

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A (P1A0) DENGAN POST
SECTIO CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT
DI RUANGAN AGATE BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan
pendidikan program Diploma III Keperawatan

Di susun oleh:

SHAEIRA YUDISTINE
KHGA22027



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S POST SECTIO CAESAREA
ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG AGATE BAWAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.SLAMET GARUT**

Oleh:

SHAFIRA YUDISTINE

NIM KHGA22027

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah ini di setujui untuk di sidangkan di hadapan tim penguji
program studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada garut

Garut, 05 Juli 2025

Menyetujui

Pembimbing

K.Dewi Budiarti, M.Kep

LEMBARAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A POST *SECTIO CAESAREA*
ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG AGATE BAWAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.SLAMET GARUT**

Oleh :

SHAFIRA YUDISTINE

NIM KHGA22027

Garut, 08 Juli 2025
Menyetujui

Penguji I

Penguji II

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

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

Mengetahui

Ketua Program Studi Diploma III
Keperawatan STIKes
KARSA HUSADA GARUT

Mengesahkan,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

ABSTRAK

IV BAB, 124 Halaman, 17 Tabel, 1 Bagan, 4 Lampiran

Angka kejadian preeklamsia berat sebagai indikasi utama tindakan *sectio caesarea* cukup tinggi, khususnya di RSUD dr. Slamet Garut, mencapai 41,18% dari total kasus SC. Berdasarkan data tersebut, penulis tertarik mengangkat judul “Asuhan keperawatan pada Ny. A P1A0 dengan post *sectio caesarea* POD 0 atas indikasi preeklamsia berat di ruang Ponek IGD RSUD dr. Slamet Garut.”

Penulis ini bertujuan untuk memperoleh gambaran nyata asuhan keperawatan yang di lakukan pada pasien post SC dengan preeklamsia berat. Metode yang di gunakan adalah studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, penetapan diagnosa, perencanaan, implemetasi, dan evaluasi. Teknik pengumpulan data di peroleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi kepustakaan. Hasil pengkajian menunjukan pasien mengalami beberapa masalah keperawatan seperti nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, deficit perawatan diri, dan menyusui tidak efektif. Setelah di lakukan intervensi, terdapat perbaikan kondisi pasien seperti penurunan intensitas nyeri, peningkatan aktivitas, dan penyembuhan luka yang optimal. Kesimpulan dari studi ini adalah asuhan keperawatan yang di lakukan secara menyeluruh, terencana, dan tepat sasaran mampu mempercepat proses pemulihan ibu post *sectio caesarea* akibat preeklamsia berat dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kata kunci : Preeklamsia berat, *sectio caesarea*, asuhan keperawatan, post operasi, POD 0

Kepustakaan : 43 sumber (2010-2023)

ABSTRACT

4 Chapters, 124 Pages, 17 Tables, 1 Flowchart, 4 Appendices

The incidence of severe preeclampsia as the main indication for cesarean section is relatively high, particularly at RSUD dr. Slamet Garut, reaching 41.18% of all SC cases. Based on this data, the author was interested in raising the title "Nursing Care for Mrs. A P1A0 with Post Cesarean Section on POD 0 Due to Severe Preeclampsia at the PONEK ER of RSUD dr. Slamet Garut." This study aims to provide a real picture of the nursing care provided to post-cesarean section patients with severe preeclampsia. The method used is a case study with a nursing process approach including assessment, diagnosis formulation, planning, implementation, and evaluation. Data collection techniques were carried out through interviews, observations, physical examinations, and literature studies. The assessment results showed that the patient experienced several nursing problems such as acute pain, impaired physical mobility, risk of infection, self-care deficit, and ineffective breastfeeding. After interventions were provided, improvements were observed such as reduced pain intensity, increased activity, and optimal wound healing. The conclusion of this study is that comprehensive, well-planned, and targeted nursing care can accelerate the recovery process of post-cesarean section mothers due to severe preeclampsia and improve patients' quality of life.

Keywords : Severe preeclampsia, cesarean section, nursing care, postoperative, POD 0

References: 43 sources (2010–2023)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmannirrahim

Puji dan syukur khadirat Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah curah kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya tulis ini adalah

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A P1A0 DENGAN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT” Di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

Karya tulis ilmiah ini di susun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di kampus STIKes Karsa Husada Garut.

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

1. Bapak Dr. H. Hadiyat, MA., Selaku pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. Suryadi M.Si., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut

4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku ketua prodi DIII Keperawatan Karsa Husada Garut
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
6. Kepada seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini dan mendidik penulis selama tiga tahun di STIKes Karsa Husada Garut.
7. Rumah sakit umum dr.Slamet Garut terutama kepada ibu Desi yang telah membimbing dan memberi kesempatan pada penulis dalam melaksanakan praktek maternitas
8. Keluarga Ny.A yang lebih bersedia bekerja sama dalam bidang penelitian sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiahnya.
9. Sebagai ungkapan terimakasih, Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan kepada orang tua tercinta, Cinta pertama dan panutanku, Ayahanda Yuyud Wahyudin dan pintu syurgaku Ibunda Deuis Ipania yang selalu menjadi penyemangat penulis sebagai sandaran terkuat dari kerasnya dunia, beliau sangat berperan penting dalam menyelesaikan program studi yang tiada hentinya selalu memberikan kasih sayang do'a dan motivasi dengan penuh keikhlasan yang tak terhingga kepada penulis, Terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis . I Love more !

10. Kepada kakak saya Yanis Sri Wahyuningsih dan suaminya Elsa Putra Gantina Terimakasih banyak atas dukungannya secara moril maupun materil, terimakasih juga atas segala motivasi dan dukungannya yang di berikan kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai selesai.
11. Kepada Nenek saya Nek Nana Rohana terimakasih banyak atas semua dukungan dan motivasinya selama penulis melaksanakan studinya sampai selesai.
12. Kepada keluarga besar yang selalu memberikan dukungan semangat dan do'a kepada penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini bisa terselesaikan.
13. Terima kasih kepada seseorang yang saya cintai Hilmi Agrafi. Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup saya, telah menjadi rumah, pendamping dalam segala hal yang menemani, mendukung, ataupun menghibur dalam kesedihan, mendengar keluh kesah, memberi semangat untuk pantang menyerah. Semoga Allah selalu memberi keberkahan dalam segala hal yang kita lalui.
14. Terimakasih kepada sahabat seperjuangan Rifka Salsabila, Windy Oktavia, Faizal Nurzaman, Winda Sriwiayu, yang sudah menjadi teman penulis mulai dari 2022 sampai saat ini dan banyak berpartisipasi dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini, Terimakasih atas segala motivasi dan dukungan, Pengalaman, yang sangat berkesan serta memberikan semangat yang paling berharga sampai terselesaikan Perkuliahan ini. I Love You Guys!!

15. Kepada Teman-teman angkatan 2022 D3-Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut terimakasih atas suka dan duka yang telah kita lalui.
16. Kepada keluarga Maternitas yang selalu bersama-sama bimbingan dan bersama-sama pusing mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah membantu dalam mencari berbagai sumber buku kepada penulis.
17. Dan terakhir untuk diri sendiri saya Shafira Yudistine terimakasih telah kuat sampai detik ini, Apresiasi sebesar-besarnya yang telah berjuang untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai, sulit bisa bertahan sampai di titik ini, terimakasih untuk tetap hidup dan merayakan dirimu sendiri, walaupun sering kali putus asa atas apa yang sedang di usahakan. Tetaplah jadi manusia yang mau berusaha dan tidak lelah untuk mencoba. Terimakasih diriku semoga tetap rendah hati, ini baru awal dari permulaan hidup tetap semangat kamu pasti bisa.

Garut, 08 juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBARAN PENGESAHAN	ii
ABSTRAK.....	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	4
C. Metode Telaah	5
D. Sistematika penelitian	6
BAB II TINJAUAN TEORI	8
A. KONSEP DASAR PREEKLAMPSIA	8
1. Definisi preeklamsia	8
2. Klasifikasi preeklamsia.....	9
3. Etiologi Preeklamsia.....	10
4. Tanda dan gejala <i>preeklamsia</i>	11
5. Manifestasi klinis	13
6. Patofisiologi <i>preeklamsia</i>	15
7. Komplikasi preeklamsia	16
8. Pemeriksaan penunjang	16
9. Penatalaksanaan Preeklamsia.....	18
B. Konsep Sectio Caesarea	20
1. Definisi Sectio Caesarea	20
2. Jenis – jenis Sectio Caesarea.....	20

3.	Etiologi	21
4.	Patofisiologi	21
5.	Indikasi <i>sectio caesarea</i>	22
6.	Komplikasi	24
7.	Keuntungan dan kerugian section caesarea	24
8.	Klasifikasi section caesarea	25
9.	Manifestasi klinis section caesarea	26
10.	Pemeriksaan penunjang	26
11.	Pathways	28
C.	Konsep Post Partum	29
1.	Definisi post partum	29
2.	Tahapan tahapan post partum	29
3.	Perubahan fisiologis post partum	30
4.	Perubahan psikologis post partum.....	33
D.	Dampak Sectio caesarea pada KDM.....	33
E.	Konsep Asuhan Keperawatan	35
1.	Pengkajian Keperawatan.....	36
2.	Diagnosa Keperawatan	58
3.	Perencanaan	58
4.	Implementasi	72
5.	Evaluasi.....	72
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....		73
A.	Tinjauan Kasus.....	73
1.	Pengkajian keperawatan	73
2.	Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas.....	87
3.	Proses keperawatan	89
4.	Catatan perkembangan.....	106
B.	Pembahasan	112
1.	Tahapan pengkajian.....	112
2.	Tahap Diagnosa.....	115
3.	Tahap Perencanaan.....	118

4. Tahap pelaksanaan	121
5. Tahap evaluasi.....	122
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	125
A. Kesimpulan	125
B. Rekomendasi.....	126
DAFTAR PUSTAKA.....	128

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Perbandingan kasus post Sectio Caesarea atas indikasi preeklamsia berat dengan indikasi lainnya di RSUD dr. Slamet Garut.....	3
Tabel 2.1	Standar Kadar Kekeruhan Urine.....	17
Tabel 2.2	Involusi Uterus.....	31
Tabel 2.3	Analisa data.....	52
Tabel 2.4	Perencanaan keperawatan nyeri akut.....	59
Tabel 2.5	Perencanaan gangguan mobilitas fisik.....	61
Tabel 2.6	perencanaan keperawatan Risiko infeksi.....	62
Tabel 2.7	Perencanaan keperawatan deficit pengetahuan.....	63
Tabel 2.8	Perencanaan keperawatan menyusui tidak efektif.....	65
Tabel 2.9	perencanaan keperawatan intoleransi aktivitas.....	67
Tabel 2.10	perencanaan keperawatan deficit perawatan diri.....	69
Tabel 2.11	Perencanaan keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif..	70
Tabel 3.1	Aktivitas sehari hari	77
Tabel 3.2	hasil laboratorium.....	84
Tabel 3.3	Pengobatan/Program Therapy.....	84
Tabel 3.4	Analisa Data.....	85
Tabel 3.5	Proses Keperawatan.....	89
Tabel 3.6	Catatan Perkembangan	106

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 pathway Post SC.....	28
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 SAP Mobilisasi Post Sectio Caesarea
- Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Teknik Menyusui
- Lampiran 3 Lembar Bimbingan
- Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam Rahim ibunya dengan usia kehamilan (37-38) minggu, yang di susul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu, yang dimana proses persalinan ini berlangsung selama 12 sampai 14 jam. Persalinan ini menimbulkan komplikasi bagi ibu bahkan sampai menyebabkan kematian ibu (Mustika, 2021). Menurut World Health Organization (WHO) Angka kematian ibu (AKI) masih sangat tinggi, sekitar 810 wanita meninggal akibat komplikasi terkait kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari, dan sekitar 295.000 wanita meninggal selama, setelah kehamilan dan persalinan. Angka kematian ibu di Negara berkembang mencapai 462/100.000 kelahiran hidup, sedangkan di Negara maju sebesar 11/100.000 kelahiran hidup (WHO, 2020). Penyebab kematian ibu masih di dominasi oleh tiga penyebab utama yaitu pendarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi atau preeklamsia sebanyak 1.110 kasus dan gangguan system peredaran darah sebanyak 230 kasus (Profil Kesehatan Indonesia, 2020).

Preeklamsia adalah penyakit dengan gejala klinis berupa hipertensi dan proteinuria yang timbul karena kehamilan akibat *Vasospasme* dan aktivasi endotel saat usia kehamilan di atas 20 minggu. *Preeklamsia* ringan

di tandai dengan adanya peningkatan darah 130/90 mmHg dengan proteinuria +1, sedangkan *Preeklamsia* berat di tandai peningkatan tekanan darah 160/100 mmHg dengan proteinuria urine +3. *Preeklamsia* terjadi pada 3,9% dari semua wanita hamil di seluruh dunia. Angka kejadian di beberapa rumah sakit di Indonesia juga cenderung meningkat, yaitu 1,05-1,5% (Rahman et al, 2023). Penyebab *Preeklamsia* belum di ketahui namun berdasarkan penelitian yang di lakukan oleh (Wilda, 2020) menyatakan bahwa terdapat hubungan antar usia, paritas, riwayat kesehatan keluarga dan pemeriksaan antenatal care terhadap kejadian *preeklamsia* dan menjadi salah satu indikasi prosedur *sectio caesarea* adalah *preeklamsia* berat (Andi, 2022).

Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang di perlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini di artikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam Rahim (Arda & Hartaty, 2021). Berdasarkan riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2021 menunjukan angka tindakan *sectio caesarea* pada persalinan meningkat yaitu sebesar 17,6% atau sekitar 13.860 kasus total persalinan 78.746 kasus. Sedangkan untuk provinsi Jawa Barat tingkat tindakan operasi bedah sesar tercatat sebesar 15,5%. Menurut data rekam medic RSUD dr. Slamet Garut yang di peroleh dari bulan Januari sampai

dengan bulan April tahun 2025 dapat di ketahui bahwa data kasus *sectio caesarea* sebanyak 794 kasus dengan rincian berikut.

Tabel 1.1
Perbandingan kasus post Sectio Caesarea atas indikasi preeklamsia berat dengan indikasi lainnya di RSUD dr. Slamet Garut

No	Kasus	Jumlah	Presentase
1	SC Indikasi PEB	327	41,18%
2	SC Indikasi KPD	214	26,95%
3	SC Indikasi Letak Sungsang	102	12,84%
4	SC Indikasi partus lama	77	9,69%
5	SC Indikasi PPT	38	4,78%
6	SC Indikasi Gawat janin	33	4,15%
7	SC Indikasi Plasenta previa marginalis	2	0,25%
8	SC Indikasi presentasi dagu	1	0,12%
TOTAL		794	100%

Sumber: Buku Register pasien RSUD dr. Slamet Garut

Berdasarkan hasil data yang di dapat dari bagian Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut tercatat bahwa *sectio caesarea* dengan indikasi *preeklamsia* berat ini menempati urutan pertama dengan presentasi 41,18% atau 327 kasus. Hal ini perlu di jadikan perhatian untuk menerapkan pemantauan lebih kepada ibu dengan post *sectio caesarea* atas indikasi *preeklamsia* berat. Komplikasi yang sering di alami oleh ibu setelah menjalankan tindakan *sectio caesarea* yaitu kematian ibu, Thrombeomblism, pendarahan, infeksi, cedera bedah incidental, Histeroktomi, dan rupture uteri (Sopyan, 2019).

Berdasarkan angka kejadian & komplikasi yang banyak memberi dampak bagi ibu, maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada ibu dengan post *sectio caesarea* atas indikasi *preeklamsia* berat dengan menggunakan

proses keperawatan dan mendokumentasikan dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul

“Asuhan Keperawatan Pada Ny.A (P1A0) *Post Sectio Caesarea* (POD 0) Atas Indikasi *Preeklamsia* Berat Di Ruang Agate Bawah Rumah sakit umum dr. Slamet Garut.”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan secara umum di tulisnya karya tulis ilmiah ini di harapkan penulis dapat memperoleh gambaran nyata dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada NY. A (P1A0) Dengan *post sectio caesarea* atas indikasi *preeklamsia* berat di dr.Slamet Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada NY.A (P1A0) *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi *preeklamsia* berat di ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut.
- b. Penulis mampu menentukan diagnose keperawatan pada NY.A (P1A0) *Post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi *preeklamsia* berat di ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menyusun perencanaan pada NY.A (P1A0) *Post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi *preeklamsia* berat di ruangan Agate bawah RSUD dr. Slamet Garut.

- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada NY.A (P1A0) post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi *preeklamsia* berat di ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada NY.A (P1A0) Post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi *preeklamsia* berat di ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada NY.A (P1A0) post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi *preeklamsia* berat di ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut.

C. Metode Telaah

Metode yang di gunakan penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan menggunakan proses asuhan keperawatan. Adapun teknik yang di gunakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat di konstruksikan makna dalam suatu topic tertentu (Sugiyono, 2017).

2. Observasi

Observasi merupakan pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap unsur unsur yang Nampak dalam suatu gejala pada objek penelitian (Widoyoko, 2014).

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk mengetahui adanya kelainan-kelainan dari suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mendengar (Auskultasi) dan mengetuk (Perkusi) (Andi, 2022).

4. Study Perpustakaan

Study kepustakaan berkaitan dengan kajian secara teori melalui referensi-referensi terkait dengan nilai, budaya, dan norma yang berkembang pada situasi social yang di teliti (Sugiyono, 2018).

D. Sistematika penelitian

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari 4 BAB dengan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN : Dalam bab ini penulis membahas tentang latar belakang masalah, tujuan umum dan tujuan khusus, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORITIS : Dalam bab ini penulis membahas tentang landasan teori yang menguraikan tentang konsep dasar teori-teori yang relevan dengan judul *post sectio caesarea* atas indikasi *preeklamsia* berat.

BAB III TINJAUAN KHUSUS: Dalam bab ini penulis membahas tentang tinjauan kasus dan pembahasan menguraikan dokumentasi asuhan keperawatan pada kllien *post sectio caesarea* atas indikasi *preeklamsia*

berat yang meliputi: Pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, dan evaluasi.

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI: Dalam bab ini berisi tentang kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang di temukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP DASAR PREEKLAMPSIA

1. Definisi preeklampsia

Preeklampsia adalah sindrom yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria yang muncul pada trimester kedua kehamilan. *Preeklampsia* bisa terjadi pada antenatal, intranatal, postnatal (Sari & Fransiska, 2023). *Preeklampsia* peningkatan tekanan darah yang baru ada setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu (Lokki & Heikkinen Elontara, 2021). Di sertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak (Shahid et al, 2021).

Preeklampsia sendiri merupakan kondisi tekanan darah ibu hamil meningkat lebih dari normal ditandai adanya proteinuria yang dapat menyebabkan komplikasi seperti kematian ibu dan solusio plasenta bila tidak ditangani. *Preeklampsia* biasanya terjadi di atas usia kehamilan 20 minggu. Penyebabnya belum diketahui namun berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Wilda, 2020) menyatakan bahwa terdapat hubungan antar usia, paritas, riwayat kesehatan keluarga dan pemeriksaan antenatal care terhadap kejadian preeklampsia dan menjadi salah satu indikasi prosedur sectio caesarea adalah *preeklampsia* berat (Andi, 2022).

Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa pengertian *preeklampsia* adalah meningkatnya tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg dan biasa terjadi pada usia kehamilan di atas 20 minggu dengan ditandai penambahan berat badan yang cepat akibat adanya pembengkakan di area tubuh dan adanya protein urin, apa bila tidak segera di tangani maka preeklampsia ini akan berisiko tinggi bagi ibu dan janin.

2. Klasifikasi preeklampsia

Menurut (Rufdi & Dewi, 2022) dalam bukunya menjelaskan *preeklampsia* di bagi menjadi dua golongan, yaitu :

a. *Preeklampsia* Ringan

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

b. *Preeklampsia* Berat

Pada kondisi ini bila salah satu diantara gejala atau tanda ditemukan pada hamil kemudian diikuti dengan adanya tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih dari 3/9 liter, oliguria dengan

jumlah urine <400 cc/24 jam, di sertai proteiunuria 30 mg/liter urine 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 di sertai icterus.

c. *Eklampsia*

Eklampsia merupakan komplikasi akut pada wanita hamil, yang diawali dengan tanda-tanda preeklampsia sebelumnya hingga timbulnya kejang hingga koma. Tanda dan gejala *preeklampsia* yaitu nyeri kepala yang hebat, pandangan kabur, nyeri pada abdomen, edema paru dan di sertai dengan kejang/koma.

3. Etiologi Preeklampsia

Menurut Shahd A & Peter L, (2023) penyebab *preeklampsia* dari teori plasentasi abnormal yang menyebabkan disfungsi fisiologis ibu yang signifikan. Terlepas dari hambatan ini awal terjadi eklampsia di dukung dengan munculnya plasentasi abnormal, yang dapat menyebabkan remodeling arteri spiralis yang menyimpang, iskemia plasenta, hipoksia dan stress oksidatif. *Preeklampsia* hingga saat ini belum diketahui penyebabnya. Namun, beberapa hal yang menjadi resiko terjadinya preeklampsia pada ibu hamil seperti, terjadi pada kehamilan anak pertama, ibu hamil dengan usia >35 tahun, ibu yang obesitas, kehamilan kembar, serta ibu yang mempunyai penyakit hipertensi atau darah tinggi.

Menurut (D.Kurniawati et al, 2020). Penyebab *preeklamsia* hingga saat ini belum di ketahui banyak teori yang menerangkan penyebab penyakit ini, namun tidak ada yang memberikan jawaban yang memuaskan. Teori yang dapat di terima menerangkan :

- a. Penyebab *Preeklamsia* yaitu bertambahnya frekuensi pada primigravistas kehamilan ganda, hidramnion, dan mola hidatidosa.
- b. Bertambahnya frekuensi karena semakin tua kehamilan
- c. Dapat terjadi perbaikan keadaan penderitaan dengan kehamilan janin dalam uterus
- d. Terjadi Hipertensi, proteinuria, edema, kejang, dan koma.

4. Tanda dan gejala *preeklamsia*

Tanda dan gejala *preeklamsia* berdasarkan klasifikasi di bagi menjadi 2 bagian, yaitu *preeklamsia* ringan dan *preeklamsia* berat, Tanda dan gejala *preeklamsia* ringan atau antara lain peningkatan tekanan darah sistolik antara 140-160 mmHg dan tekanan darah diastolic 90-110 mmHg, proteinuria secara kuantitatif 0,3 gr/I dalam 24 jam, edema pada pretibial, dinding perut, lumbosacral wajah atau tangan, tidak adanya gangguan fungsi organ tanda dan gejala *preeklamsia* berat antara lain tekanan darah sistolik >160 mmHg atau tekanan darah diastolic >110 mmHg, trombosit 3 gr/ liter/24 jam atau postitif 3 atau 4, pada pemeriksaan kuantitatif bisa di sertai dengan adanya oliguria (urine < 400 ml/24 jam), keluhan serebral, gangguan

penglihatan, nyeri abdomen, gangguan fungsi hati, gangguan perkembangan intra uterine (Rukiyah, Lia & Yulianti, 2020).

Menurut Sugiyono (2014), *preeklamsia* memiliki dua gejala yang sangat penting yaitu hipertensi dan proteinuria yang biasanya tidak disadari oleh wanita hamil penyebab dari kedua masalah diatas yaitu sebagai berikut:

a. Tekanan darah

Peningkatan tekanan darah merupakan tanda peningkatan awal yang penting pada penyakit preeklamsia, dengan tekanan darah $>140/90$ mmHg (yang di ukur selama 30 menit setelah pasien beristirahat).

b. Kenaikan berat badan

Peningkatan berat badan normal sekitar 0,5 kg per minggu. Apabila terjadi kenaikan berat badan 1 kg dalam seminggu, maka kemungkinan terjadinya preeklamsia harus di curigai. Peningkatan berat badan terutama di sebabkan karena retensi cairan serta dapat di temukan sebelum timbulnya gejala edema yang tampak jelas seperti kelopak mata yang bengkak atau jaringan tangan yang membesar.

c. Proteinuria

Pada preeklamsia ringan di dapatkan protein urin sebesar 0,3 g/dl dengan hasil pemeriksaan dipstic +1, sedangkan pada preeklamsia berat kadar protein urine lebih besar yaitu 5 g/dl dengan hasil pemeriksaan dipstic menunjukan angka +2.

Menurut (Ratnawati, 2019) tanda Gejala lainnya seperti :

1) Nyeri kepala

Sakit kepala jarang terjadi pada preeklamsia ringan, dan sakit kepala sering terjadi pada preeklamsia berat. Sakit kepala sering terjadi di lobus frontal dan tulang oksipital. Analgesik biasa tidak akan menyembuhkan penyakit ini.

2) Nyeri epigastrium

Nyeri di perut bagian atas merupakan keluhan yang umum pada preeklamsia berat. Keluhan ini disebabkan oleh peningkatan darah tinggi pada kantung hati karena edema atau perdarahan.

3) Terganggunya penglihatan

Mengeluh tentang gangguan penglihatan disebabkan oleh spasme aterosklerotik, iskemia dan edema retina, bahkan dalam kasus jarang terjadi, hal itu disebabkan melalui ablasi retina. Pada preeklamsia ringan, tidak ada temuan tanda-tanda subjektif.

5. Manifestasi klinis

Tanda klinis utama dari preeklamsia adalah tekanan darah yang terus meningkat, peningkatan tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih atau sering ditemukan nilai tekanan darah yang tinggi dalam 2 kali pemeriksaan rutin yang terpisah. Menurut Rozikhan (2020), tanda dan gejala preeklamsia adalah sebagai berikut :

a. Hipertensi

Biasanya timbul lebih dahulu dari pada tanda-tanda lain. Bila peningkatan tekanan darah tercatat pada waktu kunjungan pertama

kali dalam trimester pertama atau kedua awal, ini mungkin menunjukkan bahwa penderita menderita hipertensi kronik. Tetapi bila tekanan darah ini meningkat dan tercatat pada akhir trimester kedua dan ketiga, mungkin penderita menderita preeklamsia. Peningkatan tekanan sistolik sekurang kurangnya 30 mmHg, atau peningkatan tekanan diastolic sekurang kurangnya 15 mmHg atau adanya tekanan sistolik sekurang kurangnya 140 mmHg, atau tekanan diastolic sekurang-kurangnya 90 mmHg atau lebih atau dengan kenaikan 20 mmHg atau lebih, ini sudah dapat di buat sebagai diagnose. Penentuan tekanan darah dilakukan minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat. Tetapi bila diastolic sudah mencapai 100 mmHg atau lebih, ini sebuah indikasi terjadi preeklamsia berat.

b. Edema

Edema adalah Penimbunan cairan secara umum dan kelebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat di ketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan pada kaki, jari-jari tangan, dan muka, atau pembengkakan pada ekstremitas dan muka. Edema pretibial yang ringan sering di temukan pada kehamilan biasa, sehingga tidak seberapa berarti untuk penentuan diagnose preeklamsia. Kenaikan berat badan $\frac{1}{2}$ kg setiap minggu dalam kehamilan masih di anggap normal, tetapi bila kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali atau 3 kg dalam sebulan preeklamsia harus di curigai, atau bila terjadi

pertambahan berat badan lebih dari 2,5 kg tiap minggu pada akhir kehamilan, mungkin merupakan tanda Preeklamsia. Bertambahnya berat badan di sebabkan retensi air dalam jaringan dan kemudian oedema Nampak dan edema tidak hilang dengan istirahat. Hal ini perlu menimbulkan kewaspadaan terhadap timbulnya preeklamsia. Edema dapat terjadi pada semua derajat PIH (Hipertensi dalam kehamilan) tetapi hanya mempunyai nilai sedikit diagnostic kecuali jika edemanya general.

c. Proteinuria

Proteinuria yang berarti konsentrasi protein dalam air kencing yang melebihi 0,3 g/liter dalam air kencing 24 jam atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan 1+ atau 2+ (menggunakan metode turbidimetrik standart) atau 1g/liter atau lebih dalam air kencing yang di keluarkan dengan kateter atau midstream untuk memperoleh urin yang diambil minimal 2 kali dengan jarak 6 jam. Proteinuria biasanya timbul lebih lambat dari hipertensi dan tambah berat badan. Proteinuria sering di temukan pada preeklamsia, karena vasospasmes pembuluh darah ginjal. Karena itu harus dianggap sebagai tanda yang cukup serius.

6. Patofisiologi *preeklamsia*

Menurut Rama & karumanchi (2017), mekanisme terjadinya preeklamsia terjadi dua tahap jika di lihat. Pada saat tahap pertama factor penyebab terjadinya preeklamsia yaitu factor genetic, factor

imunologi dan factor lingkungan yang terjadi pada trimester pertama dan trimester kedua. Dari ketiga factor ini dapat menyebabkan terjadinya abnormal plasenta yang akan menurunkan fungsi plasenta. Pada tahap kedua adanya peningkatan *sFit - 1*, berkurangnya peredaran PGIF, dan factor ibu lainnya seperti (riwayat kesehatan pembuluh darah yang buruk, obesitas, dan usia lanjut). Hal ini menyebabkan terjadinya disfungsi vaskuler sistemik yang berakibat pada beberapa organ dan jaringan yang ditandai dengan adanya proteinuria, hipertensi, abnormal system koagulasi dan edema.

7. Komplikasi preeklamsia

Menurut Legawati & Utama, (2017) preeklamsia dapat menimbulkan dampak yang sangat berbahaya jika tidak segera ditangani dengan baik, ibu hamil akan mengalami kejang yang berlanjut ke *eklamsia*. Begitu juga jika *eklamsia* tidak segera ditangani secara cepat akan terjadi kehilangan kesadaran dan kematian karena bisa terjadi komplikasi bagi ibu, seperti gagal ginjal, kegagalan hati, perdarahan di otak dan sebagainya. Preeklamsia juga dapat menimbulkan komplikasi pada janin seperti, prematuritas, kematian janin, terhambatnya pertumbuhan janin, serta asfiksia neonatorum.

8. Pemeriksaan penunjang

Menurut Aminim et al, (2016). Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada preeklamsia adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pada umumnya pemeriksaan laboratorium adalah normal, kecuali hematocrit, serum kreatinin, pemecahan fibrin dan proteinuria. Hitung darah lengkap dengan apusan darah: hemoglobin (nilai referenso atau nilai normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%) peningkatan hematocrit (nilai rujukan 37-43 vol%). Trombositopenia, nilai rujukan 150-450 ribu/mm³, Asam urat meningkat.

b. Urinalisis proteinuria meningkat >0,3 gr/it 24 jam

c. Standar kekeruhan urine.

Tabel 2.1
Standar kekeruhan Urine

No	Hasil Keterangan	Kadar Kekeruhan
		Protein
1	Negatif	Urine jernih
2	Positif 1 (+)	Ada Kekeruhan
3	Positif 2 (++)	Kekeruhan mudah di lihat dan ada endapan
4	Positif 3 (+++)	Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas
5	Positif 4 (++++)	Urine sangat keruh dan di sertai ada endapan yang menggumpal

Sumber : (Ni'mah, 2017)

d. Tes Fungsi hati

Ditemukan bilirubin mengalami peningkatan (nilai normal <1 mg/dl), serum glutamate piruvat transaminase mengalami peningkatan dari (nilai normal: 15-45 u/ml), aspartate amionomtrasfarase (AST) >60 ul, SGOT jugs mengalami

peningkatan (nilai normal : < 13 u/l) maka total protein serum menurun.

1) Pemeriksaan Diagnostik

- a) USG berfungsi untuk melihat gerakan janin bersifat subjektif, letak plasenta, denyut jantung, kontraksi uterus.
- b) (Siagian et al, 2023) NST berfungsi untuk melihat kontraksi uterus, pergerakan janin, denyut jantung janin. Denyut jantung janin (DJJ) normal (120- 160 x/ menit, takikardia >160 x/ menit, bradikardia<120 x/ menit).

9. Penatalaksanaan Preeklamsia

Menurut Adriani & Wirjatmadi (2016), penatalaksanaan preeklamsia memiliki beberapa prinsip dan beberapa penatalaksanaan dengan tingkat klasifikasinya, yaitu:

a. Penatalaksanaan preeklamsia ringan

- 1) Lakukan istirahat yang cukup
- 2) Jika tekanan tidak menurun, anjurkan beri obat anti hipertensi
- 3) Diet rendah garam
- 4) Jika maturnitas janin masih lama, lanjutkan kehamilan, periksa tiap satu kali dalam seminggu.
- 5) Persalinan pada Preeklamsia ringan dapat di lakukan secara spontan, jika serviks matang lakukan induksi dengan oksitosin.

b. Penatalaksanaan preeklamsia berat

Penatalaksanaan pada preeklamsia berat adalah mencegah timbulnya kejang. Mengendalikan hipertensi guna mencegah pendarahan intracranial serta kerusakan dan organ-organ vital, pengelolaan cairan untuk persalinan. Tindakan yang tepat untuk menangani preeklamsia berat sebagai berikut :

1) Tindakan farmakologi

- a) Jika tekanan darah $>110\text{mmHg}$, berikan obat anti hipertensi sampai tekanan diastolic di antara 90-80 mmHg.
- b) Pemberian terapi magnesium sulfat (MgSO_4) untuk menurunkan tekanan darah.
- c) Pemberian obat analgetik, untuk mengatasi nyeri

2) Tindakan Keperawatan

- a) Monitor tanda tanda vital pasien secara berkala.
- b) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri seperti teknik relaksasi nafas dalam
- c) Anjurkan mengkonsumsi makanan rendah garam
- d) Pasang dower kateter untuk pengeluaran volume dan proteinuria
- e) Persalinan

Pada preeklamsia berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam. Jika persalinan tidak dapat terjadi 24 jam, maka harus dilakukan tindakan section caesarea, supaya tidak terjadi

kejang/eklamsia karena dapat membahayakan bagi ibu dan menyebabkan kematian pada janin.

B. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu bentuk pengeluaran janin melalui sayatan perut terbuka (laparotomy) dan sayatan di dalam Rahim (histerotomy) Arda & Hartaty, (2021). *Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang di perlakukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin (Kristensen et al, 2018).

Dari definisi di atas dapat di simpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu pembedahan prosedur bedah yang di lakukan untuk mengeluarkan bayi melalui sayatan pada dinding perut dan Rahim ibu. Tujuan utamanya adalah untuyuk melahirkan bayi dengan membuat insisi pada dinding abdomen dan uterus ibu.

2. Jenis – jenis *Sectio Caesarea*

Pada umumnya, *sectio caesarea* memiliki 2 tipe utama, yaitu segmen atas dan segmen bawah. Secara teknis, kedua tipe ini adalah sebagai berikut :

- a. Segmen atas yaitu dengan pembedahan melalui sayatan vertical pada dinding perut (Abdomen) yang dikenal dengan sayartan klasik.
- b. Segmen bawah, pada segmen bawah di bagi menjadi 2 jenis

- 1) Insisi melintang, yaitu sayatan mendatar. Jenis ini di buat sayatan kecil melintang di bawah uterus Rahim.
- 2) Insisi membujur, posisi nya hampir sama dengan sayatan pada insisi melintang, hanya saja letak sayatan menjadi vertical di bawah uterus (Rahim) (Nisak et al, 2023).

3. Etiologi

Menurut (Sudarsih et al, 2023) Penyebab sectio caesarea di sebabkan oleh beberapa factor di antaranya :

- a. Etiologi yang berasal dari ibu,yaitu primigravida dengan kelainan letak janin, riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, penyempitan panggul, plasenta previa khususnya pada wanita hamil seperti preeklamsia-eklamsia, kehamilan, kehamilan yang di sertai penyakit seperti penyakit jantung atau diabnetes, serta kisah ovarium atau mioma uteri.
- b. Etiologi yang berasal dari janin meliputi kondisi gawat janin, posisi dan letak janin yang tidak tepat, prolapsus tali pusat dengan pembukaan serviks yang kecil,kegagalan dalam prosedur vakum atau forsep untuk mengekstraksi bayi.

4. Patofisiologi

Terdapat beberapa kendala atau dalam proses persalinan, menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara spontan atau lahir normal, misalnya di sebabkan oleh panggul sempit, plasenta lahir secara spontan atau lahir normal,misalnya di sebabkan oleh panggul sempit, plasenta previa,

rupture uteri yang mengancam, persalinan lama, preeklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin sehingga dilakukan persalinan dengan section caesarea menyebabkan pasien mengalami imobilisasi, yang mana efeknya menyebabkan masalah dengan gangguan mobilitas fisik. Efek anastesi juga menyebabkan sembelit. Kurangnya informasi tentang proses operasi, penyembuhan, dan perawatan pasca operasi akan menimbulkan kecemasan. Sedangkan dalam proses operasi juga dilakukan sayatan di dinding perut sehingga menyebabkan terputusnya diskontinuitas jaringan merangsang area sensorik yang merangsang pelepasan histamine dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman akibat nyeri akut yang timbul setelah proses operasi berakhir. Setelah proses pembedahan selesai area insisi ditutup akan menimbulkan luka post sectio caesarea yang dimana jika tidak ditangani dengan baik dan benar akan menimbulkan resiko infeksi setelah kelahiran bayi prolactin dan oksitosin meningkat menyebabkan efektifitas ASI, efek ASI yang tidak adekuat menimbulkan masalah pemberian ASI yang tidak efektif pada bayi (Ferinawati dan Hartati, 2019).

5. Indikasi *sectio caesarea*

Menurut Jumatrin (2022), ada beberapa alasan atau kondisi yang menunjukkan perlunya melakukan tindakan *sectio caesarea*, yaitu :

- a. Gawat janin, merupakan kondisi dimana janin perlu dengan segera dikeluarkan dari dalam Rahim ibu. Penyebabnya bisa dikarenakan

- pendarahan antepartum atau kelainan lain yang dialami oleh ibu yang mengharuskan janin segera lahirkan.
- b. Posisi janin yang abnormal (letak sungsang atau melintang), posisi janin dalam Rahim yang tidak tepat seperti letak sungsang ataupun letak lintang membuat perlunya di lakukan tindakan SC karena akan sulit di lakukan untuk persalinan pervagina.
 - c. Partus lama (tidak maju), persalinan normal pervagina yang tak kunjung mengalami kemajuan atau tidak adanya pembukaan maka perlu tindak lanjut yaitu dengan tindakan *sectio caesarea*.
 - d. Ketuban pecah dini (KPD), merupakan pecahaya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan sehingga memerlukan tindakan lanjutan agar bayi dapat di selamatkan.
 - e. Plasenta previa, letak plasenta yang berada di bagian bawah Rahim membuat terhalangnya jalan lahir dan di perlukannya tindakan *section caesarea*.
 - f. Preeklamsia berat, merupakan penyumbang kematian materai pada ibu maupun janin sehingga di perlukan tindakan lanjutan untuk melahirkan.
 - g. Cephalo pelvik disproportion (CPD), ukuran panggul yang tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal.

6. Komplikasi

Menurut penelitian Nisma dan timnya (2022), ada kolerasi antara komplikasi kehamilan pada ibu yang bersalin dan penerapan tindakan section caesarea. Hasil penelitian yang menyimpulkan bahwa letak janin, preeklamsia, dan ketuban pecah dini merupakan beberapa komplikasi kehamilan yang dapat memicu penerapan tindakan section caesarea. Berikut adalah beberapa komplikasi yang sering dialami oleh ibu setelah menjalankan tindakan section caesarea:

- a. Infeksi pada ibu dapat timbul setelah operasi sesar jika prosedur tidak steril atau perawatan luka tidak memadai. Gejalanya meliputi peningkatan suhu tubuh, kemerahan, pembengkakan, dan terdapat pus pada luka.
- b. Pendarahan juga merupakan risiko merupakan risiko selama operasi yang dapat menyebabkan syok hipovolemik akibat kehilangan darah.
- c. Pada bayi, salah satu komplikasi yang mungkin terjadi adalah afiksia, terutama pada bayi premature Karena paru-parunya belum sepenuhnya berkembang.

7. Keuntungan dan kerugian section caesarea

a. Keuntungan

Adapun keuntungan tindakan section caesarea menurut Sartika (2014) adalah:

- 1) Menghindari terjadinya kerusakan pada alat kelamin
- 2) Rasa takut dalam persalinan

3) Waktu persalinan bisa di atur

b. Kerugian

Adapun kerugian pada tindakan sectio caesarea menurut Dani (2013) adalah :

- 1) Berisiko kematian 20 kali lebih besar dari persalinan normal
- 2) Berisiko infeksi 80 kali lebih besar dari persalinan normal

8. Klasifikasi section caesarea

Menurut (Sopyan, 2019) terdapat beberapa klasifikasi SC yaitu:

- a. SC klasik atau corporal insisi longitudinal digaris tengah di buat dengan scalpel ke dalam dinding anterior uterus dan di lebarkan ke atas serta kebawah dengan gunting yang beujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering di lahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta di dikeluarkan dan uterus di tutup dengan jahitan tiga lapis.
- b. SC Transperitomedis profunda insisi pada segmen bawah Rahim paling sering di lakukan. Adapun kekurangannya yaitu terdapat kesulitan saat mengeluarkan janin sehingga memungkinkan terjadinya perluasan luka insisi dan dapat menyebabkan pendarahan.
- c. Segmen bawah : insisi melintang, teknik ini di lakukan dengan cara insisi abdomen secara melintang dengan scalpel dan di leberkan dengan gantung tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

- d. SC Hysterectomi di lakukan dengan beberapa indikasi seperti plasenta akreta, atonia uteri, myoma uteri dan infeksi intra uterin berat.

9. Manifestasi klinis section caesarea

Manifestasi klinis section caesarea menurut Hijratun , (2019) yaitu:

- a. Hilangnya darah selama prosedur pembedahan sebanyak 600-800 ml
- b. Terpasang DC urine kateter, urin berwarna jernihh dan pucat
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- d. Tidak ada bising usus
- e. Ketidakmampuan untuk mrnghadapi situasi baru
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda
- g. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak.

10. Pemeriksaan penunjang

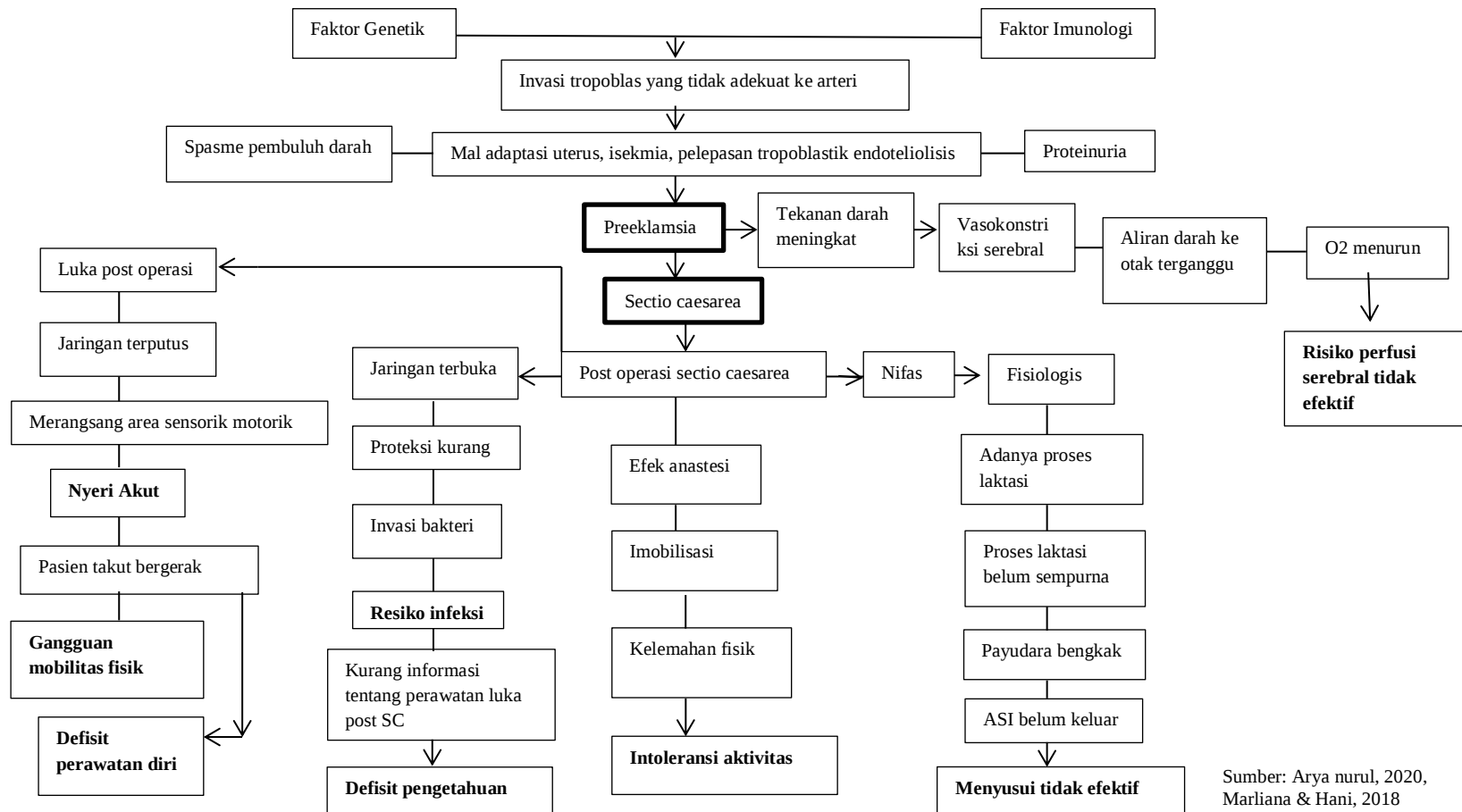
Menurut Nurarif dan Hardhi, (2016) pemeriksaan penunjang pada pasien setelah operasi sesar meliputi :

- a. Hemoglobin atau hematocrit (Hb/Ht) untuk menguji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Pada pasien post SC mengalami penurunan kadar Hb dan Ht. Hb memiliki nilai normal 12,3-15,3 g/dL sedangkan Ht memiliki nilai normal 36,0-45,0%.
- b. Leukosit mengidentifikasi adanya infeksi, pada ibu dengan post *sectio caesarea* biasanya mengalami resiko peningkatan kadar leukosit dalam darah, nilai normal leukosit yaitu 3.600-10.600 uL.

- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin /glukosa, pada ibu post sc biasanya mengalami penurunan kadar albumin, nilai normal kadar albumin yaitu 3,2-4,6 g/dL
- d. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- e. Pemeriksaan elektrolit : memastikan status uterus dan biasanya pada ibu post sc mengalami kekurangan elektrolit yang bisa menyebabkan hipovolemia.

11. Pathways

2.1 Bagan pathways *Section caesarea*



Sumber: Arya nurul, 2020,
Marliana & Hani, 2018

C. Konsep Post Partum

1. Definisi post partum

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 di ikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020). Masa nifas atau post partum atau di sebut juga masa puerperium merupakan waktu yang di perlukan untuk memulihkan kembali organ reproduksinya seperti saat sebelum hamil atau di sebut involusi terhitung dari selesai persalinan hingga dalam jangka waktu kurang lebih 42 hari (Maritalia, 2017).

Dari pengertian di atas dapat di simpulkan bahwa post partum adalah masa pemulihan yang di mulai setelah persalinan selesai dan berakhir kira- kira 6 minggu. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis.

2. Tahapan tahapan post partum

Menurut Wahyuningsih, S (2019) tahapan post partum terbagi kedalam 3 bagian yaitu :

a. Immediate post partum (0-24 jam setelah persalinan)

Pada tahapan ini, ibu di izinkan untuk berdiri atau berjalan, sementara pemeriksaan rutin termasuk evaluasi kontraksi Rahim, pengeluaran lochea, tekanan darah ibu, dan suhu tubuh.

b. Early post partum (1-7 hari pasca persalinan)

Selama 6-7 hari pertama pasca persalinan, ibu mengalami pemulihan menyeluruh pada organ reproduksi. Penting bagi ibu untuk memastikan tidak ada tanda tanda pendarahan berlebihan, lochea normal, tidak adanya demam, serta asupan makanan dan cairan yang mencukupi.

c. Late post partum (1-6 minggu setelah persalinan)

Periode dimana ibu membutuhkan waktu untuk pulih sepenuhnya dan memperoleh kesehatan yang optimal. Proses ini dapat berlangsung beberapa minggu, bulan, atau bahkan tahun.

3. Perubahan fisiologis post partum

Menurut Ramadanty, (2019) perubahan fisik yang terjadi pada saat kelahiran adalah sebagai berikut :

a. Sistem Reproduksi

1) Involusio uterus

Involusio uterus adalah kembalinya uterus kedalam keadaan setelah melahirkan, Proses ini di mulai setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot polos uterus. Salah satu komponen involusi di tandai dengan adanya penurunan fundus uteri.

Tabel 2.2
Involusio Uterus

Involusio Uterus	TFU
Hari ke 1	Setinggi pusat
Hari ke 2	1-2 jari di bawah pusat
Hari ke 3	Pertengahan simpisis
Hari ke 7	3 Jari di atas simpisis
Hari ke 9	1 jari di atas simpisis
Hari ke 10 atau ke 12	Tidak teraba dari luar

2) Serviks

setelah persalinan menjadi lunak 18 jam pasca partum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi padat dan kembali ke bentuk semula.

3) Vagina

pada persalinan sectio caesarea vagina akan tampak utuh karena bayi keluar melalui tindakan pembedahan. Vagina berfungsi sebagai saluran tempat di keluarkannya secret selama masa nifas yang di sebut lochea. Lochea yang di dikeluarkan akan berbeda karakteristik lochea adalah sebagai berikut :

a) Lokhea Rubra

Lokhea Rubra berwarna merah 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.

b) Lokhea Serosa

Lokhea 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.

c) Lokhea Alba

Lokhea Alba adalah lokhea yang terakhir. Dimulai dari hari ke- 14 kemudian makin lama semakin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai 1 atau 2 minggu berikutnya. Berbentuk seperti cairan putih, merupakan keluaran yang hamper tidak berwarna.

b. Sistem Endokrin

- 1) Hormon, pada wanita menyusui kadar prolactin tetap meningkat sampai sekitar 6 minggu setelah melahirkan.
- 2) Sistem pencernaan, pada pasien post *sectio caesarea* biasanya membutuhkan waktu sekitar 103 hari agar fungsi saluran cerna dapat kembali normal. Dibandingkan dengan ibu yang melahirkan secara spontan.
- 3) Sistem perkemihan, buang air kecil (BAK) biasanya di perlukan katerisasi pada ibu karena kondisi organ reproduksi ibu belum berfungsi secara optimal pasca post *sectio caesarea*. Pada pasien post sc tidak akan terjadi retensi urine karena urine di keluarkan melalui dower cateter.

4. Perubahan psikologis post partum

Fase perubahan psikologi masa nifas menurut Handayani & Pudjiastuti, (2016)

- a. *Fase Taking in*, merupakan periode ketergantungan (dependent), yang berlangsung hari 1 sampai 2 hari pertama, dengan ciri khas ibu focus pada diri sendiri dan pasif terhadap lingkungan, menyatakan adanya rasa ketidak nyamanan yang di alami : rasa mules, nyeri luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan.
- b. *Fase Talking Hold*, berlangsung dalam 3 hari sampai sepuluh hari setelah melahirkan, menunjukan bahwa ibu mengalami kekhawatiran terhadap ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya, ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung.
- c. *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.

D. Dampak *Sectio Caesarea* Pada Kebutuhan Dasar Manusia

1. Nyeri

Biasanya di rasakan pada daerah abdomen akibat luka operasi. Untuk mengatasi rasa sakit pada klien maka anjurkan untuk melakukan teknik

relaksasi atau nafas dalam. Serta memberi therapy obat analgetik (Wahyuningsih, 2019).

2. Nutrisi dan cairan

Pada ibu post partum *sectio caesarea* masih di anjurkan untuk puasa apabila ibu belum flatus dan bising usus belum terdengar untuk menghindari aspirasi. Sebagai pengganti dari makanan dan cairan, di berikan cairan infus RL, apabila klien sudah flatus dan bising usus normal klien di perbolehkan untuk minum 1 sendok tiap jam kemudian setelah itu di coba untuk diet lunak tinggi kalori tinggi protein (TKTP) (Dian, 2020).

3. Mobilisasi

Ibu pasca operasi *sectio caesarea* dapat melakukan gerakan gerakan kaki, tangan, dan tubuhnya, serta duduk pada jam 8-12 berjalan pada 24 jam pasca operasi (Sudarsih et al, 2023).

4. Kebersihan pribadi

Menjaga kebersihan diri membantu mengurangi resiko infeksi dan memberikan kenyamanan. Ini mencakup mandi, perawatan luka pasca operasi, dan perawatan gigi dan mulut, namun mungkin terbatas bagi ibu pasca operasi *sectio caesarea* (Sudarsih et al, 2023).

5. Aktivitas

Klien pasca bedah mengalami gangguan aktivitas di sebabkan karena rasa nyeri yang di timbulkan dari luka dan adanya penurunan dari

kekuatan otot, sehingga aktivitas klien di bantu oleh keluarga dan perawat (Dian, 2020).

6. Resiko tinggi terjadinya infeksi

Karena adanya luka post section caesarea merupakan medium yang baik untuk pertumbuhan dan perkembangan bakteri yang akan menyebabkan infeksi (Doengoes E. Marilyn, 2010)

7. Psikologis

Karena kurangnya pengetahuan klien tentang penyakitnya merupakan stressor yang merangsang saraf psikologis (Doengoes E. Marilyn, 2010)

8. Laktasi

Setelah kelahiran bayi prolactin dan oksitosin meningkat menyebabkan efektifitas ASI, efek ASI yang tidak adekuat menimbulkan masalah pemberian ASI yang tidak efektif pada bayi (Ferinawati dan Hartati, 2019).

9. Oksigen

Otak sangat bergantung dengan oksigen dalam darah, jika aliran darah pada tiap bagian otak terlambat, karena thrombus dan embolus dalam jaringan otak akan mengalami kekurangan oksigen, dalam 1 menit kekurangan oksigen dapat mengarah pada gejala yang menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron (Siswani, 2021).

E. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu rangkaian kerja sistematis yang di lakukan oleh perawat dan pasien dalam upaya memenuhi kebutuhan

pasien. Standar asuhan yang tercantum dalam standar Praktik klinis Keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi (Purba, 2016).

Proses keperawatan adalah metode organisasi yang sistematis dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Dengan metode ini perawat dapat mendemonstrasikan tanggung gugat dan tanggung jawab pada pasien, sehingga praktek keperawatan dapat berkualitas. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yaitu : pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Budiono, 2015).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Aspiani (2017), adalah langkah pertama pada semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, untuk memperoleh data dilakukan melalui anamnesis.

a. Identitas klien

Identitas klien, meliputi nama, usia, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan, suku, bahasa yang di gunakan, sumber biaya, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian dan alamat rumah (Wahyuningsih, 2019).

b. Identitas penanggung jawab

Pada bagian ini meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

c. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan utama, biasanya keluhan yang paling menonjol pada saat di kaji, kemungkinan klien akan merasa nyeri di area operasi (Wahyuningsih, 2019).

2) Riwayat penyakit sekarang

Meliputi keluhan utama saat masuk rumah sakit, factor-faktor yang mungkin mempengaruhi, adapun yang berkaitan dengan diagnose saat ini yang perlu di kaji kembali. Selain itu juga perlu di kaji adanya peningkatan tekanan darah, mual atau muntah, penambahan berat badan, edema, pusing, diplopia dan nyeri epigastrik (Wahyuningsih, 2019). Kemudian setelah semua data telah di dapatkan maka harus di susun secara sistematis menggunakan PQRSST, dengan keterangan:

P (*Provokatif/paliatif*) merupakan penyebab, apakah ada penyebab yang membuat kondisi membaik/memburuk. Apakah nyeri bertambah apabila beraktivitas, serta factor apa yang meredakan nyeri (misalnya: Gerakan, istirahat, obat-obatan dan sebagainya). Biasanya pada ibu nifas dengan post SC akan merasakan nyeri bertambah apabila banyak gerak, berubah

posisi tidur dan nyeri berkurang apabila ibu istirahat (Prawiroharjo, 2016).

Q (*quality/kualitas*), merupakan penjelasan pasien yang menggambarkan kualitas nyeri. Apakah rasanya seperti di tusuk-tusuk, di sayat, di timpa beban berat, di remas atau terasa panas. Keluhan yang di rasakan nyeri pada luka ibu luka post operasi section caesarea umumnya merasakan nyeri seperti tertusuk-tusuk atau tersayat-sayat (Prawiroharjo, 2016).

R (*region/radiates*), apakah rasa sakit atau nyeri tersebut menyebar pada organ lain atau tidak. Pada klien post SC cenderung merasakan nyeri di area insisi bekas operasi section caesarea atau di bawah abdomen dan terkadang menyebar sampai simpisis pubis (Prawiroharjo, 2016).

S (*Seviritas of scale*), merupakan penilaian pasien terhadap rasa sakit atau nyeri yang di rasakannya. Nyeri yang di rasakan pada klien SC dari rentang 0-10 dengan keterangan, tidak nyeri (0), nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), nyeri berat (7-10) (Prawiroharjo, 2016).

T (*time/waktu*), yaitu kapan timbulnya nyeri, bisa kadang-kadang, terus-menerus, bahkan sampai beberapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul (Prawiroharjo, 2016).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien mempunyai penyakit yang sama seperti preeklamsia yang di alami sekarang, kaji riwayat hipertensi atau riwayat pembedahan sebelumnya.

4) Riwayat menstruasi, berkaitan dengan haid pertama kali atau

menarche yang umumnya muncul pada remaja putri usia 10 sampai 16 tahun. Sedangkan untuk siklus menstruasi normalnya adalah 28-35 hari dan lama haidnya 3-7 hari siklus menstruasi pada wanita di katakana tidak normal jika siklus haidnya kurang dari 21 hari atau lebih dari 40 hari. Normalnya darah haid yang keluar bersifat seperti lender atau cairan karena mengandung fragmen-fragmen endometrium, darah dan lender yang bercampur dengan sel-sel epitelium vagina yang luruh. Pada saat menstruasi seorang perempuan umumnya akan kehilangan banyak darah sekitar 30 sampai 100 ml darah tapi bisa juga 2 sampai 3 kali lipat dari normal (Ernawati, et al, 2017).

5) Riwayat kehamilan, berupa pertanyaan-pertanyaan seperti

riwayat kehamilan sebelumnya, anak yang hidup dan riwayat abortus, penyakit atau keluhan yang di alami selama kehamilan sebelumnya dan kehamilan saat ini, kehamilan yang akan di rencanakan, hasil kunjungan ante natal care dan imunisasi yang di berikan kepada ibu selama hamil (Wahyuningsih, 2019).

- 6) Riwayat persalinan, data yang perlu di kaji adalah tanggal melahirkan, lamanya persalinan, posisi fetus, riwayat tipe melahirkan, riwayat penggunaan obat, masalah atau penyakit selama persalinan, adanya luka persalinan pada perineum dan resiko perdarahan (Wahyuningsih, 2019).
- 7) Riwayat keluarga berencana (KB) mengenai KB sebelumnya, jenis kontrasepsinya, dan sejak kapan menggunakan kontrasepsi serta masalah saat menggunakan kontrasepsi (Wahyuningsih).
- 8) Pengkajian masa post partum, Meliputi keadaan umum ibu. Tingkat aktivitas setelah melahirkan, gambaran lochea, keadaan perineum, keadaan abdomen dan kontraksi uterus, adanya tanda-tanda infeksi pada luka dan keluhan mengenai payudara (Wahyuningsih, 2019).
- 9) Riwayat kesehatan keluarga
 Dalam keluarga pasien mungkin di temukan adanya penyakit yang sama dengan pasien pasien salah satunya penyakit hipertensi yang merupakan penyakit keturunan.
- 10) Riwayat Obstetric dan ginekologi
 - a) Riwayat Ginekologi
 Mengkaji kandungan di luar kehamilan seperti menarche atau menstruasi, siklus haid, banyaknya darah haid yang keluar, keluhan apakah ada dismenore atau tidak, sifat darah, kemudian riwayat pernikahan, lamanya pernikahan,

pernikahan yang seberapa, riwayat kontrasepsi, apakah sebelumnya pernah memakai KB atau belum, dan jenis KB apa yang di gunakan (Anit, 2016).

b) Riwayat Obstetric

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, riwayat persalinan sebelumnya, kehamilan berapa, usia melahirkan, usia kehamilan, BB/TB, anak ke berapa, tempat persalinan.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum

Pada persalinan post SC umumnya keadaan ibu tampak lemah dan masih belum bisa bergerak bebas karena efek anastesi (Sari. L, 2020).

2) Kesadaran

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 di ajak berkomunikasi (Prami Nataswari, 2016).

3) Perubahan berat badan

Normalnya ibu setelah melahirkan akan kehilangan berat badan sekitar 5 sampai 6 kilogram dan akan kehilangan 3 sampai 5 kilogram lagi dalam minggu pertama masa nifas (Hayati & Sulistyawati, 2017).

4) Tanda tanda vital

a) Suhu

Pada ibu dengan post partum SC mungkin suhu tubuh akan ada di bawah normal, disebabkan karena ada gangguan termogulasi akibat efek obat anastesi spinal (Sayuti, 2021).

b) Tekanan darah

Setelah proses persalinan tekanan darah dapat sedikit lebih rendah namun tidak sampai hipotensi, kemudian akan kembali normal setelah satu hari melahirkan. Pada ibu post SC umumnya akan memiliki tekanan darah normal namun tergantung dengan diagnose ibu sebelum persalinan karena jika ibu dengan diagnose preeklamsia tekanan darah kemungkinan masih berada di atas normal (Kusuma, 2022).

c) Nadi

Denyut nadi pada ibu dengan post SC kemungkinan akan lebih cepat disebabkan oleh proses persalinan yang meningkatnya curah jantung (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

d) Respirasi

Pada ibu dengan post Sc mungkin akan mengalami peningkatan secret namun ada yang berpengaruh pada kecepatan respirasi ibu dan ada yang tidak berpengaruh. Umumnya ibu akan memiliki kecepatan respirasi normal

yaitu dalam rentang 18 sampai 22 kali per menit (Saraswati, 2015).

e) Saturasi

Pada ibu post SC mungkin akan terjadi penurunan saturasi oksigen paska anestesi, saturasi akan berada di rentang 96% sampai 97% tanpa di berikan nasal kanul. Hal tersebut berhubungan dengan efek anestesi pada fungsi paru (Silfianingsih, 2022).

5) Perubahan berat badan

Normalnya ibu setelah melahirkan akan kehilangan berat badan sekitar 5-6 kilogram dan akan kehilangan 3-5 kilogram lagi dalam minggu pertama masa nifas (Ayati & Sulistyawati, 2017).

e. Pemeriksaan *Head To Toe*

1) Kepala/rambut

Biasanya saat pemeriksaan fisik pada hari pertama post op di area rambut tidak ada keluhan yang spesifik. Seperti tidak adanya benjolan, kulit kepala bersih, rambut tidak rontok dan tidak ada ketombe. Namun kemungkinan keluhan rambut rontok akan muncul pada seminggu setelah melahirkan. Hal tersebut berhubungan dengan ketidak stabilan hormone setelah melahirkan (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

- 2) Mata, Pada pemeriksaan mata ibu post section caesarea biasanya di dapatkan data mata yang simetris, sclera tidak ikterik, terkadang konjungtiva anemis di karenakan proses persalinan yang mengalami pendarahan dan biasanya tidak di temukan adanya pembengkakan pada kelopak mata (Sari.L, 2020).
- 3) Hidung, Pada hidung biasanya lubang hidung simetris, tidak ada polip, kemungkinan ada secret atau tidaknya tergantung pada kebersihan ibu dan tidak ada pernafasan cuping hidung (Sari.L, 2020).
- 4) Telinga, Pada pemriksaan telinga, akan tampak simetris, bersih tidak ada kotoran telinga atau serumen, dan tidak ada kelainan pendengaran jika tidak ada penyakit yang berkaitan (Sari.L, 2020).
- 5) Mulut, dan gusi, Pada pemeriksaan mulut dan gigi biasanya ibu post section caesarea mulut akan tampak bersih, mukosa bibir lembab, kelengkapan gigi dan karies gigi tergantung pada riwayat ibu mengenai kesehatan giginya dan umumnya ibu tidak akan mengalami kelainan bicara (Sari.L, 2020).
- 6) Leher, Pada leher ibu dengan post section caesarea tidak akan di temukannya pembesaran kelenjar tiroid ataupun vena jugularis (Sari.L, 2020).

7) Dinding dada, kaji kesimetrisan, kebersihan, retraksi, dan nyeri.

a) Jantung, pada pemeriksaan jantung ibu post SC biasanya tidak ada tanda-tanda murmur jantung atau adanya suara jantung tambahan. Bentuk jantung biasanya normal dan tidak ada nyeri dada yang abnormal pada ibu. Denyut nadi akan sedikit semingkat namun masih teraba di rentang normal yaitu 60-100x/menit. Jika denyut nadi lebih dari 100x/menit harus diwaspadai adanya infeksi (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

b) Paru-paru, pada paru-paru bentuk dada tidak akan ada yang berubah, dada pergerakannya simetris, pola nafas tergantung keadaan ibu saat setelah persalinan dan umumnya tidak ada retraksi dada serta saat di palpasi juga biasanya tidak ada nyeri tekan. Perkusi sonor dan saat di auskultasi kemungkinan ada ronkhi. Hal ini disebabkan pada ibu post SC mengalami penurunan fungsi paru selama proses operasi berlangsung karena efek anestesi yang dilakukan. Sekret yang meningkat akan menyebabkan penumpukan sekret dalam jalan nafas. Efek tersebutlah yang memungkinkan ibu akan merasa ingin batuk setelah melahirkan, saturasi akan menurun dan respirasi pernafasan normal (Silfianingsih, 2022).

c) Payudara, pemeriksaan payudara akan di temukan data hiperpigmentasi aerola mammae serta penonjolan dari papilla mammae efek dari hormone kehamilan dan persalinan. Adanya nyeri atau keras pada payudara bisa menggambarkan adanya proses produksi ASI pada payudara ibu (Wulan, Tetty, & Devi, 2023). Pada post Op hari ke 0 paska bedah sesar kemungkinan ibu masih belum bisa mengeluarkan ASI karena laktasi yang belum sempurna. Namun setelah 2 hari kemudian ASI atau kolostrum biasanya akan keluar, kadang-kadang akan terasa penuh dan sakit di sebabkan oleh bertambahnya peredaran darah ke payudara serta mulainya laktasi yang sempurna. Kolostrum atau ASI pertama yang keluar akan berwarna kuning. Kolostrum di produksi oleh tubuh di usia kehamilan sekitar 12 minggu. Kolostrum ini mengandung sel darah putih yang bermanfaat untuk system imun bayi (Ayati & Sulistyawati, 2017).

8) Abdomen, Infeksi bentuk abdomen, kaji luka pembedahan apakah terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, lalu lihat kondisi balutan apakah kotor atau tiddan kaji kebersihan abdomen. Raba tinggi fundus uteri 0-6 jam biasanya TFU sejajar dengan pusat, dan TFU akan turun sekitar kurang lebih 1 cm/ hari, auskultasi bising usus pada pasien SC biasanya terdengar dalam waktu 4-14 jam dengan frekuensi 4-5x/menit

keadaan puasa (bising usus tiap 15-20 detik), pada keadaan setelah makan maka bising usus meningkat sekitar 5-30x/menit. (Wahyuningsih, 2019).

- 9) Genetalia, pada area genetalia data yang perlu di kaji adalah tentang pengeluaran lochea dimana ibu post partum pada hari pertama sampai hari ke 4 itu masih tergolong lochea rubra yang berwarna merah kehitaman. Banyaknya pengeluaran lochea akan di pengaruhi oleh pendarahan ibu, biasanya perineum cenderung kotor hal ini perlu di perhatikan untuk kebersihan perineum untuk mengurangi infeksi, dan biasanya ibu post operasi sectio caesarea terpasang kateterisasi. lalu kaji lokhea serosa 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. Selanjutnya kaji Lokhea Alba yang terakhir, dimulai dari hari ke-14 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.

10) Ekstremitas

a) Ekstremitas Atas

Kaji kesimetrisan tangan, kebersihan kulit, pergerakan, varises, kelengkapan jari, kebersihan kuku, kaji adanya edema, oedem yang positif untuk ibu post partum dengan

PEB harus di waspadai karena bisa menjadi tanda masih adanya preeklamsia setelah melahirkan. Pada pasien post SC 12 jam pertama terpasang infus untuk pemenuhan kebutuhan cairan.

b) Ekstremitas Bawah

Kaji kesimetrisan kaki, ada atau tidaknya edema pada area kaki. Oedem yang positif untuk ibu post partum dengan PEB harus di waspadai karena bisa menjadi tanda masih adanya preeklamsia setelah melahirkan, pemeriksaan varises juga penting untuk ibu post partum dengan cara dilihat dan di tekan beberapa detik, karena ibu setelah melahirkan memiliki kecenderungan untuk mengalami varises dan biasanya keterbatasan gerak atau enggan gerak karena masih terasa sakit akibat luka post operasi setio caesarea, kekuatan otot 3 masih bisa bergerak namun terbatas. Kemudian di lakukannya pemeriksaan patella yang di lakukan pada lutut di pukul dengan tendon reflek hamer, respon normal berupa gerakan plantar flexi kaki.

Menurut Prawiroharjo, 2014 derajat reflek patella di presentasikan secara simbolis dengan:

- (1) 4+ : Hiperaktif dengan klonus terus-menerus
- (2) 3+ : Hiperaktif
- (3) 2+ : Normal

(4) 1+ : Hipoaktif

(5) 0 : Tidak ada reflex

Bila reflek lutut negative kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 dan bila berlebihan maka bisa jadi tanda preeklamsia dan bisa menjadi indikasi untuk pemberian MgSO₄.

f. Aspek psikologis, social dan spiritual

1) Aspek Psikologis

Aspek psikologis pada ibu post section caesarea biasanya mengalami *fase talking in*, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua pasca melahirkan. Pada saat itu, ibu focus perhatiannya terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang di ceritakan kelelahan dan membuat ibu harus cukup istirahat tujuannya untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi positif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu di pahami dengan menjaga komunikasi dengan baik. *Fase Talking 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. *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.

2) Aspek social

Kaji kemampuan sosialisasi baik dengan anggota keluarga, perawat, dan tim kesehatan lainnya. (Wahid & Hanifah, 2019)
klien dengan post section caesarea akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari hingga perlu di kaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien.

3) Aspek Spiritual

Kaji tentang persepsi nyeri dan klien yang di hubungkan dengan kepercayaan yang dianut klien, apakah klien tampak tabah dalam situasi sekarang ini dengan berdoa kepada Tuhan Yang Maha Esa (Wahyuningsih, 2019).

4) Aspek pengetahuan

a) Pengetahuan tentang ibu

Pengetahuan tentang perawatan payudara, KB, Cara menyusui, senam post partum, seksualitas (Wahyuningsih, 2019).

b) Pengetahuan tentang bayi

Pengetahuan perawatan bayi, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar (Wahyuningsih, 2019).

g. Pola aktivitas sehari-hari

1) Nutrisi, Pada klien post section caesarea, biasanya mengalami mual dan muntah karena akibat dari efek obat anastesi (Meilina & Aisyah, 2019).

2) Eliminasi, Pada pasien post section caesarea, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB berupa konstipasi akibat penurunan peristaltic usus, dapat juga mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensio urine (Melilina & Aisyah, 2019).

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

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

h. Data penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostic dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung terhadap keadaan penyakitnya.

1) Hemoglobin, dalam pemeriksaan ini mungkin hasil akan rendah dari nilai normal karena akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.

- 2) Leukosit, dalam pemeriksaan ini tujuannya untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis.
- 3) Trombosit, dalam pemeriksaan ini tujuannya untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan di ketahui waktu pembekuan darah.

2. Analisa Data

Tabel 2.3
Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1	Gejala dan tanda mayor Subjektif Mengeluh nyeri Objektif 1) Tampak meringis 2) Bersikap pprotektif (mis, waspada) 3) Posisi menghindari nyeri 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur Gejala tanda minor Subjektif Tidak tersedia 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 komunitas jaringan dan menimbulkan reaksi nyeri akut	Nyeri akut (D.0077)
2	Gejala tanda mayor Subjektif Mengeluh sulit menggerakkan	Luka pada operasi section caesarea sehingga adanya hambatan	Mobilitas fisik (D.0054)

No	Data	Penyebab	Masalah
	ekstremitas Objektif 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak ROM menurun Gejala tanda minor Subjektif 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak Objektif 1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah	mobilisasi.	
3	Definisi Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor resiko 1) Penyakit kronis 2) Efek prosedur invasive 3) Malnutrisi 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer a) Gangguan peristaltic b) Kerusakan integritas kulit c) Perubahan sekresi Ph d) Penurunan kerja siliaris e) Ketuban pecah lama f) Ketuban pecah sebelum waktunya g) Merokok	Luka post op menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya kuman mikroorganisme asing masuk ke dalam tubuh dan mengakibatkan luka post op terkontaminasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi.	Resiko infeksi (D.0142)

No	Data	Penyebab	Masalah
	h) Status cairan tubuh 6) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder a) Penurunan hemoglobin b) Imunosupresi c) Leukopenia d) Supresi respon inflamasi e) Vaksinasi tidak adekuat Kondisi Klinis Terkait: a) AIDS b) Luka bakar c) Penyakit paru obstruktif d) Diabetes mellitus e) Tindakan invasive f) Penyalahgunaan obat g) KPD h) Kanker i) Gagal ginjal		
4	Gejala tanda mayor Subjek 1) Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif 1) Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai 2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan tanda minor Subjektif (Tidak tersedia) Objektif Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat Menunjukkan perilaku berlebihan (mis, apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria)	Adanya luka post <i>sectio caesarea</i>, muncul tanda dan gejala nyeri pada daerah luka, sehingga klien tidak tahu apa yang harus dilakukan, kurang terpapar informasi tentang operasi defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan (D.0111)

No	Data	Penyebab	Masalah
5	Gejala tanda mayor Subjektif 1) Mengeluh lelah Objektif 2) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Gejala dan tanda minor Subjektif 1) Dispnea saat/setelah aktivitas 2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3) Merasa lemah Objektif 1) Tekanan darah berubah 20% dari kondisi istirahat 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4) Sianosis	Tindakan <i>sectio caesarea</i> akan mengakibatkan keterbatasan fisik	Intoleransi aktivitas (D.0056)
6	Gejala dan tanda mayor Subjektif 1) Kelelahan maternal 2) Kecemasan maternal Objektif 1) ASI tampak tidak menetes/memancar 2) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4) Nyeri dan atau lecet terus-menerus setelah minggu kedua Gejala dan tanda minor Subjektif -	Tindakan <i>sectio caesarea</i> ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitoksin dan prolactin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga ASI sulit keluar dan payudara bengkak sehingga dapat menyebabkan menyusui tidak efektif.	Menyusui tidak efektif (D.0029)

No	Data	Penyebab	Masalah
	Objektif 1) Intake bayi tidak adekuat 2) Bayi menghisap tidak terus menerus 3) Bayi menangis saat di susui		
7	Gejala dan tanda mayor Subjektif 1) Menolak melakukan perawatan diri Objektif 1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2) Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan tanda minor Subjektif - Objektif -	Setelah tindakan SC adanya luka post SC kemudian reseptor saraf nyeri dan menimbulkan rasis nyeri di area luka pasien menjadi takut bergerak dan membatasi pergerakan sehingga ADL terganggu dan menjadi deficit perawatan diri	Defisit perawatan diri (D.0109)
8	Definisi Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak Faktor risiko 1) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial 2) Penurunan kinerja ventrikel kiri 3) Aterosklerosis aorta 4) Diseksi arteri 5) Fibrilasi atrium 6) Tumor otak 7) Stenosis karotis	Tekanan darah meningkat lalu ke vasokonstriksi serebral dan menyebabkan aliran darah ke otak terganggu sehingga oksigen menurun	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

No	Data	Penyebab	Masalah
	8) Miksoma atrium 9) Aneurisma serebri 10) Koagulopati 11) Dilatasi kardiomiopati 12) Koagulasi intravaskuler diseminata 13) Embolisme 14) Cedera kepala 15) Hiperkolesteronemia 16) Hipertensi 17) Endocarditis infeksi 18) Katup prostetik mekanis 19) Stenosis mitral 20) Neoplasma otak 21) Infark miokard akut 22) Sindrom sick sinus 23) Penyalahgunaan zat 24) Terapi trombolitik 25) Efek samping tindakan Kondisi klinis terkait 1) Stroke 2) Cedera kepala 3) Aterosklerotik aortic 4) Infark miokard akut 5) Diseksi arteri 6) Embolisme 7) Endocarditis infeksi 8) Fibrilasi atrium 9) Hiperkolesterolemia 10) Hipertensi 11) Dilatasi kardiomiopati 12) Koagulasi intravascular diseminata 13) Miksoma atrium 14) Neoplasma otak 15) Segmen ventrikel kiri akinetik 16) Sindrom sick sinus 17) Stenosis carotid 18) Stenosis mitral 19) Hidrosefalus 20) Infeksi otak		

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penulis klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya. Baik yang berlangsung, actual, maupun potensial (SDKI, 2017). Menurut SDKI (2017), Kemungkinan diagnose yang muncul pada pasien dengan post operasi *sectio caesarea* adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- c. Resiko infeksi di buktikan dengan efek prosedur invasive SC (D.0142)
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- f. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hormon oksitosin dan prolactin adekuat (D.0028)
- g. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)
- h. Risiko perfusi serebral tidak efektif di buktikan dengan hipertensi (D.0017)

4. Perencanaan

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala perawatan yang di kerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan yang di harapkan.

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

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Tampak meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Tabel 2.4 Perencanaan keperawatan nyeri akut

No	Intervensi	Rasional
1	Intervensi utama Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1). Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,intensitas nyeri. 2). Identifikasi skala nyeri 3). Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4.) Identifikasi pengetahuan keyakinan tentang nyeri 5). Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1). Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2). Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3). Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan	Observasi 1).Untuk mengetahui karakteristik nyeri 2).Untuk mengetahui perkembangan nyeri klien menurun atau tidak 3) Untuk mengetahui respon nyeri non verbal seperti ekspresi klien .4) Untuk mengetahui faktor apa saja yang memperberat dan memperingan nyeri 5).Untuk melihat efek samping analgetik Terapeutik 1). Dengan memberikan teknik ini nyeri klien dapat teralihkan 2). Untuk menurunkan stimulasi nyeri sehingga klien merasa nyaman 3). Untuk mengurangi rasa nyeri yang di rasakan oleh klien

No	Intervensi	Rasional
	strategi meredakan nyeri Edukasi 1). Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri 2). Jelaskan strategi meredakan nyeri 3). Anjurkan teknik nonfarmakologis Kolaborasi 1). Pemberian analgetik Intervensi pendukung Dukungan pengungkapan kebutuhan, edukasi manajemen nyeri, kompres dingin, latihan pernafasan, manajemen efek samping obat, pemantauan nyeri, teknik distraksi.	Edukasi 1). Dengan memberikan arahan tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2). Agar klien dapat meredakan nyeri secara mandiri 3). Dengan teknik relaksasi Kolaborasi 1). Untuk mengurangi nyeri

b. Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak ROM meningkat

Tabel 2.5 Perencanaan gangguan mobilitas fisik

No	Intervensi	Rasional
1	Intervensi utama Dukungan mobilitas (I.05173) Observasi 1). Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2). Identifikasi toleransi aktifitas melakukan pergerakan 3). Monitor frekuensi jantung tekanan darah sebelum mobilisasi 4). Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1). Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2). Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu 3). Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1). Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2). Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3). Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Intervensi pendukung Dukungan perawatan diri,	Observasi 1). Untuk mengetahui ada tidaknya nyeri atau keluhan fisik pada klien 2). Untuk mengetahui frekuensi 3). Untuk merelaksasikan tubuh klien 4). Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah klien sebelum mobilisasi untuk mengetahui jenis latihan sesuai kondisi kesehatan. Terapeutik 1). Memberi bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi 2) Meningkatkan status mobilisasi klien 3) Agar keluarga berperan dalam membantu klien dalam proses Penyembuhan Edukasi 1). Untuk mengetahui jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan klien 2) Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot 3). Melatih kekuatan otot dan pergerakan klien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

No	Intervensi	Rasional
	edukasi latihan fisik,latihan otogenik,manajemen program latihan, pencegahan jatuh,teknik latihan penguatan otot.	

c. Resiko infeksi di buktikan dengan efek prosedur invasive SC (D.0142)

Tujuan: Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan infeksi klien tidak terjadi dengan kriteria hasil:

- 1) Tidak ada pembengkakan nyeri
- 2) Nyeri menurun kadar sel darah putih membaik

Tabel 2.6 perencanaan keperawatan Risiko infeksi

No	Intervensi	Rasional
1	Intervensi utama Pencegahan infeksi (I.14564) Observasi 1).Monitor tanda dan gejala infeksi 2).Monitor karakteristik luka Terapeutik 1). Batasi jumlah pengujung 2). Berikan perawatan kulit pada area edema 3).Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 4).Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi Edukasi 1). Jelaskan tanda dan gejala infeksi	Observasi 1).Untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda dan gejala infeksi 2).Untuk mengetahui karakteristik luka klien Terapeutik 1). Untuk meningkatkan kenyamanan klien 2). Menjaga kulit tetap bersih 3). Untuk mencegah infeksi nasokomial 4) Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka Edukasi 1). Dengan menjelaskan tanda dan gejala infeksi di harapkan klien mengetahui tanda dan gejala infeksi

No	Intervensi	Rasional
	2). Ajarkan cara mencuci tangan dan benar 3). Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 1). Pemberian imunisasi Intervensi pendukung Dukungan perawatan diri; mandi, edukasi pencegahan luka tekan, manajemen lingkungan, perawatan luka.	2). Dengan mengajarkan mencuci tangan dengan benar di harapkan klien melakukan agar terhindar dari infeksi nasokomial. 3). Agar klien bisa merawat luka secara mandiri Kolaborasi 1). Dapat meningkatkan system imun, dimana imun yang lemah dapat berisiko terjadi infeksi.

d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

(D.0111)

Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat
- 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
- 3) Pertanyaan tentang masalah yang di hadapi meningkat

Tabel 2.7 Perencanaan keperawatan deficit pengetahuan

No	Intervensi	Rasional
1	Intervensi utama Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi 1). Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1). Sediakan materi dan media	Observasi 1). Untuk mengetahui kesiapan klien menerima informasi Terapeutik 1). Agar mempermudah

No	Intervensi	Rasional
	pendidikan kesehatan 2). Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3). Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1). Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2). Ajarkan perilaku hidup sehat bersih 3). Ajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat Intervensi pendukung Edukasi perawatan luka post sectio caesarea	menyampaikan materi dan supaya menarik klien untuk belajar 2). Dengan adanya kesepakatan waktu pendidikan kesehatan pasien lebih siap menerima informasi tersebut 3). Meningkatkan pemahaman pasien tentang materi pendidikan kesehatan Edukasi 1). Agar klien dapat mengetahui hal yang dapat memperbaiki dan memperburuk kesehatan 2). Untuk meminimalisir komplikasi yang timbul 3). Untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan hormone oksitosin dan prolactin adekuat (D.0028)

Tujuan: Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan kemampuan memberikan ASI secara langsung dari payudara kepada bayi membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Tetesan/pancaran ASI meningkat
- 2) Suplai ASI adekuat meningkat

- 3) Intake bayi meningkat
- 4) Hisapan bayi meningkat

Tabel 2.8 Perencanaan keperawatan menyusui tidak efektif

No	Intervensi	Rasional
1	Intervensi utama : Edukasi menyusui (I.12393) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya 6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7) Libatkan system pendukung, suami, keluarga, tenaga kesehatan. Edukasi 8) Berikan konseling menyusui 9) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10) Ajarkan 4 posisi menyusui	1) Untuk mengetahui kesiapan pasien 2) Agar mengetahui keinginan pasien terhadap menyusui bayinya 3) Untuk menunjang saat pelaksanaan pendidikan kesehatan 4) Agar pasien siap saat di berikan pendidikan kesehatan 5) Agar pasien bisa bertanya 6) Agar pasien semangat untuk menyusui bayinya 7) Agar pasien merasa lebih percaya diri untuk menyusui bayinya 8) Agar pasien paham mengenai menyusui 9) Agar pasien mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10) Agar pasien tahu posisi

No	Intervensi	Rasional
	11) Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. Memerah ASI, pijat oksitosin, pijat payudara) Intervensi utama lain: Konseling laktasi Intervensi pendukung: Dukung emosional, edukasi nutrisi bayi, edukasi orang tua: Fase bayi, konseling nutrisi, pemberian kesempatan menghisap pada bayi, pemeriksaan payudara, perencanaan pulang, promosi perlekatan, reduksi ansietas, terapi relaksasi.	menyusui yang baik dan benar 11) Agar produksi ASI meningkat

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka

di harapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) SPO meningkat
- 3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- 4) Kecepatan berjalan meningkat
- 5) Jarak berjalan meningkat
- 6) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat
- 7) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
- 8) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat
- 9) Keluhan lelah menurun

- 10) Dispnea saat aktivitas menurun
- 11) Dispnea setelah aktivitas menurun
- 12) Perasaan lemah menurun
- 13) Aritmia saat aktivitas menurun
- 14) Aritmia setelah aktivitas menurun
- 15) Sianosis menurun
- 16) Warna kulit membaik
- 17) Tekanan darah membaik
- 18) Frekuensi napas membaik
- 19) EKG iskemia membaik

Tabel 2.9 perencanaan keperawatan intoleransi aktivitas

No	Intervensi	Rasional
1	Manajemen energy (I.12379) Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 6) Lakukan latihan gerak rentang pasif dan/aktif	Observasi 1) Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan 2) Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien 3) Untuk mengetahui pola tidur pasien 4) Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas. Terapeutik 5) Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien 6) Untuk meningkatkan dan melatih massa otot dan gerak

No	Intervensi	Rasional
	7) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 8) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur,jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9) Anjurkan tirah baring 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	ekstremitas pasien 7) Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien 8) Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama di rawat Edukasi 9) Untuk memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat 10) Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap 11) Agar perawat bisa dengan segera mengkaji dan merencanakan kembali tindakan keperawatan yang bisa di berikan 12) Agar pasien dapat mengatasi kelelahannya Kolaborasi 1) Untuk memaksimalkan proses penyembuhan pasien

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

Tujuan: Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di

harapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat

- 3) Kemampuan makan meningkat
- 4) Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat
- 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat

Tabel 3.1 perencanaan keperawatan deficit perawatan diri

No	Intervensi	Rasional
1	Intervensi utama: Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1) Identitas kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan. Terapeutik 4) Sediakan lingkungan yang terapeutik 5) Siapkan keperluan pribadi 6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri 7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 9) Ajarkan melakukan diri secara konsisten sesuai kemampuan Intervensi utama lain: Dukungan perawatan diri: BAB/BAK, Berhias, berpakaian, makan/minum, mandi. Intervensi pendukung: Dukungan pemeliharaan rumah,	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas sesuai usia pasien 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu 4) Agar pasien merasakan nyaman 5) Untuk menunjang dalam perawatan diri pasien 6) Agar pasien terbantu 7) Agar pasien memahami keadaan ketergantungan 8) Agar kebersihan diri terjaga 9) Agar perawatan diri terjadwal

No	Intervensi	Rasional
	edukasi pencegahan luka tekan, pengaturan posisi, perawatan luka, perawatan persalinan..	

h. Risiko perfusi serebral tidak efektif di buktikan dengan hipertensi

Tujuan: Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien di harapkan perfusi serebral meningkat

Kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat (5)
- 2) Tekanan intra kranial menurun (5)
- 3) Sakit kepala menurun (5)
- 4) Nilai rata rata tekanan darah membaik (5)
- 5) Tekanan darah diastolic membaik (5)
- 6) Gelisah menurun (5)

Tabel 3.2 Perencanaan keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif

No	Intervensi	Rasional
1	Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.06198) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran	1) Untuk mengetahui penyebab peningkatan TIK 2) Agar mengetahui tanda dan gejala peningkatan TIK

No	Intervensi	Rasional
	menurun) 3) Monitor MAP 4) Monitor CVP 5) Monitor PAWP 6) Monitor PAP 7) Monitor ICP 8) Monitor CPP 9) Monitor gelombang ICP 10) Monitor status pernafasan 11) Monitor intake dan output cairan 12) Monitor cairan serebro spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2) Berikan posisi semi fowler 3) Hindari maneuver valsava 4) Cegah terjadinya kejang 5) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 2) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	3) Agar mengetahui nilai MAP 4) Agar mengetahui nilai CVP 5) Agar mengetahui nilai PAWP 6) Untuk mengetahui nilai PAP 7) Untuk mengetahui nilai ICP 8) Untuk mengetahui nilai CPP 9) Untuk mengetahui gelombang ICP 10) Untuk memantau respirasi 11) Untuk mengetahui intake dan output cairan klien 12) Untuk mengetahui cairan serebro spinalis Terapeutik 1) Pasien tampak nyaman/tenang 2) Supaya klien tampak nyaman 3) Untuk menghindari potensi risiko serius pada system kardiovaskular 4) Untuk menghindari kejang 5) Untuk menjaga fungsi system saraf pusat Kolaborasi 1) Untuk mengatasi kejang dan menenangkan 2) Untuk mengurangi edema serebral 3) Untuk mengatasi konstipasi atau mencegah konstipasi

5. Implementasi

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya di terapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang di harapkan berupa kekurangannya atau hilangnya masalah klien. Tahap implementasi ini terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data. Saat melakukan implementasi keperawatan, tindakan harus mendetail dan jelas supaya semua tenaga keperawatan dapat menjalankan dengan baik dalam waktu yang di tentukan. Perawat dapat melaksanakan langsung atau bekerja sama dengan para tenaga pelaksanaan lainnya. (Rahmawati, 2017).

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang di harapkan terhadap perubahan dari klien dan menilai sejauh mana masalah klien dapat di atasi. Di samping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang,seandainya tujuan yang di tetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat di modifikasikan (Ratnawati, 2019).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian keperawatan

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama	: NY.A
Umur	: 24 Tahun
Alamat	: Kp. Pojok
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Suku Bangsa	: Sunda
Status Perkawinan	: Menikah
Tanggal Masuk	: 29-04-2025
Tanggal Pengkajian	: 29-04-2025
Tanggal Operasi	: 29-04-2025
Diagnosa Medis	: P1A0 Post SC Atas indikasi Preeklamsia berat
No Rekam Medik	: 01446929

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: TN.D
Jenis Kelamin	: Laki-laki

Umur : 38 Tahun

Pendidikan : SMP

Hubungan dengan klien : Suami

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada luka post SC di bagian perut bawah.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada tanggal 29 April 2025 jam 09.00 WIB, Ny.A mengeluh nyeri pada luka post *sectio caesarea* di bagian perut bawah, nyeri di rasakan bertambah apabila klien bergerak, nyeri berkurang ketika di berikan terapi obat anti nyeri, nyeri di rasakan seperti di sayat sayat dan sangat mengganggu aktivitas sehari-hari, nyeri di rasakan hanya di daerah abdomen, dengan skala nyeri 7 (0-10) nyeri di rasakan hilang timbul.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan selama hamil dan sebelum hamil tidak pernah memiliki kebiasaan buruk seperti merokok, meminum alcohol ataupun kebiasaan memakan makanan yang tidak sehat (Junk food). Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki riwayat penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilannya seperti hipertensi, DM, anemia dan hepatitis.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang pernah mengandung gen kembar dan tidak ada yang mengalami penyakit menular seksual. Keluarga klien juga mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang pernah mengalami kehamilan preeklamsia berat seperti pasien saat ini. Serta pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, penyakit jantung ataupun stroke.

c. Riwayat Obstetri

1) Riwayat Menstruasi

Menarche : 15 Tahun
 Lama : 6-7 hari
 Siklus : 28 hari
 Banyaknya : 3x mengganti pembalut
 Sifat Darah : Warna merah, konsistensi cair
 Keluhan : Tidak ada
 HPHT : 18-09-2024
 HPL : 25-Juni 2025
 Dysmenorrhea : Terkadang

2) Riwayat Perkawinan

Usia Perkawinan : 1 Tahun
 Pernikahan yang ke: Kedua

3) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

a) Riwayat kehamilan sekarang

Kehamilan saat ini merupakan kehamilan pertama pasien (P1A0). Klien mengatakan rutin memeriksa kehamilannya ke bidan. Klien melakukan pemeriksaan Ultrasono grafi (USG) oleh dokter sebanyak 2 kali pada usia kehamilan 4 bulan dan usia kehamilan 7 bulan. Saat kehamilan klien sudah di berikan imunisasi TT sebanyak 2 kali. Keadaan saat hamil klien mengeluh pada trimester ke 1 klien mengeluh sering mual dan muntah, pada trimester ke 2 klien mengeluh sedikit mual muntah tetapi tidak sering pada saat trimester 1, dan trimester ke 3 klien mengatakan tidak ada keluhan yang berat hanya saja gelisah pada saat mau tidur.

b) Riwayat persalinan sekarang P1A0

Klien masuk pada tanggal 29 April 2025 klien mengatakan datang ke IGD RSUD dr. Slamet Garut, rujukan dari puskesmas di karenakan tekanan darah tinggi yaitu 170/110 mmHg, DJJ 135 x/menit, Proteinuria +2, Setelah di observasi klien di anjurkan untuk tindakan persalinan *sectio caesarea* klien di bawa ke ruangan operasi jam 08.20 di lakukan tindakan *sectio caesarea* jenis operasi transversal dengan menggunakan anastesi spinal, bayi lahir pada pukul

09.20 dengan jenis kelamin perempuan berat badan 1.900 gram, panjang 50 cm.

c) Riwayat KB

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah memasang jenis KB apapun.

d. Aktivitas sehari-hari

Table 3.1 Aktifitas sehari hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Nurisi a. Makanan Jenis Frekuensi Porsi Cara Keluhan b. Minuman Jenis Frekuensi Cara	Nasi, lauk pauk, sayur 3x sehari 1 porsi Mandiri Tidak ada Air putih, susu, teh 6-8 gelas/hari Mandiri	Sedang puasa
2	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Warna Bau	2x sehari Padat Coklat Khas feses 10x sehari Kuning jernih Khas urine	Belum BAB Terpasang kateter kuning keruh Khas urine
3	Pola Istirahat a. Tidur siang Berapa lama Keluhan b. Tidur malam Berapa lama Keluhan	1 jam Tidak ada 6-7 jam Tidak ada	Belum istirahat atau tidur
4	Personal Hygiene a. Mandi	3x sehari	Belum

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
	b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti baju Cara	3x sehari 1 minggu sekali 3x sehari mandiri	melakukan perawatan diri Di bantu
5	Mobilitas dan fisik a. Aktivitas yang di lakukan b. Olahraga c. keluhan	Ibu rumah tangga 1x/minggu Tidak ads	Beadrest - Nyeri saat bergerak, Keterbatasan gerak

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran umum : Composmentis
GCS :15 (E: 4M: 5V : 6)
Penampilan : Klien tampak meringis

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 137/96 mmHg
Pernafasan : 20x/ menit
Nadi : 83x/ menit
Suhu : 36.9°C
SPO2 : 98%

f. Pemeriksaan Head to toe

1) Kepala, rambut, dan wajah

Bentuk kepala bulat, kulit kepala tampak kotor, warna rambut hitam, panjang rambut sebah, tampak kusut teraba halus, tidak terdapat lesi maupun benjolan, wajah tampak pucat, ekspresi wajah

meringis, klien mengatakan tidak ada keluhan di area kepala dan wajah.

2) Mata

Letak mata simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, bola mata dapat di gerakan ke segala arah, reflex pupil mengecil ketika di berikan rangsangan cahaya dan melebar ketika cahaya di jauhkan, klien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak 4 meter, klien mengatakan tidak ada keluhan di sekitar mata.

3) Telinga

Letak simetris, tidak terdapat serumen, tidak ada lesi, klien dapat menjawab pertanyaan dari perawat, klien mengatakan tidak ada keluhan di telinga.

4) Hidung

Lubang hidung simetris, letak hidung berada pada garis tengah wajah, hidung bersih, tidak terdapat secret, dapat membedakan bau kayu putih, klien mengatakan tidak ada keluhan di area hidung.

5) Mulut, gigi dan lidah

Mukosa bibir lembab, gigi tampak bersih, tidak ada karang gigi, tidak ada caries, tidak memakai gigi palsu, warna lidah merah muda, dapat membedakan rasa, tidak ada keluhan di area mulut, gigi dan lidah.

6) Leher

Terdapat keringat, teraba lengket, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada peningkatan jugularis vena pressure (JVP), leher dapat di gerakan ke kanan dan ke kiri, klien mengatakan tidak ada keluhan di sekitar leher.

7) Dinding Dada

Letak simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tampak keringat, tidak ada nyeri dada, tidak terdapat lesi.

- a) Paru paru, bunyi nafas vesikuler, frekuensi nafas 20x/menit, irama nafas regular
- b) Jantung, bunyi jantung s1 dan s2, irama regular, tekanan darah 137 mmHg nadi 95x/menit.
- c) Payudara letak simetris, bentuk bulat, puting susu tidak menonjol, aerola mammae berwarna coklat kehitaman, ASI/colostrum belum keluar, tidak terdapat pembengkakan di area payudara, payudara teraba lembek, keluhan di area payudara tidak ada.

8) Abdomen

Bentuk perut cembung terdapat striae gravidarium dan linea nigra, terdapat luka post *sectio caesarea* dengan panjang kurang lebih 10 cm letak luka vertikal di atas simpisis pubis tertutup perban, bising usus 10x/menit, pada saat di palpasi klien ada gerakan menghindar

terhadap nyeri, tidak terdapat distensi kandung kemih serta kontraksi uterus teraba keras, TFU 1 jari di bawah pusat, dan diastatis rectus abdominis dengan lebar kurang dari 2 jari atau sekitar 2,5 cm.

Keluhan : Klien mengeluh nyeri bekas luka post sc.

9) Genetalia & Anus

Area perineum tampak kotor, sudah ganti 1 kali pembalut, terdapat lochea rubra, sifat darahnya cair dan berwarna merah kehitaman serta bau amis, tidak ada varises di area perineum dan simfisis pubis. Tidak ada tanda hemoroid. klien terpasang dower cateter, urine yang keluar 100 cc dalam urine bag.

10) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas

Pergerakan bebas, kulit tampak lengket, warna kulit sawo matang, kebersihan kuku bersih, kuku pendek, tidak ada polidaktili, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan dan tangan kanan terpasang infus RL, 20 tpm, kekuatan otot 5/5, reflek bisep (+), reflek trisep (+), CRT kembali dalam < 2 detik, turgor kulit < 2 detik.

b) Ekstremitas bawah

Pergerakan terbatas, kulit teraba lengket, tidak ada polidaktili, kuku pendek, pada ekstremitas bawah tidak ada edema, tidak

ada varises, kekuatan otot 4/4, reflex patella (2+) < horman sign (-), CRT kembali dalam < 2 detik, turgor kulit < 2 detik.

g. Konsep diri

1) Identitas diri

Klien seorang perempuan dengan usia 24 tahun, klien beragama islam.

2) Peran diri

Klien berperan sebagai istri dari suaminya dan seorang ibu dari anak-anaknya.

3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat bertemu dengan anaknya dan ingin segera pulih agar cepat pulang dan bisa merawat anaknya.

4) Harga diri

Klien merasa dirinya di hargai oleh suaminya, keluarganya maupun lingkungan di sekitarnya, terbukti banyak yang menengok dan peduli.

5) Gambaran diri

Klien merasa terdapat perubahan pada dirinya, perubahan pada bentuk tubuh seperti peningkatan BB, perubahan lainnya seperti sekarang memiliki bekas luka operasi, Namun perubahan tersebut tidak berpengaruh pada perilaku terhadap merawat bayi.

6) Aspek psikologis

Pada Fase talking in karena masih cenderung pasif terhadap lingkungannya. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dengan luka bekas operasinya sehingga hanya bisa bergantung pada anggota keluarganya dalam melakukan semua aktivitas. Pasien dan keluarganya merasakan bahagia dengan kelahiran anak pertamanya.

7) Aspek social

Hubungan pasien dengan lingkungan cukup baik walaupun masih belum aktif bersosialisasi. Hal tersebut terbukti dengan pasien yang dapat menerima kehadiran perawat namun masih belum menjawab pertanyaan perawat dengan aktif karena masih merasa lelah setelah persalinan.

8) Aspek spiritual

Klien mengatakan seorang muslim dan memiliki keyakinan agama islam, klien menjalankan ibadah sesuai dengan agama yang di anut.

9) Kecemasan

Klien tampak tenang

10) Pola koping

Klien menyatakan apabila klien mempunyai masalah, klien selalu mencari jalan keluar dengan bermusyawarah dan sharing solusi dengan suaminya.

11) 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 terlebih dahulu dan selesai masa nifas klien akan menggunakan alat kontrasepsi KB suntik.

h. Data penunjang

Tabel 3.2
Hasil Laboratorium

Tanggal : 29 April 2025

Pemeriksaan	Hasil	Flag satuan	Nilai normal
HEMATOLOGI Hematologi tanpa driff			
Hemoglobin	12,0	g/dl	13-16
Hematokrit	39	%	35-47
Jumlah leukosit	12,700 mm/3		3.800-10.600
Jumlah trombosit	290.000		150-440.000
Jumlah eritrosit	4.11	Mm/3	36-5,8
Nitrit	Negative		Negative
Protein	+2	Juta mm/3	Negative
Glukosa	Negative		Negative
keton	Negative		Negative

i. Therapy medis

Tabel 3.3
Therapy medis

Tanggal : 29 April 2025

No	Nama obat	Jenis	Dosis	Rute	Kegunaan
1	Cefotaxime	Ampul	2x1 gr	Iv	Antibiotic yang di gunakan mengobati sejumlah infeksi bakteri
2	Metronidazole	Botol	3x100 ml	Iv	Mengobati berbagai

No	Nama obat	Jenis	Dosis	Rute	Kegunaan
					infeksi
3	Ketorolac	Ampul	3x30 mg	Iv	Mengatasi nyeri
4	Dopamet	Tablet	1x250 mg	Oral	Menurunkan tekanan darah
5	Ringer laktat	Botol	24 jam 20 tpm	Iv	Menggantikan cairan elektrolit

Tabel 3.4
Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1.	Ds : 1) Klien mengatakan nyeri luka post section caesarea 2) Nyeri terasa seperti di sayat sayat 3) Nyeri hanya terasa di perut bagian bawah 4) Nyeri hilang timbul 5) Nyeri berkurang ketika di berikan terapi obat Do : 1) Skala nyeri 7 (0-10) 2) Klien tampak meringis 3) Terdapat luka post caesarea horizontal dengan panjang kurang lebih 10 cm tertutup perban TTV : TD : 137/96 mmHg N : 83x/menit R : 20x/menit	Adanya luka post sectio caesarea yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, lalu merangsang area sensorik dan menimbulkan reaksi nyeri akut.	Nyeri akut
2	DS: 1) Klien mengeluh sulit menggerakkan kakinya DO: 1) Kekuatan otot atas 5/5	keadaan fisik yang lemah di tandai dengan adanya penurunan kekuatan otot akibat nyeri luka post sectio caesarea	Gangguan mobilitas fisik

No	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
	2) Kekuatan otot bawah 4/4 3) Gerakan terbatas klien tampak lemah	menyebabkan aktivitas terbatas karena pasien khawatir pergerakan karena luka post caesarea, sehingga adanya hambatan saat mobilisasi.	
3	DS: - DO: 1) Terdapat luka post section caesarea di daerah abdomen horizontal kurang lebih 10 cm tertutup perban Leukosit ; 12.700 mm ³	Luka post caesarea menyebabkan jaringan terbuka sehingga, proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya kuman mikroorganisme asing masuk ke dalam tubuh, dan mengakibatkan luka post caesarea terkontaminasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi.	Resiko infeksi
4	DS: 1) Klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak DO: 2) Klien tampak lemah, keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah, serta kulit klien tampak kotor teraba lengket	Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan pendarahan haemoglobin yang menurun dapat menyebabkan kurangnya O ₂ sehingga terjadi kelemahan dan menyebabkan deficit perawatan diri	Defisit perawatan diri
5	DS: 1) Klien mengatakan air susunya belum keluar 2) Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar DO: 3) Payudara lembek 4) Puting tenggelam 5) ASI tidak memancar	Adanya proses laktasi, proses tidak sempurna karena support system tidak mendukung dan suasana rumah sakit tidak mendukung psikologis ibu sehingga merangsang stress. Hal tersebut dapat menunggu proses laktasi menyebabkan payudara bengkak, ASI sulit keluar	Menyusui tidak efektif

No	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
		dan menjadi menyusui tidak efektif	

2. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan section caesarea) di tandai dengan:

DS:

Klien mengeluh nyeri luka post section caesarea di bagian perut bawah nyeri seperti di sayat-sayat, nyeri di rasakan ketika klien bergerak, nyeri sangat mengganggu aktivitas, nyeri hanya di bagian perut saja, nyeri hilang timbul, nyeri berkurang apabila di berikan terapi obat.

DO:

Pasien tampak meringis, skala nyeri 7 (0-10), terdapat luka post section caesarea di abdomen bawah di atas simpisis pubis, luka tertutup perban garis horizontal kurang lebih 10 cm, terdapat nyeri pada daerah abdomen, pada saat di palpasi klien menghindar terhadap nyeri.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di tandai dengan:

DS: Klien mengeluh nyeri saat bergerak

DO: Gerakan terbatas klien tampak lemah, kekuatan otot atas 5/5, kekuatan otot bawah 4/4

- c. Resiko infeksi di buktikan dengan efek prosedur invasive (Operasi SC)
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan di tandai dengan:

DS:

Klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak

DO:

Klien tampak lemah, keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah, serta kulit klien tampak kotor teraba lengket

- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan reflex oksitosin di tandai:

DS:

- 1) Klien mengatakan air susunya belum keluar
- 2) Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar

DO:

- 1) Payudara lembek
- 1) Puting tenggelam
- 2) ASI tidak memancar

3. Proses keperawatan

Nama : NY.A
 Umur : 24 Tahun
 No.RM : 01446929
 Ruang : Agate bawah

Tabel 3.5
Proses keperawatan

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan section caesarea) di tandai dengan : DS: Klien mengatakan nyeri luka post	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan : Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil ; 1). Keluhan nyeri menurun dengan skala 4 (0-10) 2). Meringis menurun	Manajemen nyeri Observasi 1) Periksa TTV	Observasi 1) Untuk memantau tanda –tanda vital berada dalam batas normal, sehingga dapat mendeteksi adanya masalah	Tanggal 29 april 2025 Pukul 12.30 WIB - Memeriksa tanda tanda vital Hasil: TD 137/96 mmHg Nadi 83 x/ menit RR 20 x/ menit SPO2 98% Suhu 36,9°C Waktu:12.35 WIB - Mengidentifikasi skala	Tanggal 29-april 2025 Waktu: 13.30 WIB S: Klien mengeluh masih merasa nyeri luka post sc di bagian perut bawah,nyeri berkurang ketika di berikan terapi obat. O: 1). Klien tampak meringis 2). Skala nyeri 6 (0-

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
	sectio caesarea nyeri terasa seperti di sayat sayat, nyeri hanya terasa di perut bagian bawah, nyeri hilang timbul, nyeri berkurang ketika di berikan terapi obat, klien mengeluh tidur sering terbangun karena nyeri luka post sc. DO: Skala nyeri 7(0-10), pasien tampak meringis, terda	3). Kemampuan menggunakan teknik non farmakologi menurun	2) Kaji skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal dan karakteristik nyeri 4) Identifikasi pengaruh nyeri pada	medis lainnya 2) Untuk mengetahui skala/tingkat nyeri pasien sehingga dapat mudah untuk memutuskan intervensi yang tepat untuk pasien 3) Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien dan menentukan tindakan yang tepat 4) Untuk mengetahui pengaruh	nyeri pasien Respon: - Skala nyeri 7(0-10) Waktu: 12.38 WIB - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal dan karakteristik nyeri pasien Respon: - Pasien tampak meringis nyeri di rasakan di area luka operasi dari abdomen menjalar kesimfisis pubis - Nyeri bertambah saat berubah posisi - Nyeri berkurang saat rileks dan saat melakukan nafas dalam - Nyeri seperti di tusuk-tusuk dan muncul terus menerus Waktu: 12.45 WIB - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada	10) 3). Luka tertutup perban 4). N: 83x/menit 5). TD:137/96 mmHg A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1) Monitor skala nyeri 2) Berikan teknik nonfarmakologis 3) Control lingkungan nyeri dan fasilitasi istirahat dan tidur 4) Anjurkan melakukan teknik non farmakologis 5) Kolaborasi

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
	pat luka post sectio caesarea horizontal dengan panjang kurang lebih 10 cm tertutup perban, terdapat nyeri tekan di abdomen bagian bawah, TD: 137/ 96 mmHg, nadi 83 x/ menit.		kualitas hidup 5) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 6) Berikan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) 7) Kontrol lingkungan dan fasilitasi istirahat dan tidur	nyeri terhadap aktivitas dan istirahat pasien 5) Untuk mengetahui pengaruh analgetik terhadap pasien 6) Untuk mendistraksi rasa nyeri dapat berkurang 7) Untuk mempermudah pasien istirahat	ADL Respon; - Pasien mengatakan cemas bergerak karena takut nyeri bertambah Waktu: 12.50 WIB - Memonitor efek samping pemberian analgetik Respon: - Tidak ada gejala toksifikasi obat analgetik Keterolac 30 mg IV Waktu: 12.55 WIB - Memberikan teknik non farmakologis relaksasi nafas dalam Respon: - Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang Waktu: 13.00 WIB - Merapikan alat, barang	pemberian analgetik Pelaksana: Shafira Yudistine

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			Edukasi 8) Jelaskan penyebab,per iode, dan pemicu nyeri 9) Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 10) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	8) Untuk mengurangi rasa cemas pasien 9) Untuk menambah wawasan pasien tentang strategi meredakan nyeri 10) Untuk mengurangi nyeri dengan obat dan memberikan obat dengan tepat sesuai dengan resep dokter	dan tempat tidur pasien Respon: - Pasien tampak nyaman Waktu: 13.05 WIB - Menjelaskan tentang luka bekas operasi dan nyeri yang di timbulkan Respon: - Pasien mengatakan paham dengan yang di jelaskan perawat & mampu menyebutkan kembali tanda-tanda infeksi Waktu: 13.10 WIB - Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan relaksasi nafas dalam Respon: - Pasien mengatakan akan mencobanya	

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
					Waktu: 13.20 WIB - Memberikan obat analgetik <i>Keterolac 30 mg (IV)</i> Respon: - Pasien tampak masih meringis dan masih nyeri Pelaksana: Shafira Yudsitine	
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di buktikan dengan: DS: Pasien mengeluh nyeri saat bergerak	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di haparkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1). Kekuatan otot meningkat 2). Pergerakan	Dukungan mobilitas Observasi 1) Kaji adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya 2) kaji toleransi	Observasi 1) Untuk menentukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien 2) Untuk	Tanggal 29 april 2025 Waktu: 14.00 WIB - Mengkaji adanya nyeri Respon : - Pasien mengeluh adanya nyeri di area luka operasi Waktu: 14.05 WIB - Mengkaji pergerakan yang bisa dilakukan pasien	Tanggal 29 april 2025 Waktu: 14.50 WIB S: Pasien mengatakan masih takut bergerak karena nyeri O: - Kekuatan otot

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			Edukasi 5) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan mobilisasi dini post SC 6) Ajarkan mobilisasi dini post SC - 6 jam pertama: latihan batuk, lakukan gerak abduksi dan adduksi (ROM) di atas tempat tidur sambil berbaring	pasien tidak stress 5) Agar pasien mengetahui manfaat mobilisasi dini sehingga termotivasi untuk melakukannya 6) Pasien harus mampu menggerakkan anggota tubuh di tempat tidur untuk memperlancar sirkulasi sehingga dapat mempercepat	Waktu: 14.25 WIB - Menjelaskan arti mobilisasi dini dan tahapan serta manfaat dari mobilisasi. tahapanya: - 6 jam pertama: latihan batuk, lakukan gerak abduksi dan adduksi (ROM) di atas tempat tidur sambil berbaring - 6-12 jam berikutnya: latihan miring kanan dan miring kiri - 24 jam post SC: latihan duduk tanpa tahanan, jika tidak pusing latihan duduk dengan menurunkan kaki ke arah lantai - 24 jam berikutnya; latihan jalan mandiri Manfaat dari mobilisasi: - mempercepat penyembuhan luka	

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			- 6-12 jam berikutnya: latihan miring kanan dan miring kiri - 24 jam post SC: latihan duduk tanpa tahanan, jika tidak pusing latihan duduk dengan menurunkan kaki ke arah lantai - 24 jam berikutnya; latihan jalan mandiri Kolaborasi Tidak ada	t proses penyembuhan luka	- mengurangi risiko mobilisasi - memperlancar siklus darah Respon : - Pasien dan keluarga mampu menyebutkan kembali tahapan mobilisasi dini serta memahami manfaat mobilisasi. Waktu: 14.30 WIB - Menganjurkan pasien untuk bisa melakukan tahapan pertama mobilisasi dini (menggerakan jari kaki dan tangan, menekuk lutut, menggerakan siku dan menggerakan sendi-sendi kecil) Respon: - Pasien mampu melakukan pergerakan	

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
					kecil diatas tempat tidur Pelaksana: Shafira Yudistine	
3	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive di tandai dengan : DS: Pasien mengeluh nyeri bagian luka post section caesarea DO: Terdapat luka post section	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Nafsu makan meningkat 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan infeksi dan perawatan luka Observasi 1) Identifikasi tanda dan gejala Infeksi lokal dan sistemik 2) Monitor kondisi luka dan balutan 3) Terapkan kewaspadaan	Observasi 1) Untuk mengetahui tingkat infeksi dari tand dn gejala infeksi yang muncul pada pasien 2) Untuk mengetahui perkembangan kondisi luka 3) Untuk memutuskan	Tanggal 29 april 2025 Waktu: 15.00 WIB - Mengidentifikasi adanya tanda-tanda infeksi Respon : -Tidak ada tanda-tanda infeki Waktu: 15.10 WIB - Memonitor kondisi luka dan balutan Respon: - Luka tampak tertutup perban dan perban tampak bersih tida ada rembesan darah Waktu: 15.15 WIB - Menerapkan cuci tangan yang benar dan memkai	Tanggal 29 April 2025 Waktu: 17.30 WIB S: Pasien masih mengeluh nyeri O: - Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perban - Perban tampak bersih tidak ada rembesan darah - Panjang luka 10 cm - Pasien mampu menyebutkan langkah cuci tangan yang tepat - Pasien mampu menjelaskan kembali tanda dan gejala

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
	caesarea di daerah abdomen horizontal kurang lebih 10 cm tertutup perban Leukosit ; 12,700 mm/3		universal 4) Batasi pengunjung 5) Lakukan perawatan luka pada POD 2 6) Ajarkan cara cuci tangan	rantai penularan bakteri 4) Untuk meminimalisir terjadinya port the entry dari pengunjung luar 5) Untuk mencegah adanya bakteri yang berkembang di area luka dan menurunkan tingkat resiko infeksi 6) Untuk mencegah	sarung tangan sebelum tindakan Respon : - Untuk memutus rantai penularan infeksi Waktu: 15.20 WIB - Menganjurkan pasien dan keluarga pasien untuk membatasi jumlah pengunjung Respon: - Penjaga pasien hanya ada 2 orang yaitu suami dan ibu pasien Waktu: 16.00 WIB Mengajarkan pasien cuci tangan yang benar Respon: - Pasien mampu mempraktekan cara cuci tangan 6 langkah secara tepat	infeksi pada luka post op SC A: Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan - Kaji adanya tanda dan gejala infeksi - Monitor kondisi balutan - Terapkan kewaspadaan universal - Batasi jumlah pengunjung - Lakukan perawatan luka Pelaksana: Shafira Yudistine

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			benar	infeksi dan pasien dapat menerapkan cuci tangan sebagai tindakan utama dalam mencegah infeksi	Waktu: 16.30 WIB Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dengan luka post op SC: - Kemerahan - Bengkak - Nyeri pada area luka - keluarnya nanah atau cairan - Demam - Menggigil Respon: - pasien mampu menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi pada luka post op SC Waktu: 16.40 WIB - Menganjurkan pasien untuk peningkatan asupan setelah diperbolehkan makan dan minum	
			7) Jelaskan tanda dan gejala infeksi	7) Untuk menambah wawasan pasien dan menambah kewaspadaan		
			8) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan makanan tinggi protein	8) Untuk membantu mempercepat pemulihan luka operasi		
			9) Kolaborasi pemberian antibiotic	9) Untuk mencegah infeksi		

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
					Respon : - Pasien memahami pentingnya meningkatkan nutrisi Waktu: 17.00 WIB - Memberikan antibiotic sesuai adv.dokter <i>Cefotaxime: 1gr(IV)</i> <i>Metrodinazole: 500mg (IV)</i> Respon: - Pelaksana: Shafira Yudistine	
4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan:	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan kemampuan	Dukungan perawatan diri Observasi 1) Memonitor tingkat	Observasi 1) Untuk mengetahui	Tanggal 29 April 2024 Waktu 17.20 WIB - Mengkaji tingkat kemandirian	Tanggal 29 April 2024 Waktu: 18.30 WIB S: - Pasien mengatakan merasa lebih

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			3) Siapkan keperluan pribadi	3) Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi	memakai baju kembali setelah operasi Respon: - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman Waktu: 17.50 WIB - Melakukan perawatan perineum dan membantu pasien memakai pembalut Respon: - Pasien mengatakan lebih nyaman saat sudah perineum sudah di bersihkan Waktu: 18.00 WIB - Menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan diri sedikit demi sedikit secara konsisten Respon : - Pasien mengatakan	teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Monitor tingkat kemandirian - Sediakan lingkungan yang terapeutik - Dekatkan barang pribadi pasien - Damping pasien dalam melakukan perawatan diri - Anjurkan pasien untuk melakukan perawatan perineum - Anjurkan pasien melakukan perawatan diri secara konsisten Pelaksana:
			4) Damping dalam melakukan perawatan diri	4) Sebagai salah satu bentuk empati kepada pasien		
			5) Bantu pasien dalam melakukan perawatan perineum	5) Agar area perineum tidak lembab dan tetap bersih untuk mengurangi tinggi resiko tingkat infeksi		
			Edukasi 6) Anjurkan	6) Agar pasien		

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			melakukan perawatan diri secara konsisten Kolaborasi - Tidak ada	dapat melakukan perawatan diri secara konsisten	akan mencobanya jika nyeri berkurang Pelaksana: Shafira Yudistine	Shafira Yudistine
5	Menyusui tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil 1) Tetesan ASI meningkat 2) Suplai ASI adekuat meningkat 3) Intake men	Observasi 1) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 2) Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan bertanya	1) Untuk mengetahui tujuan dan keinginan dalam menyusui 2) Untuk memberikan penkes secara terjadwal 3) Untuk mengetahui sejauh	29 April 2025 Waktu 19.00 WIB - Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui Respon: - Ibu ingin segera menyusui bayinya. Waktu 19.10 WIB - Menjadwalkan penkes tentang teknik perlekatan pada bayi saat menyusui sesuai kesepakatan Respon: - Pasien mengikuti penkes yang telah dijadwalkan.	29 April 2025 Waktu: 20.00 WIB S: - Klien mengatakan air susunya belum keluar - Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar O: - Air susu belum memancar - Puting payudara tenggelam - Payudara teraba lembek A: Masalah teratasi Sebagian

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
		4) ingkat 5) Hisapan bayi meningkat 6) Kecemasan maternal menurun	Edukasi: 4) Berikan konseling menyusui 5) Lakukan teknik Hoffman 6) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (latch in) dengan benar 7) Jelaskan	mana pemahaman pasien atau keluarga tentang materi yang telah disampaikan 4) Klien dapat mengetahui perawatan payudara 5) Agar puting susu ibu keluar menonjol 6) Agar ASI keluar lancar	Waktu 19.15 WIB - Memberikan kesempatan klien untuk bertanya Waktu 19. 20 WIB - Menjelaskan manfaat menyusui bayi pada ibu Waktu 19.30 WIB - Melakukan teknik Hoffman dengan cara menarik puting ke arah luar Respon: puting terlihat menonjol. Waktu 19.40 WIB (POD 1) - Melakukan pijat payudara post partum (pijat oksitosin, pijat payudara, memerah ASI) Respon: - Klien rileks dan keluarga	P: Lanjutkan intervensi 1-8 Pelaksana: Shafira Yudistine

No	Dignosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 8) Ajarkan pijat payudara post partum (mis, memecah ASI pijat payudara, pijat oksitosin)		paham Pelaksana: Shafira Yudistine	

4. Catatan perkembangan

Nama : NY.A

Umur : 24 Tahun

Alamat : Kp. Pojok

Tabel 3.6
Catatan perkembangan

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
30 April 2025 Shif Pagi	1 Nyeri akut	S : Pukul 08.30 WIB 1) Pasien mengatakan masih nyeri pada luka post sc 2) Pasien mengatakkn sudah dapat mengontrol nyeri pada luka post sc-nya O: 1) Pasien tampak meringis ketika bergerak 2) Pasien bersikap protektif Skala nyeri 4 (0-10) 3) Terdapat luka post sc 10 cm dengan tertutup perban 4) Perban tampak bersih dan tidak ada rembesan darah 5) TD: 120/80 mmHg 6) Nadi: 97 x/menit 7) RR: 20 x/menit A: Nyeri Akut teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi I: Pukul 09.00 WIB 1) Mengevaluasi kembali teknik. relaksasi tarik nafas dalam dan menganjurkan untuk selalu dalam posisi yang nyaman untuk pasien Hasil: pasien tampak rileks 2) Memonitor efek samping analgetik Hasil: Pasien sudah mengetahui efek samping analgetik	Shafira Yudistine

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		3) Mengontrol lingkungan pasien dan menganjurkan pasien tidur dengan cukup Hasil: pasien tampak nyaman 4) Memberikan analgetik sesuai advice dokter: <i>Keterolace 30 mg IV</i> Hasil: nyeri sedikit berkurang E: Masalah teratasi sebagian	
30 April 2025 Shif Pagi	2 Gangguan mobilisasi fisik	S: Pukul 09.05 WIB 1) Pasien mengatakan sudah bisa duduk dan mencoba belajar berjalan 2) Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol nyeri luka post sc- nya O: 1) Pasien masih tampak meringis ketika bergerak 2) Kekuatan otot 5 5 5 5 3) Pasien tampak sedang belajar berjalan A: Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: Pertahankan Intervensi I: Pukul 09.15 WIB 1) Melatih pasien berjalan secara mandiri Hasil: Pasien mampu berjalan secara mandiri 2) Melibatkan keluarga mobilisasi Hasil: keluarga memberi semangat dan mendampingi pasien saat melakukan mobilisasi. 3) Memonitor keadaan umum saat	Shafira Yudistine

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		mobilisasi Hasil: keadaan pasien membaik E: 1) Masalah teratasi	
30 April 2025 Shif Pagi	3 Resiko infeksi	S: Pukul 09.20 WIB 1) Pasien mengatakan masih merasa nyeri O: 1) Luka Post op 10 cm 2) Kondisi luka cukup baik A: Resiko infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi I: Pukul 09.30 WIB 1) Merapkan kewaspadaan universal (cuci tangan, masker) Hasil: Pasien dapat memahami cuci tangan yang benar dan memakai masker di lingkungan RS 2) Membatasi jumlah pengunjung Hasil: Penjaga pasien hanya 2 orang yaitu suami dan ibu pasien 3) Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: luka OP membaik dan tidak ada tanda-tanda infeksi 4) Menganjurkan meningkatkan nutrisi Hasil: porsi makan pasien habis 5) Memberikan antibiotik Cefotaxime 1gr (IV) Metrodinazole 500mg (IV)	Shafira Yudistine

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		Hasil: - 6) Melakukan perawatan luka Hasil: Luka tampak bersih E: Masalah teratasi Sebagian	
30 April 2025 Shif Pagi	4 Defisit perawatan diri	S: Pukul 14.00 WIB 1) Pasien mengatakan sudah biasa mandi mandiri 2) Pasien mengatakan sudah biasa membersihkan perineumnya secara mandiri O: 1) Pasien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri 2) Pasien tampak bersih dan rapi 3) Perawatan diri pasien sebagian tampak masih di bantu oleh keluarganya A: Deficit perawatan diri teratasi	Shafira yudistine
30 April 2025 Shif Pagi	5 Menyusui tidak efektif	S : Pukul 11.00 WIB 1) Klien mengatakan air susunnya belum keluar 2) Klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar O : 1) Tidak ada pengeluaran produksi ASI A : Menyusui tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi I : Pukul 11.30 WIB 1) Memonitor pengeluaran	Shafira Yudistine

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		produksi ASI Hasil: ASI keluar sedikit-sedikit 2) Melakukan pijat oksitoksin Hasil: Pasien tampak rileks E : Masalah teratasi Sebagian	
1 Mei 2025 shif Siang	1 Nyeri akut	S: Pukul 14.00 WIB 1) Klien mengatakan nyeri bekas post sc berkurang O: 1) Luka tertutup perban 2) Skala nyeri 2 (0-10) 3) Terdapat luka post sc 10 cm 4) Tekanan darah 120/80 mmHg 5) Nadi 97x/menit 6) RR 20x/menit 7) SPO2 98% 8) Suhu 36,5 °C A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Hentikan intervensi I: Pukul 14.10 WIB 1) Mengevaluasi kembali keadaan umum pasien Hasil: Keadaan pasien membaik 2) Merencanakan pasien pulang Hasil: - 3) Memberikan analgetik asam mefenamat 500 gr (PO) Hasil: - E : Masalah teratasi sebagaian	Shafira Yudistine
1 Mei 2025 Shif Siang	3. Resiko infeksi	S: Pukul 14.20 WIB Klien mengatakan nyeri bekas luka post sc sudah berkurang O: 1) Leukosit 10,2 mm/3 2) Luka tertutup perban	Shafira Yudistine

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		A: Resiko infeksi teratasi sebagian P: Persiapan pulang I: Pukul 14.25 WIB 1) Menerapkan kewaspadaan universal (cuci tangan, masker) Hasil: Pasien memahami cara mencuci tangan dengan tepat dan memakai masker di lingkungan RS 2) Mengajukan meningkatkan nutrisi Hasil: Asupan makan dan minum pasien meningkat 3) Memberikan antibiotic cefixime 200 gram (PO) 4) Hasil: - E: Masalah teratasi sebagian	
1 Mei 2025 Shif siang	5 Menyusui tidak efektif	S : Pukul 14.40 WIB 1) Klien mengatakan ASI nya sudah keluar sedikit O : 1) Pasien tampak tenang 2) ASI tampak keluar setetes dan belum memancar A : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Pukul 14.50 WIB 1) Mendukung pasien dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui Hasil: Pasien tampak bersemangat dan percaya diri	Shafira Yudistine

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		2) Menganjurkan pasien untuk langsung melakukan perlekatan dan menyusui setelah pulang Hasil: Pasien tampak bersemangat 3) Mengajarkan teknik menyusui Hasil: Pasien memahaminya E : Masalah teratasi sebagian	

B. Pembahasan

Pada bab ini penyusun akan membahas mengenai kasus yang telah diuraikan pada BAB sebelumnya yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A (P1A0) Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut”. Asuhan keperawatan di laksanakan mulai tanggal 29 April 2025 sampai dengan 1 Mei 2025.

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

1. Tahapan pengkajian

Data pengkajian Asuhan keperawatan pada Ny.A post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat di dapatkan data pasien mengeluh nyeri pada luka post SC, skala nyeri 7 (0-10), tampak luka post SC 10 cm di bagian bawah abdomen. Pasien tampak meringis dan bersikap protektif pada daerah luka. Hal ini di sebabkan karena

terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang saraf nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin dan histamine. Rangsangan ini nantinya akan di hantarkan ke hipotalamus dan di presepsikan sebagai nyeri. Kemudian secara fisiologis luka akan mengalami fase penyembuhan mulai dari fase destruktif poliferatif sampai maturasi (Eva, 2022).

Menurut (Syaiful, 2020) Tindakan operasi sectio caesarea akan mengakibatkan kelemahan fisik dan menimbulkan nyeri yang menyebabkan pasien takut bergerak. Ny.A mengatakan takut nyerinya bertambah apabila bergerak. Pasien bergerak secara bertahap hal ini dapat terjadi karena keadaan fisik yang lemah akibat post OP mengakibatkan kemampuan beraktivitas perlu dibantu oleh keluarga, karena pasien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka operasi sehingga aktivitas pasien akan terbatas.

Pada Ny.A di temukan adanya luka post sectio caesarea di bagian abdomen panjang luka 10 cm dengan sayatan Vertikal dengan kondisi adanya tanda tanda infeksi di tandai dengan meningkatnya jumlah leukosit 12,700 mm³, Proses penyembuhan luka mengalami 3 fase yaitu: Fase inflamasi, terjadi dari hari pertama luka sampai hari ke-2, proses pembedahan mengakibatkan kerusakan jaringan dan pendarahan, darah akan mengisi daerah cedera dan paparan terhadap kolagen menimbulkan dreganulasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, trombosit bahan kimia dan asam amnion, kemudian

terjadi vasokonstriksi dan proses pembekuan darah. Penyembuhan luka adalah proses dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak. Lama penyembuhan luka berdasarkan fase yaitu, Fase inflamasi (berlangsung sampai hari ke-3 atau hari ke-4), Fase proliferasi (Berlangsung 3-24 hari), fase maturasi di mulai pada minggu ke-3 setelah perlukaan dan memerlukan waktu lebih dari 1 tahun (Setiawati et al, 2023).

Ny. A mengeluh tidak bisa membersihkan diri secara mandiri, aktivitas sehari-hari seperti makan dan minum, ke kamar mandi, mandi dan ganti pakaian di bantu, hal ini disebabkan karena adanya luka post op menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL terganggu. Saat pengkajian juga ditemukan data kulit tubuh Ny.A teraba lengket, rambut tampak lepek dan pasien mengeluh tidak nyaman dengan tubuhnya yang terasa lengket. Sehingga pasien perlu untuk dibantu dalam hal perawatan diri karena untuk menjaga kebersihan diri serta untuk mencegah terjadinya infeksi.

Pada Ny. A di temukan bahwa ASI belum keluar, hal ini dapat di sebabkan oleh puting tenggelam dan perubahan fisiologis ibu post SC yaitu kadar esterogen dan progesterone serum menurun sejak 3 hari pasca persalinan dan mencapai nilai pra- kehamilan pada hari ke-7. Nilai tersebut akan menetap bila ibu tidak memberikan ASI maka estradiol akan mulai meningkat dan menyebabkan pertumbuhan folikel, proses laktasi timbul setelah plasenta lepas. Plasenta mengandung penghambatan prolactin (Hormon plasenta) yang menghambat

pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormone plasenta tidak ada lagi sehingga air susu pun keluar. Sempurnanya ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan.

2. Tahap Diagnosa

Berdasarkan hasil dari data pengkajian yang telah di lakukan. Masalah yang ada pada Ny. A post sectio caesarea dengan indikasi preeklamsia berat adalah nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, deficit perawatan diri, menyusui tidak efektif dari 5 masalah yang di temukan, di antaranya terdapat dalam teori yaitu :

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

Menurut teori nyeri ini muncul karena adanya luka operasi yang terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan yang merangsang reseptor kimia yang disampaikan ke thalamus dan korteks serebri dan dipersepsikan nyeri, nyeri juga dapat membuat tanda-tanda vital berubah (Eva, 2022). Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien, didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka sectio caesarea di perut bagian bawah. Nyeri bertambah saat pasien berusaha mengubah posisi tidurnya dan berkurang saat pasien rileks dan melakukan nafas dalam. Nyeri yang dirasakan pasien seperti tertusuk-tusuk dan dirasakan di area perut bawah menjalar ke simfisis pubis. Skala nyeri yang dirasakan 7 (0-10) dan nyeri di rasakan terus-menerus. Data objektifnya, pasien tampak meringis,

terdapat luka operasi pada abdomen serta nyeri tekan saat di palpasi. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.

b. Gangguan mobilitas fisik Berhubungan dengan nyeri (D.0054)

Asuhan keperawatan pada Ny. A post section caesarea di temukan data pengkajian pasien mengeluh sulit di gerakan kakinya karena nyeri, di luka operasi dan nyeri saat bergerak. Pergerakan pasien terbatas, kekuatan otot menurun 55/44 dan keadaan umum pasien lemah, dalam segala kegiatan pasien di bantu oleh keluarganya. Sejalan dengan teori buku SDKI (2017) dimana menjelaskan tentang gangguan mobilitas fisik yang merupakan suatu keterbatasan gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri pada kasus ini penulis menegaskan diagnosa gangguan mobilitas fisik.

c. Resiko Infeksi di buktikan dengan efek prosedur invasive (operasi SC) (D.0142)

Menurut SDKI (2017) resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pada Ny.A penyebabnya adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan sectio caesarea. Data yang ditemukan pada Ny.A ditemukan faktor pendukung resiko infeksi yaitu Pasien mengeluh nyeri di luka post SC. Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perban dan panjang luka 10 cm

secara objektif tampak adanya peningkatan jumlah leukosit 12.700 /uL Serta perineum tampak kotor.

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

Menurut teori gangguan pemenuhan ADL atau defisit perawatan diri dapat terjadi setelah dilakukannya tindakan post operasi sectio caesarea karena adanya efek anastesi, penurunan kemampuan untuk mobilisasi dan beraktivitas di batasi pasien khawatir pergerakannya akan menjadi fatal terhadap luka post operasi sehingga aktivitas klien terbatas terutama pada aktivitas perawatan diri (Dian & Grasiana, 2022). Pada Ny. A post operasi sectio caesarea POD 0 ditemukan adanya data-data yang menunjang masalah defisit perawatan diri seperti secara subjektif ditemukan Pasien mengeluh nyeri saat ingin ke toilet, dan pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket. Sedangkan secara objektif rambut Ny.A tampak lepek dan daerah perineum tampak kotor.

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan reflex oksitosin (D.0029)

Pada Ny. A post sectio caesarea POD 0 di temukan adanya data-data yang menunjang masalah menyusui tidak efektif seperti secara subjektif di temukan Klien air susunya belum keluar, klien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui yang benar, sedangkan secara objektif Payudara lembek, Puting tenggelam, ASI tidak memancar. Menyusui tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana

adanya. ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. Menyusui tidak efektif dapat disebabkan oleh keadaan fisiologi dan situasional. Pada fisiologis bisa terjadi karena kurangnya refleksi oksitosin, ketidakadekuatannya refleks menghisap bayi, payudara bengkak, keadaan bayi kurang bisa menyusui sumbing dan anomali payudara. Sedangkan secara situasional yang dapat mempengaruhi hambatan dalam proses menyusui adalah kondisi ibu tidak rawat gabung dengan bayinya, kurang terpapar informasi mengenai teknik menyusui dan kurangnya dukungan keluarga (SDKI 2017).

3. Tahap Perencanaan

Penyusunan rencana tindakan keperawatan ini di sesuaikan berdasarkan situasi dan kondisi serta sumber fasilitas yang ada. Masalah yang muncul pada Ny. A di antaranya ialah nyeri akut, gangguan mobilisasi fisik, resiko infeksi, deficit perawatan diri, menyusui tidak efektif. Menggunakan standard yang sudah di tetapkan oleh PPNI (Persatuan perawat nasional Indonesia) yaitu berdasarkan buku referensi buku referensi standard intervensi keperawatan Indonesia (SIKI).

Perencanaan yang di tetapkan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu untuk nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik lakukan manajemen nyeri. Dimana tujuan dilakukannya manajemen nyeri selama 3x24 jam kepada Ny.A diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu: keluhan nyeri

menurun, tingkat nyeri menurun, dan meringis menurun serta frekuensi nadi membaik. Perencanaan yang disusun dalam mencapai tujuan adalah: atur posisi klien senyaman mungkin untuk menghilangkan pada otot-otot punggung kemudian meningkatkan sirkulasi darah dan mengurangi tekanan pada daerah nyeri, Ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengalihkan rasa nyeri dan berkolaborasi tindakan penghilang nyeri sesuai indikasi klien post operasi sectio caesarea atau farmakologis analgetik yang memungkinkan klien mengontrol nyeri. Pada kasus ini dokter meresepkan obat ketorolace 30 mg secara intravena sebagai analgetik.

Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yaitu penulis merencanakan tahapan mobilisasi pasien, setelah 6 jam operasi SC harus bedrest gerakan tangan dan jari-jari kaki serta pergelangan tangan. Setelah 6-12 jam ibu harus miring kiri miring kanan, setelah 24 jam setelah operasi sc ibu harus belajar duduk, setelah mampu duduk dianjurkan untuk belajar berjalan. Serta menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam melakukan aktivitas untuk meminimalkan resiko jatuh (Arif & Atun. 2023). Perencanaan tersebut disusun untuk mencapai tujuan setelah dilakukannya dukungan mobilisasi dini selama 3x24 jam Ny.A diharapkan dapat mencapai kriteria hasil kekuatan otot meningkat, pergerakan meningkat dan kelemahan fisik menurun.

Diagnosa resiko terhadap terjadinya infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif yaitu operasi dengan menyusun perencanaan yang di lakukan selama 3x24 jam yaitu; observasi tanda-tanda infeksi, ganti balutan, dengan memperhatikan teknik steril, tekankan teknik mencuci tangan yang tepat sebelum dan sesudah perawatan atau kontak dengan benda yang kemungkinan terkontaminasi untuk pertahanan pertama terhadap infeksi terkait layanan kesehatan. Berikan antibiotik sesuai petunjuk dokter untuk membunuh kuman dan melemahkan kuman secara sistemik. Pada Ny.A diresepkan obat Cefotaxime 1 gr secara intravena dan Metrodinazole 500 mg secara intravena sebagai antibiotik pasien.

Sedangkan untuk diagnosa defisit perawatan diri, penulis merencanakan untuk membantu klien dalam pemenuhan ADL mulai dari nutrisi: makan dan minum, personal hygiene. Hal tersebut dilakukan selama 1x24 jam Ny.A diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yaitu: kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat dan kemampuan ke toilet meningkat. Perencanaan yang disusun oleh penulis adalah: lakukan vulva hygiene untuk meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi dan mendampingi Ny.A selama perawatan diri.

Pada diagnosa keperawatan terakhir adalah menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflek oksitosin, yang di lakukan 2x24 jam penulis lebih menekankan perencanaan edukasi menyusui

pada Ny.A agar dapat mengurangi keadaan normal pada masa nifas. Dan penulis menerapkan perencanaan untuk mengatasi puting tenggelam dengan melakukan teknik Hoffman. Teknik Hoffman sebagai cara agar putting susu keluar adalah dengan memberi stimulus pada putting (Whayuningsih, 2019). Sehingga kecemasan maternal pada ibu cemas yang di alami dan Ny.A dapat mengetahui bisa berkurang dan tidak memicu stress ibu yang dapat mengurangi produksi ASI. Selain itu perencanaan juga disusun untuk terus memotivasi ibu dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui sehingga setelah diperbolehkan pulang ibu dapat langsung melakukan Tindakan yang disarankan seperti posisi menyusui yang tepat untuk membantu dalam memperlancar pemberian nutrisi pada bayi.

4. Tahap pelaksanaan

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan tindakan yang telah di rencanakan. Penulis tidak menemukan data atau respon yang menyimpang antara teori dan praktek lapangan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan penulis selalu menjelaskan kepada klien sesuai prosedur sehingga klien kooperatif dan mendukung tindakan keperawatan yang dilakukan. Secara keseluruhan, pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan dapat terlaksana secara lancar sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya.

5. Tahap evaluasi

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan post SC pada Ny.A penulis menemukan 5 masalah dimana 3 dari 5 masalah keperawatan tersebut tidak teratasi karena keterbatasan waktu, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, menyusui tidak efektif dan resiko infeksi. Adapun masalah yang teratasi, yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan sebab tujuan dan hasil asuhan keperawatan sudah mencukupi data untuk menetapkan kedua diagnosa tersebut sebagai masalah yang sudah teratasi.

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

Hasil evaluasi pada diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di dapatkan setelah di lakukan perawatan selama 3x24 jam, pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 4 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang awalnya berada pada skala 7(0-10). Sehingga masalah teratasi sebagian, masalah nyeri akut teratasi sebagian karena pasien pulang di hari ke-3, dimana pada hari ketiga tersebut dalam proses penyembuhan luka masih dalam fase inflamasi sehingga pasien akan masih merasakan nyeri pada luka operasi.

Hasil evaluasi pada diagnose gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di dapatkan setelah di lakukan perawatan selama 3x24 jam, data objektif di dapatkan pasien tampak bisa duduk

dan berdiri sendiri, berjalan sendiri, dan kekuatan otot 5/5. Hal tersebut sudah meningkat dari kondisi sesudah melakukan post sectio caesarea. Masalah gangguan mobilisasi fisik sudah di nilai teratasi karena sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang di harapkan.

Hasil evaluasi dari resiko infeksi di tandai dengan prosedur invasive di dapatkan setelah di lakukan perawatan selama 3x24 jam, pasien masih merasa sedikit nyeri pada luka bekas post sectio caesarea serta data objektif yang di dapatkan hasil jumlah leukosit menurun dari jumlah awal yaitu 12.7 mm³ menjadi 10,2 mm³. Sehingga masalah teratasi sebagian. Masalah resiko infeksi teratasi sebagian karena luka post operasi masih ada pada pasien dan masih berada di tahap fase inflamasi yang butuh waktu untuk sembuh sehingga risiko infeksi bisa ada jika perawatan tidak di lakukan dengan tepat.

Hasil evaluasi pada diagnosa deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan maternal di dapatkan setelah di lakukan perawatan selama 1x24 jam, pasien sudah tampak bersih bersih dan rapi karena di bantu oleh keluarga dalam melakukan perawatan diri, pasien juga sudah mengatakan bisa melakukan perawatan perineum secara mandiri. Masalah deficit perawatan diri teratasi sebagian karena pasien sudah di nilai mampu melakukan perawatan diri dan tujuan telah tercapai namun pasien belum bisa melakukan sepenuhnya secara mandiri.

Hasil evaluasi pada menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflex oksitosin di nilai masih belum teratasi. Hal itu

di sebabkan ASI NY.A masih belum bisa memancar walaupun sudah di lakukan perawatan selama 2x24 jam. Tidak keluarnya ASI berhubungan dengan ibu dan bayi yang tidak di rawat gabung. Sehingga tidak ada rangsangan dari hisapan bayi dan tidak ada perlekatan antara ibu dan bayi. Selama di lakukannya proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi tidak terkemukanya data pada NY.A yang mengharuskan penulis untuk merevisi atau menyusun ulang intervensi yang telah di susun.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada NY.A (P1A0) post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 29 April 2025 sampai dengan 1 Mei 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada NY.A Post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang Agate Bawah RSUD dr.slamet Garut.
2. Penulis mampu menegakan diagnose keperawatan pada NY.A (P1A0) Post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang agate bawah RSUD dr.Slamet Garut.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada NY.A (P1A0) Post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperwatan yang telah di lakukan pada NY.A (P1A0) post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada NY.A (P1A0) Post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet.

6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada NY.A (P1A0) *Post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. A P1A0 atas indikasi preeklamsia berat di ruang agate bawah RSUD dr. Slamet Garut, secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan:

1. Bagi institusi pendidikan

Di harapkan bagi institusi pendidikan keperawatan dapat terus mengembangkan teori penelitian terkait asuhan keperawatan pada ibu post sectio caesarea, khususnya tentang mobilisasi dini dan pentingnya tentang perawatan menyusui bagi ibu post sectio caesarea.

2. Bagi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit di harapkan untuk menyediakan fasilitas lebih lengkap untuk menunjang penerapan Asuhan keperawatan yang optimal. Khususnya fasilitas perawatan bagi ibu post partum sc, seperti pegangan di dinding ruangan untuk membantu pasien dalam melakukan terapi mobilisasi dini dan penyediaan ruang rawat gabung antara ibu dan bayi di semua kelas faskes, tanpa membedakan status social pasien. Di harapkan pula rumah sakit dapat menetapkan standard prosedur tindakan perawatan luka, mobilisasi pasien post partum sc, teknik menyusui untuk menunjang standarisasi tindakan keperawatan pada pasien post sc.

3. Bagi Perawat

Di harapkan bagi setiap perawat untuk selalu menerapkan standard prosedur tindakan yang telah di tetapkan oleh rumah sakit tanpa membedakan status pasien. Khususnya dalam melakukan perawatan luka terhadap ibu post partum, di harapkan semua perawat dan selalu menerapkan konsep aseptik dan steril pada alat-alat yang akan di gunakan.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan di harapkan pasien dan keluarga pasien dapat bekerja sama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Keluarga juga di harapkan mampu memberi dukungan pada pasien sebagai bentuk support system, sehingga pasien dapat termotivasi dalam melakukan control nyeri dan mobilisasi dini yang dapat membantu mempercepat masa pemulihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andi. (2022). Pemeriksaan Fisik dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: Media Ilmu.
- Arda, M., & Hartaty, D. (2021). Ilmu Kebidanan Modern. Yogyakarta: Graha Medika.
- Aspiani. (2017). Pengkajian Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Hayati, D., & Sulistyawati, S. (2017). Laktasi dan Manajemen Menyusui. Surabaya: Unair Press.
- Budiono. (2015). Proses Keperawatan: Teori dan Praktik Keperawatan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dewan Pengurus Pusat PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI). Jakarta: DPP PPNI
- Dewan Pengurus Pusat PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Jakarta: DPP PPNI
- Dewan Pengurus Pusat PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Jakarta: DPP PPNI
- Doenges, E. M. (2010). Rencana Asuhan Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Ernawati, D., et al. (2017). Kesehatan Reproduksi Wanita. Bandung: Refika Aditama.
- Eva, D. S. (2022). Faktor Penyembuhan Luka Operasi SC. Medan: Helvetia
- Ferinawati, & Hartati. (2019). Panduan Menyusui Bagi Perawat dan Bidan. Surabaya: Erlangga Medika.
- Hanifah, N., & Wahid, M. (2019). Psikososial Ibu Nifas. Yogyakarta: Andi.
- Kusuma, A. (2022). Asuhan Kebidanan Pada Ibu Postpartum. Jakarta: Salemba Medika.
- Lokki, A. I., & Heikkinen-Elontara, A. (2021). Understanding Preeclampsia. Acta Obstet Gynecol Scand.
- Meilina, & Aisyah. (2019). Kebutuhan Dasar Ibu Post Sectio Caesarea. Jakarta: Kesehatan Reproduksi Nusantara.

- Mustika. (2021). Persalinan dan Kematian Ibu. Jakarta: Medika Press.
- Nisak, A., et al. (2023). Teknik Operasi Kebidanan Modern. Malang: UB Press.
- Prami Nataswari. (2016). Pengaruh Anastesi Spinal terhadap Kesadaran Pasien. Jurnal Anestesi Klinik, 4(2).
- Profil Kesehatan Indonesia. (2020). Laporan Tahunan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Kemenkes RI.
- Prawiroharjo, S. (2014). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Purba, R. (2016). Asuhan Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rahmawati, R. (2017). Evaluasi Asuhan Keperawatan. Bandung: CV. Pustaka Setia.
- Ratnawati, D. (2019). Evaluasi Keperawatan dan Manajemen Praktik. Bandung: Pustaka Rakyat.
- Rufdi, & Dewi. (2022). Dasar-Dasar Obstetri dan Ginekologi. Bandung: Alfabeta.
- Sari, D., & Fransiska, A. (2020). Preeklamsia pada Trimester Kedua. Jurnal Kebidanan Nusantara, 11(1), 15–20.
- Saraswati, M. (2015). Respirasi Pasca Operasi Kebidanan. Jakarta: Citra Kesehatan.
- Sayuti, A. (2021). Gangguan Termoregulasi pada Pasien Post SC. Yogyakarta: Budi Medika.
- Shahid, R., et al. (2021). Global Burden of Preeclampsia: Systematic Review. BMJ Open, 11(2).
- Silfianingsih, A. (2022). Saturasi Oksigen dan Anastesi Post Operasi Sesar. Jurnal Anestesi dan Kebidanan, 8(1).
- Siswani, N. (2021). Fisiologi Oksigen pada Otak Pasien Operasi. Jakarta: Pustaka Medis.
- Sopyan. (2019). Komplikasi Pascabedah Sesar. Jakarta: Graha Medika
- Sudarsih, E., et al. (2023). Etiologi dan Indikasi Sectio Caesarea. Bandung: Medika Sehat.

- Sugiyono. (2017). Metode Penelitian Pendidikan. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2018). Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods). Bandung: Alfabeta.
- Syaiful. (2020). Nyeri Pasca Operasi dan Intervensi Keperawatan. Jakarta: Bina Ilmu
- Wahyuningsih, S. (2019). Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui. Yogyakarta: Andi.
- Widoyoko, E. P. (2014). Teknik Evaluasi Program. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Wilda. (2020). Faktor Risiko Preeklampsia pada Kehamilan. Jurnal Bidan Sehati, 4(3).
- WHO. (2020). Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Wulan, Tetty, & Devi. (2023). Fisiologi Laktasi dan Adaptasi Ibu Post Partum. Jakarta: Pustaka Kebidanan.
- Eva, D. S. (2022). Faktor Penyembuhan Luka Operasi SC. Medan: Helvetia
- Syaiful, (2020). Nyeri Pasca Operasi dan Intervensi Keperawatan. Jakarta: Bina Ilmu

LAMPIRAN

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN MOBILISASI POST SECTIO CAESAREA

- Sasaran : NY.A
- Pemberi Materi : Shafira Yudistine
- Tempat : Ruang Agate bawah RSUD dr. Slamet Garut
- Waktu : Pukul 10.00 s/d selesai
- Hari/Tanggal : Selasa, 30 April 2025
- Pokok Bahasan : Mobilisasi dini pada pasien post operasi di ruang Agate Bawah
- Sub pokok bahasan :
1. Pengertian mobilisasi dini post operasi section caesarea
 2. Tujuan mobilisasi dini post section caesarea
 3. Manfaat mobilisasi dini post operasi section caesarea
 4. Kerugian-kerugian bila tidak melakukan mobilisasi dini Post operasi section caesarea
 5. Tahap-tahap mobilisasi dini post operasi section caesarea
 6. Cara melakukan mobilisasi dini post operasi sectio Caesarea

A. Latar Belakang

Pengetahuan dan teknologi serta masyarakat yang dinamis, semakin memacu tenaga kesehatan untuk terus meningkatkan kuantitatif dan pelayanan dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Walaupun pengetahuan semakin berkembang tapi bisa saja dalam

menangani suatu penyakit tidak begitu efisiensi, terutama dengan pasien post operasi baru memerlukan penanganan yang kompeten. Pada pasien post operasi section caesarea, misalnya seorang pasien memerlukan kesehatan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses penyembuhan luka pasca bedah. Pengembalian fungsi fisik pasien post operasi.

Masalah yang sering terjadi pada post operasi adalah pasien yang merasa terlalu sakit atau nyeri dan faktor lain yang menyebabkan mereka tidak mau melakukan mobilisasi dini dan memilih untuk istirahat di tempat tidur. Hal tersebut bisa membahayakan pasien post operasi SC karena dapat mengalami komplikasi yang bisa terjadi yaitu, sepsis berat, pendarahan, serangan tromboemboli, perlukan traktus urinarius dan infeksi pada luka operasi (Sirat, 2022). Menurut Arif & Atun, (2023) Mobilisasi dini sangatlah penting bagi ibu post operasi sectio caesarea karena mempengaruhi proses penyembuhan luka.

Mobilisasi dini dilakukan segera 6 jam setelah pasien sadar, namun luka post operasi SC yang cukup besar di dinding perut dan Rahim mengakibatkan rasa nyeri. Walaupun mengakibatkan nyeri pada pasien, tujuan dilakukannya mobilisasi adalah mengurangi komplikasi dan meminimalkan nyeri setelah berhasil membantu percepatan penyembuhan luka. Sebab jika tidak dilakukan mobilisasi dini penyembuhan luka akan semakin lambat sehingga akan mengakibatkan nyeri yang lebih hebat atau bahkan sampai terjadi infeksi karena tidak lancarnya sirkulasi area luka (Handi, Sriwidodo, & Soraya, 2020).

Dengan melihat kondisi pasien post operasi yang memerlukan perawatan maka perlu di lakukannya intervensi dengan maksud untuk mengurangi tegangan melalui latihan pernafasan dan mobilitas dini untuk mempercepat proses kesembuhan dan kepulangan pasien serta dapat memberikan kepuasan atas perawatan yang diberikan.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi Dini.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan penyuluhan selama 15 menit peserta di harapkan Dapat:

- a. Menyebutkan pengertian mobilisasi dini
- b. Menyebutkan manfaat mobilisasi dini
- c. Menyebutkan kerugian tidak dilakukannya mobilisasi dini
- d. Menyebutkan tahapan mobilisasi dini post operasi pada ibu post SC
- e. Melakukan rentang gerak (ROM)

D. Sasaran

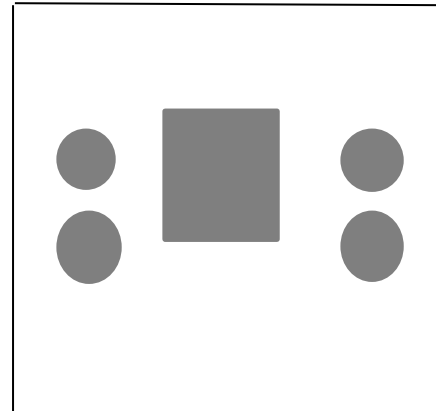
Sasaran penyuluhan adalah Ny.A dan keluarga Ny.A yang berada di ruangan Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

E. Metode

Metode yang di gunakan yaitu metode ceramah, demonstrasi dan Tanya jawab.

F. Setting Tempat

Tempat di samping tempat tidur pasien dimana keluarga berada di sisi lain tempat tidur.



Keterangan:

-  Tempat tidur pasien
-  Keluarga Pasien
-  Mahasiswa
-  Penguji / Cl

G. Media

Leaflet

H. Kegiatan penyuluhan

Kegiatan	Penyuluh	Audiance	Waktu	Metode
Pembukaan	a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Menjelaskan cakupan materi yang akan disampaikan c. Melakukan appersepsi d. Menjelaskan manfaat dan tujuan penyuluhan	a. Menjawab salam dan mendengarkan	5 menit	Ceramah
Penyaji	a. Menjelaskan pengertian mobilisasi dini b. Menjelaskan apa itu	a. Menyimak, mendengarkan	20 menit	Ceramah

Kegiatan	Penyuluh	Audiance	Waktu	Metode
	mobilisasi dini c. Menyebutkan apa saja manfaat mobilisasi dini d. Menjelaskan kerugian dari tidak melakukannya mobilisasi dini e. Menjelaskan tahapan mobilisasi dini f. Membantu pasien melakukan rentang gerak (ROM)			
Penutup	a. Menutup pertemuan dengan menyimpulkan materi yang telah di bahas b. Melakukan evaluasi c. Memberikan salam penutup	a.Mendengarkan menjawab dan menjawab salam	5 menit	ceramah

I. Materi (Terlampir)

J. Rencana Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- a. Di harapkan terdapat keseimbangan dalam pelaksanaan kegiatan penyuluhan tentang mobilisasi dini dengan perencanaan yang di buat di proposal, setting tempat dan waktu sesuai dengan kontrak sebelumnya.

- b. Di harapkan mahasiswa dapat memfasilitasi kegiatan dan menjalankan tugas dan perannya dengan baik, tempat yang di gunakan nyaman dan mendukung.

2. Evaluasi proses

Seluruh peserta penyuluhan merasa tertarik terhadap materi penyuluhan, dan terlibat aktif dalam kegiatan penyuluhan dengan bertanya.

3. Hasil evaluasi

- a. Kegiatan berjalan sesuai dengan waktu yang telah di tentukan
- b. Peserta dapat memahami tentang mobilitas dini minimal 80% dari materi

K. Perorganisasian

1. Penanggung jawab: CI ruang Agate bawah

Tugas:

- a. Mempertanggung jawabkan keseluruhan acara
- b. Mengawasi jalannya acara

2. Penyuluh: Shafira Yudistine

3. Tugas:

- a. Membuat SAP penyuluhan
- b. Mencatat jalannya acara dari awal sampai akhir
- c. Menjelaskan materi penyuluhan
- d. Membantu pasien dalam melakukan mobilisasi dini
- e. Menjawab pertanyaan diskusi

Lampiran Materi

1. Definisi mobilisasi dini

Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan pasien setelah beberapa jam paska operasi. Mobilisasi diri dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan melakukan pergerakan sederhana (Seperti miring kanan-kiri dan latihan duduk) sampai dengan bisa turun dari tempat tidur dan berlatih berjalan (Banamtum, 2021). Mobilisasi dini merupakan suatu upaya yang dilakukan sebaik mungkin pada pasien paska operasi dengan membimbing pasien untuk melakukan aktivitas setelah proses pembedahan, dengan latihan pernafasan dan latihan ringan di atas tempat tidur (Hartini, 2021).

Dari kedua definisi di atas dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah proses kegiatan latihan fisik atau gerak pada pasien post operasi, mobilisasi dini dilakukan sekurang-kurangnya 6 jam setelah pasien sadar dari operasinya, dengan tujuan melatih pasien untuk dapat melakukan aktivitas sehari-harinya. Mobilisasi dini ini dapat dilakukan di atas tempat tidur dari gerakan sederhana sampai latihan duduk.

2. Manfaat mobilisasi dini

Bagi ibu post SC sangat penting untuk segera melakukan pergerakan atau melakukan mobilisasi dini karena mobilisasi dini dapat mempercepat proses penyembuhan luka operasi, memperlancar peredaran darah, mempercepat involusi uterus, memperlancar pengeluaran lochea, mempercepat pembuangan sisa metabolisme, meningkatkan fungsi paru serta mengurangi

resiko pembentukan bekuan darah yang akhirnya dapat menurunkan angka kematian ibu (Isna, 2022).

3. Kerugian tidak melakukan mobilisasi dini

Menurut (Isna, 2022) Sebagian besar pasien akan merasa keberatan jika di anjurkan melakukan pergerakan, namun perlu di ketahui bahwa beberapa hal bisa terjadi apabila tidak segera melakukan mobilisasi dini di antaranya:

- a. Penyembuhan luka menjadi lama
- b. Kulit punggung menjadi lecet akibat terlalu lama berbaring
- c. Badan mudah lelah
- d. Memperlambat penyembuhan luka
- e. Involusi buruk
- f. Gangguan fungsi otot
- g. Peningkatan intensitas nyeri
- h. Mengganggu fungsi metabolic
- i. Pendarahan abnormal
- j. Resiko infeksi pada luka operasi

4. Tahapan mobilisasi dini

Mobilisasi dini pada ibu pasca operasi caesarea harus di sesuaikan dengan kondisi dan kemungkinan yang mungkin terjadi. Berikut adalah langkah-langkah mobilisasi dini menurut Astutik, 2015 yang dapat di lakukan oleh ibu pasca operasi caesarea:

a. 6 jam pertama pasca SC

Setelah menjalani operasi SC, ibu diwajibkan untuk beristirahat terlebih dahulu dengan berbaring, namun pada tahap mobilisasi dini 6 jam pertama ibu di anjurkan untuk melakukan beberapa pergerakan seperti menggerakkan tangan dan lengan, menggerakkan jari kaki dan memutar pergelangan tangan. Tahapan ini dapat di lakukan tanpa rasa sakit dengan menyangga punggung menggunakan bantal dalam posisi setengah duduk. Ibu dapat menggerakkan kakinya ke depan dan belakang, serta memutar ke kanan dan kiri. Bahkan, gerakan kaki ini dapat di lakukan saat ibu sedang berbaring atau sebelum ibu dapat duduk. Caranya dengan menekukan kaki, lalu di luruskan saat tubuh semakin kuat.

b. 6-12 jam pasca SC

Untuk mencegah thrombosis dan tromboemboli, ibu post SC harus memiringkan tubuh ke kiri dan kanan, setiap dua jam, pasien membutuhkan miring kanan dan kiri, batuk serta menarik napas dalam. Untuk meredakan nyeri di tempat sayatan saat batuk, bantal kecil di letakkan di atas perut.

c. 24 Jam pertama pasca SC

Di sarankan agar ibu post sc dapat mulai duduk, untuk menopang tubuhnya dan mengajaringa duduk tegak, ibu dapat meminta bantuan suami atau perawat.

d. 24 Jam berikutnya

Di sarankan agar ibu belajar berjalan setelah pasien mampu duduk.

Latihan ini di lakukan jika pasien mampu untuk berdiri dengan stabil dan cukup kuat, kemudian bisa di awali dengan bergerak perlahan-lahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, I., & Atun, R. (2023). Asuhan Keperawatn gangguan Mobilitas fisik pada pasien post sectio caesarea. *Journal Of Management Nursing*, 178-182.
- Banamtum. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8* Jakarta. Jakarta: Salemba.
- Dewi, M., Nunung, N., & Astri, M. (2019). Pain Intesity among Women with Post Caesarean Section. *Knowledge E*, 657-660.
- Eva, D. S. (2022). Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Sectio Caesarea Dirumah Sakit Colombia Asia Medan 2020. Medan: Insitut Kesehatan Helvetia.
- Handi, P., Sriwidodo, & Soraya. (2020). Proses Penyembuhan dan Perawatan Luka. *Farmaka*, 251-260.
- Hartini. (2021). Pengaruh Mobilisasi dini terhadap Kemandirian fungsi gerak fisik pasien pasien 6 jam sectio caesarea diruang Amarilys. *Mega Buana Jurnal of Nursing*, 3.
- Isna. (2022). Pengetahuan dan motivasi ibu post operasi sectio caesarea dalam mobilisasi dini. *Jurnal Psikologi Jambi*, 258-260.
- Sirait, D. B. (2022). *Seksio sesaria*. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia.



Mobilisasi setelah operasi yaitu:

Aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari Latihan ringan di atas tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan berjalan keluar

TUJUAN MOBILISASI DINI PASCA OPERASI

- **MANFAAT MOBILISASI DINI:**
 - ✓ Mencegah tekanan darah rendah
 - ✓ Mencegah hilangnya kekuatan otot
 - ✓ Meningkatkan kekuatan otot
 - ✓ Mengurangi tekanan pada kulit
 - ✓ Mencegah susah buang air besar
 - ✓ Mempercepat organ tubuh bekerja seperti semula
 - ✓ Mempercepat pemulihan
- ✓ Mempertahankan fungsi tubuh
- ✓ Memperlancar peredaran darah
- ✓ Membantu pernafasan lebih baik
- ✓ Mempertahankan tonus otot





MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASCA OPERASI

Nama :Shafira Yudistine
 NIM:KHGA22027
 STIKes karsa husada
 Garut

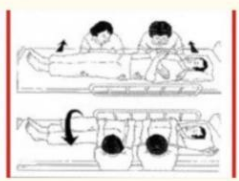
KERUGIAN TIDAK DILAKUKAN MOBILISASI DINI

- ● ● ● ● ● ● ●
-  Penyembuhan luka menjadi lama
-  Menambah rasa sakit
-  Badan menjadi pegal & kaku
-  Memperlama perawatan di rumah sakit

Tahapan Mobilisasi Dini Setelah Operasi



- 1 6 jam pertama setelah operasi pasien harus tirah baring dahulu. Mobilisasi yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki
- 2 Setelah 6-10 jam, pasien diharapkan dapat miring ke kiri dan kanan untuk mencegah penyumbatan pembuluh darah



- 3 Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat memulai belajar duduk secara bertahap
- 4 Pasien didudukkan selama 5 menit dengan sandaran, lalu beristirahat jika lelah, durasi duduk ditingkatkan secara bertahap menjadi 10 menit, 15 menit dan seterusnya sesuai kemampuan pasien
- 5 Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien dapat belajar berdiri di samping tempat tidur



- 6 Setelah mampu berdiri di samping tempat tidur dalam beberapa menit, dianjurkan pasien belajar berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi, dan keluar kamar sendiri



Hal penting tentang mobilisasi dini

- 1 Pasien harus memiliki keyakinan untuk dapat melakukan mobilisasi dengan cepat
- 2 Mobilisasi dilakukan dengan sesegera mungkin dengan cara yang tepat
- 3 Gerakan tubuh yang tepat tidak akan menyebabkan jahitan lepas atau robek



Lampiran 2

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

TEKNIK MENYUSUI

Pokok Bahasan	: Post Natal Care (ANC)
Sub Pokok Bahasan	: Teknik Menyusui Yang Baik dan Benar
Sasaran	: Ny. A
Tempat	: Agate Bawah
Hari/Tanggal	: 01 Mei 2025
Waktu	: 20 Menit
Metode	: Ceramah dan tanya jawab

1. Latar Belakang

Menyusui merupakan kegiatan yang menyenangkan bagi ibu sekaligus memberikan manfaat yang tidak terhingga pada anak (Yuliarti, 2009). Keberhasilan menyusui harus diawali dengan kepekaan terhadap waktu yang tepat saat pemberian ASI. Kalau diperhatikan sebelum sampai menangis bayi sudah bisa memberikan tanda-tanda kebutuhan akan ASI berupa Gerakan-gerakan memainkan mulut dan lidah atau tangan dimulut.

Kendala terhadap pemberian ASI telah teridentifikasi, hal ini mencakup faktor-faktor seperti kurangnya informasi dari pihak perawat Kesehatan bayi, praktik-praktik rumah sakit yang merugikan seperti pemberian air dan suplemen bayi tanpa kebutuhan medis, kurangnya perawatan tindak lanjut pada periode pasca kelahiran dini, kurangnya dukungan dari Masyarakat luas (Maribeth Hasselquist, 2006). Sehingga penulis Menyusun makalah satuan acara penyuluhan dengan tema Teknik

Menyusui yang Baik dan Benar, agar ibu menyusui mampu menerapkan teknik menyusui yang baik dan benar pada bayi umur 0-2 tahun.

2. Tujuan

a. Tujuan Intruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan, peserta mengerti tentang cara menyusui yang baik dan benar

b. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan, peserta dapat mengetahui tentang:

- 1) Pengertian teknik menyusui yang benar
- 2) Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
- 3) Persiapan memperlancar pengeluaran ASI
- 4) Langkah-langkah menyusui yang benar
- 5) Cara pengamatan teknik menyusui yang benar
- 6) Lama dan frekuensi menyusui

3. Sasaran

Pasien

4. Pembahasan

- a. Pengertian teknik menyusui yang benar
- b. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
- c. Persiapan memperlancar pengeluaran ASI
- d. Langkah-langkah menyusui yang benar
- e. Cara pengamatan teknik menyusui yang benar
- f. Lama dan frekuensi menyusui

5. Metode Penyuluhan

Ceramah dan Tanya Jawab

6. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Tahap kegiatan	Kegiatan	
			Penyuluhan	Sasaran
1.	5 Menit	Pembukaan	Memberi salam pembuka Memperkenalkan diri Kontrak waktu	Menjawab salam, mendengarkan, memberi respon
2	15 Menit	Kegiatan Inti	Penjelasan : 1. Menjelaskan pengertian perawatan payudara 2. Menjelaskan manfaat dan tujuan perawatan payudara 3. Menjelaskan akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara 4. Menjelaskan waktu pelaksanaan perawatan payudara 5. Menjelaskan hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara 6. Menjelaskan langkah-langkah perawatan payudara 7. Menjelaskan Teknik perawatan	Mendengarkan Memperhatikan

			payudara 8. Menjelaskan perawatan payudara dengan Masalah	
3	10 Menit	Penutup	Tanya Jawab 1. Menyimpulkan hasil penyuluhan 2. Salam penutup	Mengajukan Pertanyaan, membalas salam

7. Media

Leaflet

8. Materi

Terlampir

9. Kriteria Pemantauan

a. Input

- 1) Kegiatan Penyuluhan
- 2) Media penyuluhan yang digunakan adalah leaflet
- 3) Paket penyuluhan sesuai SOP dan Up to Date
- 4) Waktu kegiatan Penyuluhan adalah 20 Menit
- 5) Tempat penyuluhan adalah diruang perawatan Agate bawah

b. Proses

- 1) Pasien dan keluarga antusias dalam mengikuti kegiatan penyuluhan
- 2) Narasumber menguasai materi dengan baik

c. Output

Setelah dilakukan kegiatan penyuluhan peserta mengerti dan memahami materi penyuluhan.

d. Outcome

Setelah dilakukan kegiatan penyuluhan ada perubahan perilaku Kesehatan yang lebih baik berkaitan dengan materi yang disampaikan.

10. Evaluasi Hasil :

- a. Pasien mengetahui pengertian teknik menyusui yang benar
- b. Pasien mengetahui posisi dan perlekatan menyusui yang benar
- c. Pasien mengetahui persiapan memperlancar pengeluaran ASI
- d. Pasien mengetahui langkah-langkah menyusui yang benar
- e. Pasien mengetahui cara pengamatan teknik menyusui yang benar
- f. Pasien mengetahui lama dan frekuensi menyusui

Jenis pertanyaan :

- 1) Jelaskan cara menyusui yang baik dan benar?
- 2) Jelaskan posisi bagaimana cara menyusui bayi kembar yang baik dan benar?
- 3) Sebutkan langkah-langkah menyusui yang baik dan benar?

TEKNIK MENYUSUI

A. Pengertian Teknik Menyusui yang Benar

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Saminem, 2009).

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Sunardi dan Hesti, 2010).

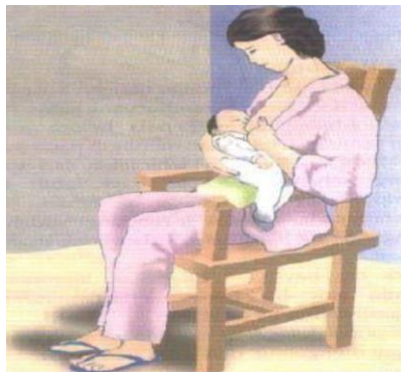
B. Posisi dan perlekatan menyusui

Terdapat berbagai macam posisi menyusui. Cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri atau berbaring.

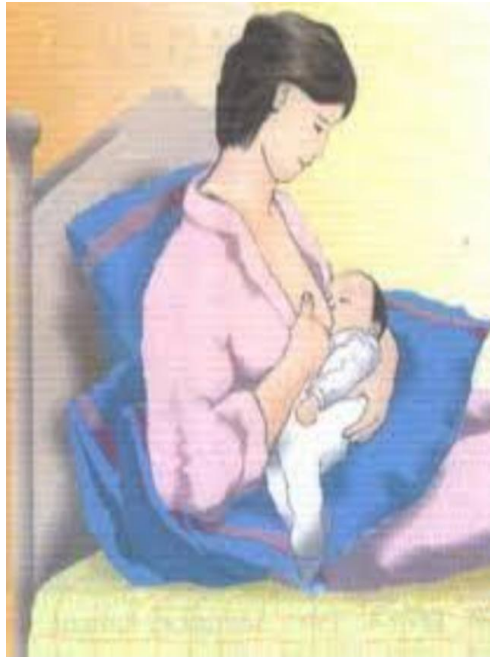
Gambar 1. Posisi menyusui sambil berdiri yang benar



Gambar 2. Posisi menyusui sambil duduk yang benar



Gambar 3. Posisi menyusui sambil rebahan yang benar



Ada posisi khusus yang berkaitan dengan situasi tertentu seperti ibu pasca operasi sesar. Bayi diletakkan disamping kepala ibu dengan posisi kaki diatas. Menyusui bayi kembar dilakukan dengan cara seperti memegang bola bila disusui bersamaan, dipayudara kiri dan kanan. Pada ASI yang memancar (penuh), bayi ditengkurapkan diatas dada ibu, tangan ibu sedikit menahan kepala bayi, dengan posisi ini bayi tidak tersedak (Vivian Nanny Lia Dewi, Tri Sunarsih, 2011).

Gambar 4. Posisi menyusui balita pada kondisi normal



Gambar 5. Posisi menyusui bayi baru lahir yang benar di ruang perawatan



Gambar 6. Posisi menyusui bayi baru lahir yang benar di rumah



Gambar 7. Posisi menyusui bayi bila ASI penuh



Gambar 8. Posisi menyusui bayi kembar secara bersamaan



C. Persiapan memperlancar pengeluaran ASI

Persiapan memperlancar pengeluaran ASI dilaksanakan dengan jalan :

1. Membersihkan puting susu dengan air atau minyak, sehingga epital yang lepas tidak menumpuk.
2. Puting susu di tarik-tarik setiap mandi, sehingga menonjol untuk memudahkan isapan bayi.
3. Bila puting susu belum menonjol dapat memakai pompa susu.

D. Langkah-langkah menyusui yang benar

1. Cuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun.
2. Peras sedikit ASI dan oleskan di sekitar puting.
3. Duduk dan berbaring sesuai posisi yang nyaman untuk ibu. Jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi harus lurus dan hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, biarkan bibir bayi menyentuh puting susu ibu dan tunggu sampai terbuka lebar.
4. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak dibawah puting susu. Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bayi membuka lebar.
5. Bayi disusui secara bergantian dari payudara sebelah kiri lalu ke sebelah kanan sampai bayi merasa kenyang.
6. Setelah selesai menyusui, mulut bayi dan kedua pipi bayi dibersihkan dengan lap bersih yang telah direndam dengan air hangat.

7. Sebelum ditidurkan, bayi harus disendawakan dulu supaya udara yang terhisap bisa keluar.
8. Bila kedua payudara masih ada sisa ASI tahan puting susu dengan kain supaya ASI berhenti keluar.

Gambar 9. Cara meletakkan bayi



Gambar 10. Cara memegang payudara



Gambar 11. Cara merangsang mulut bayi



Gambar 12. Perlekatan benar



Gambar 13. Perlekatan salah



TEKNIK MENYUSUI



Nama: Shafira Yudistine
NIM : KHGA22027

Teknik menyusui yang

benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlengkapan dan posisi ibu dan bayi dengan benar.

Tujuan teknik menyusui yang benar:

1. Menjalin hubungan batin ibu dan anak
2. Kenyamanan bayi menghisap air susu
3. Memperlancar produksi ASI
4. Agar waktu menyusui air susu dapat keluar dengan lancar dan menghindari kesulitan dalam menyusui
5. Mencegah puting susu lecet

Langkah-langkah teknik menyusui yang benar:

1. Ibu duduk santai dengan nyaman pada kursi yang mempunyai sandaran punggung dan lengan. Gunakan bantal untuk mengganjal bayi agar tidak terlalu renggang dari payudara ibu.



2. Cara memegang bayi



Teknik menyusui yang benar (Perinatal, 2004)

3. Cara memegang payudara



4. Masukkan puting susu saat bayi membuka mulutnya lebar-lebar dan pastikan posisi puting susu pada mulut bayi benar.



posisi yang benar



Posisi yang salah

5. Setelah bayi menyusui atau menghisap payudara dengan baik, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi.

6. Cara melepas isapan bayi



7. Cara menyendawakan bayi



DAFTAR PUSTAKA

- Vivian Nanny Lia Dewi, Tri Sunarsih, 2011. Asuhan kebidanan pada Ibu Nifas. Salemba Medika: Jakarta
- Saminem. (2009). Panduan Praktis Menyusui. Jakarta: Penerbit Kesehatan Mandiri.
- Sunardi, & Hesti, R. (2010). Teknik Menyusui yang Benar. Jakarta: CV Citra Medika.
- Dewi, V. N. L., & Sunarsih, T. (2011). Menyusui Bayi dengan Benar: Teori dan Praktik. Jakarta: Mitra Cendekia Press.

Lampiran 3

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Shafira Yudistine
NIM : KHGA22027
Pembimbing : K.Dewi Budiarti, S.KP.,Kep
Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Ny.A P1A0 Dengan post sectio caesarea POD 0 atas indikasi preeklamsia berat

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	10 juni 2025	Latar belakang BAB 1	1. Pokok bahasan 2. Paragraph harus berkaitan 3. Jangan kebanyakan teori		
2	11 Juni 2025	Latar belakang BAB 1	1. Perbaiki sesuai juknis		
3	12 juni 2025	Latar belakang BAB 1	1. Data jangan di ulang-ulang, dan cari lagi komplikasi post SC 2. Lanjut BAB II		
4	13 Juni 2025	BAB I DAN BAB II	ACC BAB 1 BAB II 1. Perbaiki pathways 2. Juknis ada yang salah		
5	19 Juni 2025	BAB II	1. Perbaiki pathways 2. Perbaiki pemfis 3. Format Askep		

6	24 Juni 2025	BAB II Dan BAB III	ACC BAB II BAB III 1. Perbaiki askep 2. Perbaiki ukuran table		
7	27 Juni 2025	BAB III BAB IV	1. Perbaikan catatan perkembangan 2. Pembahasan 3. Perbaiki implementasi		
8	01 Juli 2025	BAB III BAB IV	BAB III 1. Perbaiki implementasi BAB IV 1. Perbaiki rekomendasi		
9	05 Juli 2025	BAB I- BAB IV	ACC Sidang		

Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas diri

Nama : Shafira Yudistine
Jenis Kelamin : Perempuan
NIM : KHGA22027
Tempat tanggal lahir : 06 April 2004
Status : Belum Menikah
Agama : Islam
Alamat : KP.Cikopolalay

B. Riwayat pendidikan

SDN 5 Sancang : Tahun 2010-2016
SMPN 2 Cibalong : Tahun 2016-2019
SMKN 15 Garut : Tahun 2019-2022
STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2022-2025

