.

DS: -

DO: -

e) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan:

DS:

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

DO:

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

3. Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6
Proses Keperawatan

Nama : Ny. S
No RM : 01446117

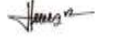
Umur : 33 Tahun
Ruangan : Jade

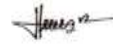
No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan: DS: Klien mengeluh nyeri dibagian abdomen, Klien mengeluh nyeri seperti disayat-sayat dan terasa hilang timbul, Klien mengeluh nyeri semakin bertambah pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas, Skala nyeri 6 (1-10) DO: 1) Klien meringis kesakitan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 nyeri dapat teratasi dengan Kriteria hasil: 1) Klien mengeluh nyeri berkurang 2) Eksperi wajah tenang 3) Skala nyeri menurun 4) TTV dalam batas normal	Manajemen Nyeri Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2) Kaji skala nyeri Terapeutik 3) Ajarkan klien teknik relaksasi dan distraksi Edukasi 4) Jelaskan strategi meredakan nyeri	Observasi 1) Untuk mengetahui lokasi dan karakteristik nyeri 2) Dengan mengkaji skala nyeri maka dapat mengetahui perkembangan nyeri klien Terapeutik 3) Agar dapat mengurangi rasa nyeri Edukasi 4) Untuk menambah pengetahuan pasien tentang strategi meredakan nyeri	Tanggal: 24 April 2025 Jam: 10:00 WIB 1) Mengidentikasai lokasi dan karakteristik nyeri Hasil: Klien mengeluh nyeri dibagian abdomen, nyeri seperti disayat-sayat dan terasa hilang timbul, nyeri semakin bertambah pada saat melakukan pergerakan 2) Mengkaji skala nyeri	Tanggal: 24 April 2025 Jam: 13:00 WIB S: Klien mengatakan nyeri pada bagian luka post sc O: 1) Klien meringis kesakitan saat mengubah posisi 2) Klien tampak gelisah 3) TTV

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
	2) TTV TD: 150/90 mmHg R:22x/menit N:81x/menit 3) Skala nyeri 6		Kolaborasi 5) Kolaborasi pemberian analgetic	Kolaborasi 5) Untuk mengurangi nyeri dan memberikan obat dengan tepat sesuai anjuran dokter	Hasil: Skala nyeri 6 (0-10) 3) Mengajarkan klien teknik relaksasi dan distraksi (Tarik nafas dalam) 4) Menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil: klien mengerti dan paham apa yang dijelaskan oleh perawat dan pasien mengatakan akan mencobanya 5) Memberikan obat katekolak 30 mg melalui IV  (Risma Nuraeni)	TD:150/90 mmHg S:36°C N:81x/menit 4) Skala nyeri 6 (0-10) A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1) Kaji skala nyeri 2) Ajarkan klien teknik relaksasi dan distraksi 3) Kolaborasi pemberian analgetic
2.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam diharapkan	Dukung mobilisasi Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri	Observasi 1) Untuk mengetahui faktor gangguan	Tanggal 24 April 2025 Jam: 10:00 WIB 1) Memonitor adanya nyeri	Tanggal 24 April 2025 Jam 13:30 WIB

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
	DS: Klien mengeluh nyeri saat bergerak DO: 1) Kekuatan otot 4 2) Gerakan terbatas	gangguan mobilitas fisik meningkat dengan Kriteria Hasil: 1) Kekuatan otot meningkat menjadi 5 2) Pergerakan ekstermitas bawah meningkat 3) Nyeri menurun 4) Gerakan terbatas menurun	atau keluhan fisik lainnya 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi 4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 5) Anjurkan melakukan mobilisasi dini	2) Untuk melihat kondisi klien selama mobilisasi Terapeutik: 3) Agar klien dapat bergerak sedikit - sedikit 4) Agar keluarga bisa membantu mobilisasi klien Edukasi 5) Agar klien dapat melakukan pergerakan sederhana	Hasil: Klien masih merasa nyeri di dibagian post sc 2) Monitor keadaan umum Hasil: TD: 150/90 mmHg R: 22x/menit N: 81x/menit S: 36°C SPO2: 97% Pukul 10:30 WIB 3) Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil: Klien mencoba melakukan pergerakan sedikit demi sedikit 4) Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan  (Risma Nuraeni)	S: Klien mengatakan sudah bisa miring kanan miring kiri sedikit demi sedikit O: Klien tampak meringis kesakitan ketika bergerak A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1) Identifikasi adanya nyeri/faktor lain 2) Fasilitasi melakukan pergerakan
3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan	Setelah dilakukan tindakan	Perawatan Sirkulasi (1.02097)		Tanggal 24 April 2025 Jam : 10:00 WIB	Tanggal 24 April 2025

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
	dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan DS: 1) Klien mengatakan tekanan darah selalu tinggi sejak dua minggu lalu DO: 1) TTV TD: 150/90 mmHg N:81x/menit 2) Terdapat kelemahan pada ekstermitas bawah	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1) Tekanan darah sistolik membaik 2) Tekanan darah diastolik membaik 3) Frekuensi nadi membaik	Observasi: 1) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik: 2) Berikan diet yang sesuai (TKTP rendah garam) Edukasi: 3) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah Kolaborasi : 4) Pemberian terapi medis anti hipertensi	Observasi: 1) Untuk mengetahui penyebab dari gangguan sirkulasi Terapeutik: 2) Untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien dan memperbaiki sirkulasi Edukasi: 3) Untuk mengontrol tekanan darah agar tidak terjadi gangguan sirkulasi Kolaborasi : 4) Untuk mengontrol tekanan darah	1) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Hasil: Klien mengatakan tekanan darah tinggi sejak 2 minggu yang lalu 2) Memberikan diet TKTP rendah garam Hasil: Klien memakan makanan yang telah disediakan 3) Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah Hasil: Klien mengatakan akan meminum obat sesuai arahan perawat 4) Memberikan terapi medis dopamet 500 mg/oral	Jam 13:40 WIB S:- O: Tekanan darah: 150/90 mmHg Frekuensi nadi: 81x/menit A: Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi 1) Berikan diet yang sesuai (TKTP rendah garam) 2) Pemberian terapi medis

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
					 (Risma Nuraeni)	
4.	Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1) Nyeri menurun 2) Kadar sel darah putih membaik	Tingkat infeksi Observasi 1) Memonitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 2) Lepaskan balutan 3) Bersihkan dengan NaCl 4) Pasang balutan sesuai jenis luka Edukasi: 5) Anjurkan mengkonsumsi tinggi protein dan kalori Kolaborasi 6) Berikan obat antibiotik	Observasi: 1) Untuk memonitor kejadian infeksi Terapeutik 2) Untuk merawat luka klien agar bersih dan terhindar dari infeksi 3) Untuk merawat luka klien agar bersih dan terhindar dari infeksi 4) Untuk merawat luka klien agar bersih dan terhindar dari infeksi Edukasi: 5) Untuk mencegah infeksi Kolaborasi 6) Untuk mengatasi infeksi	Tanggal 24 April 2025 Jam 10:00 WIB 1) Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: Luka tertutup verban Jam 10:30 WIB 2) Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Hasil: Klien mengerti penjelasan yang dijelaskan perawat Jam 11:00 WIB 3) Pemberian antibiotik Cefotaxime 1gr IV  (Risma Nuraeni)	Tanggal 24 April 2025 Jam:13:45 WIB S:- O: Leukosit 13,000/ μ l A: Masalah resiko infeksi belum infeksi P: Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Perawatan luka 3) Pemberian antibiotic

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
5.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan: DS: Klien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri DO: 1) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri pada abdomen post operasi 2) Kulit teraba lengket saat di palpasi	Perawatan diri (L. 11103) DiDiharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam perawatan diri membaik dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	Dukungan perawatan diri (1.11348) Observasi 1) Monitor tingkat kemandirian Terapeutik 2) Siapkan keperluan pribadi 3) Damping dalam melakukan perawatan diri 4) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 5) Anjurkan perawatan diri sesuai kemampuan	Observasi 1) Untuk mengetahui kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri saat sakit Terapeutik 2) Untuk menunjang saat kegiatan 3) Agar pasien dapat terbantu saat melakukan perawatan diri 4) Agar kebersihan tubuh pasien terjaga Edukasi Agar tubuh pasien bersih	Tanggal 24 April 2025 Jam: 12:00 WIB 1) Memonitor tingkat kemandirian pasien Hasil: Pasien tidak bisa melakukan perawatan diri karena nyeri pada bagian perutnya 2) Melakukan vulva hygiene dan memandikan pasien Hasil: klien merasa nyaman dan senang karena telah dibantu melakukan perawatan diri  (Risma Nuraeni)	Tanggal 24 April 2025 Jam: 14:00 WIB S: Pasien mengatakan nyaman setelah dimandikan namun belum bisa melakukan secara mandiri karena nyeri masih terasa O: Pasien tampak lebih segar dan bersih A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. S

Umur : 33 Tahun

Tabel 3. 7

Catatan Perkembangan

Hari/Tanggal	No DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
Jumat, 25 April 2025 Jam 13:30	1.	S: 1) Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang O: 1) Skala nyeri 5 (1-10) 2) Klien tampak meringis 3) Klien masih bersikap protektif terhadap nyeri A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1) Identifikasi skala nyeri 2) Kolaborasi pemberian analgetik 3) Anjurkan teknik non farmakologi (Teknik nafas dalam)	Risma Nuraeni
14:15 WIB		I: 1) Mengkaji TTV Hasil: TD:140/90 mmHg N:89x/menit R:20x/menit 2) Mengkaji skala nyeri Hasil: 5 (0-10) 3) Menganjurkan melakukan teknik relaksasi nafas dalam 4) Berkolaborasi pemberian analgetik (dopamet 500 mg po)	
20:30 WIB		E: Masalah teratasi Sebagian	

Hari/Tanggal	No DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
Jumat, 25 April 2025 Jam 13:30 14:30 WIB 20:40 WIB	2.	S: 1) Klien mengatakan nyeri saat bergerak tetapi sudah bisa melakukan pergerakan O: 1) Klien mampu melakukan teknik mobilisasi (miring kanan miring kiri) 2) Kekuatan otot meningkat 3) Gerakan terbatas menurun A: Gangguan mobilitas fisik Teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1) Anjurkan mobilisasi sederhana (duduk/<i>semi fowler</i>) 2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan I: 1) Mengajarkan mobilisasi sederhana (duduk/<i>semi fowler</i>) Hasil: Klien dapat melakukannya (dibantu) 2) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi Hasil: Keluarga dapat membantu klien dalam melakukan mobilisasi E: Masalah teratasi Sebagian	Risma Nuraeni
Jumat, 25 April 2025 Jam 13:30	3.	S:- O: Tekanan darah: 140/90 mmHg Frekuensi nadi: 89x/menit A: Masalah teratasi sebagian P:Lanjutkan intervensi	Risma Nuraeni

Hari/Tanggal	No DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
14:35 WIB 20:45 WIB		1) Berikan diet yang sesuai (TKTP rendah garam) 2) Pemberian terapi medis I: 1) Berikan diet yang sesuai (TKTP rendah garam) Hasil: Pasien makan makanan yang disediakan 2) Pemberian terapi medis dopamet 500 mg/oral Hasil: Pasien mengikuti arahan perawat E: Masalah teratasi Sebagian	
Jumat, 25 April 2025 Jam 13:30 14:40 WIB	4.	S: - O: 1) Terdapat luka di abdomen bagian bawah tertutup perban 2) Tidak ada rembesan darah atau cairan 3) Sayatan luka horizontal, panjang luka ± 13 cm 4) Leukosit 13,000/ μ l A: Resiko infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Lakukan pembukaan selang kateter 3) Pemberian obat antibiotik cefotaxime 1 gr (IV) I: 1) Monitor tanda-tanda infeksi Hasil: tidak ada tanda-tanda infeksi 2) Melakukan pembukaan selang kateter	Risma Nuraeni

Hari/Tanggal	No DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
14:00 WIB		cairan, sayatan luka horizontal ± 13 cm 3) Memberikan obat antibiotik Cefotaxime 1 gr IV Hasil: Klien mengatakan nyeri berkurang dan tidak ada alergi 4) Memberikan penkes mengenai perawatan luka di rumah Hasil: klien dan keluarga paham mengenai cara perawatan luka di rumah E: Masalah teratasi Sebagian	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S (P3A0) dengan *post sectio caesarea* 8 jam atas indikasi preeklamsia berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 24 April 2025 – 26 April 2025. Penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan-kesenjangan antara teori yang didapat dengan tindakan keperawatan yang dilakukan. Dalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan asuhan keperawatan komprehensif (bio-psiko-sosio-spiritual-kultural) melalui lima tahap proses keperawatan meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian ini penulis membandingkan antara teori dengan hasil pengkajian. Pada saat pengumpulan data, penulis tidak

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

Data pengkajian asuhan keperawatan yang ada pada teori post operasi *sectio caesarea* dengan indikasi preeklamsia berat didapatkan bahwa klien mengeluh nyeri pada luka post sc skala nyeri 6 (0-10), tampak luka post sc ± 13 cm dibagian perut bawah, klien tampak meringis hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin, dan histamine. Rangsangan ini akan dihantarkan ke thalamus dan dipersepsikan sebagai nyeri sehingga pasien akan merasakan nyeri terutama setelah efek anastesi habis (Metasari & Sianipar, 2018)

Pada Ny. S mengalami perfusi perifer tidak efektif karena peningkatan tekanan darah tinggi sejak 2 minggu yang lalu yaitu 150/90 mmHg dan frekuensi nadi 81x/menit.

Menurut (Hidayah, 2024) pasien yang telah melakukan tindakan SC akan merasakan takut dan malas untuk melakukan mobilisasi atau

menggerakkan badan dengan alasan takut jahitan lepas. Pada Ny. S ditemukan data bahwa klien mengatakan enggan bergerak karena nyeri, aktivitas di bantu oleh keluarganya karena adanya keterbatasan gerak sehingga timbul gangguan mobilitas fisik.

Pada Ny. S ditemukan adanya luka post operasi di bagian abdomen, panjang luka $\pm$ 13 cm dengan sayatan horizontal, tidak tampak kemerahan dan tidak ada rembesan darah. Hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan adanya peningkatan jumlah leukosit 13,000/ μ l. Infeksi adalah invasi tubuh pathogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit. Persalinan dengan *sectio caesarea* mempunyai resiko 5 kali lebih besar mengalami infeksi pasca persalinan dibandingkan dengan persalinan normal. Infeksi daerah operasi dapat terjadi dengan cepat dengan waktu 24-48 jam post operasi dan bisa sampai 30 hari post operasi (Parwiihardjo, 2017)

Saat pengkajian ditemukan data kulit Ny. S teraba lengket, dan pasien mengatakan tidak bisa melakukan kebersihan diri secara mandiri dikarenakan merasa nyeri pada luka post SC jika bergerak. Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berhias, makan dan BAB/BAK (Markumah, 2021). Sehingga pasien perlu untuk dibantu dalam hal perawatan diri karena untuk menjaga kebersihan diri serta untuk mencegah terjadinya infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori tidak semua bisa dirumuskan dalam diagnosa keperawatan secara nyata, karena hal ini harus ditunjang dari data-data hasil pengkajian yang telah dilakukan. Masalah yang ada pada teori klien *post operasi caesarea* dengan indikasi preeklamsia berat adalah: nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, Perfusi perifer tidak efektif, resiko infeksi, defisit perawatan diri, menyusui tidak efektif dan gangguan pola tidur. Dari tujuh masalah yang ditemukan, lima diantaranya diantaranya terdapat dalam teori yaitu:

- a) Nyeri akut merupakan sensasi dan pengalaman yang tidak menyenangkan serta muncul secara aktual maupun potensial terhadap kerusakan jaringan, dengan rentan waktu tertentu dengan skala yang berbeda-beda. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subyektif yaitu klien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah, nyeri dirasakan dibagian perut, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat. Skala nyeri 6 (0-10) nyeri dirasakan saat sedang bergerak dan hilang saat diberi obat. Data objektifnya yaitu klien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen, adanya nyeri tekan. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang dirasakan klien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien dan bisa mengganggu aktivitas klien sehingga timbul rasa ketakutan untuk melakukan gerakan (SDKI, 2018)

- b) Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerak fisik dari stau atau lebih ekstremitas secara mandiri. Alasan diagnosa diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengeluh nyeri saat bergerak data subjektif kekatan otot 4, gerkaan terbatas, adl dibantu keluarga. Penulis menetapkan diagnosa gangguan mobilitas fisik pada diagnosa kedua dikarenakan adanya reseptor nyeri sehingga terjadi kelelahan fisik yang diakibatkan nyeri bertambah apabila banyak bergerak, klien takut bergerak dan aktivitas dibantu keluarga (SDKI, 2018).
- c) Perfusi perifer tidak efektif dapat terjadi karena penurunan sirkulasi darah yang diakibatkan oleh penyempitan pembuluh darah dan peningkatan tekanan darah. Ditemukan data faktor pendukung perfusi perifer tidak efektif yaitu secara objektif didapatkan tekanan darah klien tinggi yaitu 150/90 mmHg dan frekuensi nadi 81x/menit.
- d) Resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserah organisme patogenik. Dengan penyebab yang ada pada pasien adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan *sectio caesarea*. Ditemukan data faktor pendukung resiko infeksi yaitu secara objektif terdapat luka *post sectio caesarea* dan di dapatkan hasil leukosit 13,000/ μ l. dimana jumlah tersebut meningkat dari nilai normalnya 10.300/ μ l. Diagnosa resiko infeksi menjadi diagnosa ketiga karena diagnosa ini merupakan diagnosa

resiko dimana masalah belum terjadi pada pasien namun bisa terjadi jika tidak dilakukan perawatan luka pada pasien.

e) Defisit perawatan diri

Defisit perawatan diri dapat terjadi setelah dilakukannya tindakan *sectio caesarea* karena adanya efek anestesi, penurunan dan ketahanan serta ketidaknyamanan fisik karena keterbatasan gerak yang menyebabkan klien tidak bisa melakukan perawatan diri sendiri (Astawa IM, 2020). Pada Ny. S *post sectio caesarea* hari pertama ditemukan adanya data-data yang menunjang yaitu klien mengeluh masih lemas dan susah menggerakkan badannya karena lemas, nyeri ketika bergerak, tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari, belum mandi dan merasa tidak nyaman. Dari data objektif didapatkan badan tampak lengket dan tercium bau. Diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis yang tidak sesuai dengan teori dan terdapat kesenjangan pada tinjauan kasus didapatkan bahwa penulis tidak mendapatkan data-data yang menunjukkan pada diagnosa gangguan pola tidur dan menyusui tidak efektif. Pada diagnosa gangguan pola tidur penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena tidak terdapat data atau keluhan dari klien yang mendukung adanya gangguan tidur, justru menurut penuturan klien nyeri dapat berkurang jika klien beristirahat. Pada diagnosa menyusui tidak efektif penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena umumnya ASI keluar setelah 2-3 hari pasca melahirkan.

3. Perencanaan

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

4. Tahap Pelaksanaan

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

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

Pada diagnosa kedua, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama gangguan

mobilitas dengan dukungan mobilitas fisik dengan melakukan observasi memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas, mengajarkan klien untuk ambulasi sederhana yaitu miring kanan/ miring kiri dan berjalan sedikit demi sedikit, menjelaskan pentingnya ambulasi dini pada post SC.

Pada diagnosa ketiga penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu perawatan sirkulasi dengan menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan TKPTP rendah garam dan pemberian terapi medis untuk mengontrol tekanan darah agar tidak terjadi masalah yang lebih berat.

Pada diagnosa keempat penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu pada intervensi utama resiko infeksi dengan tingkat infeksi memonitor tanda-tanda infeksi didapatkan pasien merasa nyeri dengan hasil leukosit 13,000 μ l. Penulis juga melakukan perawatan luka pada pasien dan memberikan obat antibiotik cefotaxime 1gr IV.

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

5. Tahap Evaluasi

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

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 4 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang tadinya berada pada skala 6 (0-10). Sehingga masalah teratasi sebagian.

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam, data objektif didapatkan pasien tampak bisa berjalan-jalan dan miring kanan miring kiri belum bisa bergerak dengan mandiri pasien masih perlu dibantu saat melakukan mobilisasi. Sehingga masalah teratasi.

Hasil evaluasi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam, data objektif didapatkan TD pasien 130/90 mmHg yang berarti mengalami penurunan yang mulanya 150/90 mmHg.

Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien masih merasa nyeri pada luka bekas operasi serta data

objektif yang didapatkan hasil jumlah leukosit 10.300/ μ l yang terjadi pengurangan yang mula nya 13.000/ μ l. Sehingga masalah teratasi sebagian.

Hasil evaluasi pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 1x8 jam, data objektif didapatkan pasien tampak bersih dan segar hanya saja pasien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri sepenuhnya, pasien masih perlu dibantu saat melakukan perawatan diri. Masalah defisit perawatan diri teratasi karena pasien sudah dilakukan perawatan diri dan tujuan telah tercapai namun pasien belum bisa melakukan perawatan diri sepenuhnya secara mandiri. Pasien pulang pada hari ketiga yang masih dalam tahap ketergantungan (*taking in*) sehingga perlu dukungan dari orang lain.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S (P3A0) *post sectio caesarea* 8 jam atas indikasi preeklamsia berat di ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut pada tanggal 24 April 2025 sampai dengan 26 April 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan secara umum bahwa asuhan keperawatan klien dengan *post sectio caesarea* 8 jam memerlukan tindakan yang benar dan cepat:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu membuat rencana asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat

Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien mengacu pada rencana keperawatan yang telah dibuat pada rencana keperawatan. Pada tindakan ini semuanya dapat diimplementasikan pada 3 hari perawatan. Dengan memberikan tindakan non farmakologis dan farmakologis.

5. Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut.
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan pada Ny. S (P3A0) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny. S secara sistematis dan komprehensif, maka penulis dapat memberikan beberapa rekomendasi sebagai berikut:

1. Institusi Pendidikan

Institusi dapat meningkatkan pembelajaran kepada mahasiswa dalam rangka untuk meningkatkan kemampuan dalam asuhan keperawatan secara komprehensif berdasarkan aspek bio, psiko, sosial, dan spiritual terhadap klien *post sectio caesarea* atas indikasi

preeklamsia berat yang dapat meminimalisir resiko komplikasi yang ditimbulkan.

2. Perawat

Diharapkan dapat terus melakukan pelayanan asuhan keperawatan yang optimal khususnya pada klien dengan *post sectio caesarea*. Serta tetap dapat meningkatkan sarana dan prasarana dalam melakukan pelayanan kesehatan yang lebih professional, meningkatkan komunikasi dengan klien sehingga dapat memberikan asuhan sesuai dengan wewenang dan kode etik. Dalam melakukan pendokumentasian petugas kesehatan harus lebih teliti dan cermat yang dilakukan sebagai bukti pertanggung jawaban.

3. Klien dan keluarga

Klien dan keluarga dapat mengetahui, mencegah, dan melaksanakan apa yang telah diberitahukan mengenai cara perawatan payudara, pentingnya mobilisasi, pentingnya kebersihan diri diharapkan dapat mengadopsi pengetahuan yang telah diberikan oleh perawat dan terus melakukan perawatanya di rumah, serta keluarga klien harus selalu memberikan dorongan dan motivasi kepada klien agar klien semangat untuk sembuh dan selalu mendoakan klien.

4. Rumah Sakit

Dalam memberikan pelayanan kesehatan harus lebih di tingkatkan dengan mengadakan kegiatan pelatihan tindakan untuk para perawat atau memberi kesempatan para tenaga medis untuk mengikuti

pelatihan, melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi lagi guna meningkatkan derajat kesehatan yang lebih baik lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, N. ., & Irdawati. (2017). Hubungan Preeklamsia Dengan Kondisi Bayi Yang Dilahirkan Secara Sectio Caesarea Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 2(1), 1–6.
- Arya Nurul, 2020 Modul Buku Ajar Cetak Keperawatan Maternitas, Jakarta.
- Astawa IM. (2020). *Asuhan Keperawatan Dasar*. Salemba Medika.
- Barus, N. (2024). Pendekatan Sosialisasi dan Keperawatan Pasien Nyeri Luka Section Caesarea di Rumah Sakit Umum Kabanjahe. *Arus Jurnal Sosial Dan Humaniora*, 4(2), 1115–1122. <https://doi.org/10.57250/ajsh.v4i2.630>
- Buku Register RSUD dr. Slamet Garut, 2025
- Darmi, A., & Hartaty. (2021). Penerapan Asuhan Keperawatan Post Op Section Caesarea dalam Indikasi Preeklamsia Berat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 447–451. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.631>
- Dinkes Jabar. (2024). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat*. 1–23.
- Febriani, D. T., Maryam, M., & Nurhidayah, N. (2022). Indonesia Journal of Health Science. *Indonesian Journal of Health Science*, 2(2), 77–82.
- Hairuddin Safaat, J. (2018). Jurnal voice of midwifery. *Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Organisasi Perawat Di RSUD Kabupaten Luwu*, 08(01), 723–733.
- Handayani, S., & Nurjanah, S. (2021). Hubungan Indeks Massa Tubuh Dengan Kejadian Preeklamsia Pada Ibu Hamil Di Rsud Trikora Salakan. *Jurnal Kebidanan*, 13(02), 212. <https://doi.org/10.35872/jurkeb.v13i02.469>
- Haslan, H., & Trisutrisno, I. (2022). Dampak Kejadian Preeklamsia dalam Kehamilan Terhadap Pertumbuhan Janin Intrauterine. In *Jurnal Ilmiah ...*. jurnalsandihusada.polsaka.ac.id. <https://jurnalsandihusada.polsaka.ac.id/JIKSH/article/download/810/543/>
- Hayati, N., Pujiati, P., & Sumanti, N. T. (2023). Hubungan Antara Cephalopelvik Disproportion (Cpd), Gawat Janin Dan Partus Lama Dengan Kejadian Sectio Caesarea (Sc) Pada Ibu Primipara Di Rsiabdt Tahun 2022. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(5), 1406–1414. <https://doi.org/10.55681/sentri.v2i5.822>
- Hidayah, R. (2024). *TINDAKAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN*. repository.umkla.ac.id. <http://repository.umkla.ac.id/3677/>
- Hijriani, Iradhatullah Rahim, & Henni Kumaladewi Hengky. (2020). Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Umum Daerah Andi

- Makkasau Parepare. *Jurnal Ilmiah Manusia Dan Kesehatan*, 3(2), 257–264.
<https://doi.org/10.31850/makes.v3i2.302>
- Kementrian Kesehatan RI. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia* (Jakarta: Kemenkes RI (ed.)).
- Kurniawati Dini, Adilah Mia Azubah, Eka Afdi Septiyono, Iis Rahmawati, & Lantin Sulistyorini. (2023). Tanda dan Gejala pada Kehamilan dengan Preeklampsia di Wilayah Pertanian Jember. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(4), 1064–1072.
<https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i4.2578>
- Maritalia. (2017). *Konsep dasar post partum*.
[http://eprints.umpo.ac.id/7335/5/BAB 2.pdf](http://eprints.umpo.ac.id/7335/5/BAB%202.pdf)
- Metasari, D., & Sianipar, B. K. (2018). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penurunan Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea Di Rs. Raflessia Bengkulu. *Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 1–7.
<https://doi.org/10.37676/jnph.v6i1.488>
- Mulyainuningsih, W. O. S., Mutmainna, A., & Kasim, J. (2021). Faktor Determinan Indikasi Sectio Caesarea. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 1(3), 400–407.
<https://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jimpk/article/view/619>
- Parwiihardjo. (2017). Asuhan Keperawatan Praktis. In *Pharmacognosy Magazine* (Vol. 75, Issue 17). Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Rupdi lumban siantar, & Dewi rostianingsih. (2022). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan kegawatdaruratan maternal danneonatal* (Tyara Ismiati & Ratu Bunga (eds.)). Rena Cipta Mandiri.
https://books.google.co.id/books?id=r1ObEAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Safitri, Y., & Cahyanti, R. D. (2016). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Motivasi Terhadap Kemandirian Ibu Nifas Dalam Perawatan Diri Selama Early Postpartum. *DIPONEGORO MEDICAL JOURNAL (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*, 5(4), 1937–1945.
<https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/medico/article/view/16033>
- 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. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(4), 1107–1119. <https://doi.org/10.55681/sentri.v2i4.707>
- Situmorang, T., & Damayanti. (2016). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian PreEklamsia pada ibu hamil di pli KIA RSUD AnutapuraPalu. Healthy Tadulako. *Jurnal Kesehatan Tadulako*.

- Sulistiyan, A., Hastuti, F. D., & Rochmawati, L. (2021). Tingkat Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil tentang Preeklampsia di Masa Pandemi COVID-19. In *Prosiding Seminar Informasi* ojs.udb.ac.id. <https://ojs.udb.ac.id/index.php/sikenas/article/download/1244/1049>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (1 st ed). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (1) Jakarta.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1 st ed). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Veri, N., Lajuna, L., Mutiah, C., Halimatussakdiah, H., & Dewita, D. (2024). Preeklamsia: patofisiologi, diagnosis, skrining, pencegahan dan penatalaksanaan. *Femina: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 4(1), 283–296. <https://doi.org/10.30867/femina.v4i1.588>

LAMPIRAN

SAP (Satuan Acara Penyuluhan)

Pokok Bahasan	: Perawatan Luka <i>Post Sectio Caesarea</i>
Sasaran	: Pasien dan Keluarga Pasien
Hari/Tanggal	: 26 April 2025
Tempat	: Ruang Jade
Waktu	:30 Menit
Penyuluh	: Risma Nuraeni

A. Latar Belakang

Penyembuhan luka adalah proses penggantian dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak. Pada ibu yang baru melahirkan, banyak komponen fisik normal pada masa postnatal membutuhkan penyembuhan dengan berbagai tingkat. Pada umumnya, masa nifas cenderung berkaitan dengan proses pengembalian tubuh ibu ke kondisi sebelum hamil, dan banyak proses diantaranya yang berkenaan dengan proses involusi uterus, disertai dengan penyembuhan pada tempat plasenta (“luka” yang luas) termasuk iskemia dan autolysis (Manuaba, 2020).

Seorang wanita yang telah menjalani operasi pasti akan memiliki cacat dan parut pada rahim, yang dapat membahayakan kehamilan dan persalinan berikutnya walaupun bahaya tersebut relatif kecil, adanya penyembuhan luka yang terlalu lama, terjadinya infeksi luka. Adapun pemberian penkes (pendidikan kesehatan) kepada ibu-ibu hamil mengenai

cara perawatan luka post operasi adalah untuk memberikan informasi mengenai betapa pentingnya perawatan luka post operasi guna mencegah terjadinya infeksi post operasi.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 20 menit, diharapkan pasien dan keluarga mampu memahami mengenai cara perawatan luka post section caesarea di rumah

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan pengertian perawatan luka
- b. Menyebutkan tujuan perawatan luka
- c. Menyebutkan cara-cara perawatan luka
- d. Menyebutkan kerugian tidak melakukan perawatan luka

C. Materi

1. Pengertian perawatan luka
2. Tujuan perawatan luka
3. Cara melakukan perawatan luka

D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

E. Media

1. Leaflet

A. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1	5 menit	Pembukaan - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan dari penyuluhan - Melakukan kontrak waktu - Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	Menyambut salam dan mendengarkan
2	15 menit	Pelaksanaan	Mendengarkan dan memperhatikan
3	5 menit	Evaluasi: - Memberikan kesempatan pada sasaran untuk bertanya - Menjelaskan kembali hal yang belum dimengerti oleh sasaran - Menanyakan kembali materi yang telah diberikan	Menjawab dan menjelaskan pertanyaan
4	5 menit	Teriminasi: - Mengucapkan terimakasih - Salam terapeutik	Mendengarkan dan membalas salam

G. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- Persiapan Pasien sudah terlaksana dengan baik berupa kontrak waktu, topik, dan tempat.
- Persiapan alat bantu dan media yang digunakan untuk Penkes.

2. Evaluasi proses

- Pesien mampu mengikuti Penkes dengan baik sampai selesai
- Pesien kooperatif dalam mengikuti Penkes

- c. Pasien dapat bekerjasama dengan perawat
- d. Media dan alat bantu dapat digunakan dengan baik
- e. Lingkungan mendukung dalam pelaksanaan Penkes

3. Evaluasi hasil

- a. Evaluasi kognitif

Menanyakan kepada penerima manfaat

- 1) Coba jelaskan pengertian perawatan luka!
- 2) Sebutkan tujuan perawatan luka!
- 3) Sebutkan cara melakukan perawatan luka mandiri di rumah!
- 4) Evaluasi afektif penerima manfaat menyatakan kesediaan melakukan perawatan luka sesuai dengan cara yang telah diajarkan.

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Perawatan luka adalah suatu tindakan yang dilakukan secara sistematis untuk membersihkan, melindungi, dan mempercepat penyembuhan jaringan tubuh yang mengalami kerusakan, dengan tujuan mencegah infeksi, meminimalkan nyeri, serta mempercepat regenerasi jaringan (Leaper et al., 2023).

B. Tujuan

1. Agar terhindar dari infeksi
2. Agar luka tetap bersih
3. Mempercepat penyembuhan
4. Mencegah masuknya kuman dan kotoran ke dalam luka

C. Alat-alat Perawatan Luka

1. Baskom bersih
2. Sarung tangan steril (bila tidak ada bisa dilakukan langsung asalkan mencuci tangan dengan benar terlebih dahulu)
3. Tempat sampah
4. Kassa
5. Cairan NaCl atau dengan Air Bersih yang sudah di didihkan kemudian tunggu sampai hangat
6. Gunting

7. Plester
8. Betadine (jika luka masih basah bisa di oleskan betadine)

D. Cara Perawatan Luka

1. Cucilah dan bersihkan luka dengan cairan normal saline (seperti NaCl) jika tidak ada bisa dengan air yang sudah di didihkan kemudian tunggu sampai hangat. Membersihkan luka dengan kapas atau cotton bud yang steril dengan menggunakan cairan antiseptik.
2. Oleskan salep antibiotik yang dianjurkan oleh dokter.
3. Gantilah verban dengan kassa yang bersih.

E. Tindakan yang Bisa di Lakukan di Rumah

1. Jagalah kebersihan pada luka bekas operasi

Pada dasarnya, luka bekas operasi harus kita jaga kebersihan area bekas luka, kebersihan lingkungan, serta penggunaan benda atau peralatan yang steril agar luka tersebut tidak terinfeksi karena perkembangbiakan bakteri.
2. Rutin membersihkan luka
 - a) Cucilah dan bersihkan luka dengan cairan saline (seperti NaCl).
 - b) Gantilah verban bila verban terkena basah.
 - c) Oleskan salep antibiotik yang dianjurkan oleh dokter.
 - d) Anda bisa membersihkan luka dengan kapas atau cotton bud yang steril dengan menggunakan cairan antiseptik.

3. Gunakan pakaian yang longgar dan juga nyaman untuk menghindari iritasi sebaiknya menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman dipakai, seperti piyama, baby doll atau daster. Selain itu untuk menghindari iritasi ini juga disarankan dalam membungkus luka bekas operasi sebaiknya juga jangan terlalu ketat.
4. Konsumsi obat-obatan dan vitamin sesuai saran dokter, tetap konsumsi obat-obatan yang diresepkan oleh dokter untuk mempercepat penyembuhan luka bekas operasi. Berkonsultasilah dengan dokter jika diperlukan obat untuk menghilangkan rasa nyeri.
5. Minum air putih yang banyak, dengan mengkonsumsi banyak cairan selama proses penyembuhan, maka akan menggantikan volume cairan yang hilang saat melahirkan dan menyusui dan tentu ini dapat mencegah sembelit.
6. Cukupi kebutuhan gizi dan nutrisi yang seimbang, selain melakukan perawatan luka dari luar sebaiknya juga memperhatikan perawatan luka dari dalam dengan mengkonsumsi makanan sehat yang mengandung banyak gizi serta nutrisi yang seimbang yang dapat membantu mempercepat kesembuhan luka bekas operasi tersebut. Makanan yang dianjurkan adalah makanan yang tinggi akan kandungan protein, mineral, zinc, dan juga vitamin A & C. Apabila Anda dalam masa nifas tidak cukup mengkonsumsi makanan berprotein seperti telur, ikan, tahu, tempe, daging dan susu, maka

penyembuhan luka bekas operasi akan berlangsung lama dan berpotensi infeksi akibat kekurangan gizi.

DAFTAR PUSTAKA

- Biancuzzo, M. (2018). Breastfeeding the newborn: Clinical strategies for nurses. Springer Publishing Company.
- Indiyani, N. (2016). Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan maternitas. Salemba Medika.
- Leaper, D. J., Schultz, G., Carville, K., Fletcher, J., Swanson, T., & Drake, R. (2023). Wound care: Essentials of clinical practice. Wiley-Blackwell.
- Manuaba, I. B. G. (2020). Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan keluarga berencana untuk pendidikan bidan. EGC.

Diet post operasi

Merupakan diet yang bertujuan untuk mempercepat pertumbuhan jaringan yang rusak guna penyembuhan luka

Syarat Diet post operasi

1. tinggi kalori tinggi protein
2. tidak menyebabkan gatal pada Luka
3. cukup mineral dan vitamin
4. mudah di cerna

CONTOH MAKANAN TKTP

sumber energi



zat pembangun



Vitamin



Susu



PERAWATAN LUKA POST SC



Nama: Risma Nuraeni

Nim: KHGA22098

Program studi D3 Keperawatan

STIKes KARSa HUSADA GARUT

Bagaimana cara merawat luka post sc???



Cara perawatan luka di rumah

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan luka



2. buka balutan dengan hati hati



3. bersihkan luka dengan menggunakan nacl 0,9%, air matang



4. oles luka dengan obat anti septic Betadine



5. tutup luka dengan kasa steril



6. cuci tangan setelah merawat luka



LEMBAR BIMBINGAN

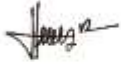
KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT

Nama : Risma Nuraeni

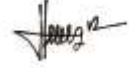
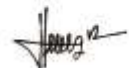
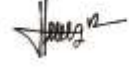
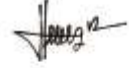
NIM : KHGA22098

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

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S P3A0 Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (8 Jam) Atas Indikasi Preeklamsia Berat (PEB) Diruang Jade RSUD dr. Slamet Garut

NO	Tanggal Bimbingan	Materi yang di konsulkan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	02 Juni 2025	1) Penjelasan dan pengarahan KTI 2) Kontrak waktu	Susun Bab I		
2.	05 Juni 2025	BAB I	1) Penulisan diperbaiki 2) Penulisan sumber diperbaiki 3) Susunan kalimat diperbaiki 4) Perbaiki judul tabel untuk spasi		

			5) Masukan dampak dari PEB 6) Lanjut BAB II		
3.	09 Juni 2025	BAB I	1) Tambahkan prevalensi SC jangn langsung ke garut 2) Perbaiki tulisan dalam menyusun paragraph		
4.	12 Juni 2025	BAB II	1) Perbaiki penulisan 2) Evaluasi isi paragraf 3) Perbaiki dan evaluasi pathway SC		
5.	16 Juni 2025	BAB III	1) Lengkapi dan perbaiki data 2) Evaluasi perumusan DX keperawatan 3) Penulisan intervensi (OTEK)		

6.	19 Juni 2025	BAB IV	Lengkapi kesimpulan lihat tujuan		
7.	22 Juni 2025	BAB I	ACC		
8.	23 Juni 2025	BAB II	Lengkapi/perbaiki untuk materi adaptasi fisiologis ibu post partum, buat berdasarkan sistem yang ada		
9.	25 Juni 2025	BAB III	Lengkapi data Tambahkan diagnosa menyusui tidak efektif		
10.	26 Juni 2025	BAB IV	ACC Buatkan draf lengkap		

11.	27 Juni 2025		ACC Sidang		
-----	-----------------	--	------------	---	---

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Biodata

Nama : Risma Nuraeni

Jenis kelamin : Perempuan

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 30 Agustus 2004

Agama : Islam

Alamat : Kp. Jati RT.01/Rw.18 Ds. Cangkuang
Kec. Leles Kab. Garut

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Ali Imron Tahun 2009-2010
2. SDN Cangkuang 02 Tahun 2010-2016
3. SMPN 01 Leles 2016-2019
4. SMK Al-Halim Garut 2019-2022
5. STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2022-2025