

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.C (P2 A0) DENGAN POST *SECTIO*
CAESAREA POD 0 (6 JAM) ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT
(PEB) DI RUANG JADE RUMAH SAKIT UMUM Dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh:

NOOR TSINA APRILIANI

KHGA22054



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

TAHUN 2025

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.C (P2 A0)
DENGAN POST *SECTIO CAESAREA* POD 0 (6 JAM)
ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB)
DI RUANG JADI RUMAH SAKIT dr. SLAMET
GARUT

NAMA : NOOR TSINA APRILIANI

NIM : KHGA22054

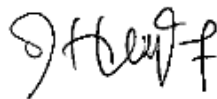
KARYA TULIS ILMIAH

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

Garut, 8 Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.C (P2 A0)
DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* POD 0 (6 JAM)
ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB)
DI RUANG JADI RUMAH SAKIT dr. SLAMET GARUT

NAMA : NOOR TSINA APRILIANI

NIM : KHGA22054

Garut, Juli 20025
Menyetujui,

Penguji I



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Penguji II



Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Mengetahui.
Ketua Program Studu D III
Keperawatan STIKes Karsa Husada
Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing



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

ABSTRAK

IV BAB, 130 Halaman, 13 Tabel, 1 bagan, 4 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny. C (P2A0) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 (6 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB) di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Latar belakang pembuatan asuhan keperawatan pada kasus ini karena diperoleh data tingginya angka kejadian *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat, menempati urutan ke 1 berjumlah 327 kasus dengan presentase 41,18%. Tujuan KTI ini adalah untuk meningkatkan kemampuan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikosial, dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan. Metode yang digunakan adalah metode dekstriptif yang berbentuk studi kasus. Hasil diagnosa yang muncul dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari kepada Ny. C terdapat 1 masalah teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik, 4 masalah teratasi sebagian yaitu nyeri akut, resiko infeksi, menyusui tidak efektif dan perfusi perifer tidak efektif. Kesimpulan dan rekomendasi yang diperoleh yaitu penulis mampu melakukan asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pelayanan pada post *sectio caesarea* dapat memperhatikan standar operasional perawatan luka dan mobilisasi, untuk keluarga agar memberi dukungan secara psikologis agar membantu mempercepat penyembuhan pasien.

Kata Kunci : Preeklampsia Berat, *Sectio Caesarea*, Post Partum

Daftar Pustaka: 41 (2017-2025)

KATA PENGANTAR

بسم الله الرحمن الرحيم

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan studi kasus ini tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.C (P2 A0) DENGAN POST *SECTIO CAESAREA* POD 0 6 JAM ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) DI RUANG JADE RUMAH SAKIT UMUM dr. SLAMET GARUT”.

Adapun maksud dan tujuan dari penyusun laporan studi kasus ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dapat memperoleh bimbingan, peran serta motivasi dan dorongan dari banyak pihak , baik bantuan moral maupun materil. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada:

1. Allah SWT atas berkat dan hidayah-Nya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Bapak Dr. H. Hadiat, MA. Selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi S. Kep., M.Kes, Selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu K. Dewi Budiarti, M. Kep, Selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu dan tenaga, serta pikiran untuk memberikan bimbingan, dorongan, semangat, serta saran kepada penulis dalam menyusun laporan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tepat waktu.
6. Seluruh dosen dan staf Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama pendidikan.
7. Staf dan Kepala ruangan Jade RSUD dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan dan bantuan serta kerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan untuk pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
8. Kepada Ny. C sebagai pasien dan keluarga yang telah bekerja sama dan memberikan informasi pada saat penulis melaksanakan asuhan keperawatan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
9. Cinta pertama dan panutanku, Bapak Tohidin dan Pintu Surgaku, mamah Alis Hasanah, Terima kasih atas setiap tetes keringat, setiap doa yang tak terdengar dan setiap pelukan yang menjadi tempat penulis pulang, segala yang penulis jalani hingga hari ini tak akan pernah terwujud tanpa kasih sayang, pengorbanan, dan semangat yang selalu bapak dan mamah tanamkan dalam diri penulis. Kalian bukan hanya orang tua, tapi juga sumber kekuatan, motivasi, dan harapan di setiap langkah penulis hingga penulis mampu menyelesaikan studi D III Keperawatan di STIKes Karsa

Husada Garut. Terima kasih karena selalu berusaha sekuat mungkin untuk memenuhi setiap permintaan penulis, semoga bapak dan mamah sehat, panjang umur dan bahagia selalu. Penulis meminta maaf belum bisa memberikan yang terbaik dan penulis berharap suatu saat nanti bapak dan mamah bisa bangga dengan anak bungsunya ini.

10. Kedua saudara penulis yaitu Kakak-Kakak ku tersayang Mila Meliawati, Amd. Keb Dan Rijal Musthofa terimakasih telah membantu dan selalu mensupport dan memberikan dorongan, motivasi, selama penulis menyelesaikan karya tulis ini. Semoga sehat selalu, diberikan rizki yang melimpah dan lancarkan segala urusannya, Amiiinn...
11. Kepada Aswad kucing kesayangan yang selalu menemani penulis dan selalu membuat penulis bahagia dengan tingkah lakunya
12. Teruntuk sahabat penulis yaitu Reza Az Zahra terima kasih yang telah menemani penulis selama 6 tahun ini dan menemani penulis menyusun karya tulis, dari tawa hingga air mata, dari kebodohan hingga kebijaksanaan, semunaya terasa lengkap, terima ksasih atas semua yang telah kita lalui bersama, yang selalu menghibur dan mensupport penulis.
13. Serta kepada sahabat-sahabat penulis dari masa SMA sampai sekarang yaitu: Annisa, Akmal, Mira, Ulfah, Reza Az, Shintia, dan Salwa terima kasih atas petualangan yang luar biasa, suka duka, canda dan tawa yang sangat menyenangkan dan berkesan bagi penulis, terimakasih atas semua dukungan dan do'a kalian, semoga kebahagiaan dan kesuksesan selalu menyertai kalian, sahabat-sahabat penulis.

14. Kepada seluruh rekan-rekan seperjuangan D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut angkatan XXIX dan khususnya untuk kelas B terima kasih atas kebersamaan, kerja sama, dan dukungan yang telah diberikan selama proses perkuliahan. Semangat dan solidaritas menjadi bagian penting dalam perjalanan penulis.
15. Teruntuk seseorang yang penulis belum bisa tuliskan dengan jelas Namanya disini, namun sudah tertulis di *Lauhul Mahfudz*. Terima kasih sudah menjadi salah satu sumber motivasi penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Meskipun saat ini penulis tidak tahu dirimu berada dibelahan bumi mana dan menggenggam tangan siap, tapi tugas akhir ini menjadi bukti bahwa selama studi dan selama penyusunan penulis tidak ditemani atau neemani laki-laki lain. Seperti kata Bj Habibie “ Kalau memang dia ditakdirkan untuk saya, kamu jungkir balik pun saya yang dapat”.
16. Terakhir, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada diri sendiri, Noor Tsina Apriliani, terima kasih karena telah bertahan sejauh ini. Terima kasih telah kuat saat ingin menyerah, tetap melangkah meski dipenuhi rasa ragu, dan terus percaya walau jalan seringkali gelap. Terima kasih telah memilih untuk bangkit, berkali-kali, bahkan ketika tak ada yang melihat. Perjalanan ini tak mudah, tapi kamu tetap di sini berusaha, belajar, dan mencintai diri sendiri perlahan. Rayakan apapun yang ada dalam diri dan jadikan dirimu bersinar, dimanapun tempat bertumpu. Karya ini adalah bukti kecil bahwa kamu mampu. dan kamu pantas bangga. Penulis berdoa, semoga setiap

langkah selalu kuat, dikelilingi orang-orang baik dan hebat, serta bisa bermanfaat untuk sesama.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Hal ini tidak luput dari kekurangan maupun keterbatasan dalam kemampuan, pengalaman, serta literature yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata penulis ucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga kebaikan, bimbingan dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT. Amin.

Penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya penulis serta bermanfaat di bidang ilmu keperawatan.

Garut, Juni 2025

Penulis,

Noor Tsina Apriliani

DAFTAR ISI

Halaman

LEMBAR PENGESAHAN

LEMBAR PERSETUJUAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR i

DAFTAR ISI vi

DAFTAR TABEL ix

DAFTAR BAGAN x

DAFTAR LAMPIRAN xi

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan 5

C. Metode Telaah 7

D. Sistematika Penulisan 8

BAB II TINJAUAN TEORI 9

A. Konsep Dasar Preeklampsia 9

1. Pengertian 9

2. Etiologi 10

3. Patofisiologi 12

4. Pathway 14

5. Klasifikasi 15

6. Komplikasi 16

7. Tanda Dan Gejala 16

8. Pemeriksaan Penunjang 17

9. Penatalaksanaan 19

B. Konsep Dasar Sectio caesarea 24

1. Pengertian 24

2. Etiologi 25

3. Klasifikasi 26

4. Patofisiologi 27

5. Pathway	29
6. Indikasi	30
7. Komplikasi	33
8. Pemeriksaan Penunjang.....	33
9. Penatalaksanaan.....	35
10. Dapmak Sectio Caesarea Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia.....	36
C. Konsep Dasar <i>Post partum</i>	38
1. Pengertian	38
2. Tahapan Post partum	39
3. Perubahan Fisiologis Pada Ibu <i>Post partum</i>	40
4. Perubahan Psikologis Ibu <i>Post partum</i>	45
5. Patofisiologi.....	47
6. Kebutuhan Masa Post partum.....	48
D. Konsep Asuhan Keperawatan.....	49
1. Pengkajian Keperawatan	49
2. Diagnosa Keperawatan.....	61
3. Perencanaan Keperawatan.....	63
4. Implementasi Keperawatan	78
5. Evaluasi Keperawatan	78
BAB III TINJAUAN KASUS.....	79
A. Tinjauan Kasus.....	79
1. Pengkajian	79
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	95
3. Intervensi, Implementasi, Evaluasi Keperawatan	98
4. Catatan Perkembangan	111
B. Pembahasan.....	119
1. Tahap Pengkajian	120
2. Diagnosa Keperawatan.....	122
3. Tahap Perencanaan.....	128
4. Tahap Implementasi	129
5. Tahap Evaluasi	130
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	133

A. Kesimpulan	133
B. Rekomendasi	134
DAPTAR PUSTAKA.....	137
LAMPIRAN	
RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Presentase Sectio caesarea Dengan Berbagai Indikasi	4
Tabel 2.1 Standar Kadar Kekeruhan Urine	17
Tabel 2.2 Involusi Uteri	40
Tabel 2.3 Analisa Data	58
Tabel 2.4 Perencanaan Keperawatan	63
Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan Dan Persalinan Yang Lalu	82
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari-Hari	87
Tabel 3.3 Pemeriksaan Raboratorium	91
Tabel 3.4 Pemeriksaan Raboratorium	92
Tabel 3.5 Terapi Obat	92
Tabel 3.6 Analisa Data	92
Tabel 3.7 Perencanaan Keperawatan	98
Tabel 3.8 Catatan Perkembangan.....	111

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Pathway Preeklampsia	14
Bagan 2.2	Pathway SC Atas Indikasi Preeklampsia Berat	29

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I	SAP PIJAT OKSITOSIN
LAMPIRAN II	Leaflet PIJAT OKSITOSIN
LAMPIRAN III	Lembar Bimbingan
LAMPIRAN IV	Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Ratio* (MMR) merupakan salah satu indikator utama dalam menilai kualitas sistem kesehatan, khususnya dalam aspek pelayanan kesehatan maternal. Meskipun telah terjadi penurunan yang signifikan dalam dua dekade terakhir, AKI masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat yang serius, terutama di negara-negara berkembang. Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2023, diperkirakan sekitar 260.000 perempuan meninggal setiap tahunnya akibat komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan. Sekitar 95% kematian tersebut terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, dengan konsentrasi tertinggi di wilayah Sub-Sahara Afrika dan Asia Selatan (Kumalasari et al., 2025).

Berdasarkan data sensus penduduk 2020, AKI di Indonesia tercatat sebesar 189 per 100.000 kelahiran hidup. Meskipun dalam empat tahun terakhir menunjukkan tren penurunan, angka tersebut masih tergolong tinggi dibandingkan Negara lain di kawasan ASEAN. Pemerintah telah menetapkan target AKI dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) yaitu 194 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2023 dan 183 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024. Namun demikian, pencapaian ini masih jauh

dari sasaran *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang menetapkan AKI dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes, 2023)

AKI mencerminkan resiko kematian pada kehamilan, persalinan, dan masa nifas, dengan perhitungan per 100.000 orang selama periode tertentu. Pada tahun 2024, jumlah kematian yang dicatat dalam profil kesehatan kabupaten/kota mencapai 749 atau per 98 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan penurunan 43 kasus dibandingkan dengan 792 kasus tahun lalu (Dinkes Jabar, 2024).

Faktor utama penyebab kematian ibu tahun 2024 disebabkan oleh komplikasi non obstetrik sebesar 29,11%, selain itu hipertensi yang terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas pada tingkat 28,17%. Perdarahan obstetric 25,37%, diikuti oleh 10,15% dari komplikasi obstetrik lainnya dengan penyebab lain menyumbang 0,53% (Dinkes Jabar, 2024). Pada tahun 2024, tercatat sebanyak 50 kasus kematian ibu di Kabupaten Garut, menjadikannya sebagai daerah dengan angka AKI tertinggi di Provinsi Jawa Barat. Peningkatan jumlah kasus kematian ibu tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain komplikasi kehamilan seperti perdarahan, preeklampsia, eklampsia, serta infeksi yang berkaitan dengan kehamilan (Rudiawan, 2025).

Preeklampsia merupakan salah satu faktor yang utama yang menyebabkan morbiditas dan mortalitas perinatal di Indonesia. Kondisi ini ditandai oleh sejumlah gejala yang muncul selama masa kehamilan, persalinan, atau nifas, seperti tekanan darah tinggi, pembengkakan (edema) dan adanya

protein dalam urin (proteinuria) tanpa riwayat sebelumnya (Amalia et al., 2023).

Kehamilan dengan preeklampsia merupakan suatu gangguan kehamilan pada kenaikan tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg yang ditandai dengan bengkak (edema) pada jari tangan maupun kaki yang dialami ibu primigravida maupun multigravida. Adapun terdapat banyak faktor risiko yang mempengaruhi preeklampsia yaitu usia, paritas, obesitas, diabetes melitus, hipertensi kronik, riwayat penyakit ginjal, riwayat eklampsia, kehamilan ganda, riwayat preeklampsia, keluarga, jarak antar kehamilan, tingkat sosial ekonomi, dan penyakit autoimun (Amalia et al., 2023).

Preeklampsia dibagi menjadi dua jenis, yaitu preeklampsia yang ringan dan berat. Biasanya, preeklampsia muncul karena adanya masalah pada pertumbuhan serta fungsi plasenta. Hal ini memicu penyempitan pembuluh darah dan menyebabkan reaksi tubuh ibu yang tak wajar terhadap perubahan hormon saat hamil. Kerusakan fungsi ini sangat beresiko menimbulkan masalah yang dapat mengancam ibu hamil dan juga pertumbuhan janin. Dilihat dari patofisiologis dan klinis, preeklampsia adalah kondisi rumit yang penanganannya tidak mudah. Pada beberapa kasus, bisa menyebabkan ibu dan bayi mengalami bahaya. Oleh sebab itu untuk menghindari bahaya tersebut melakukan salah satu prosedur atau tindakan medis yang sering dilakukan yaitu dengan persalinan *Sectio caesarea* (Karrar et al., 2024)

Sectio caesarea yaitu persalinan buatan untuk melahirkan janin melalui suatu insisi pada dinding abdomen dan uterus dalam keadaan utuh dengan berat

janin 500 gram atau usia kehamilan lebih dari 28 minggu. Persalinan *sectio caesarea* memiliki resiko kematian 25 kali lebih besar dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Cara ini merupakan alternatif terbaik bagi ibu hamil yang mengalami risiko tinggi dalam proses persalinan untuk menyelamatkan nyawa ibu ataupun janinnya (Sugito et al., 2023).

Berdasarkan data RISKESDAS pada tahun 2020, jumlah persalinan dengan metode *Sectio caesarea* di Indonesia sebesar 17,6% dan tahun 2021 angka kejadian SC meningkat sebesar 19%. Berdasarkan data rekam medis RSUD dr. Slamet Garut yang diperoleh dari bulan Januari-April 2025 dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut:

Tabel 1.1 Presentase *Sectio caesarea* Dengan Berbagai Indikasi di RSUD dr. Slamet Garut Periode Januari-April 2025

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

Sumber: Rekam Medis RSUD dr Slamet Garut Tahun 2025

Berdasarkan tabel 1.1 dapat dilihat bahwa tindakan *sectio caesarea* sebanyak 749 dengan berbagai indikasi. Tercatat kejadian persalinan post *Sectio caesarea* atas idikasi Preeklampsia Berat di RSUD dr Slamet Garut

menempati posisi pertama dengan kasus 327 kasus atau 41,18% (Rekam Medik RSUD dr Slamet Garut, 2025). Terdapat hubungan antara karakteristik ibu hamil dengan kejadian tingginya angka presentase pada preeklamsia diantaranya adalah faktor usia, riwayat hipertensi (preeklamsia dan eklamsia), segi pekerjaan, dan paritas yang dapat menyebabkan komplikasi berat dengan kematian pada ibu dan janin. Komplikasi yang sering terjadi pada ibu dengan *scectio caesarea* yaitu perdarahan pasca operasi *sectio caesarea*, syok pendarahan, lamanya waktu penyembuhan, komplikasi pembiusan, obstruksi usus, gangguan pembekuan darah, cedera organ abdomen seperti usus, ureter, kandung kemih dan pembuluh darah. Dapat juga infeksi pada bekas luka *sectio caesarea*. Sedangkan komplikasi janin yang bisa terjadi yakni insufisiensi uteroplasenta dan oligohidramnion. Pada kasus yang parah bisa menyebabkan kematian pada janin dan bayi dengan ibu preeklamsia berat (Opichka, Rappelt, D., et al., 2021).

Berdasarkan uraian tersebut, maka penulis tertarik untuk menyusun laporan tugas akhir yang berjudul “ **Asuhan Keperawatan Pada Ny.C (P2 A0) Dengan Post *Sectio caesarea* POD 0 (6 Jam) Atas Indikasi Preeklamsia Berat (PEB) Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum Dr. Slamet Garut.**”

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata serta mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien post

sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. C (P2A0) dengan Post *Section Caesarea POD 0* (6 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. C (P2A0) dengan Post *Sectio caesarea POD 0* (6 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade RSUD Dr Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menetapkan intervensi pada Ny. C (P2A0) Dengan Post *Sectio Cesarea POD 0* (6 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut.
- d. Penulis mampu mengimplementasikan intervensi keperawatan pada Ny. C (P2A0) Dengan Post *Sectio caesarea POD 0* (6 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut.
- e. Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny. C (P2A0) Dengan Poat *Sectio caesarea POD 0* (6 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. C (P2A0) Dengan Post *Sectio caesarea POD 0* (6 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut.

C. Metode Telaah

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

1. Wawancara

Penulis melakukan komunikasi langsung, tanya jawab dengan pasien dan keluarga pasien mampu memberikan informasi yang dibutuhkan penulis.

2. Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik head to toe secara sistematis mulai dari kepala hingga kaki untuk memeriksa keadaan fisik pasien dengan melakukan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

3. Dokumentasi

Pengumpulan data dengan cara mempelajari status pasien yang bersumber dari catatan dokter dan bidan untuk dijadikan salah satu dasar melaksanakan asuhan keperawatan.

4. Studi Kepustakaan

Yaitu cara mendapatkan informasi dari teori – teori yang relevan dari literatur buku dan internet yang berhubungan dengan kasus sebagai acuan dasar dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Partisipasi Aktif

Klien dan keluarga bersedia kerjasama selama pelaksanaan proses keperawatan dan berpartisipasi aktif klien dan keluarga dengan baik

sehingga dapat membantu penulis dalam mengumpulkan data dan melakukan tindakan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari 4 BAB dengan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I : Pendahuluan, meliputi: latar belakang, tujuan (umum dan khusus), metode telaahan, dan sistematika penulisan

BAB II : Tinjauan teoritis, berisi tentang teori medis meliputi : konsep dasar preeklampsia, konsep dasar *section caesarea*, konsep dasar *post partum* dan proses asuhan keperawatan.

BAB III : Tinjauan kasus dan pembahasan, yang membahas mengenai laporan kasus proses keperawatan mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, menetapkan intervensi, implementasi hingga evaluasi serta catatan perkembangan pasien.

BAB IV : Kesimpulan dan rekomendasi, yang meliputi: kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan dan saran atau rekomendasi operasional terhadap masalah yang ditemukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Preeklampsia

1. Pengertian

Preeklampsia adalah kelainan pada kehamilan yang ditandai dengan tingginya tekanan darah. Paling sering terjadi setelah usia 20 minggu hingga menjelang aterm dan biasanya disertai protein dalam urin (proteinuria) dan edema. (Karrar et al., 2024)

Preeklampsia adalah kondisi serius pada kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi disertai dengan kerusakan pada organ tubuh, seperti ginjal, hati, system darah, atau saraf. Tanda – tandanya dapat mencakup sakit kepala parah, gangguan pada penglihatan, rasa nyeri di area epigastrium, reproduksi urin yang sedikit, serta kesulitan bernapas akibat banyak cairan di paru-paru. (Chang et al., 2023)

Preeklampsia adalah gangguan hipertensi kehamilan yang secara signifikan mempengaruhi morbiditas dan kematian ibu di seluruh dunia. Preeklampsia terjadi pada 5-7% dari seluruh kehamilan dan merupakan penyebab utama kematian ibu di negara berkembang (Zainiyah, 2023).

Dari kedua pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Preeklampsia adalah gangguan kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi, biasanya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu dan

disertai proteinuria serta edema. Kondisi ini merupakan bagian dari spektrum hipertensi dalam kehamilan dan dapat berkembang menjadi bentuk yang lebih berat seperti eklampsia dan sindrom HELLP. Preeklampsia berat ditandai dengan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg dan disertai kerusakan organ, seperti ginjal, hati, sistem darah, atau saraf, serta gejala seperti sakit kepala, gangguan penglihatan, dan nyeri epigastrium. Kondisi ini berisiko tinggi bagi keselamatan ibu dan janin, termasuk hambatan pertumbuhan janin dan kematian.

2. Etiologi

Menurut Tabacco et al (2023) Preeklampsia merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang sering terjadi, meskipun penyebabnya belum diketahui secara pasti, penyebabnya dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang kompleks yaitu:

a. Faktor Angiogenetik :

Terjadinya Peningkatan *sFlt-1* (*Soluble Fms-Like Tyrosin Kinase-1*), *sFlt-1* menghambat kerja *VEGF* (*Vascular Endothelial Growth Factor*) dan *PIGF* (*Placental Growth Factor*) mengakibatkan pembentukan pembuluh darah plasenta terganggu dan menyebabkan aliran darah terganggu sehingga terjadinya hipoksia plasenta dan stress oksidatif.

b. Gangguan Sistem Imun: reaksi imun yang tidak abnormal antara jaringan ibu, plasenta dan janin.

c. Faktor genetik : riwayat keluarga dengan preeklampsia/hipertensi

- d. Obesitas dan gangguan metabolic
- e. Ibu hamil dengann penyakit kencing manis atau diabetes militus.

Penyebab preeklamsia sampai sekarang belum di ketahui secara pasti, tapi pada penderita yang meninggal karena preeklamsia terdapat perubahan yang khas pada berbagai alat. Tapi kelainan yang menyertai penyakit ini adalah spasmus arteriole, retensi Na dan air dan *coogulasi intravaskulaer*. Walaupun vasospasmus mungkin bukan merupakan sebab primer penyakit ini, akan tetapi vasospasmus ini yang menimbulkan berbagai gejala yang menyertai preeklamsi. Sebab pre eklamasi belum diketahui, (Retnaningtyas, 2021)

- a. Vasospasmus menyebabkan :
 - 1) Hipertensi
 - 2) Pada otak (sakit kepala, kejang)
 - 3) Pada plasenta (solution placentae, kematian janin)
 - 4) Pada ginjal (oliguria, insuffisiensi)
 - 5) Pada hati (icterus)
 - 6) Pada retina (amourose)
- b. Ada beberapa teori yang menjelaskan tentang penyebab preeclampsia yaitu:
 - 1) Bertambahnya frekuensi pada primigravida, kehamilan ganda, hidramnion, dan motalidatidosa
 - 2) Bertambahnya frekuensi seeiring makin tuanya kehamilan

- 3) Dapat terjadinya perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus
- 4) Timbulnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang dan koma

3. Patofisiologi

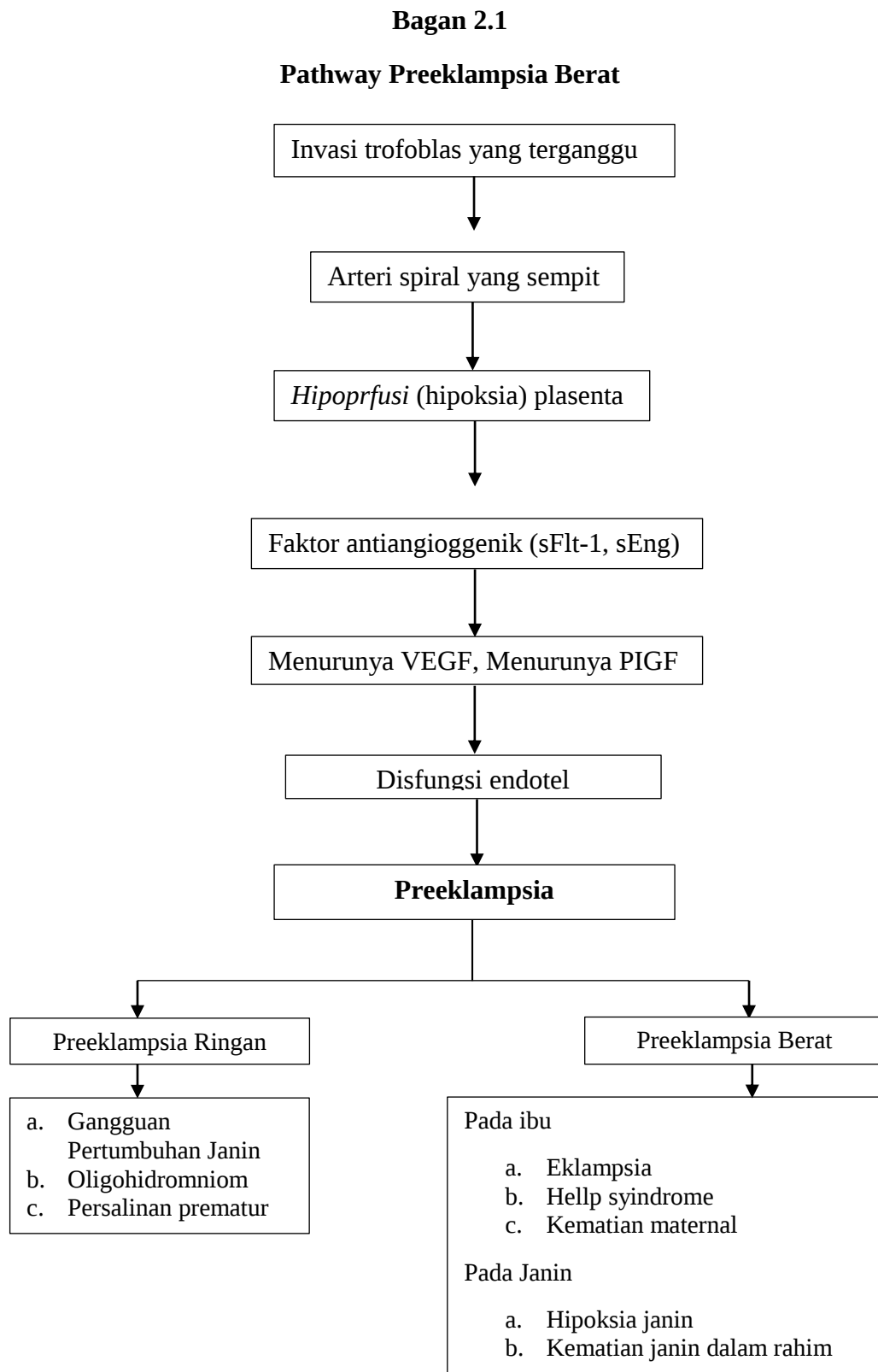
Pada dasarnya, preeklampsia berasal dari masalah pada pembentukan dan fungsi plasenta. Pada kehamilan normal, sel-sel trofoblas (sel janin yang membentuk plasenta) masuk ke dalam pembuluh darah ibu di rahim, yaitu arteri spiralis, lalu mengubahnya menjadi pembuluh yang lebar dan elastis. Hal ini memungkinkan darah ibu mengalir dengan lancar ke plasenta. Namun, pada preeklampsia, proses ini terganggu. Akibatnya, arteri spiralis tetap sempit sehingga aliran darah ke plasenta terbatas. Hal ini menyebabkan plasenta mengalami kekurangan oksigen atau hipoksia (Jena et al., 2020).

Sebagai respons terhadap kondisi hipoksia ini, plasenta melepaskan zat-zat tertentu ke dalam darah ibu, terutama faktor antiangiogenik seperti *soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1)* dan *soluble endoglin (sEng)*. Zat-zat ini menghambat fungsi *VEGF (vascular endothelial growth factor)* dan *PlGF (placental growth factor)*, yang seharusnya membantu menjaga kesehatan dan kelenturan pembuluh darah ibu. Ketika *VEGF* dan *PlGF* terganggu, pembuluh darah ibu menjadi kaku dan rusak. Inilah yang menyebabkan peningkatan tekanan darah, kerusakan endotel pembuluh darah, serta aktivasi sistem pembekuan darah. Selain itu, ginjal juga ikut terdampak karena rusaknya pembuluh-pembuluh kecil di dalamnya

(glomeruloendoteliosis), sehingga protein yang seharusnya tidak keluar ikut bocor ke dalam urin. Lebih jauh lagi, preeklampsia dapat mengganggu organ lainnya, seperti hati, otak, dan sistem pembekuan darah. Dalam kasus berat, dapat muncul *HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelets)* dan bahkan berkembang menjadi eklampsia, yaitu kejang yang membahayakan nyawa ibu dan janin (Stepan et al., 2023).

Sebagai indikator klinis, dokter dapat memeriksa rasio *sFlt-1/PlGF*. Bila rasio ini meningkat, maka risiko preeklampsia lebih tinggi. Pemeriksaan ini bisa membantu membedakan preeklampsia dari hipertensi kehamilan biasa (Liu et al., 2023)

4. Pathway



5. Klasifikasi

Menurut Nings et al., (2024) menjelaskan bahwa hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 2 bagian yaitu:

a. Preeklampsia Ringan

Kondisi dimana terjadi karena peningkatan tekanan darah 140/90 mmHg pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan tangan yang sama. Protein urin > 300 mg dalam 24 jam atau tes urine, dipstick > +1. Edema generalisata yaitu pada lengan, muka, dan perut.

b. Preeklampsia Berat

Kondisi ini terjadi karena peningkatan tekanan darah >160/110 mmHg enam jam pada dua kali pemeriksaan. Tekanan darah ini tidak menurun meskipun ibu hamil sudah dirawat di rumah sakit dan telah menjalani tirah baring. Proteinuria > 5 gram/24 jam atau > 3+ dipstick pada sampel urin sewaktu yang dikumpulkan paling sedikit empat jam sekali. Oliguria < 400 ml / 24 jam. serta adanya edema paru dan sianosis. Adanya gangguan visus dan serebral seperti, penurunan kesadaran, nyeri kepala, dan pandangan kabur. Nyeri epigastrium pada kuadran kanan atas abdomen akibat peregangan kapsula glisson. Trombositopenia (trombosit < 100.000/mm³). Serta terjadinya oligohidramnion, pertumbuhan janin terhambat dan abruption plasenta.

6. Komplikasi

Menurut Pratiwi (2024) Komplikasi yang terberat dari preeklampsia bisa menyebabkan kematian ibu dan janin, namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi adalah sebagai berikut:

- a. Komplikasi bagi ibu
 - 1) Eklamsia
 - 2) Solusio plasenta
 - 3) Kerusakan organ, seperti edema paru, gagal ginjal, dan gagal hati
 - 4) Stroke hemoragik
 - 5) Penyakit jantung
 - 6) Gangguan pembukaan darah
 - 7) Syndrome HELLP
- b. Selain ibu janin juga bisa mengalami komplikasi yaitu:
 - 1) Pertumbuhan janin terhambat
 - 2) Lahir prematur
 - 3) Lahir dengan berat badan rendah
 - 4) *Neonatal respiratory distress syndrome (NDRS).*

7. Tanda Dan Gejala

Menurut Putri (2025) gejala dan tanda preeklampsia dapat bervariasi, tetapi umumnya termasuk hipertensi, terlihat dari pengukuran tekanan darah yang tinggi, serta proteinuria, yang merupakan adanya protein dalam urine. Adapun tanda dan gejala lainnya yaitu :

- 1) Sakit kepala berat
- 2) Gangguan penglihatan
- 3) Nyeri epigastrium karena distensi hati
- 4) Edema dibagian wajah, atau tangan

8. Pemeriksaan Penunjang

Selain anamnesa dan pemeriksaan fisik, pada kecurigaan adanya preeklampsia sebaiknya diperiksa juga:

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap
 - a) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr %)
 - b) Hematokrit meningkat
 - c) Trombosit menurun
- 2) Urinalisis

Ditemukan protein dalam urine

Tabel 2.1

Standar Kadar Kekeruhan Urine

No	Hasil	Kadar Kekeruhan Protein	Keterangan
1	Positif 1 (+)	Ada kekeruhan	Menunjukkan gejala ada kebocoran protein dalam urine, yang disebabkan adanya gangguan ginjal

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

Sumber: Rosnani 2022

3) Pemeriksaan fungsi hati

- a) Bilirubin meningkat.
- b) LDH (laktat dehidrogenase) meningkat.
- c) Aspartat aminotransferase (AST).
- d) Serum Glutamat piruvat transaminase (SGPT) meningkat
- e) Serum glutamat oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat
- f) Total protein serum menurun

4) Tes kimia darah

Asam urat

b. Radiologi

1) Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.

2) Kardiotografi

Diketahui denyut jantung janin lemah (Retnaningtyas, 2021)

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan preeklampsia dibedakan menjadi dua bagian yaitu:

a. Preeklampsia Ringan

Kehamilan < 37 minggu. Jika belum ada perbaikan, lakukan penilaian dua kali seminggu secara rawat jalan.

- 1) Pantau tekanan darah, urine (untuk proteinuria), refleks dan kondisi janin
- 2) Konseling pasien dan keluarganya tentang tanda – tanda bahaya preeklampsia dan eklampsia
- 3) Lebih banyak istirahat
- 4) Diet rendah garam, dan protein
- 5) Tidak perlu diberi obat – obatan
- 6) Jika rawat jalan tidak mungkin, rawat di rumah sakit:
 - a) Diet biasa
 - b) Pantau tekanan darah dua kali sehari dan urine (untuk proteinuria) sekali sehari.

- c) Tidak perlu diberi obat – obatan
 - d) Tidak perlu diuterik. Kecuali jika terdapat edema paru, dekompensasi kordis atau gagal ginjal akut
- 7) Jika tekanan darah diastolik turun sampai normal maka pasien boleh dipulangkan:
- a) Nasihatkann untuk istirahat dan perhatikan tanda – tanda preeklampsia berat
 - b) Control 2 kali seminggu untuk memantau tekanan darah, urin, keadaan janin, serta gejala dan tanda – tanda preekalmpsia berat
- 8) Jika tekanan diastolik naik lagi, rawat kembali
- 9) Jika tidak ada tanda – tanda perbaikan, tetap dirawat
- 10) Lanjutkan penanganan dan oservasikesehatan janin
- 11) Jika terdapat tanda – tanda pertumbuhan janin terhambat, pertimbangkan terminasi kehamilan, jika tidak dirawat sampe aterm
- 12) Jika proteinuria meningkat, tangani sebagai preeklampsia berat
- 13) Jika kehamialm > 37 minggu, pertimbangkan terminasi
- 14) Jika serviks matang maka lakukann tindakan induksi dengan oksitosin 5 iu dalam 500 ml deksroseIV 10 tetes / menit atau dengan prostaglandin.
- 15) Jika serviks belum matang, maka berikan prostaglandin misoprotol atau kateter foley atau terminasi dengan *section caesrea*. (Wahyuni & Aditia, 2023)

b. Preeklampsia Berat

- 1) Jika tekanan darah diastolik > 110 mmHg, berikan antihipertensi sampai tekanan diastolik diantara 90-100 mmHg
- 2) Pasang infus ringer dengan jarum besar
- 3) Kateterisasi urine untuk pengeluaran volume dan proteinuria
- 4) Ukur keseimbangan cairan
- 5) Jika jumlah urin < 30 ml perjam :
 - a) Infus cairan dipertahankan 1 1/8 jam
 - b) Pantau kemungkinan edema paru
- 6) Jangan tinggalkan pasien sendirian
- 7) Stabilisasi Ibu
 - a) Antihipertensi
 - (1) Nifedipine oral
 - (2) Labetalol IV
 - (3) Hydralazine IV
 - b) Antikonvulsan/ pencegah kejang
 - (1) Magnesium sulfat (MgSO_4) diberikan untuk mempertahankan perfusi plasenta.
 - (a) Dosis awal: 4-6 gram IV bolus selama 20-30
 - (b) Dosis pemeliharaan: 1-2 gram/jam IV infus selama jam setelah persalinan atau setelah kejang terakhir
 - (2) Pantau refleks tendon, frekuensi napas, dan diuresis.

8) Monitoring Ketat

a) Ibu:

- (1) Tekanan darah tiap 15–30 menit saat kritis
- (2) Pemeriksaan fungsi ginjal, hati, dan koagulasi
- (3) Pemantauan urine output (≥ 30 mL/jam)

b) Janin:

- (1) CTG (kardiotokografi)
- (2) USG untuk taksiran berat janin, aliran Doppler arteri umbilikalis
- (3) Evaluasi kesejahteraan janin (biophysical profile)

9) Pertimbangan Waktu dan Cara Persalinan

a) Usia kehamilan ≥ 34 minggu: persalinan segera adalah pilihan terbaik

b) < 34 minggu: pertimbangkan pemberian kortikosteroid (misalnya deksametason 6 mg/12 jam, 4 dosis) untuk mematangkan paru janin bila kondisi stabil dan memungkinkan tunda persalinan selama 48 jam

c) Indikasi persalinan segera:

- (1) Trombosit < 100.000
- (2) Fungsi hati/renal memburuk
- (3) Nyeri epigastrik berat
- (4) Gangguan penglihatan
- (5) Gangguan pertumbuhan janin berat

(6) Oligohidramnion berat

10) Renca Persalinan

- a) Persalinan vaginal tetap menjadi pilihan utama jika memungkinkan
 - b) *Sectio Caesarea* dilakukan bila:
 - (1) Kondisi ibu atau janin tidak stabil (misalnya, tekanan darah tidak terkontrol, terjadi eklampsia)
 - (2) Terjadi gangguan pertumbuhan janin intrauterin (IUGR) atau gawat janin
 - (3) Persalinan pervaginam berisiko memperburuk kondisi ibu dan janin
 - (4) Tidak ada tanda persalinan spontan dan persalinan pervaginam tidak memungkinkan secara anatomi atau waktu
 - c) Alasan Tindakan *Sectio Caesarea*:
 - (1) SC menjadi metode teraman untuk segera mengakhiri kehamilan
 - (2) Meminimalkan risiko komplikasi lanjut seperti perdarahan serebral, abrupsi plasenta, disfungsi multiorgan, dan kematian ibu
 - (3) Mempercepat penanganan kondisi janin dalam kondisi distress atau prematur
- (Retnaningtyas, 2021)

B. Konsep Dasar *Sectio caesarea*

1. Pengertian

Sectio caesarea merupakan prosedur persalinan yang dilakukan melalui tindakan bedah dengan membuat sayatan pada bagian dinding preut dan dinding Rahim untuk mengeluarkan bayi. Secara umum, *section caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai proses melahirkan secara buatan, dimana janin dikeluarkan melalui sayatan perut dan rahim dalam kondisi masih utuh, biasanya dilakukan pada kehamilan dengan usia lebih dari 28 minggu atau berat janin mencapai 500 gram (Sugito et al., 2023).

Sectio caesarea adalah kelahiran janin melalui insisi transabdomen pada uterus. Prosedur ini merupakan salah satu metode persalinan yang dilakukan apabila persalinan normal tidak memungkinkan. Bedah sesar merupakan metode persalinan secara operatif, dimana bayi dikeluarkan melalui pembedahan dengan membuat sayatan pada bagian perut dan Rahim, selama kondisi Rahim masih utuh dan berat janin melebihi 500 gram. Pada kondisi tertentu prosedur ini dipandang sebagai pilihan paling aman untuk memastikan keselamatan ibu dan janin. Beberapa kondisi medis tertentu sering kali menjadi indikasi utama dilaksanakannya prosedur *sectio caesarea*, antara lain: plasenta previa yang menyebabkan tertutupnya jalan lahir, preeklampsia yang ditandai dengan tekanan darah tinggi selama kehamilan, serta posisi janin yang tidak sesuai untuk persalinan normal (Burhan et al., 2025).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah prosedur persalinan buatan yang dilakukan melalui tindakan pembedahan dengan cara menyayat bagian perut dan rahim guna mengeluarkan bayi. Prosedur ini biasanya dipilih ketika persalinan normal tidak memungkinkan, serta dianggap sebagai alternatif paling aman dalam situasi tertentu demi menjaga keselamatan ibu dan janin. Tindakan ini umumnya dilakukan pada kehamilan yang telah memasuki usia lebih dari 28 minggu atau ketika berat janin mencapai minimal 500 gram. Beberapa kondisi medis seperti plasenta previa, preeclampsia, serta posisi janin yang tidak mendukung persalinan normal sering menjadi faktor utama pelaksanaan *sectio caesarea*.

2. Etiologi

Menurut Aisyah et al., (2023) tindakan *sectio caesarea* biasanya dilakukan ketika adanya faktor yang tidak memungkinkan dilakukannya persalinan secara normal, berikut yang menjadi indikasi dilakukannya prosedur *sectio caesarea* sebagai berikut:

a. Indikasi Pada Ibu

Penyebab indikasi pada ibu dan harus dilakukannya tindakan *sectio caesarea* yaitu adanya kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan pada panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta pada tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), terdapat etiologi medis

yang menjadi indikasi dilakukannya *sectio caesarea* antara lain CPD (Cepalo Pelvik Disproportion), PEB (Pre Eklampsia Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), dan faktor lainnya.

b. Indikasi Pada Janin

Ada beberapa kondisi janin yang menjadi indikasi harus dilakukannya operasi *sectio caesaria* yaitu: gawat janin, propalus funikuli (tali pusat menumpang), primigravida tua, kehamilan kembar, kehamilan dengan kongenital, anomaly janin misalnya hidrosefalus.

3. Klasifikasi

Secara umum oprasi *sectio caesarea* dibedakan menjadi dua yaitu oprasi *sectio caesarea* primer dan *sectio caesarea* sekunder. Berdasarkan urgensinya, *sectio caesarea* dapat dibedakan menjadi dua yaitu operasi *sectio caesarea* cito dan elektif (Fadhilah et al., 2021).

- a. *Sectio caesarea* primer yaitu tindakan prosedur yang dilakukan kepada pasien yang baru pertama kali melakukan operasi bedah besar.
- b. *Sectio caesarea* sekunder yaitu tindakan operasi *sectio caesarea* dengan riwayat *sectio caesarea* sebelumnya.
- c. *Sectio caesarea* cito adalah prosedur yang dilakukan setelah proses persalinan dimulai atau telah muncul tanda – tanda inpartu.
- d. *Sectio caesarea* elektif adalah tindakan operasi yang telah direncanakan sebelumnya sebelum proses persalinan dimulai.

Jenis Operasi *Sectio caesarea*

- a. *Sectio caesarea* klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan dikeluarkannya bayi. Jenis pembedahan ini sudah jarang dilakukan karena beresiko terjadinya komplikasi tinggi (Sugito et al., 2023)
- b. *Sectio caesarea* transperitoneal yaitu sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan resiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya (Herlina et al., 2024)
- c. Histerektomi caesarea yaitu bedah caesarea diikuti dengan pengangkatan uterus karena terjadinya komplikasi pendarahan yang sulit dihentikan atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari dinding uterus (Sugito et al., 2023)
- d. *Sectio caesarea* ekstrapéritoneal yaitu metode bedah secti caesarea secara berulang pada psiaen dengan riwayat operasi *sectio caesarea* sebelumnya. Tindakan ini dilakukan dengan insisi pada dinding dan abdomen dimana musculus rectus abdominalis dipisahkan secara tumpul. Kandung kemih diretraksi ke bawah untuk memaparkan segmen bawah uterus. Metode ini dilakukan untuk mengurangi risiko infraksi puerperalis (Sugito et al., 2023)

4. Patofisiologi

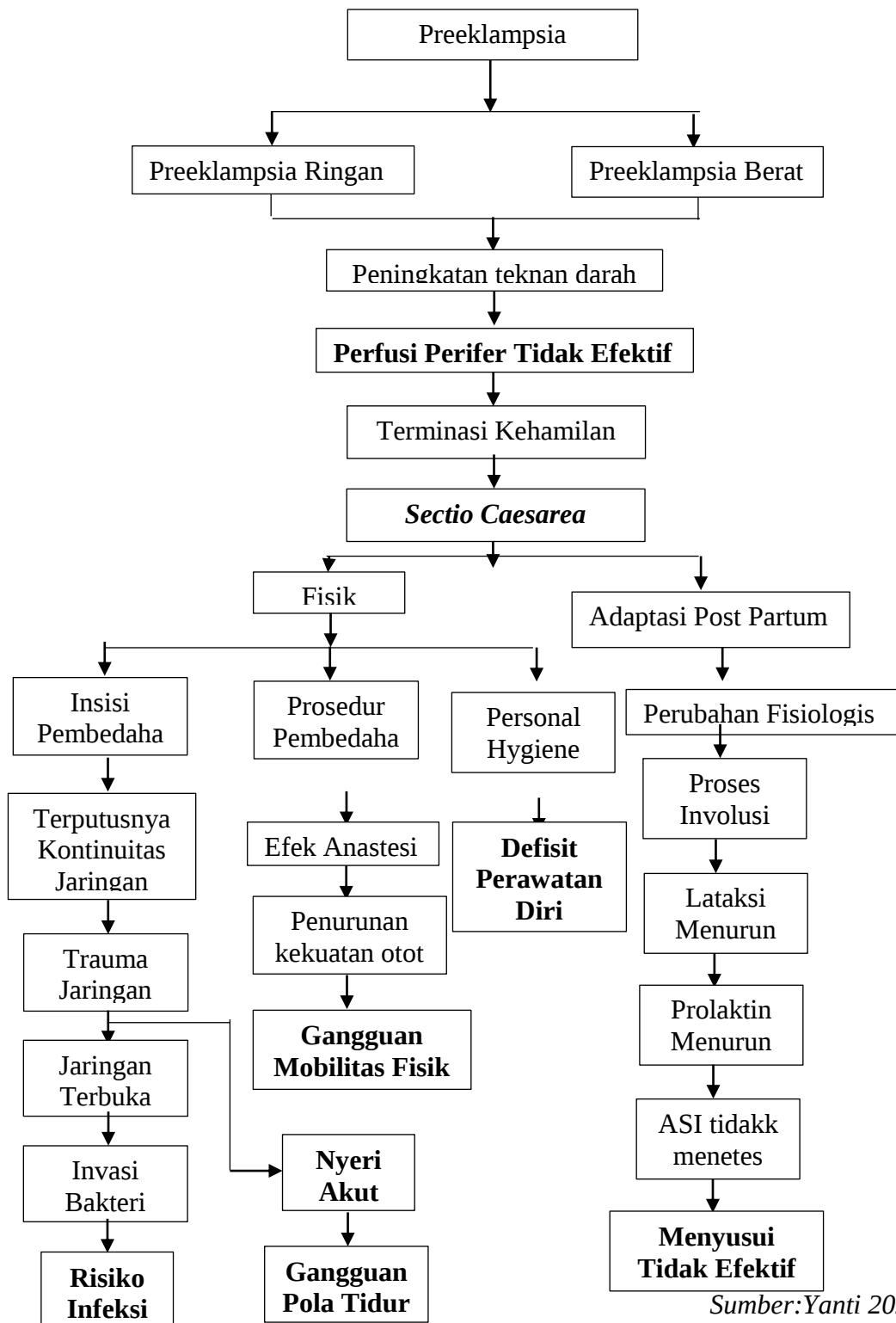
Sectio caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukannya tindakan untuk gawat ibu ini seperti distorsi

kepala panggul, disfungsi uterus, distorsi jaringan lunak, plasenta previa, preeklampsia-eklampsia dan lain lain. Sebelum dilakukan tindakan operasi pasien perlu dilakukan anestesi, bisa bersifat regional maupun umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu, sehingga kadang bayi lahir dalam keadaan apneu yang tidak dapat diatasi dengan mudah, akibatnya janin bisa mati. Sedangkan pengaruh anestesi terhadap ibu sendiri yaitu darah banyak keluar akibat dari *tonus uteri* berupa *atonia uteri*, untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas tidak efektif akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Sung et al., 2021).

5. Pathway

Bagan 2.2

Pathway Post SC Atas Indikasi Preeklampsia Berat



Sumber: Yanti 2020

6. Indikasi

Menurut Sugito et al, (2023) terdapat beberapa indikasi dilakukannya tindakan sectio caesarea adalah sebagai berikut :

a. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

Chepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

b. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu.

d. Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

f. Kelainan letak janin

1) Letak kepala tengadah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.

2) Presentasi muka

Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.

3) Presentasi dahi

Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

4) Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

5) Kelainan letak lintang

Lintang mengacu pada posisi bayi di dalam rahim di mana sumbu tubuh bayi tegak lurus dengan sumbu rahim. Lintang sejati mengacu pada orientasi sumbu tubuh bayi dalam kaitannya dengan rahim, ketika membentuk sudut 90°. Bahu biasanya diposisikan di atas pintu atas panggul dalam hal garis lintang, dengan kepala terletak

di satu fossa iliaka dan bokong di fossa iliaka lainnya. Biasanya, dalam skenario ini, janin diposisikan di sekitar bahu atau akromion.

7. Komplikasi

Menurut Burhan, et al (2025) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien post *sectio caesarea* yaitu:

- a. Infeksi puerperal (nifas)
- b. Pendarahan
- c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi
- d. Adanya kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan selanjutnya

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan tindakan section caesarea menurut (Aspiani, 2017):

- a. Hitung darah lengkap

Untuk menilai kondisi umum pasien, seperti kadar hemoglobin (Hb), jumlah leukosit (infeksi), dan trombosit (risiko perdarahan).

- b. Golongan darah (ABO), pencocokan silang, dan tes Coombs

Untuk mengetahui golongan darah ibu, mengantisipasi kebutuhan transfusi darah saat operasi, dan mendeteksi kemungkinan inkompatibilitas darah antara ibu dan janin.

- c. Urinalisis (albumin/glukosa)

Untuk mendeteksi adanya proteinuria (tanda preeklampsia) dan glukosuria (indikasi diabetes gestasional).

d. Pelvimetri

Untuk menilai kecocokan antara ukuran panggul ibu dan ukuran janin (mendeteksi *cephalopelvic disproportion/CPD*).

e. Kultur (virus herpes simpleks tipe II)

Untuk mendeteksi infeksi aktif yang menjadi indikasi mutlak tindakan *sectio caesarea* guna mencegah transmisi ke janin.

f. Ultrasonografi (USG)

Untuk mengevaluasi lokasi plasenta, posisi janin, usia kehamilan, jumlah air ketuban, dan pertumbuhan janin.

g. Amniosintesis

Untuk menilai maturitas paru janin, terutama bila tindakan SC direncanakan sebelum usia kehamilan cukup bulan.

h. Tes stress kontraksi atau non-stres test (NST)

Untuk menilai respons janin terhadap kontraksi atau gerakan, guna mengetahui kesejahteraan janin secara fungsional.

i. Pemantauan pola gerakan/stres kontraksi uterus

Untuk mendeteksi tanda-tanda gawat janin atau pola kontraksi yang tidak normal.

j. Penentuan elektronik lanjutan (elektronik fetal monitoring)

Untuk memastikan status janin secara menyeluruh, termasuk detak jantung janin dan aktivitas uterus secara real-time.

9. Penatalaksanaan

Menurut Maryati (2022), standar dalam penatalaksanaan ibu nifas post section caesarea yang harus dicermati diantaranya yaitu :

a. Manajemen post operatif

- 1) Setelah satu jam pertama, pasien ditempatkan diruangan untuk pemulihan. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tensi, denyut nadi, dan pernafasan yang dipantau setiap 15 menit dalam 1 jam pertama. Satu jam selanjutnya, dilakukan pemantauan setiap 30 menit.
- 2) Pasien tidur dengan wajah menghadap ke samping dan pastikan kepalanya agak tengadah agar jalan nafas pasien lancar.

b. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan miring kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi. Hari kedua oprasi klien dapat berlatih duduk selama 5 menit dan diminta untuk nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri ketika bergerak. Selanjutnya selama berturut-turut klien dianjurkan untuk belajar jalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima paska operasi.

c. Perawatan Luka

Perawatan luka setelah operasi meliputi penggantian perban atau perawatan luka yang lama atau tidak bersih dengan perban atau penutup luka yang baru. Selain membuat pasien merasa aman dan nyaman, tujuan dari perawatan luka yaitu untuk mencegah agar tidak terjadinya infeksi pada luka.

- d. Pemberian cairan dan dilakukan penghitungan intake outputnya sesuai kebutuhan.
- e. Penanganan nyeri dilakukan pemberian obat-obatan analgetik sesuai dengan anjuran dokter.
- f. Kateter/ Eliminasi

Kateter dower atau kateter balon harus dibiarkan di tempat setidaknya selama 24 hingga 28 jam kecuali pada pasien dapat buang air kecil secara mandiri, hal ini akan mencegah pasien mengalami rasa sakit, ketidaknyamanan, involusi uterus yang terhambat, dan pendarahan yang disebabkan oleh kandung kemih yang penuh. Dua belas jam sampai dua puluh empat jam setelah operasi, kateter dapat dicabut.

- g. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai setelah melahirkan, namun ada beberapa kendala pengeluaran ASI pada ibu setelah melahirkan. Sehingga diharuskan melakukan perawatan payudara untuk membantu merangsang pelepasan hormone prolaktin dan oksitosin untuk melancarkan ASI dengan dilakukannya pijat oksitosin.

10. Dampak Sectio Caesarea Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Sartika, (2023) tindakan *sectio caesarea* ini sangat berdampak pada kebutuhan dasar manusia seperti :

1. Nyeri

Ibu dengan post operasi sectio caesarea akan merasakan nyeri pada area pembedahan atau di area abdomen yang terdapat adanya bekas luka operasi.

2. Eliminasi

Adanya efek dari anastesi pada saat tindakan operasi ini membuat BAB tertunda selama 2-3 hari setelah persalinan dan untuk BAK biasanya akan mengalami kesulitan sesudah pemasangan kateter.

3. Nutrisi dan cairan

Setelah 6 jam pasca pembedahan maka ibu diberikan minum sedikit demi sedikit, klien dapat makan makanan yang lunak atau biasa pada hari pertama.

4. Mobilisasi

Ibu dengan post operasi sectio caesarea sudah disarankan mobilisasi dini dengan dapat menggerakkan kaki, tangan serta tubuhnya, kemudian dapat duduk pada jam ke 8-12 dan dapat berjalan setelah 24 jam pasca operasi.

5. Personal Hygiene

Kebersihan diri ibu akan mengurangi sumber infeksi, member rasa nyaman, kebersihan yang harus dilakukan untuk menjaga kebersihan yaitu mandi, perawatan luka post operasi, perawatan gigi dan mulut, ibu post operasi sectio caesarea akan terbatas melakukan kebersihan diri.

6. Istirahat dan tidur

Ibu dengan post operasi sectio caesarea di sarankan istirahat yang cukup.

7. Seksual dan Reproduksi

Pada ibu post operasi sectio caesarea hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika lochea sudah berhenti kurang lebih 40 haru setelah persalinan dan ibu dengan post sectio caesare dapat hamil kembali dengan jarak kurang lebih 2 tahun.

C. Konsep Dasar *Post partum*

1. Pengertian

Post partum atau masa nifas (puerperium) merupakan masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu atau 42 hari. *Post partum* adalah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ – organ reproduksi sampai kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Wijaya., et al., 2023).

Post partum atau periode pasca melahirkan merupakan masa transisi bagi ibu di masa terjadinya banyak perubahan baik secara fisik, psikologis, emosional, maupun social. Periode ini terjadi setelah persalina sampai 6 minggu setelahnya masa nifas merupakan masa yang sangat memerlukan perhatian dan pemantauan khusus. Karena periode ini merupakan periode esensial, sehingga sangat membutuhkan bantuan dan motivasi serta asuhan yang tepat dari tenaga kesehatan (Pasaribu & dkk, 2023).

Dari kedua pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *post partum* adalah masa sesudah persalinan yaitu setelah pengeluaran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu atau 42 hari. Pada masa ini ibu akan mengalami banyak perubahan baik dari segi fisik maupun psikologis yang merupakan perubahan fisiologis

2. Tahapan *Post partum*

Menurut Wijaya., et al., (2023) ada beberapa tahapan pada masa nifas antara lain sebagai berikut:

a. Periode *Immediate Post partum* (Setelah plasenta lahir-24 jam)

Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan *post partum* karena atonia uteri. Oleh karena itu, perlu melakukan pemantauan terhadap kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

b. Periode *Early Post partum* (>24 Jam-1 Minggu)

Pada masa ini harus memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada pendarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Periode *Late Post partum* (>1 Minggu-6 Minggu)

Pada tahap ini harus tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

- d. *Remote Puerperium* adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau persalinan memiliki penyulit atau komplikasi.

3. Perubahan Fisiologis Pada Ibu *Post partum*

Menurut Wijaya., et al.,(2023) pada masa nifas, ibu mengalami perubahan pada berbagai sistem organ di tubuhnya. Adapun perubahan fisiologis pada ibu nifas yaitu sebagai berikut:

a. Sistem Reproduksi

1) Involusi Uterus

Terjadi kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi keluar. Hal ini disebabkan karena iskemia pada lokasi perlekatan plasenta sehingga jaringan perlekatan antara plasenta dan dinding uterus mengalami nekrosis dan lepas. Ukuran uterus mulai mengecil kembali sampai keadaan sebelum hamil.

Tabel 2.2 Involusi Uteri

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Ari lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	Pertengahan pusat dan <i>symphysis</i>	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

Sumber (Savita 2022)

Menurut Savita (2022) proses terjadinya involusi uterus yaitu:

2) *Iskemia myometrium*

Setelah plasenta dikeluarkan, rahim berkontraksi dan retraksi terus menerus, menyebabkan rahim menjadi anemia dan serat otot menjadi *atrofi*.

3) *Atrofi jaringan*

Reaksi terhadap *atrofi* jaringan menyebabkan hormon estrogen dihentikan selama pelepasan plasenta.

4) *Autolysis*

Penurunan estrogen dan progesteron menginduksi enzim proteolitik untuk memperpendek otot rahim yang rileks, sehingga menghasilkan ukuran yang 10 kali lebih panjang dan 5 kali lebih lebar dari sebelum hamil.

5) Efek oksitosin

Oksitosin dapat digunakan untuk menurunkan tempat implantasi dan mengurangi perdarahan karena menyebabkan otot-otot rahim berkontraksi dan menarik kembali, memberi tekanan pada pembuluh darah dan mengurangi aliran darah ke rahim.

6) *Lochea*

Menurut Yanti et al (2025) Lochea yaitu cairan nifas yang keluar dari rahim setelah melahirkan, terdiri dari darah, lender, dan jaringan sisa plasenta. Lochea dibedakan menjadi beberapa jenis berdasarkan jenis dan waktu yaitu sebagai berikut:

a) *Lochea Rubra*

Berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidu, verniks kaseosa, lanugo, meconium. Lochea ini keluar dari hari ke 1-4 hari masa *post partum*.

b) *Lochea Sanguinolenta*

Berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Lochea ini keluar dari hari ke 4-7 hari masa *post partum*.

c) *Lochea Serosa*

Berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit. Lochea ini keluar dari hari ke 7-14 hari masa *post partum*.

d) *Lochea Alba*

Berwarna putih terdiri dari atas leukosit dan sel-sel desidua. Lochea ini keluar dari hari ke 14 hari-2 minggu berikutnya.

e) Perubahan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugue dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali,

sementara labia menjadi lebih menonjol (Hamdayani et al., 2023).

f) Perubahan Perineum

Setelah melahirkan perineum menjadi kendur, karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada *post partum* hari ke-5, perineum sudahh mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hami (Hamdayani et al., 2023).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh (Hamdayani et al., 2023).

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama, penyebab dari keadaan ini yaitu terdapat *spasme sfinkter* dan edema leher kandung kemih setelah mengalami tekanan antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon esterogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut *diuresis* (Hamdayani et al., 2023).

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. *Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia* yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan (Hamdayani et al., 2023).

e. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, *shunt* akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita *vitum cordia*. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya *hemokonsentrasi* sehingga volume darah kembali seperti semula. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ke 3-5 hari *post partum* (Hamdayani et al., 2023).

f. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Menurut Hamdayani et al (2023) Pada masa nifas, tanda-tanda vital harus dikaji antara lain:

- 1) Suhu badan, dalam 1 hari (24 jam) *post partum* suhu badan akan naik (37,50 – 38,0 °C) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu

badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi *endometrium*.

- 2) Nadi, denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80x/menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau pendarahan *post partum*.
- 3) Tekanan darah, tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada pendarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *post partum* menandakan terjadinya preeclampsia *post partum*.
- 4) Pernafasan, keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu, nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran pernafasan. Bila pernafasan pada masa *post partum* menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

4. Perubahan Psikologis Ibu *Post partum*

Perubahan psikologi sebenarnya sudah terjadi pada saat kehamilan menjelang persalinan. Pada ibu baru (*primipara*) menjadi orang tua merupakan pengalaman tersendiri dan dapat menimbulkan stress apabila tidak ditangani dengan segera. Perubahan peran dari wanita biasa menjadi seorang ibu memerlukan adaptasi sehingga ibu bisa melakukan perannya dengan baik. Perubahan hormonal yang sangat cepat setelah proses melahirkan juga ikut mempengaruhi keadaan emosi dan proses adaptasi ibu

pada masa nifas. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain adalah sebagai berikut (Hamdayani et al., 2023):

a. *Fase Taking In*

Fase ini merupakan tahap awal ketergantungan yang biasanya berlangsung dari hari pertama hingga hari kedua paska persalinan. Pada periode ini, ibu lebih fokus pada dirinya sendiri tampak kurang responsif terhadap lingkungan sekitar. Rasa tidak nyaman yang dialami ibu umumnya disebabkan oleh proses persalinan yang baru saja dilewati. Beberapa keluhan umum yang dialami ibu meliputi rasa sakit pada area jalan lahir, kontraksi, kelelahan dan kurang tidur. Oleh sebab itu, pada fase ini sangat penting bagi ibu untuk mendapatkan istirahat yang cukup, nutrisi yang seimbang, serta dukungan komunikasi yang baik. Apabila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan secara psikologis, seperti perasaan kecewa terhadap bayinya, ketidaknyamanan akibat perubahan fisik, perasaan bersalah karena belum mampu menyusui, sehingga dapat menimbulkan tekanan emosional akibat komentar atau penilaian dari suami maupun anggota keluarga mengenai cara ibu merawatnya.

b. *Fase Taking Hold*

Fase ini merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya.

c. Fase *Letting Go*

Pada fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap diri dan bayinya semakin meningkat, rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya, kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan ibu untuk menjaga kondisinya.

5. Patofisiologi

Pada kasus *post partum* akan terjadi perubahan fisiologis dan psikologis. Pada perubahan fisiologis terjadi proses involusi yang menyebabkan terjadinya peningkatan kadar oksitosin, peningkatan kontraksi uterus sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut, dan perubahan pada vagina dan perineum terjadi ruptur jaringan terjadi trauma mekanisme, personal hygiene yang kurang baik, pembuluh darah rusak sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi. Perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara. Laktasi dipengaruhi hormon estrogen dan peningkatan prolactin, sehingga terjadi pembentukan ASI, tetapi kadang terjadi juga aliran darah di payudara berurai dari uterus (involusi dan retensi darah dari dipembuuh payudara maka akan terjadi

bengkak dan penyempitan pada *duktus intiverus*, sehingga ASI tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif (Chauhan & Tadi, 2022).

6. Kebutuhan Masa Post partum

Pemenuhan kebutuhan dasar selama masa nifas menjadi sangat penting untuk memastikan pemulihan yang optimal, mencegah komplikasi, dan mendukung kesejahteraan ibu dan bayi. Dalam konteks ini, terdapat beberapa aspek utama kebutuhan yang perlu diperhatikan menurut (Winarningsih & Dkk, 2024) :

a. Gizi

Nutrisi yang adekuat dan seimbang sangat penting untuk mendukung pemulihan jaringan, mempercepat penyembuhan luka, dan memastikan produksi ASI yang optimal. Kebutuhan kalori, protei, vitamin, dan mineral, tertentu meningkat selamamasa nifas.

b. Mobilisasi Dini

Gerakan dan aktivitas fisik yang tepat dan bertahap dapat mempercepat pemulihan, meningkatkan sirkulasi darah, mencegah komplikasi seperti thrombosis vena dalam, dan membantu pengembalian fungsi organ-organ tubuh.

c. Eliminasi

Fungsi sistem pencernaan dan perkemihan dapat mengalami perubahan pasca melahirkan. Pemantauan dan penanganan yang tepat

terhadap pola BAB dan BAK penting untuk mencegah komplikasi dan ketidaknyamanan.

d. *Personal Hygiene*

Menjaga kebersihan diri selama masa nifas tidak hanya meningkatkan kenyamanan ibu, tetapi juga berperan penting dalam mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka perineum atau luka operasi.

e. *Istirahat dan Tidur*

Kualitas dan kuantitas istirahat yang cukup sangat penting untuk memulihkan fisik, produksi ASI yang optimal dan kesejahteraan mental ibu. Namun, hal ini sering menjadi tantangan dengan adanya tuntutan perawatan bayi baru lahir.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan metode pengorganisasian yang sistematis, dalam melakukan asuhankeperawatan pada individu, kelompok dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Komponen asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Sartika, 2023).

1. Pengkajian Keperawatan

a. *Identitas*

- 1) Identitas klien berisi tentang : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, suku/bangsa, status perkawinan, no

register, diagnose medis, tanggal masuk rs, tanganggal pengkajian, tanggal persalinan (Rosnani, 2022)

- 2) Identitas penanggung jawab terdiri dari: nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien (Rosnani, 2022)

b. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan Utama

Keluhan yang menonjol pada saat dikaji, kemungkinan klien akan merasa nyeri di area operasi

- 2) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan utama saat masuk rumah sakit faktor – faktor yang mungkin mempengaruhi yang berkaitan dengan diagnosa saat ini. Kaji apakah ada mual, muntah, pusing, edema dan nyeri. Kemudian setelah semua data telah didapatkan maka harus disusun secara sistematis (P,Q,R,S,T) dengan keterangan :

P : (*Paliatif / Provokativ*), apakah nyeri berkurang apabila istirahat, apakah nyeri bertambah apabila beraktivitas

Q : (*Qualitas-Quantitas*), kualitas keluhan yang dirasakan klien. Pada klien post operasi keluhan yang dirasakan nyeri pada luka post op *sectio caesarea*

R : (*Region/Radiates*), daerah mana yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran ke daerah lain. Pada klienn post op sc keluhan yang dirasakan nyeri pada bagian abdomen bawah

S : (*Skala*), intensitas nyeri yang diaskan pada klien post sc dari reting (0-10) dengan keteangan : tidak nyeri (0), nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), nyeri berat (7-10).

T (*Time*). kapan mulai timbul nyeri, biasanya kadang- kadang, terus menerus, bahkan berapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul atau konstan.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji apakah klien memiliki riwayat pembedahan sebelumnya ataupun riwayat penyakit sebelumnya

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dalam keluarga pasien mungkin ditemukan adanya penyakit yang sama dengan penyakit menular atau turun temurun dalam keluarganya.

5) Riwayat Obstetrik dan Ginekologi

a) Riwayat Ginekologi

Mengkaji riwayat menstruasi seperti: *menarche*, teratur/tidak, siklus, lamanya, sifat darah, dismonorrhoe. Kaji status perkawinan dan kaji riwayat kontrasepsi atau riwayat keluarga berencana (Rosnani, 2022).

b) Riwayat Obstetri

Mengkaji riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu. Kaji riwayat kehamilan, persalinan, nifas sekarang (Rosnani, 2022).

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Umumnya pada klien dengan post operasi tidak dijumpai dengan penurunan kesadaran, kemungkinan ditemui klien tampak meringis, gelisah karena nyeri serta penampilan biasanya lemaah.

2) Tanda – Tanda Vital

a) Tekanan Darah

Setelah proses persalinan tekanan darah dapat sedikit lebih rendah namun tidak sampai hipotensi, kemudian akan kembali normal. Pada ibu post SC umumnya akan memiliki tekanan darah normal namun tergantung kondisi ibu sebelum persalinan karena jika ibu memiliki riwayat hipertensi pada kehamilan (preeklampsia) tekanan darah kemungkinan masih berada diatas normal (Kusuma, 2022).

b) Suhu

Pada ibu dengan *post partum* SC mungkin suhu tubuh akan turun, karena ada gangguan termoregulator akibat efek obat anastesi spinal (Sayuti, 2021).

c) Nadi

Denyut nadi pada ibu post SC kemungkinan akan lebih cepat karena disebabkan oleh proses persalinan yang meningkatkan curah jantung (Wijaya., et al., 2023)

d) Respirasi

Menilai fungsi pernapasan dan mendeteksi tanda – tanda gangguan respirasi

e) Saturasi

Menilai kadar oksigen dalam darah dengan menggunakan pulse oximeter

f) Pemeriksaan TB, BB sebelum hamil dan BB sekarang

3) Pemeriksaan *Head To Toe*

a) Kepala

Inspeksi apakah simetris atau tidak, apakah ada benjolan atau tidak, apakah ada nyeri tekan atau tidak. Kaji warna rambut, keadaan rambut, dan kebersihannya.

b) Wajah

(1) Mata

Mengkaji kesimetrisan antara mata sebelah kanan dan kiri, fungsi penglihatan, konjuntiva apakah anemis atau tidak, sclera apakah ikterik atau tidak, dan bentuk pupil saat dirangsang cahaya, apakah ada edema periorbital atau tidak.

(2) Hidung

Mengkaji kesimetrisan lubang hidung, fungsi penciuman, terdapat polif atau tidak, bagaimana kebersihannya, terdapat nyeri atau tidak, terdapat sumbatan atau secret atau tidak.

(3) Telinga

Mengkaji kesimetrisan antara telinga kanan dan kiri, fungsi pendengaran serta kebersihannya apakah ada serumen atau tidak.

(4) Mulut dan gigi

Inspeksi kelembapan mulut dan keadaan gigi, lalu lihat gigi berlubang atau tidak karena jika berlubang dapat menjadi pintu masuk mikroorganisme dan bisa beredar secara sistemik selain itu mulut dapat menjadi kering dan bau.

c) Leher

Inspeksi warna kulit, bentuk leher, lalu palpasi apakah ada pembesaran tyroid, kelenjar getah bening dan peningkatan vena jugularis (JVP).

d) Dada

Mengkaji kesimetrisan dada kiri dan kanan, kebersihan dada, lihat perkembangan dada dan kaji apakah ada nyeri tekan atau tidak.

(1) Jantung

Auskultasi bunyi jantung S1 S2 (Lup/dup/ Mur-mur) ada bunyi tambahan atau tidak, kaji bunyi jantung, irama dan nadi.

(2) Paru-paru

Mengkaji irama nafas, bunyi nafas, frekuensi nafas, biasanya pada ibu post operasi sectio casarea dengan tidak adanya

penyakit penyerta akan ditemukan bunyi paru jelas dan vesikuler.

(3) Payudara

Mengkaji keadaan payudara, apakah ada pembengkakan atau tidak, bentuk hiperpigmentasi aerola, keadaan puting susu menonjol atau terbenam dan kesimetrisan bentuk payudara serta pengeluaran ASI.

e) Abdomen

Kaji kebersihannya, adakah striae livide dan linea nigra. Kaji luka operasi, tanda-tanda infeksi pada luka seperti terdapat bengkak serta kemerahan dan nyeri tekan pada luka Post SC, mengkaji TFU, kaji apakah ada bunyu timpani atau tidak.

f) Genitalia

Kaji apakah ada kelainan, pembengkakan atau lesi di area sekitar, lihat kebersihan vulva, lalu cek pengeluaran *lochea* pada hari ke-1 biasanya terdapat lochea rubra, banyaknya keluar dan bau nya seperti apa, lalu cek apakah terpasang kateterisasi atau tidak.

g) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Kaji kesimetrisan tangan, ujung jari sianosis atau tidak, kaji adanya edema, biasanya terpasang infus sehingga adanya keterbatasan gerak, kekuatan otot menurun masih bisa digerakan namun terbatas, kaji refleks bisep, trisep

(2) Ekstremitas bawah

Kaji kesimetrisan kaki, ada atau tidaknya edema pada area kaki, biasanya keterbatasan gerak atau enggan gerak karena masih terasa sakit akibat luka post operasi *sectio caesarea*, kekuatan otot menurun masih bisa digerakan namun terbatas, kaji refleks patella dan human sign.

d. Pola aktivitas sehari-hari (ADL)

- 1) Nutrisi, kaji terhadap frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya. Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam baru diberikan makanan lunak.
- 2) Eliminasi BAB dan BAK, kaji meliputi beberapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan post *sectio caesarea* untuk BAK mendapatkan perawatan kateter urin.
- 3) Istirahat tidur, pada klien dengan post *sectio caesarea* pada hari pertama mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya kateter urin. Kaji meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak.

- 4) Personal hygiene, pada klien dengan post *sectio caesarea* pada hari pertama dan sebelum kateter dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dimandikan.
- 5) Aktivitas, pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan.

e. Aspek Psikologis, Sosial, dan Spiritual

- 1) Pada Klien hari ke 1 biasanya klien mengalami fase taking in, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari 1-2 hari pasca melahirkan.
- 2) Klien dengan post *section caesarea* kaji terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.
- 3) Dikaji bagaimana klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang di anut, bagaimana aktivitas keagamaannya klien selama perawatan di rumah sakit.

f. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik 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 diketahui waktu pembekuan darah.

g. Analisa Data

Tabel 2.3

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala tanda mayor Subjektif 1) Mengeluh nyeri Objektif 1) Tampak meringis 2) Bersikap protraktif (mis. Waspada, menghindari nyeri) 3) Frekuensi nadi meningkat 4) Sulit tidur Gejala tanda minor Subjektif - Objektif 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berfikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri Diaphoresis	<i>Sectio caesarea</i> adalah tindakan insisi jaringan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang reseptor nyeri untuk kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri	Nyeri akut
2	Gejala tanda mayor Subjektif Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas	Adanya luka post op <i>sectio caesarea</i> yang merangsang saraf sensorik sehingga	Gangguan mobilitas fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
	Objektif 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentan gerak (ROM) menurun Gejala tanda minor Subjektif 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak Objektif 1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas Fisik lemah 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2) Nyeri saat bergerak 3) Enggan melakukan pergerakan 4) Merasa cemas saat bergerak DO : 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah	menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas dan menyebabkan gangguan mobilitas fisik	
3	Faktor Resiko 1) Penyakit kronis 2) Efek prosedur invasive 3) Malnutrisi 4) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan 5) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer 6) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	Luka post op <i>sectio caesarea</i> menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadi invasi bakteri yang menimbulkan resiko infeksi	Resiko infeksi
4	Gejala tanda mayor Subjektif 1) Kelelahan maternal 2) Kecemasan maternal	Tindakan <i>sectio caesarea</i> ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitoksin dan	Menyusui tidak efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
	Objektif 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2) Asi tidak mentes/memancar 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4) Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Gejala tanda minor Subjektif - Objektif 1) Itake bayi tidak adekuat 2) Bayi menghisap tidak terus menerus 3) Bayi menangis saat disusui	prolaktin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga asi tidak keluar dan terjadi Menyusui tidak efektif	
5	Gejala tanda mayor Subjektif 1) Menolak melakukan perawatan diri Objektif 1) Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ketolilet/berhias secara mandiri 2) Minat elakukan perawatan diri kurang Gejala tanda minor Subjektif - Objektif -	Adanya luka post op sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga aktivitas pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet dan menyebabkan defisit perawatan diri	Defisit Perawatan Diri
6	Gejala tanda mayor Subjektif 1) Mengeluh sulit tidur 2) Mengeluh sering terjaga 3) Mengeluh tidak puas tidur 4) Mengeluh pola tidur berubah 5) Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif - Gejala tanda minor	Proses penyakit yang terjadi, seperti nyeri luka diarea operasi. Nyeri ini menyebabkan individu sering terbangun, karena rasa kurang nyaman. Hal ini menyebabkan waktu tidur tidak terpenuhi secara optimal dan akhirnya menimbulkan gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur

No	Data	Etiologi	Masalah
	Subjektif 1) Mengeluh kemampuan beraktifitas menurun Objektif -		
7	Gejala Tanda Mayor Subjektif - Objektif 1) Pengisian kapiler >3 detik 2) Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3) Akral teraba dingin 4) Warna kulit pucat 5) Turgor kulit menurun Gejala dan tanda Minor Subjektif 1) Parstesia 2) Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) Objektif 1) Edema 2) Penyembuhan luka lambat 3) Indeks ankle-brachial <0.90 4) Bruit femoral	Terjadinya peningkatan tekanan darah yang disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah perifer yang mempengaruhi sirkulasi darah ke seluruh tubuh	Perfusi jaringan perifer tidak efektif

Sumber: SDKI 2017

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons 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 :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- 3) Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif
- 4) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
- 5) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri
- 6) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- 7) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

3. Proses Keperawatan

Tabel 2.4
Perencanaan Keperawatan

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

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: 1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3) Fasilitasi istirahat tidur 4) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan	6) Untuk mengetahui adakah gangguan yang disebabkan oleh nyeri 7) Untuk melihat efek samping analgetik Terapeutik 1) Untuk mengurangi rasa nyeri 2) Untuk menghindari atau menurunkan tingkat nyeri 3) Agar kebutuhan tidur terpenuhi 4) Agar strategi meredakan nyeri

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			strategi meredakan nyeri Edukasi: 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Ajarkan teknik nonfarmakologi Kolaborasi: 4) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	sesuai dengan kondisi pasien Edukasi 1) Agar pasien mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri 2) Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri 3) Agar pasien dapat menurunkan rasa nyeri dengan teknik nonfarmakologis Kolaborasi 4) Untuk menghilangkan rasa nyeri
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:	Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Observasi:	Observasi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
		1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Nyeri menurun 4) Kaku sendi menurun 5) Gerakan terbatas menurun	1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobolisasi Terapeutik: 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu	1) Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik yang mengganggu 2) Untuk mengetahui adanya toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3) Untuk mengetahui frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Terapeutik 1) Agar pasien terbantu saat melakukan mobilisasi 2) Agar sendi-sendi tidak kaku

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 1) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)	3) Agar keluarga dapat membantu pasien dalam melakukan mobilisasi Edukasi 1) Agar pasien tahu tujuan dan prosedur dari dilakukannya mobilisasi 2) Agar mobilisasi dilakukan sesuai kondisi pasien 3) Agar pasien bisa melakukan pergerakan sedikit-sedikit
3	Resiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:	Pencegahan infeksi (l. 14539)	

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
		1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah putih membaik	Observasi: 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2) Monitor karakteristik luka Terapeutik: 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Berikan perawatan kulit pada daerah edema 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi	Observasi 1) Untuk mengetahui ada tidaknya infeksi yang terjadi 2) Untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi Terapeutik 1) Untuk meningkatkan kenyamanan klien 2) Agar luka terawat 3) Untuk menghindari terjadinya infeksi 4) Agar tidak terjadi infeksi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			Edukasi: 1) jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 3) Ajarkan etika batuk 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5) Ajurkan meningkatkan asupan nutrisi 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan	Edukasi 1) Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi 2) Untuk menghindari infeksi 3) Untuk menghindari infeksi 4) Agar pasien tahu cara memeriksa kondisi luka 5) Untuk menunjang kesehatan 6) Untuk menunjang kesembuhan
4	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status	Edukasi menyusui (I. 12393) Observasi:	Observasi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
	ketidakadekuatan suplai ASI	menyusui membaik dengan kriteria hasil: 1) Tetesan/pancaran ASI meningkat 2) Suplai ASI adekuat meningkat 3) Intake bayi meningkat 4) Hisapan bayi meningkat	1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 1) Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan Pendidikan kesehatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5) Libatkan sistem pendukung, suami,	1) Untuk mengetahui kesiapan pasien 2) Agar mengetahui keinginan pasien terhadap menyusui bayinya Terapeutik 1) Untuk menunjang saat pelaksanaan Pendidikan kesehatan 2) Agar pasien siap saat diberikan Pendidikan kesehatan 3) Agar pasien bisa bertanya 4) Agar pasien semangat untuk menyusui bayinya 5) Agar pasien merasa lebih percaya diri

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			keluarga, tenaga kesehatan Edukasi: 1) Berikan konseling menyusui 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu 3) Ajarkan 4 posisi menyusui 4) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat oksitosin, pijat payudara)	untuk menyusui bayinya Edukasi 1) Agar pasien paham mengenai menyusui 2) Agar pasien mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3) Agar pasien tahu posisi menyusui yang baik dan benar 4) Agar produksi ASI meningkat
5	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:	Dukungan Perawatan Diri (I.11348)	

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
		1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan menggerakkan pakaian meningkat 3) Kemampuan makan meningkat 4) Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	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: 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik 2) Siapkan keperluan pribadi 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri	Observasi: 1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas sesuai usia pasien 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu Terapeutik 1) Agar pasien merasakan nyaman 2) Untuk menunjang dalam perawatan diri pasien 3) Agar pasien terbantu

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi: 1) Ajarkan melakukan diri secara konsisten sesuai kemampuan	4) Agar pasien memahami keadaan ketergantungannya 5) Agar kebersihan diri terjaga Edukasi Agar perawatan diri terjadwal
6	Gangguan pola tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan sering terjaga menurun 3) Keluhan tidak puas tidur menurun 4) Keluhan pola tidur berubah menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi: 1) Identifikasi pola aktifitas dan tidur 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur	Observasi: 1) Untuk mengetahui identifikasi pola aktifitas dan tidur 2) Untuk mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3) Untuk mengidentifikasi makanan dan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
		5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6) Kemampuan beraktivitas meningkat	(mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4) Identitas obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik: 1) Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, gangguan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2) Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4) Tetapkan jadwal tidur rutin	minuman yang mengganggu tidur 4) Untuk mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik: 1) Untuk memodifikasi lingkungan agar pasien nyaman 2) Untuk meningkatkan kenyamanan pasien 3) Agar pasien tidur dengan cepat 4) Untuk melatih agar tidur terjadwal

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga	5) Untuk meningkatkan kenyamanan pasien 6) Agar pasien tidur dan tidak terganggu oleh nyeri yang dirasakan
7	Perfusi perifer tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kekuatan nadi perifer meningkat 2) Akral membaik 3) Turgor kulit membaik 4) Tekanan darah sistolik membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, suhu) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (e.g., diabetes, hipertensi)	Observasi 1) Untuk mengetahui sirkulasi perifer 2) Mengetahui faktor risiko gangguan sirkulasi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
		5) Tekanan darah diastolic membaik	3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 1) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3) Lakukan pencegahan infeksi 4) Lakukan perawatan kaki dan kuku Edukasi 1) Anjurkan berhenti merokok	3) Mengetahui panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Terapeutik 1) Menghindari area yang cedera. 2) Agar perfusi bisa berkurang dan tidak bertambah. 3) Agar pasien tidak infeksi secara berkelanjutan. 4) Agar perfusi klien terjaga. Edukasi 1) Agar kesehatan klien terjaga.

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			2) Anjurkan berolahraga rutin 3) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol 4) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 5) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 6) Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi 7) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan	2) Menambah sehat pada tubuh klien. 3) Untuk mengurangi tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol 4) Agar tekanan darah menjadi teratur 5) Agar kulit klien bagus 6) Agar tekanan darah dan berat badan terjaga 7) Agar kondisi pasien terpanta

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Pada tahap ini, perawat melakukan tindakan keperawatan yang bersifat mandiri, kolaboratif, atau delegatif untuk mencapai tujuan kesehatan pasien (Potter et al., 2021).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan dari klien dan menilai sejauh mana masalah klien dapat diatasi. Di samping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat dimodifikasikan perencanaan (Potter et al., 2021).

Ada dua jenis evaluasi yaitu sebagai berikut:

- a. Evaluasi formatif, evaluasi yang merupakan hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon klien segera pada saat dan setelah intervensi keperawatan dilaksanakan dimana evaluasi ini dapat dilakukan secara spontan dan memberi kesan apa yang terjadi pada saat itu.
- b. Evaluasi somatif, yaitu evaluasi yang merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan pada tujuan keperawatan

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama	: Ny. C
Umur / Tgl Lahir	: 28 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp. Ciruluk Rt.01 Rw.05
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
No. RM	: 01446708
Diagnose Medis	: P2 A0 Partus Prematurus dengan <i>Sectio caesarea</i> Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB)
Tanggal Masuk	: 22 April 2025 Pukul 10.25 WIB
Tanggal Persalinan	: 23 April 2025 Pukul 07.30 WIB
Tanggal Pengkajian	: 23 April 2025 Pukul 14.15 WIB

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A
 Umur : 30 Tahun
 Jenis Kelamin : Laki – Laki
 Pekerjaan : Buruh
 Alamat : Kp. Ciruluk Rt.01 Rw.05
 Hubungan Dengan Klien : Suami
 No. telepon : 081395218357

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada area luka Post SC di perut bagian bawah

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 23 April 2025 pukul 14.15 WIB diruang Jade di RSUD dr Slamet, klien mengatakan nyeri pada luka operasi di abdomen bagian bawah, nyeri dirasakan apabila klien bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak, nyeri seperti di sayat-sayat, nyeri hanya dirasakan dibagian abdomen yang terdapat luka *sectio caesarea* (SC) dengan skala nyeri 7 (0 – 10), nyeri dirasakan hilang timbul dan klien tampak meringis.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien menyatakan bahwa sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit karena riwayat SC pada 12 tahun yang lalu pada anak pertama karena letak sungsang, klien juga mengatakan mempunyai riwayat asma dari kecil sampai sekarang, dan klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi pada awal kehamilan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan anggota keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit hipertensi yaitu ibu dari klien, klien juga mengatakan dikeluarganya ada yang memiliki riwayat penyakit asma yaitu kakek buyutnya. Klien juga mengatakan tidak ada yang mempunyai penyakit menular. Selain itu, tidak ada anggota keluarganya yang memiliki riwayat melahirkan secara *sectio caesarea*.

c. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

1) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Mestruasi

<i>Menarche</i>	: 12 Tahun
Lama	: 5-6 Hari
Siklus	: 28 Hari
Banyaknya	: 3-4 klai ganti pembalut
Sifat Darah	: Warna merah pekat, bau khas, cair
Teratur/Tidak	: Teratur
HPHT	: 25 Agustus 2024

TP : 1 Juni 2025

b) Riwayat Perkawinan

Pernikahan Yang Ke : 1

Usia Suami : 30 Tahun

Usia Istri : 28 Tahun

Lama Pernikahan : 13 Tahun

c) Riwayat Kehamilan dan Persalinan Lalu

Tabel 3. 1

Riwayat Kehamilan Dan Persalinan Yang Lalu

No	Tahun	Persalinan	Penolong	Bb lahir	JK	Usia	Keadaan
1	2013	SC	Dokter	3.200	L	9 bulan	Sehat

d) Riwayat KB

Klien mengatakan pada awal pernikahan klien tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun karena klien sedang merencanakan memiliki anak, setelah melahirkan anak pertama klien menggunakan KB IUD. Setelah melahirkan anak ke 2 klien berencana menggunakan KB IUD. Klien mengatakan jumlah anak yang diinginkan cukup 3 anak.

e) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan G2P1A0, usia kehamilan 8 bulan, berat badan sebelum hamil 67 kg, berat badan saat hamil 80 kg. Klien mengalami kenaikan berat badan selama hamil 13 kg, dengan

tinggi badan 157cm. Saat hamil trimester I-II klien mengeluh mual, dan pusing, pada trimester ke III klien tidak ada keluhan dan klien mengatakan rutin memeriksa kehamilannya setiap bulan ke bidan.

f) Riwayat Persalinan Sekarang

Pada tanggal 23 April 2025, klien menjalani operasi *section caesarea*. Bayi yang lahir berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan bayi 2.500 gram, dan panjang badan 44cm. Sejak lahir klien belum memberikan ASI kepada bayinya karena bayi dirawat di ruang perinatologi dan di ibu ruang nifas.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran	: Compos Mentis
GCS	: 15 (E=4, V=5, M=6)
Keadaan	: Lemah
BB Saat Hamil	: 80 kg
BB Sebelum Hamil	: 67 kg
Tinggi Badan	: 157 cm

2) Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah	: 150/80 mmHg
Nadi	: 119x/menit
Respirasi	: 20x/menit

Suhu : 36,2°c

SPO2 : 97%

3) Pemeriksaan *Head To Toe*

a) Kepala

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

b) Wajah

Muka tampak pucat, ekspresi wajah tampak meringis, tidak ada edema dan tidak ada nyeri tekan.

(1) Mata

Kedua mata klien simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, mata klien sayu, bola mata dapat digerakan ke segala arah, reflek pupil merespon terhadap cahaya terbukti ketika mata klien diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, dapat melihat objek yang jauh dan dekat atau melihat kondisi di sekitar, keadaan mata bersih tidak ada kotoran, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan.

(2) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, tidak ada secret, keadaan hidung bersih, dapat membedakan bau,

tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak ada nyeri tekan.

(3) Telinga

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

(4) Mulut dan Gigi

Mukosa bibir merah muda dan lembab, gigi tampak bersih, tidak ada karang gigi, tidak memakai gigi palsu, dapat menelan dan mengunyah, tidak ada gigi yang berlubang (*caries*).

c) Leher

Terdapat keringat, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan KGB, tidak ada peningkatan JVP, dapat menelan, tidak ada nyeri tekan.

d) Dada

Pengembangan dada simetris antara kanan dan kiri, keadaan dada bersih, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan.

(1) Paru – Paru

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

(2) Jantung

Bunyi jantung S1 dan S2 (lup dup), irama jantung regular, tidak ada cyanosis, tekanan darah 150/80 mmHg, nadi

119x/menit.

(3) Payudara

Bentuk payudara simetris antara kanan dan kiri, puting menonjol, payudara tampak bersih, areola berwarna hitam, tidak ada benjolan, ASI belum keluar, tidak ada nyeri tekan, payudara teraba lembek, bayi tidak rawat gabung

e) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat *linea nigra*, tidak terdapat striae, terdapat luka operasi dengan panjang ± 10 cm vertikal, luka tertutup perban, tidak ada rembesan darah atau cairan, Bising usus 6 x/menit, terdapat nyeri tekan pada abdomen, TFU sejajar pusat, tidak tampak distensi kandung kemih, uterus teraba keras, tidak ada suara timpani.

f) Genetalia dan anus

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

g) Ekstremitas

(1) Ekstremitas Atas

Tangan simetris antara kanan dan kiri, pergerakan tangan bebas, tidak ada edema, keadaan kuku bersih dan pendek,

tugor kulit baik, CRT < 2 detik, tidak ada nyeri tekan,
tangan kanan terpasang infus dengan cairan RL 20 tpm.

Kekuatan otot 5/5

(2) Ekstremitas Bawah

Kaki simetris antara kanan dan kiri , pergerakan terbatas,
terdapat edema dikedua kaki, pergerakan terbatas, tugor
kulit menurun, CRT >3 detik, tidak ada nyeri tekan, tidak
ada varises. Kekuatan otot 4/4 masih bisa digerakan namun
terbatas, rentang gerak (ROM) menurun, human sign
(-),refleks patella ++/++.

$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$$

e. Pola Aktivitas Sehari-Hari

Tabel 3.2

Pola Aktivitas Sehari-Hari

NO	Jenis Aktivitas	Di rumah	Di rumah sakit
1	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x/hari	Belum diberi makan
	Jenis	Nasi+lauk pauk	
	Porsi	1 porsi	
	Cara	Mandiri	
	Keluhan	Tidak ada keluhan	
	b. Minum		
	Jenis	Air Putih	Air putih
	Frekuensi	7-8gelas/hari	Sedikit-sedikit
	Cara	Mandiri	Dibantu
	Keluhan	Tidak ada keluhan	

2	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Jumlah Warna Bau	1x/hari Padat Khas veses Khas veses 5-6x/hari Normal Kuning jernih Khas urin	Belum BAB Terpasang DC 100cc pada urin bag Kuning keruh Khas urin
3	Pola Istirahat a. Tidur Siang Kuantitas Keluhan b. Tidur Malam Kuantitas Keluhan	2 jam Tidak ada 7-8 jam Tidak ada	± 1 jam Tidak ada ± 6 jam Tidak ada
4	Personal Hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti baju e. Cara	2x/hari 2x/hari 1 minggu 3x 2x/hari Mandiri	Di washlap
5	Mobilitas dan aktivitas Yang dilakukan Kesulitan	Bisa beraktivitas Tidak Ada	Kurang Aktivitas Keterbatasan Gerak

f. Konsep Diri

1) Identitas Diri

Klien seorang perempuan berusia 28 tahun, klien beragama islam dan klien sangat senang dengan kelahiran anaknya.

2) Peran Diri

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

3) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin bertemu dengan anaknya, dan berkumpul lagi bersama keluarganya.

4) Harga Diri

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

5) Gambaran Diri

Klien merasakan perubahan dirinya, seperti bertambahnya berat badan, perubahan bentuk tubuh, perubahan lainnya seperti memiliki bekas luka operasi. Namun klien tidak menyalahkan terhadap anaknya.

g. Aspek Psikologis

1) Aktivitas

Klien masih bergantung pada keluarga dan perawat dalam melakukan aktivitasnya pada hari ke 1-2 dan perhatian klien masih tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.

2) Presepsi diri

Klien berharap segera sembuh dan segera pulang ke rumah.

3) Respon ibu terhadap kelahiran bayi

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

4) Respon Keluarga Terhadap Kelahiran Bayi

Keluarga mengatakan bahagia atas kelahiran cucunya, dan bersyukur bayi serta ibunya dalam keadaan selamat dan sehat.

h. Aspek Sosial

Hubungan klien dengan keluarga sangat baik, terbukti klien dapat berkomunikasi dengan lingkungan sekitar.

i. Aspek Kognitif

Klien mengatakan kurang tahu tentang produksi ASI nya yang belum keluar dan nutrisi agar cepat pulih pada luka operasi

j. Aspek Spiritual

Klien seorang muslim, ia selalu berdo'a untuk pemulihan dirinya dan kesehatan bayinya.

k. Aspek Koping

Apabila klien mempunyai masalah, klien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bermusyawarah bersama suamiya dan keluarganya.

1. Data Penunjang

Nama : Ny. C

Tanggal : 21 April 2025

Tabel 3.3
Pemeriksaan Raboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1	Hematologi Tanpa Diff			
	Hemoglobin	12,0	g/dL	13-16
	Leukosit	10,560	/mm ³	3.800-10.600
	Eritrosit	3,50	Juta/mm ³	3.6-5.8
	Hematrokit	34	%	35-47
	Trombosit	321,000	/mm ³	150.000-440.000
2	Urine Protein Makroskopis			
	Warna	Kuning		
	Kejernihan	Jernih		
	Kimia Urine			
	Berat Jenis	1.025		1.002-1.030
	pH	7,5		4.8-7.4
	Leukosit	Negatif		Negatif
	Nitrit	Negatif		Negatif
	Protein	+1 (30 mg/dl)		Negatif
	Glukosa	Negatif		Negatif
	Keton	Negatif		Negatif
	Urobinogen	+1 (1 mg/dl)		Negatif
	Bilirubin	Negatif		Negatif
	Blood urine	Negatif		Negatif

Nama : Ny. C

Tanggal : 22 April 2025

Tabel 3.4

Pemeriksaan Raboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1	HEMATOLOGI			
	Hematologi Tanpa Diff			
	Hemoglobin	11,1	g/dL	13-16
	Lekosit	15,180	/mm ³	3.800-10.600
	Eritrosit	3,87	Juta/mm ³	3,6-5,8
	Hematrokrit	32	%	35-47
	Trombosit	269.000	/mm ³	150.00-440.00

m. Therapy Medis

Tabel 3. 5

Terapi Obat

NO	Nama Obat	Dosis	Cara	Kegunaan
1.	Infus RL	20tpm	IV	Untuk memenuhi kebutuhan cairan.
2.	Cefotaxime	2x1 gr	IV	Untuk mencegah infeksi bakteri
3.	Keterolak	3x30 mg	IV	Untuk meredakan nyeri
4.	Dopamet	3x500 gr	PO	Untuk menurunkan tekanan darah

n. Analisa Data

Tabel 3. 6

Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	DS:	<i>Sectio caesarea</i> adalah tindakan insisi jaringan	Nyeri akut

NO	Data	Etiologi	Masalah
	a. Klien mengatakan nyeri pada area luka operasi post sc di abdomen bagian bawah b. Skala nyeri 7 (0-10) c. Nyeri seperti disayat- sayat d. Nyeri hilang timbul DO: a. Klien tampak meringis b. Terdapat luka post SC $\pm$ 10 cm vertical di abdomen bagian bawah c. Terdapat nyeri tekan pada abdomen d. TTV TD : 150/80 mmHg N : 119x/menit R : 20x/menit	yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang reseptor nyeri untuk kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri	
2	DS: Klien mengatakan nyeri saat bergerak dan enggan melakukan pergerakan DO: a. Klien tampak lemah	Adanya luka post op sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut	Gangguan Mobilitas Fisik

NO	Data	Etiologi	Masalah
	b. Rentang gerak ROM menurun c. Gerakan terbatas d. Kekuatan otot menurun $\begin{array}{r} 5 \ 5 \\ \hline 4 \ 4 \end{array}$	meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas dan menyebabkan gangguan mobilitas fisik	
3	DS: - DO: a. Adanya luka post sc b. Luka tertutup perban $\pm$ 10cm c. Sayatan luka vertikal	Luka post op <i>sectio caesarea</i> menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadi invasi bakteri yang menimbulkan resiko infeksi	Risiko Infeksi
4	DS: Klien mengatakan ASI nya belum keluar DO: a. ASI belum keluar b. Payudara terasa lembek e. Bayi tidak rawat gabung	Tindakan <i>sectio caesarea</i> ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitoksin dan prolaktin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga asi tidak keluar	Resiko menyusui tidak efektif
5	DS: klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi pada awal kehamilan DO: a. Tugor kulit menurun b. CRT >3 detik c. TD: 150/80 mmHg d. N : 119x/menit e. S : 36,2°C f. R: 20x/menit g. Terdapat edema pada ekstermitas bawah	Terjadinya peningkatan tekanan darah yang disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah perifer yang mempengaruhi sirkulasi darah ke seluruh tubuh	Perfusi perifer tidak efektif

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

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

DS:

- 1) Klien mengatakan nyeri pada luka post op SC di abdomen bagian bawah
- 2) Skala nyeri 7 (0-10)
- 3) Nyeri seperti disayat – sayat
- 4) Nyeri hilang timbul

DO:

- 1) Klien tampak meringis
- 2) Terdapat luka post sc pada abdomen bagian bawah
- 3) TTV :

TD : 150/80 mmHg

N : 119x/menit

R : 20x/menit

- b. Gangguan mobilitasi fisik b.d Nyeri ditandai dengan:

DS:

Klien mengatakan nyeri saat bergerak dan enggan melakukan pergerakan

DO:

- 1) Klien tampak lemah
- 2) Rentang gerak ROM menurun

- 3) Gerakan terbatas
- 4) Kekuatan otot menurun

$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$$

- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

DS:

Klien mengatakan nyeri pada abdomen yang terdapat luka post sc

DO:

- 1) Adanya luka post sc
- 2) Luka tertutup perban $\pm$ 10cm
- 3) Sayatan luka vertikal

- d. Risiko menyusui tidak efektif b.d ketidak adekuatan suplai ASI ditandai

dengan:

DS:

Klien mengatakan ASI belum keluar

DO:

- 1) ASI belum keluar
- 2) Payudara terasa lembek
- 3) Bayi tidak rawat gabung

- e. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah ditandai

dengan:

DS:

klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi pada awal kehamilan

DO:

- 1) Tugor kulit menurun
- 2) CRT >3 detik
- 3) TD: 150/80 mmHg
- 4) N : 119x/menit
- 5) S : 36,2°c
- 6) R: 20x/menit
- 7) Terdapat edema pada ekstermitas bawah

3. Proses Keperawatan

Nama : Ny. C
Usia : 28 Tahun

No. RM : 01446708
Ruangan : Jade

Tabel 3. 7

Proses Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
1	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan: DS: 1. Klien mengatakan nyeri pada luka post op sc di abdomen bagian bawah 2. Skla nyeri 7 (0 – 10) 3. Nyeri seperti	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyei menurun 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi dan karakteristik nyeri	Rabu, 23/04/2025 Jam: 14.15 WIB Observasi 1. Mengidentifikasi lokasi karakteristik nyeri pada psien dengan hasil: Pasien mengeluh nyeri pada perut bekas operasi sc, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri hanya pada bagian perut, nyeri	Rabu, 23/04/2025 Jam: 19.15 WIB S; Klien mengatakan masih merasa nyeri pada luka post sc O: 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri 7 (0-10) 3. TTV: TD: 150/80 mmHg N: 119x/menit R: 20x/menit A: Masalah belum teratasi

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
	disayat – sayat 4. Nyeri hilang timbul DO: 1. Klien tampak meringis 2. Terdapat luka post op sc pada abdomen bawah 3. TTV TD: 150/80 mmHg N: 119x/menit R: 20x/menit		2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan 3. Untuk mengetahui factor yang memperberat dan memperingan nyeri	hilang timbul dan dirasakan saat bergerak. Jam: 14.20 WIB 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri 7 (0-10) Jam: 14.25 wib 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: Klien mengatakan nyeri bertambah apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila klien beristirahat Jam: 14.30 WIB	P: lanjutkan intervensi 1. Kaji skala nyeri 2. Ajarkan klien teknik relaksasi dan distraksi 3. Kolaborasi pemberian analgetik

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
			Terapeutik 4. Berikan teknik non farmakologis (teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam)	4. Untuk mendistraksi rasa nyeri klien sehingga berkurang	Terapeutik 4. Memberikan teknik distraksi relaksasi napas dalam Hasil: Klien lebih tenang dan nyeri sedikit berkurang Jam: 14.35 WIB Edukasi 5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil: Klien mengerti dan paham apa yang dijelaskan oleh perawat dan pasien mengatakan akan mencobanya Jam: 15.00 WIB	

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
			Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian analgetik	Kolaborasi 6. Untuk mengurangi nyeri dan memberikan obat dengan tepat sesuai anjuran dokter	Kolaborasi 6. Memberikan obat analgetik keterolace 1x30mg dengan cara IV (Noor Tsina Apriliani)	
2.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan : DS: Klien mengatakan nyeri saat bergerak DO: 1. Klien tampak lemah 2. Rentang gerak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan otot meningkat 2. Pergerakan ekstermitas meningkat 3. Rentang gerak ROM meningkat 4. Nyeri menurun	Dukungan mobilisasi Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan pada fisik lain 2. Monitor kondisi umum selama	1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2. Untuk mengetahui kondisi umum	Rabu, 23/04/2025 Jam: 14.15 WIB Observasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Klien mengatakan masih nyeri pada luka post sc Jam: 14.40 WIB 2. Melibatkan keluarga untuk	Rabu, 23/04/2025 Jam: 19.30 WIB S: Klien mengatakan sudah mulai bisa bergerak sedikit-sedikit O: 1. klien mampu mencoba miring kanan miring kiri 2. derakan masih terbatas karena masih nyeri

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
			Edukasi : 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Ajarkan mobilisasi	4. Memberikan informasi tentang manfaat dari prosedur mobilisasi. Untuk mencegah kekakuan otot dan memperlancar peredaran darah. 5. Untuk memperlancar	melakukan mobilisasi. Jam: 15: 15 WIB Edukasi 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi untuk mencegah kekakuan otot dan memperlancar aliran darah Respon : Klien dan keluarga sudah mengetahui manfaat dari mobilisasi dini. Jam: 15.55 WIB 5. Mengajarkan mobilisasi	

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
			sederhana yang harus dilakukan post sc : a. 0-6 jam menggerakkan tangan, kaki dan jari-jari b. 6-12 jam miring kanan kiri c. 12-24 jam duduk semi fowler d. > 24 jam berjalan	aliran darah dan meningkatkan klanekuatan otot	sederhana yang harus dilakukan (menggerakkan kaki, tangan dan jari-jari dan miring kanan miring kiri) Hasil: Klien dapat menggerakkan kaki, tangan dan jari- jari tapi belum mampu melakukan pergerakan miring kanan kiri (Noor Tsina Aprilani)	

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
3	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasi ditandai dengan: DS: Klien mengatakan nyeri pada abdomen yang terdapat luka post sc DO: 1. Adanya luka post sc 2. Luka tertutup perban ± 10cm 3. Sayatan luka vertikal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Nyeri menurun 2. Kultur area luka membaik 3. Kerusakan jaringan menurun 4. Kadar sel darah putih membaik	Perawatan luka Observasi: 1. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 2. Lakukan perawatan luka setelah POD 2 Edukasi 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	1. Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi 2. Untuk membantu proses perawatan luka 3. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi	Rabu, 23/04/2025 Jam: 16.00 WIB 1. Monitor tanda-tanda infeksi Hasil: Area luka tertutup perban Jam: 16.30 WIB Terapeutik 2. Merencanakan perawatan luka pada tanggal 25 April 2025 Jam: 16.35 WIB Edukasi 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Klien dan keluarga	Rabu, 23/04/2025 Jam: 20.00 WIB S: Klien mengatakan nyeri pada luka post sc dibagian abdomen bawah O: 1. Terdapat luka post sc tertutup perban 2. Sayatan luka vertikal panjang luka ± 10cm A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1,2,3

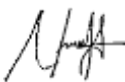
NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
			4. Anjurkan konsumsi tinggi protein dan kalori Kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian antibiotik	4. Agar membantu mempercepat penyembuhan luka 5. Untuk mencegah penyebaran infeksi	mengerti mengenai tanda dan gejala infeksi pada luka Jam: 16.40 WIB 4. Menganjurkan konsumsi tinggi kalori dan tinggi protein Jam: 17.00 Kolaborasi 5. Memberikan antibiotik Cefotaxime 1 mg IV Hasil: Klien mengatakan nyeri berkurang dan tidak ada alergi	

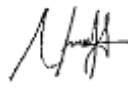
NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
4	Resiko menyusui tdk efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan: DS: Klien mengatakan ASI nya belum keluar DO: 1. ASI belum keluar 2. Payudara teraba lembek 3. Bayi tidak rawat gabug	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil: 1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat meningkat	Edukasi Menyusui Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2. Sediakan materi dan media penkes (pijat oksitosin)	1. Untuk mengetahui kesiapan klien untuk menerima Informasi 2. Untuk memberikan edukasi kepada klien	Rabu, 23/04/2025 Jam: 17.20 WIB 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: Klien bersedia diberikan penkes Jam: 17.30 WIB Terapeutik 2. Menyediakan materi dan media untuk penyuluhan Hasil: Klien bersedia diberikan penkes Jam: 18.00 WIB	Rabu, 23/04/2025 Jam: 21.00 WIB S: Klien mengatakan ASI belum keluar O: 1. ASI belum keluar 2. Payudara teraba lembek 3. Bayi tidak rawat gabug A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 2,3

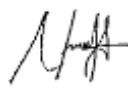
NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
			Edukasi 3. Ajarkan perawatan payudara (pijat oksitosin) pada tanggal 24 April 2025	3. Mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara untuk merangsang pengeluaran ASI	Edukasi 3. Merencanakan perawatan payudara (pijat oksitosin) Hasil: klien mengatakan bersedia untuk melakukan pijat oksitosin (Noor Tsina Aprilani)	
5	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah ditandai dengan: DS: klien mengatakan memiliki	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1. Turgor kulit membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, suhu)	Observasi 1. Untuk mengetahui sirkulasi perifer	Rabu, 23/04/2025 Observasi 1. Mengetahui sirkulasi perifer Hasil: Nadi klien 119x/ menit dan terdapat	Rabu, 23/04/2025 S: klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi pada awal kehamilan O: 1. Tugor kulit menurun

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
	riwayat hipertensi pada awal kehamilan DO: 1. Tugor kulit menurun 2. CRT >3 detik 3. TD: 150/80 mmHg 4. N : 119x/menit 5. S : 36,2°c 6. R: 20x/menit 7. Terdapat edema pada ekstermitas bawah	2. Tekanan darah sistolik membaik 3. Tekanan darah diastolic membaik	2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (e.g., diabetes, hipertensi) Terapeutik: 3. Berikan diet yang sesuai (rendah garam)	2. Mengetahui faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik: 3. Untuk memperbaiki sirkulasi	edema pada ekstermitas bawah 2. Mengetahui faktor risiko gangguan sirkulasi Hasil: Klien mengataka memiliki riwayat hipertensi pada awal kehamilan Terapeutik: 3. Memberikan diet rendah garam Hasil: Klien memakan yang telah Disediakan	2. CRT >3 detik 3. TD: 150/80 mmHg 4. N : 119x/menit 5. S : 36,2°c 6. R: 20x/menit Terdapat edema pada ekstermitas bawah A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1,3,5

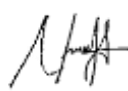
NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional		
			Edukasi 4. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur Kolaborasi: 5. Pemberian terapi obat antihipertensi	Edukasi 4. Untuk mengontrol tekanan darah agar tidak terjadi peningkatan tekanan darah Kolaborasi: 5. Untuk mengontrol tekanan darah	Edukasi 4. Mengajak an minum obat pengontrol tekanan darah Hasil: Klien mengatakan minum obat sesuai arahan dari perawat Kolaborasi: 5. Memberikan obat antihipertensi dopamet 500 mg oral (Noor Tsina Apriliani)	

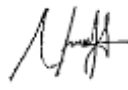
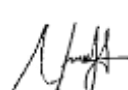
NO	Tanggal/Waktu	DX	Ca tatan Perkembangan	Paraf
1	24 April 2025 14.10 WIB 14.30 WIB	1	S: Klien mengatakan nyeri pada luka poat sc masih terasa namun berkurang O: 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri 6 (0-10) A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Anjurkan teknik non farmakologis (Tarik nafas dalam) 3. Kolaborasi pemberian analgetik : keterolak 30mg IV I: 1. Mengkaji tanda-tanda vital Hasil: TD : 164/90 mmHg N : 122x/menit S : 36,9 °C R : 20x/menit SPO2 : 97% 2. Mengkaji skala nyeri Hasil: Skala nyeri 6 (0-10) 3. Menganjurkan teknik relaksi (nafas dalam) Hasil:	 (Noor Tsina Apriliani)

NO	Tanggal/Waktu	DX	Ca tatan Perkembangan	Paraf
	Jam: 16 WIB		Klien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam 4. Memberikan obat analgetik: keterolak 30 mg IV E : masalah teratasi sebagian	
	24 April 2025 14.10 WIB 14.50 WIB	2	S: Klien mengatakan nyeri saat bergerak tetapi sudah bisa melakukan pergerakan O: 1. Klien mampu melakukan teknik mobilisasi (duduk/semifowler) 2. Kekuatan otot mulai meningkat 3. Rentang otot meningkat dari sebelumnya 4. Gerakan terbatas menurun A: Gangguan mobilitas fisik Teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1. Ajarkan mobilisasi (berdiri dan berjalan) 2. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan I: 1. Mengajarkan mobilisasi sederhana (duduk/semifowler) Hasil: Klien dapat melakukannya (dibantu)	 (Noor Tsina Apriliani)

NO	Tanggal/Waktu	DX	Ca tatan Perkembangan	Paraf
	19.15 WIB		2. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: Keluarga dapat membantu klien dalam melakukan mobilisasi 3. Melakukan Up DC + Up infus Hasil: Klien bersedia dilakukan tindakan up DC + up infus E: masalah teratasi sebagian	
	24 April 2025 16.00 WIB 16.05 WIB	3	S: - O: 1. Luka tertutup perban 2. Tidak ada rembesan darah atau cairan 3. Sayatan luka vertikal, panjang luka ± 10 cm A: Risiko infeksi teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 4. Monitor tanda-tanda infeksi 5. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein 6. Kolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime 1 gr IV (pukul 15.00 WIB) I: 1. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: Luka klien tampak bagus, tidak ada	 (Noor Tsina Apriliani)

[illegible]

NO	Tanggal/Waktu	DX	Ca tatan Perkembangan	Paraf
	05.00 WIB		mandiri meskipun sedikit-sedikit 2. Kekuatan otot meningkat(5) 3. Rentang gerak ROM meningkat A: gangguan mobilitas fisik teratasi	
	25 April 2025 05.55 WIB 06.10 WIB	3	S: - O: 1. Terdapat luka dibagian bawah abdomen 2. Tidak ada pus, tidak ada edema 3. Luka tampak baik 4. Sayatan luka vertikal $\pm$ 10 cm 5. Tidak ada tanda-tanda infeksi 6. Leukosit 15.180/mm³ A: Risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda infeksi 2. Lakukan perawatan luka I: 1. Memonitor tanda tanda infeksi Hasil: Klien tidak terdapat tanda-tanda infeksi 2. Melakukan perawatan luka Hasil: Luka klien tampak baik, tidak ada pus, tidak ada rembesan darah atau	 (Noor Tsina Apriliani)

NO	Tanggal/Waktu	DX	Ca tatan Perkembangan	Paraf
	06.35 WIB		cairan, sayatan luka $\pm$ 10cm E: masalah teratasi sebagian	
	25 April 2025 06.40 WIB 06.45 WIB 07.00 WIB	4	S: Klien mengatakan ASI nya sudah mulai keluar namun sedikit-sedikit O: 1. ASI tampak menetes sedikit 2. Payudara tidak tampak bengkak 3. Bayi tidak rawat gabung A: menyusui tidak efektif Teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1. Pemijatan payudara I: 1. Pemijatan payudara Hasil: Klien melakukan pemijatan payudara E: masalah teratasi sebagian	 (Noor Tsina Apriliani)
	25 April 2025 07.05 WIB	5	S:- O: 1. Tugor kulit membaik 2. CRT < 2 detik 3. TD: 139/89 mmHg 4. N: 113x/menit 5. R: 21x/menit 6. S: 36,5 °C 7. Edema pada ekstermitas bawah berkurang A: perfusi perifer tidak efektif Teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1. Berikan diet yang sesuai (rendah garam)	 (Noor Tsina Apriliani)

NO	Tanggal/Waktu	DX	Ca tatan Perkembangan	Paraf
	07.20 WIB		2. Pemberian terapi obat antihipertensi I: 1. Berikan diet yang sesuai (rendah garam) Hasil: Klien makan yang disediakan oleh ruangan 2. Pemberian terapi obat antihipertensi Hasil: Klien mengikuti perintah perawat untuk minum obat dopamet 500 mg oral	
	08.00 WIB		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.C (P2A0) Dengan Post Sectio caesarea Pod 0 (6 Jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB) Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum Dr. Slamet Garut”. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 23 April 2025 sampai dengan 25 April 2025.

Pada pembahasan ini penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan-kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan fakta yang ada dilapangan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu, pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian ini penulis membandingkan antara teori dengan hasil pengkajian. Pada saat tahap pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kesulitan karena Ny. C dan keluarga sangat kooperatif terbukti dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny. C serta keluarga Ny. C dapat menjawab pertanyaan yang dilontarkan penulis tanpa terlihat adanya perasaan ragu dari mulai data identitas sampai data psikologinya dan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis serta keluarganya pun membantu untuk memberikan data-data yang diperlukan.

Pada saat pengkajian pada Ny. C post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat ditemukan data yaitu klien mengeluh nyeri pada luka post sc, skala nyeri 7(0-10), tampak luka post sc $\pm$ 10 cm dibagian bawah abdomen. Pasien tampak meringis. Hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang saraf nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin dan histamin. Rangsangan ini nantinya akan diantarkan ke hipotalamus dan dipersepsikan sebagai nyeri. Kemudian secara fisiologis luka akan mengalami fase penyembuhan mulai dari fase destruktif poliperatif sampai maturasi (Rosnani, 2022).

Menurut Sugito et al (2023) Tindakan operasi sc akan mengakibatkan kelemahan fisik dan menimbulkan nyeri yang menyebabkan pasien takut bergerak. Ny.C 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, sehingga timbul gangguan mobilitas fisik.

Data selanjutnya yang ditemukan pada pasien yaitu adanya luka post sc dibagian abdomen dengan panjang ± 10 cm dengan sayatan vertikal, tidak ada rembesan darah atau cairan dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan adanya peningkatan jumlah leukosit yaitu 15.180/ul. Menurut (Yanti et al., 2025) fase penyembuhan luka akan mengalami fase inflamasi yang terjadi pada hari pertama sampai hari kelima. Pada fase ini akan terjadi hemostasis atau usaha tubuh untuk menghentikan perdarahan dimana proses ini terjadi vasokonstriksi pembuluh darah dan pembentukan jala-jala fibrin yang mengaktifasi reaksi pembekuan darah. Sehingga sel darah putih akan menghancurkan kuman dan bakteri di area luka sehingga terjadi peningkatan jumlah leukosit. Sehingga peningkatan leukosit salah satu kondisi wajar pada ibu post sc namun harus tetap dimonitor sebagai resiko terjadinya infeksi.

Pada perubahan fisiologis ibu post SC yaitu kadar estrogen dan progesterone serum menurun sejak 3 hari pasca persalinan dan mencapai nilai pra-kehamilan pada hari ke-7. Nilai tersebut akan menetap bila ibu tidak memberikan ASI maka estradiol akan mulai meningkat dan menyebabkan pertumbuhan folikel, proses laktasi timbul setelah plasenta lepas. Plasenta mengandung penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang

menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormone plasenta tidak ada lagi sehingga air susu pun keluar. Sempurnanya ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan. Namun, Ny C tidak mengetahui mekanisme produksi ASI tersebut hingga merasa khawatir pada kondisi payudaranya yang masih belum mengeluarkan ASI setelah melahirkan, karena tidak dilakukan IMD dan bayi tidak dirawat gabung, sehingga menghambat keluarnya produksi ASI.

Pada kasus Ny. C, Ny. C mengalami gangguan perfusi perifer tidak efektif karena Ny.C mengalami peningkatan tekanan darah sejak awal kehamilannya yaitu dengan tekanan darah 150/80 mmHg,, Nadi 119x/menit, Suhu 36,2°C, Respirasi 20x/menit, turgor kulit menurun , CRT >3 detik.

Pada preeklampsia berat (PEB), gangguan perfusi perifer terjadi akibat mekanisme vasospasme arteri yang dipicu oleh disfungsi endotel. Vasospasme ini menyebabkan aliran darah ke jaringan perifer berkurang, ditambah dengan hipertensi persisten yang memperberat kerusakan pembuluh darah. Selain itu, hemokonsentrasi akibat kebocoran cairan intravaskuler ke ruang interstisial meningkatkan viskositas darah, sehingga oksigenasi jaringan semakin menurun (Opichka et al., 2021)

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori tidak semua bisa dirumuskan dalam diagnosa keperawatan secara nyata, karena hal ini harus ditunjang dengan data-data

hasil pengkajian yang telah dilakukan. Berdasarkan hasil pengkajian masalah yang ada pada klien post *sectio caesarea* dengan indikasi preeklampsia berat pada kasus Ny. C yaitu, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, menyusui tidak efektif, defisit perawatan diri, gangguan pola tidur dan perfusi perifer tidak efektif. Berdasarkan pengkajian aktual yang ada pada klien post *sectio caesarea* dengan indikasi preeklampsia berat pada kasus Ny. C yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, resiko menyusui tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, pemilihan lima diagnosa tersebut didasarkan pada data subjektif dan objektif yang ditemukan langsung dari hasil pengkajian, observasi, dan pemeriksaan fisik terhadap Ny. C. Serta disesuaikan dengan teori dan prioritas keperawatan. Berikut diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny.C

a. Nyeri Akut (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. 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 dirasakan 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 (SDKI, 2017).

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Menurut teori hambatan mobilitas fisik ini terjadi karena adanya kelemahan fisik dan luka post operasi yang menimbulkan nyeri yang menyebabkan takut untuk bergerak sehingga meminimalkan gerakannya akibatnya terjadi gangguan mobilitas fisik dan menimbulkan kekuatan ototnya menjadi menurun. Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien, yaitu pasien mengatakan sulit menggerakkan kakinya karena nyeri di luka operasi dan nyeri saat bergerak, pergerakan klien terbatas, kekuatan otot menurun 55/44 dan pasien keadaan umumnya lemah. Dalam segala kegiatan pasien tampak dibantu keluarga.

Pada kasus ini penulis menegaskan diagnosa gangguan mobilitas fisik sebagai prioritas kedua. Karena mobilitas fisik post sc perlu dibimbing dalam melakukan aktivitas sampai pulih kembali seperti semula. Mobilisasi dini juga bisa menjadi penunjang mempercepat penyembuhan luka yang berhubungan dengan kelancaran sirkulasi darah pasien (SDKI, 2017).

c. Risiko Infeksi (D. 0142)

Menurut SDKI (2017) resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pada Ny.C penyebab adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan *sectio caesarea*. Data yang ditemukan pada Ny.C ditemukan faktor pendukung resiko infeksi yaitu Pasien mengeluh nyeri di luka post SC. Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perbandan panjang luka ± 10 cm. Serta perineum tampak kotor. Diagnosa resiko infeksi menjadi diagnosa ketiga karena diagnosa ini merupakan diagnosa resiko dimana masalah belum terjadi pada pasien namun bisa saja terjadi jika tidak dilakukan perawatan luka pada pasien.

d. Menyusui tidak efektif (D.0029)

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 refleks 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). Pada Ny. C data yang

ditemukan yaitu belum adanya pengeluaran ASI, karena klien tidak IMD dan bayi tidak rawat gabung.

e. Perfusi perifer tidak efektif

Menurut (Murr, 2021), pada pasien dengan perfusi perifer tidak efektif akibat gangguan sirkulasi, perawat perlu melakukan pemantauan tanda vital, observasi warna dan suhu kulit, memantau pengisian kapiler, serta menganjurkan mobilisasi dini untuk meningkatkan sirkulasi perifer. Ditemukan data faktor pendukung perfusi perifer tidak efektif yaitu secara mengalami peningkatan tekanan darah sejak awal kehamilannya yaitu dengan tekanan darah 150/80 mmHg., Nadi 119x/menit, Suhu 36,2°C, Respirasi 20x/menit, tugor kulit menurun, CRT >3 detik.

Dari ketujuh diagnosa keperawatan tersebut, hanya lima diagnosa yang relevan dengan kondisi Ny.C. Dua diagnosa lainnya tidak diangkat karena tidak ditemukannya data subjektif dan objektif yang mendukung atau mengarah ke kedua diagnosa tersebut, diantaranya yaitu:

a. Gangguan Pola Tidur

Menurut Doenges et al., (2019), gangguan tidur pada pasien pasca operasi dapat dipicu oleh rasa nyeri yang hebat, intervensi medis yang sering dilakukan pada malam hari, serta lingkungan rumah sakit yang tidak kondusif untuk istirahat. Nyeri pasca operasi SC menjadi salah satu faktor utama yang menghambat pasien untuk mendapatkan tidur yang berkualitas, terutama pada fase awal pemulihan. Selain itu,

rasa tidak nyaman akibat posisi tubuh yang terbatas dan efek samping dari obat anestesi juga dapat memperburuk gangguan tidur.

Namun demikian, pada pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien Ny. C, diagnosa gangguan pola tidur tidak ditegakkan karena tidak ditemukan data subjektif maupun objektif yang mendukung kriteria diagnostik tersebut. Berdasarkan hasil pengkajian, pasien tidak melaporkan adanya gangguan tidur, seperti kesulitan dalam memulai tidur, sering terbangun di malam hari, ataupun kualitas tidur yang buruk. Pasien menyatakan mampu beristirahat dengan cukup pada malam hari, dan secara klinis tidak ditemukan tanda-tanda kelelahan yang signifikan pada siang hari. Selain itu, tidak ditemukan indikator objektif seperti mata cekung, lingkaran hitam di sekitar mata, gelisah saat tidur, atau penurunan energi yang biasanya menjadi manifestasi gangguan istirahat dan tidur. Dengan demikian, berdasarkan hasil pengkajian menyeluruh, diagnosa gangguan pola tidur dianggap tidak relevan untuk diangkat dalam asuhan keperawatan Ny. C.

b. Defisit Perawatan Diri

Pada pasien post *sectio caesarea*, kondisi defisit perawatan diri umumnya muncul sebagai akibat dari nyeri pasca operasi, keterbatasan mobilisasi, kelelahan fisik, dan efek anestesi. Prosedur pembedahan yang melibatkan otot perut dan area uterus menyebabkan ketidaknyamanan yang signifikan saat melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini diperparah

oleh adanya luka operasi yang rentan terhadap infeksi dan membutuhkan perawatan khusus. Sebagai konsekuensinya, pasien mengalami kesulitan dalam mandi, mengenakan pakaian, membersihkan diri setelah buang air kecil atau besar, serta dalam melakukan aktivitas personal lainnya (Potter et al., 2023).

Meskipun secara teori pasien post sectio caesarea berisiko mengalami defisit perawatan diri akibat keterbatasan mobilisasi, nyeri luka operasi, serta kelelahan pasca pembedahan, namun dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. C, diagnosa defisit perawatan diri tidak diambil. Keputusan ini didasarkan pada data subjektif dan objektif yang tidak mendukung adanya gangguan dalam kemampuan pasien untuk melakukan perawatan dirinya sendiri.

Berdasarkan hasil pengkajian, pasien mengatakan aktifitasnya dibantu oleh keluarganya. Pasien juga menunjukkan motivasi dan kesadaran tinggi terhadap pentingnya menjaga kebersihan diri, serta tidak ditemukan keluhan terkait hambatan dalam melakukan perawatan diri. Selain itu, keluarga pasien terlibat aktif dalam membantu proses perawatan tanpa menunjukkan adanya hambatan signifikan dalam proses tersebut.

3. Tahap Perencanaan

Penyusunan rencana tindakan keperawatan ini disesuaikan berdasarkan situasi dan kondisi serta sumber fasilitas yang ada. Masalah yang muncul pada Ny.C diantaranya ialah nyeri akut, gangguan mobilitas

fisik, resiko infeksi, dan menyusui tidak efektif. Penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

4. Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi ini adalah pengelolaan dari suatu rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama untuk masalah nyeri akut adalah dengan manajemen nyeri dengan melakukan observasi karakteristik nyeri pasien kemudian mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi untuk meredakan nyeri, menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri serta memberi terapi obat analgetik ketorolac 1x30 mg.

Pada diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik, penulis memberikan tindakan melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan. Pada klien dengan post operasi dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini sesuai dengan tahapan mobilisasi pada pasien post sectio caesarea dengan hasil klien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap.

Pada diagnosa ketiga penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu pada intervensi utama resiko infeksi dengan tingkat infeksi memonitor tanda-tanda infeksi didapatkan pasien merasa nyeri dengan hasil leukosit 15.180 mm³. Penulis memberikan tindakan

melakukan perawatan luka setelah POD 2. Sebelum dilakukan tindakan perawatan luka keadaan luka tertutup perban dan memberikan obat antibiotik cefotaxime 1 gram IV.

Pada diagnosa keempat yaitu resiko menyusui tidak efektif, penulis memberikan tindakan penyuluhan kesehatan mengenai pemijatan oksitoksin untuk membantu memperlancar pengeluaran ASI dengan hasil klien mengerti mengenai apa yang disampaikan, dan bertanya mengenai apa yang belum paham dan juga mampu mendemonstrasikan ulang terkait cara pijat oksitoksin.

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

5. Tahap Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. C selama 3 hari mulai tanggal 22 April 2025 sampai 25 April 2025 menunjukkan adanya perkembangan yang baik setiap hari nya dari setiap masalah keperawatan yang ditetapkan. Penulis menemukan 4 masalah keperawatan, diantaranya :

a. Nyeri Akut

Hasil evaluasi pada diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 3x24 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 5 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang awalnya pada skala 7(1-0-10). Sehingga masalah nyeri akut teratasi sebagian.

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam didapatkan data bahwa pasien sudah bisa duduk dan berdiri sendiri walaupun berjalan masih dibantu oleh keluarga dengan kekuatan otot 5/5. Hal tersebut sudah meningkat dari kondisi awal di mana saat awal masuk rumah sakit pasien masih belum bisa melakukan pergerakan dan kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4. Sehingga masalah gangguan mobilitas fisik teratasi.

c. Risiko Infeksi

Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif atau bekas luka bekas sc setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien masih merasa sedikit nyeri pada luka bekas operasi. Sedangkan data objektif yang didapatkan adalah jumlah leukosit menurun dari jumlah awal yaitu dari 15.180/mm³ menjadi 10.350/mm³ . Sehingga masalah teratasi sebagian.

d. Menyusui Tidak Efektif

Hasil evaluasi pada menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin dinilai masih belum teratasi. Hal itu

disebabkan ASI Ny.C masih belum bisa memancar walaupun sudah dilakukan perawatan selama 3x24 jam. Tidak keluarnya ASI berhubungan dengan ibu dan bayi yang tidak dirawat gabung. Sehingga tidak ada rangsangan dari hisapan bayi dan tidak ada perlekatan antara ibu dan bayi. Sehingga masalah menyusui tidak efektif masih belum teratasi.

e. Perfusi Perifer Tidak Efektif

Hasil evaluasi pada perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam, data objektif Tugor kulit membaik, CRT < 2 detik, TD: 139/89 mmHg, N: 113x/menit, R: 21x/menit, S: 36,5 °C, Edema pada ekstermitas bawah berkurang. Sehingga masalah teratasi sebagian

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada ny.c (P2A0) dengan *post sectio caesarea POD 0* (6 Jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB) Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum Dr. Slamet Garut pada tanggal 23 April 2025 sampai dengan 25 April 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian secara pada Ny. C (P2A0) Post *Sectio Caesarea* 6 Jam Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr Slamet Garut.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. C (P2A0) Post *Sectio Caesarea* 6 Jam Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr Slamet Garut.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. C (P2A0) Post *Sectio Caesarea* 6 Jam Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr Slamet Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. C (P2A0) Post *Sectio Caesarea* 6 Jam Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr Slamet Garut.

5. Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. C (P2A0) Post *Sectio Caesarea* 6 Jam Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr Slamet Garut.
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. C (P2A0) Post *Sectio Caesarea* 6 Jam Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr Slamet Garut.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. C (P2A0) Post *Sectio Caesarea* 6 Jam Atas Indikasi Preeklampsia Berat. Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada:

1. Institut Pendidikan

Diharapkan dapat terus mengembangkan dan memperkuat teori serta praktik keperawatan berbasis pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual. Pendekatan ini penting untuk membantu mahasiswa dalam mengidentifikasi serta menetapkan masalah keperawatan baik yang bersifat aktual maupun potensial. Fokus pembelajaran juga diharapkan lebih diarahkan pada kasus-kasus keperawatan maternitas, seperti mobilisasi dini dan peningkatan nutrisi pada ibu post *sectio caesarea*. Untuk mendukung hal tersebut, diperlukan kemudahan akses terhadap referensi terbaru, baik dalam bentuk buku ajar, jurnal ilmiah, maupun media pembelajaran digital. Selain itu, institusi pendidikan juga diharapkan mampu menyediakan laboratorium keterampilan yang memadai dan dilengkapi dengan alat simulasi yang sesuai standar pelayanan keperawatan.

2. Bagi Rumah Sakit

Disarankan untuk menyediakan fasilitas yang lengkap dan memadai guna menunjang pelaksanaan asuhan keperawatan secara optimal. Rumah sakit juga diharapkan memiliki dan menerapkan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas, terstruktur, dan berbasis bukti ilmiah untuk seluruh tindakan keperawatan. Ketersediaan SOP yang tepat akan menjadi pedoman yang penting bagi tenaga keperawatan dalam memberikan pelayanan yang sesuai standar, sehingga dapat meningkatkan mutu serta keselamatan pasien. Di samping itu, rumah sakit perlu menjamin tersedianya alat medis yang steril, sarana mobilisasi pasien yang memadai, dan lingkungan perawatan yang mendukung proses penyembuhan.

3. Bagi perawat

Diharapkan bagi setiap perawat untuk selalu menerapkan standar prosedur tindakan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit tanpa membedakan status pasien. Khususnya dalam melakukan perawatan luka terhadap ibu post partum, diharapkan semua perawat dapat selalu menerapkan konsep aseptik dan steril pada alat-alat yang akan digunakan harus terjaga dan diharapkan pelayanan dapat ditingkatkan, pelaksanaan asuhan keperawatan harus memandang standar operasioanl prosedur (SOP).

4. Bagi Pasien Dan Keluarga

Dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan diharapkan pasien dan keluarga dapat bekerja sama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Keluarga juga diharapkan mampu memberi dukungan pada pasien sebagai

bentuk support system, sehingga pasien dapat termotivasi dalam melakukan kontrol nyeri dan mobilisasi dini yang dapat membantu mempercepat masa pemulihan.

DAPFTAR PUSTAKA

- Aisyah, Cahyani, N., Cahyani, A. N., Ki, J., Dewantara, H., & 10 Kentingan, N. (2023). Penerapan Mobilisasi Dini terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Ibu Post Sectio Caesarea Maryatun Universitas 'Aisyiyah Surakarta. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan (JURRIKES)*, 2(2), 58–73. <https://doi.org/10.55606/jurrikes.v2i2.1688>
- Amalia, N. R., Arifin, Z., Nurmayani, W., Studi, P., Keperawatan, I., Mataram, S. Y., Jl, A., Selatan, L., Bar, P., Mataram, K., & Mataram, K. (2023). Pencegahan Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Kelurahan Jempong Baru Kota Mataram. 02, 143–153.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. CV. Trans Info Media.
- Burhan, R., Widiyanti, D., Wahyuni, E., Nuraini, N., & Sari, L. A. (2025). *Biologic Nurturing Baby Led Feeding DAN KEBERHASILAN MENYUSUI PADA IBU POST SECTIO CAESAREA* (M. Novia Nuraini, SST (ed.)). Wawasan Ilmu. https://www.google.co.id/books/edition/Biologic_Nurturing_Baby_Led_Feeding_dan/TIxJEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1
- Chang, K.-J., Seow, K.-M., & Chen, K.-H. (2023). Preeclampsia: Recent Advances in Predicting, Preventing, and Managing the Maternal and Fetal Life-Threatening Condition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2994. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042994>
- Chauhan, G., & Tadi, P. (2022). *Physiology, Postpartum Changes*. Statpearls Publishing [Internet],.
- Dinkes Jabar. (2024). *Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2024*. 45–53.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geisster-Murr, A. C. (2019). . *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care*. F.A. Davis Company.
- Fadhilah, F., Ghina, & Sari, I. (2021). Analisis Perawatan Partus Sektio Caesarea Pasien Rawat Inap Jamkesmas Ina-Cbg's di RSUD Muhammadiyah Cirebon. *Jurnal Sosial Sains*, 1(8), 838–845. <https://doi.org/10.59188/jurnalsosains.v1i8.173>
- Hamdayani, D., Hasni, H., & Yazia, V. (2023). *Peningkatan Produksi Asi Pada Ibu Post Partum Dengan Hypnobreastfeeding*. Penerbit Adab.
- Herlina, N., Ekowati, E., Refti, W. G., Pratiwi, P. I., Agustina, I. F., Prima, D. R., Yulianti, N., Yulika, I., Fitri, S. R., & Daryaswanti, P. I. (2024). *Keterampilan Tindakan Postnatal*. PT. Green Pustaka Indonesia. <https://books.google.co.id/books?id=XfHuEAAAQBAJ>
- Jena, M. K., Sharma, N. R., Petitt, M., Maulik, D., & Nayak, N. R. (2020). Pathogenesis of preeclampsia and therapeutic approaches targeting the

- placenta. *Biomolecules*, 10(6), 1–28. <https://doi.org/10.3390/biom10060953>
- Karrar, Martingano, D. J., & Hong., P. L. (2024). Preeclampsia. StatPearls [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK570611/>
- Kumalasari, Neni Novalia, Abelia Junika Sari, Ahmad Bagus Wicaksono, Fatimah Azzahra, & Jepanga Jepanga. (2025). Gambaran Surveilans Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sebagai Upaya Mengurangi Angka Kematian Ibu dan Anak di Kota Palembang. *Jurnal Medika Nusantara*, 3(2), 124–135. <https://doi.org/10.59680/medika.v3i2.1862>
- Kusuma, D. W. I. I. (2022). *Gambaran tekanan darah pada pasien sectio caesarea yang diberikan koloid pasca anestesi spinal di rsud karangasem*.
- Kemenkes. (2023). Kementrian Kesehatan Republik Idonesia Tahun 2023. 1–23.
- Liu, Y., Ren, M., Bi, X., Fu, Y., Jing, X., Zhang, H., Cao, B., & Wang, C. (2023). A systematic review on the application of vascular endothelial growth factors in preeclampsia. *Annals of Palliative Medicine*, 10(8), 9259–9266. <https://doi.org/10.21037/apm-21-2109>
- Maryati. (2022). *Etika dan Hukum dalam Pelayanan Kebidanan*. PT. Nasya Expanding Management.
- Mertasari, L., & Sugandini, W. (2023). *Asuhan Masa Nifas dan Menyusui*. PT. RajaGrafindo Persada - Rajawali Pers. https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan_Masa_Nifas_dan_Menyusui/9zrdEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1
- Murr, M. E. D. M. F. M. A. C. (2021). *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span (10th ed.)*. F.A. Davis.
- Nings, A., Afriani, & Sonda, M. (2024). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Nas Media Pustaka. <https://books.google.co.id/books?id=b37-EAAAQBAJ>
- Opichka, M. A., Rappelt, M. W., D., D., L., J., McIntosh, J. J., & . (2021). *Disfungsi Vaskular pada Preeklamsia*. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/cells10113055>
- Opichka, M. A., Rappelt, M. W., Gutterman, D. D., Grobe, J. L., & McIntosh, J. J. (2021). Vascular Dysfunction in Preeclampsia. *Cells*, 10(11). <https://doi.org/10.3390/cells10113055>
- Pasaribu, I. H., & dkk. (2023). Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui. In *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui* (Vol. 4, Issue 3). <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.biteb.2021.100642>
- Pratiwi. (2024). Mengenal Pre Eklamsi dan Pendidikan bagi Kader dalam Sosialisasi Dukungan Sosial bagi Ibu Hamil. CV Jejak (Jejak Publisher). <https://books.google.co.id/books?id=wOf8EAAAQBAJ>

- Potter, P. A., Perry, A. G., A., P., & Stockert, A. H. (2023). *Fundamentals of Nursing*. Elsevier.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of Nursing - E-Book*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.co.id/books?id=qdLVDwAAQBAJ>
- Purnamasari, K. D., & Hindiarti, Y. I. (2021). Metode Pijat Oksitosin, Salah Satu Upaya Meningkatkan Produksi ASI Pada Ibu Postpartum. *JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis's Health Journal)*, 7(2), 1–8. <https://doi.org/10.33653/jkp.v7i2.517>
- Putri, dkk. (2025). Penyulit Persalinan dalam Perspektif Keperawatan Maternitas. Penerbit NEM. <https://books.google.co.id/books?id=IpVIEQAAQBAJ>
- Rudiawan. (2025). Tinggi, Angka Kematian Ibu dan Bayi di Garut. Radio Republik Indonesia. <https://www.rri.co.id/kesehatan/1505796/tinggi-angka-kematian-ibu-dan-bayi-di-garut>
- Rekam Medik RSUD dr Slamet Garut. (2025). *Presentasi Angka Kejadian Kasus SC*.
- Retnaningtyas, E. (2021). *Preeklampsia dan Asuhan Kebidanan Pada Preeklampsia* (Issue 37).
- Rosnani. (2022). *Ilmu Keperawatan Maternitas* (M. K. Ns. Arif Munandar, S.Kep. (ed.)). Media Sains Indonesia.
- Sartika, & Asriani Bahar. (2023). *Keperawatan Maternitas*. EUREKA MEDIA AKSARA.
- Savita, R. (2022). Buku Ajar Nifas DIII Kebidanan Jilid II. In *Infectious Disease Reports* (Vol. 12). Mahakarya Citra Utami Group.
- Sayuti, I. (2021). *GAMBARAN SUHU INTI TUBUH PREANESTESI DAN PASCAANESTESI PADA PASIEN SECTIO CASAREA*.
- SDKI PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia.
- SIKI PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia.
- SLKI PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia.
- Stepan, H., Galindo, A., Hund, M., Schlembach, D., Sillman, J., Surbek, D., & Vatish, M. (2023). Clinical utility of sFlt-1 and PlGF in screening, prediction, diagnosis and monitoring of pre-eclampsia and fetal growth restriction. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 61(2), 168–180. <https://doi.org/10.1002/uog.26032>

- Sugito, A., Ramlan, D., & Rumah, P. P. (2023). *Aromaterapi Dan Akupresur pada sectio caesarea*. Penerbit Pustaka Rumah C1nta. https://www.google.co.id/books/edition/Aromaterapi_dan_Akupresur_pada_Sectio_Ca/Ia69EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=etiologi+sectio+caesarea&pg=PR6&printsec=frontcover
- Sung, T. Y., Jee, Y. S., You, H. J., & Cho, C. K. (2021). Comparison of the effect of general and spinal anesthesia for elective cesarean section on maternal and fetal outcomes: a retrospective cohort study. *Anesthesia and Pain Medicine*, 16(1), 49–55. <https://doi.org/10.17085/apm.20072>
- Tabacco, S., Ambrosii, S., Polsinelli, V., Fantasia, I., D'Alfonso, A., Ludovisi, M., Cecconi, S., & Guido, M. (2023). Pre-Eclampsia: From Etiology and Molecular Mechanisms to Clinical Tools—A Review of the Literature. *Current Issues in Molecular Biology*, 45(8), 6202–6215. <https://doi.org/10.3390/cimb45080391>
- Wahyuni, I., & Aditia, D. S. (2023). *Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal untuk Mahasiswa Kebidanan: Disertai dengan Evidence Based Pelayanan Kebidanan*. Penerbit Salemba. <https://books.google.co.id/books?id=WDLZEAAAQBAJ>
- Wijaya, W., Limbong, T. O., & Yulianti, D. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Untuk Sarjana Akademik Dan Profesi*. Nasya Expanding Management.
- Winarningsih, R. A., & Dkk. (2024). *Panduan Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas (Post Partum)*. TOHAR MEDIA. <https://books.google.co.id/books?id=dMoeEQAAQBAJ>
- Yanti, N. L. G. P., Mawardika, T., Diyu, I. A. N. P., & Novianti, . Rima. (2025). *Buku Ajar KEPERAWATAN MATERNITAS*. Green Pustaka Indonesia.
- Zainiyah, Z., Harahap, & Anggriani, D. (2023). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil Trimester III pada Praktik Mandiri Bidan X di Bangkalan*. <https://doi.org/https://doi.org/10.25311/keskom.Vol9.Iss3.1533>

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PIJAT OKSITOSIN

Pokok Bahasan	: Pijat Oksitosin
Sasaran	: Ny. C dan Keluarga
Hari/Tanggal	: 24 April 2025
Tempat	: Di Ruang Jade RSUD dr. Slamet
Waktu	: 15.00-15.30 WIB
Penyuluh	: Noor Tsina Apriliani

A. Latar Belakang

Pijat oksitosin merupakan salah satu metode non-farmakologis yang bertujuan untuk merangsang produksi hormon oksitosin secara alami dalam tubuh ibu menyusui. Hormon oksitosin berperan penting dalam proses pengeluaran ASI (let-down reflex), serta memberikan efek relaksasi dan menurunkan stres pada ibu. Teknik ini biasanya dilakukan dengan memberikan rangsangan pijatan lembut pada area sepanjang tulang belakang hingga batas bra line (antara tulang belikat), yang merangsang reseptor oksitosin di saraf-saraf punggung.

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016), salah satu penyebab utama rendahnya cakupan pemberian ASI eksklusif adalah produksi ASI yang dirasakan kurang oleh ibu. Padahal, dalam banyak kasus, produksi

ASI dapat ditingkatkan melalui pendekatan sederhana seperti pijat oksitosin yang terbukti efektif dan aman dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun keluarga terlatih.

Penelitian yang dilakukan oleh Lestari, Widyawati, dan Rahmah (2019) menunjukkan bahwa pemberian pijat oksitosin secara rutin mampu meningkatkan produksi ASI dan mempercepat proses pengeluaran ASI pada ibu postpartum. Hal ini tentu mendukung program pemerintah dalam meningkatkan angka cakupan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi, yang sangat penting dalam menurunkan angka kematian bayi dan memperkuat sistem kekebalan tubuh anak.

Dengan demikian, penting bagi tenaga kesehatan dan masyarakat untuk memahami teknik serta manfaat dari pijat oksitosin agar dapat diterapkan secara efektif dalam upaya mendukung keberhasilan menyusui.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mendapatkan penyuluhan kesehatan selama 20 menit, diharapkan Ny.C dan keluarganya mampu melakukan pijat oksitosin untuk memperlancar produksi ASI yang telah diajarkan di RS.

2. Tujuan Khusus

Setelah diberikan PENKES selama 30 menit, diharapkan Ny.C dan keluarganya akan mampu:

- a. Menjelaskan apa itu pijat oksitosin
- b. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin

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

C. Materi

- 1. Pokok bahasan: Pijat oksitosin
- 2. Sub pokok bahasan
 - a. Pengertian pijat oksitosin
 - b. Tujuan pijat oksitosin
 - c. Manfaat pijat oksitosin
 - d. Teknik/ cara melakukan pijat oksitosin

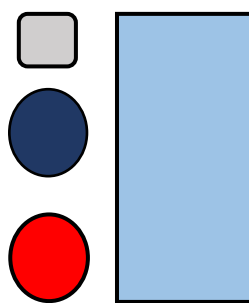
D. Metode

- 1. Ceramah
- 2. Tanya jawab

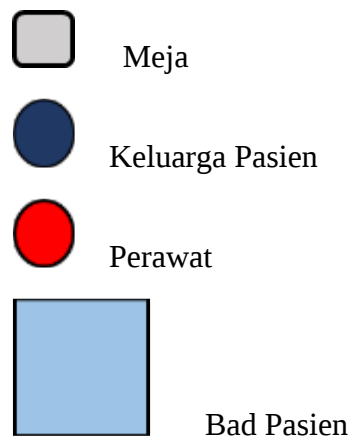
E. Media

- 1. Leaflet

F. Denah



Keterangan:



G. Kegiatan penyuluhan

No	Tahap Kegiatan	Kegiatan	Waktu
1	Pembukaan	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan tujuan 4. Menyampaikan kontrak waktu	5 menit
2	Isi	1. Penyampaian materi 2. Menjelaskan pengertian pijat oksitosin 3. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin 4. Menanyakan kembali persepsi pasien dan keluarga tentang tujuan pijat oksitosin 5. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin 6. Menjelaskan langkah-langkah pijat oksitosin 7. Mendemonstrasikan langkah-langkah pijat oksitosin 8. Tanya jawab 9. Memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya	20 menit
3	Penutup	1. Melakukan evaluasi 2. Menyampaikan kesimpulan materi 3. Memberikan saran kepada klien dan keluarga 4. Mengakhiri pertemuan dan menyampaikan salam	5 menit

3	Penutup	1. Melakukan evaluasi 2. Menyampaikan kesimpulan materi 3. Memberikan saran kepada klien dan keluarga 4. Mengakhiri pertemuan dan menyampaikan salam	5 menit
---	---------	---	---------

H. Evaluasi

1. Evaluasi Hasil (Output)

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan, Ny. C dan keluarganya diharapkan mampu:

- Menjelaskan pengertian pijat oksitosin secara benar.
- Menyebutkan tujuan dan manfaat dari pijat oksitosin.
- Mempraktikkan teknik pijat oksitosin dengan urutan yang tepat.

2. Evaluasi Struktur

- Penyuluh hadir tepat waktu dan dalam kondisi siap menyampaikan materi.
- Media penyuluhan (leaflet, alat demonstrasi) tersedia dan digunakan dengan optimal.
- Tempat dan waktu pelaksanaan sesuai dengan yang direncanakan.

3. Evaluasi Proses

- Penyuluhan berlangsung sesuai dengan alokasi waktu (30 menit) dan rencana kegiatan.

- b. Ny. C dan keluarga berpartisipasi aktif dalam proses penyuluhan, termasuk sesi diskusi dan demonstrasi.
- c. Klien menunjukkan pemahaman dengan menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh.
- d. Klien dan keluarga mampu mendemonstrasikan kembali teknik pijat oksitosin dengan bimbingan minimal.
- e. Seluruh materi penyuluhan tersampaikan secara lengkap dan sistematis oleh penyuluh.

Daftar Pustaka

- Mertasari, L., & Sugandini, W. (2023). *Asuhan Masa Nifas dan Menyusui*. PT. RajaGrafindo Perseda - Rajawali Pers.
https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan_Masa_Nifas_dan_Menyusui/9zrdEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1
- Purnamasari, K. D., & Hindiarti, Y. I. (2021). Metode Pijat Oksitosin, Salah Satu Upaya Meningkatkan Produksi ASI Pada Ibu Postpartum. *JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis's Health Journal)*, 7(2), 1–8.
<https://doi.org/10.33653/jkp.v7i2.517>

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan tulang belakang pada costa (tulang rusuk) ke 5-6 sampai ke scapula (tulang belikat) yang akan mempercepat kerja syaraf parasimpatis, saraf yang berpangkal pada medulla oblongata dan daerah sacrum dari medulla spinalis, merangsang hipofise posterior untuk mengeluarkan oksitosin. Oksitosin menstimulasi kontraksi sel-sel pada otot polos yang melingkari ductus laktiferus kelenjar mammae hingga menyebabkan kontraktilitas miopitel payudara yang dapat meningkatkan kelancaran ASI dari kelenjar mammae atau payudara (Mertasari & Sugandini, 2023).

B. Tujuan Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau refleks *letdown* atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada punggung dan tengkuk ibu untuk merangsang keluarnya hormon oksitosin (Purnamasari, 2021).

C. Manfaat Pijat Oksitosin

Menurut Mertasari & Sugandini, (2023) Manfaat pijat oksitosin bagi ibu nifas dan ibu menyusui dapat memberikan berbagai manfaat dalam proses menyusui, karena kinerjanya yang dapat merangsang kinerja hormon oksitosin, diantaranya :

- a. Meningkatkan kenyamanan ibu setelah melahirkan.
- b. Mengurangi nyeri pada tulang belakang setelah melahirkan.

- c. Merangsang pelepasan hormon oksitosin.
- d. Memperlancar produksi ASI.
- e. Mempercepat proses involusi uterus sehingga mengurangi pendarahan pasca melahirkan.
- f. Mencegah terjadinya pendarahan post partum.
- g. Meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan keluarga

D. Teknik/Cara Melakukan Pijat Oksitosin

Berikut merupakan langkah-langkah pijat oksitosin (Mertasari & Sugandini, 2023)

1. Siapkan peralatan
2. Anjurkan ibu untuk membuka pakaian atas dan memasang handuk,
3. Atur ibu dalam posisi duduk dengan dan bersandar ke depan, melipat lengan diatas meja yang ada di depannya kemudian meletakkan kepalanya di atas lengan. Payudara ibu dipastikan menggantung lepas, tanpa baju, handuk dibentangkan diatas pangkuan pasien.
4. Lumuri kedua telapak tangan dengan minyak atau baby oil.
5. Pijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan.
6. Tekan kuat kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan-gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jarinya. Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang kearah bawah dari leher kearah tulang belikat selam 2-3 menit.
7. Ulangi pemijatan hingga 3 kali

8. Bersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian.

E. Gambar Pijat Oksitosin



MANFAAT PIJAT OKSITOSIN

1. Meningkatkan kenyamanan ibu setelah melahirkan.
2. Mengurangi nyeri pada tulang belakang setelah melahirkan.
3. Merangsang pelepasan hormon oksitosin.
4. Memperlancar produksi ASI.
5. Mempercepat proses involusi uterus sehingga mengurangi pendarahan pasca melahirkan.
6. Mencegah terjadinya pendarahan post partum. Meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan keluarga



APA ITU PIJAT OKSITOSIN?

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan tulang belakang pada costa (tulang rusuk) ke 5-6 sampai ke scapula (tulang belikat) yang akan mempercepat kerja syaraf parasimpatis, saraf yang berpangkal pada medulla oblongata dan daerah scarum dari medulla spinalis, merangsang hipofise posterior untuk mengeluarkan oksitosin (Mertasari & Sugandini, 2023).

TUJUAN

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau refleks letdown atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI.

PIJAT OKSITOSIN



Noor Tsina Apriliani
KHGA22054

3B D III KEPERAWATAN



STIKes Kasra Husada Garut

TEKNIK/CARA MELAKUKAN PIJAT OKSITOSIN

1. Siapkan peralatan
2. Anjurkan ibu untuk membuka pakaian atas dan memasang handuk,
3. Atur ibu dalam posisi duduk dengan dan bersandar ke depan, melipat lengan diatas meja yang ada di depannya kemudian meletakkan kepalanya di atas lengan. Payudara ibu dipastikan menggantung lepas, tanpa baju, handuk dibentangkan diatas pangkuan pasien.
4. Lumuri kedua telapak tangan dengan minyak atau baby oil.
5. Pijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepala tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan.
6. Tekan kuat kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan-gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jarinya. Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang kearah bawah dari leher kearah tulang belikat selam 2-3 menit.
7. Ulangi pemijatan hingga 3 kali
8. Bersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian.



GAMBAR PIJAT OKSITOSIN



PIJAT OKSITOSIN RUTIN DAPAT MERANGSANG PENGELUARAN ASI



DAFTAR PUSTAKA

Mertasari, L., & Sugandini, W. (2023). Asuhan Masa Nifas dan Menyusui. PT. RajaGrafindo Perseda - Rajawali Pers. https://www.google.co.id/books/editon/Asuhan_Masa_Nifas_dan_Menyusui/9zrdEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1

Purnamasari, K. D., & Hindiarti, Y. I. (2021). Metode Pijat Oksitosin, Salah Satu Upaya Meningkatkan Produksi ASI Pada Ibu Postpartum. JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis's Health Journal), 7(2), 1-8. <https://doi.org/10.33653/jkp.v7i2.517>



LEMBAR BIMBINGAN

KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT

Nama : Noor Tsina Apriliani

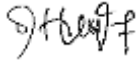
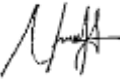
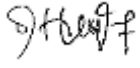
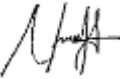
NIM : KHGA22054

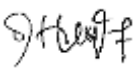
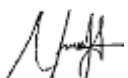
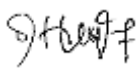
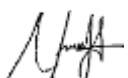
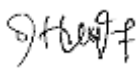
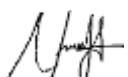
Pembimbing : Eva Danianti, S.Kep., Ners., M.Pd.

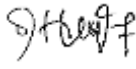
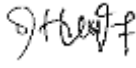
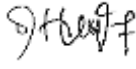
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.C (P2 A0) dengan Post *Section*

Caesarea POD 0 (6 jam) Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB)

di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut

No	Tanggal bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan pembimbing	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
1	2 Juni 2025	1. Penjelasan penyusunan KTI 2. Jadwal Bimbingan	1. Segera menyusun BAB I 2. Cari data alasan pengambilan judul		
2	5 Juni 2025	BAB I	1. Perbaiki judul KTI 2. Perhatikan margin, layout KTI 3. Penulisan diperbaiki 4. Istilah asing cetak miring 5. Perbaiki judul tabel 6. Lanjut BAB II		
3	10 Juni 2025	BAB I BAB II	1. Perbaiki penulisan		

No	Tanggal bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan pembimbing	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
			2. Perbaiki susunan parageaf 3. Perbaiki penulisan judul tabel BAB II 1. Definisi preeclampsia lebih simple buat 3 definisi lalu sampulken 2. Tambah penatalaksanaan 3. Perbaiki pathway sc Lanjut BAB III		
4	13 Juni 2025	BAB I BAB II	1. BAB I Acc BAB II 1. Istilah bahasa asing cetak miring 2. Berikan penjelasan singkat penunjang 3. Perbaiki penulisan intervensi Lanjut BAB III		
5	17 Juni 2025	BAB II BAB III	BAB II 1. Perbaiki penulisan sumber 2. Tambahkan pathway preeklampsia BAB III 1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki intervensi 3. Mulai pembahasan Lanjut BAB IV		
6	20 Juni 2025	BAB II BAB III	1. BAB II Acc BAB III		

No	Tanggal bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan pembimbing	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
		BAB IV	1. Tuliskan jam pengkajian 2. Perbaiki implementasi 3. Perbaiki penulisan BAB IV 1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki rekomendasi		
7	30 Juni 2025	BAB III Pembahasan BAB IV Lampiran dan Daftar Pustaka	BAB III 1. Lengkapi data 2. Perbaiki penulisan BAB IV Acc Daftar Pustaka 1. Perbaiki penulisan 2. Cek ulang dan lihat juknis		
8	7 Juli 2025	Draft	Acc		

RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama	: Noor Tsina Apriliani
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat/Tanggal Lahir	: Garut, 15 April 2004
Alamat	: Kp. Kandang Tengah RT.01/RW.01 Desa. Kandang Mukti Kec. Leles

B. PENDIDIKAN

- | | |
|--------------------|--|
| 1. Tahun 2009-2010 | : TK Tunas Bangsa |
| 2. Tahun 2010-2016 | : SDN Kandang Mukti |
| 3. Tahun 2016-2019 | : SMPN 1 Leles |
| 4. Tahun 2019-2022 | : SMAN 2 Garut |
| 5. Tahun 2022-2025 | : STIKes Karsa Husada Garut Program Studi
D III Keperawatan |