

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E (P2A1) DENGAN
POST *SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI
PREEKLAMSI BERAT DI RUANG JADE
RSUD DR SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Studi DIII Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

Naila Maharani Herdiana

NIM. KHGA23036



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2026**

**LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN KARYA TULIS ILMIAH**

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E (P2A1) DENGAN
POST *SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI
PREEKLAMSI BERAT DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET
GARUT**

NAMA : NAILA MAHARANI HERDIANA

NIM : KHGA23036

**Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah menyelesaikan sidang
dan perbaikan Karya Tulis Ilmiah**

Garut, Juli 2026

Menyetujui,

Penelaah I



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

Penelaah II



Wieda Widyatry Q., S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui,

Ketua Prodi D – III Keperawatan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut



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

Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah



Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E (P2A1) DENGAN POST *SECTION*
CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI PREEKLAMSI BERAT
DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT**

Disusun Oleh :

Naila Maharani Herdiana

NIM. KHGA23036

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah ini telah disidangkan dihadapan tim penguji Program
Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Insitut Kesehatan Karsa Husada Garut**

Menyetujui,

Pembimbing



Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

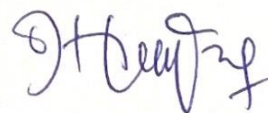
**Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan
Kebidanan



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep

Mengetahui,
Ketua Prodi D-III Keperawatan



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

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah Akhir saya ini, adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep), baik dari Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Imiah ini adalah murni gagasan, rumusan, dan analisis studi kasus saya sendiri tanpa bantuan pihak lain, kecuali dari arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir ini terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya, sesuai dengan norma yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut.

Garut, September 2026

Naila Maharani Herdiana
KHGA23036

ABSTRAK

Karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi oleh tingginya angka kematian ibu sebanyak 4.482 kasus. Penyebab utama kematian ibu adalah akibat hipertensi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas yang mencapai 412 kasus. Sedangkan di RSUD Garut diperoleh data persalinan *sectio caesarea* periode januari – mei 2026 tercatat sebanyak 116 kasus dengan preeklamsia berat berada di urutan ke 3 sebanyak 11 kasus atau 9,5%. Tujuan umum karya tulis ilmiah ini yaitu mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Ny. E P2A1 Post *Sectio Caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklamsia berat. Metode yang digunakan dalam studi kasus ini meliputi wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, serta studi kepustakaan. Hasil pengkajian menunjukan masalah utama meliputi nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, defisit perawatan diri, dan menyusui tidak efektif. Intervensi keperawatan difokuskan pada manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, pencegahan infeksi, dukungan perawatan diri, dan edukasi menyusui. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai standar dan dievaluasi secara menyeluruh, dengan hasil 3 masalah teratasi 2 masalah teratasi sebagian. Kesimpulannya penulis mampu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi dan mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. E post *sectio caesarea* secara komprehensif dan sesuai prioritas masalah. Rekomendasi ditujukan kepada institusi pendidikan, rumah sakit, perawat, dan keluarga untuk mendukung proses penyembuhan secara optimal.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan. *Sectio Caesarea*, Preeklamsia Berat

Daftar pustaka : 50 Sumber (2016 – 2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah curah kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya tulis ini adalah "Asuhan Keperawatan Pada Ny. E (P2A1) Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut ". Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di Kampus Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd., selaku ketua program studi Diploma III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Ibu Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si., selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, perhatian, dan tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
7. Seluruh staff dosen Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.

8. Kepala ruangan beserta staf ruangan dan CI di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan dalam melakukan asuhan keperawatan.
9. Kepada pasien Ny. E beserta keluarga yang telah bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Kepada kedua orang tua saya Bapak Mulyana Ibu Yeti Herdiyanti yang senantiasa menjadi sumber kekuatan, inspirasi, dan memberikan kasih sayang dan cinta kepada penulis. Selalu berjuang mengupayakan yang terbaik untuk kehidupan penulis, berkorban keringat, tenaga dan pikiran. Terimakasih untuk do'a yang dipanjatkan selama ini sehingga penulis mampu menyelesaikan studi ini.
11. Kepada adik – adikku tersayang Zahra Maulida Herdiyana, Aqilla Nayara Herdiyana, Arsyila Shaqueena Herdiyana yang selalu menyemangati tiada henti dan selalu ada ketika penulis butuh bantuan. Terimakasih untuk setiap do'a yang diberikan sehingga penulis bisa menyelesaikan studi ini.
12. Kepada seseorang yang sangat berarti dalam perjalanan ini, terimakasih telah hadir menjadi support system terbaik, dengan meluangkan waktu serta semangat yang diberikan menjadi sumber kekuatan dan motivasi tersendiri di saat – saat penting dalam menyelesaikan studi ini.
13. Kepada teman – teman saya yang tak kalah penting kehadirannya, Wifa Afifah A, Reni Marlina, Resma Febriyanti N, terimakasih karna telah hadir dan menjadi bagian dari perjalanan kuliah penulis, memberikan semangat, memberikan dukungan, menghibur, mendengarkan keluh kesah dan selalu ada untuk penulis, baik dalam suka maupun duka.
14. Terimakasih kepada rekan – rekan seangkatan, khususnya 3A serta seluruh angkatan 30 D – III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, yang tidak dapat disebutkan satu per satu. Semoga kita semua senantiasa diberikan jalan menuju keberhasilan dan kebahagiaan.
15. Kepada diri saya Naila Maharani Herdiana terimakasih telah kuat sampai detik ini, yang sudah menepikan ego dan mampu mengendalikan diri dari

berbagai tekanan di luar keadaan, yang tidak menyerah selulit apapun rintangan kuliah ataupun proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini.

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

Garut, Juli 2026

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR BAGAN.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Metode Telaah.....	5
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Dasar Preeklamsia.....	7
1. Definisi Preeklamsia.....	7
2. Klasifikasi Preeklamsia	8
3. Etiologi Preeklamsia.....	8
4. Tanda Gejala Preeklamsia	9
5. Manifestasi Klinis.....	9
6. Patofisiologi Preeklamsia	11
7. Komplikasi Preeklamsia.....	12
8. Pemeriksaan Penunjang.....	13
9. Penatalaksanaan.....	13
B. Konsep Dasar Sectio Caesarea	14
1. Definisi Sectio Caesarea	14
2. Etiologi Sectio Caesarea	15
3. Indikasi Sectio Caesarea	16
4. Klasifikasi Sectio Caesarea.....	17
5. Patofisiologi Sectio Caesarea	18
6. Pathway	20
7. Komplikasi Sectio Caesarea	21
8. Penatalaksanaan Sectio Caesarea.....	21

C. Konsep Dasar Post Partum	22
1. Definisi Post Partum.....	22
2. Tahapan Masa Post Partum	23
3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum.....	24
4. Perubahan Psikologis Pada Masa Post Partum.....	31
5. Kebutuhan Ibu Post Partum.....	31
D. Dampak <i>Seccio Caesarea</i> terhadap Kebutuhan Dasar Manusia.....	34
E. Konsep Asuhan Keperawatan Post Seccio Caesarea	37
1. Pengkajian Keperawatan	38
2. Analisa Data	49
3. Diagnosa Keperawatan.....	56
4. Intervensi Keperawatan	56
5. Implementasi Keperawatan	71
6. Evaluasi Keperawatan	71
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	72
A. Tinjauan Kasus	72
1. Pengkajian Keperawatan	72
2. Analisa Data	83
3. Dianosa Keperawatan.....	87
4. Proses Asuhan Keperawatan	89
5. Catatan Perkembangan	103
B. Pembahasan.....	112
1. Tahap Pengkajian	112
2. Tahap Diagnosa Keperawatan.....	114
3. Tahap Perencanaan Keperawatan.....	117
4. Tahap Pelaksanaan	119
5. Tahap Evaluasi	121
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	123
A. Kesimpulan	123
B. Rekomendasi	124
DAFTAR PUSTAKA	126

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Perbandingan Kasus <i>Post Sectio</i> atas indikasi Preeklamsia Berat dengan indikasi lainnya di RSUD dr. Slamet Garut	3
Tabel 2. 1 Involusi Uteri	24
Tabel 2. 2 Analisa Data	49
Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut	57
Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan.....	60
Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri.....	61
Tabel 2. 6 Intervensi Keperawatan Menyusui Tidak Efektif	63
Tabel 2. 7 Intervensi Keperawatan Intoleransi Aktivitas.....	65
Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan Risiko Infeksi	67
Tabel 2. 9 Intervensi Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	69
Tabel 3. 1 Riwayat Kehamilan dan Persalinan Lalu	74
Tabel 3. 2 Pola Aktivitas Sehari – hari	80
Tabel 3. 3 Data Penunjang	82
Tabel 3. 4 Terapy Medis	83
Tabel 3. 5 Analisa Data.....	83
Tabel 3. 6 Proses Asuhan Keperawatan.....	89
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan.....	103

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway <i>Section Caesarea</i> indikasi Preeklamsia	20
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP Mobilisasi Dini

Lampiran 2 Leaflet Mobilisasi Dini

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka mortalitas ibu di seluruh dunia tetap sangat besar. Berdasarkan informasi dari Organisasi Kesehatan Dunia (2025), diperkirakan ada sekitar 260.000 ibu yang meninggal dunia selama masa kehamilan dan persalinan pada tahun 2023. Setiap harinya di tahun 2023, lebih dari 700 dari 100.000 kelahiran hidup mengakibatkan kematian ibu akibat penyebab yang seharusnya dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan proses persalinan. Kematian ibu ini terjadi hampir setiap dua menit pada tahun 2023 (Raihana & Rizkia, 2025)

Jumlah kematian ibu di Indonesia pada tahun 2023 tercatat sebanyak 4.482 kasus. Penyebab utama kematian ibu pada tahun tersebut adalah akibat hipertensi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang mencapai 412 kasus, diikuti oleh perdarahan obstetrik dengan 360 kasus dan komplikasi obstetrik lainnya sebanyak 204 kasus (Kemenkes RI, 2024). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Syairaji et al. (2024) mengungkapkan bahwa 23% dari kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh gangguan hipertensi dalam kehamilan, seperti preeklamsia/eklamsia dan sindrom *Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelets* (sindrom HELLP), yang berkontribusi sebesar 14.6% dari keseluruhan kematian ibu (Raihana & Rizkia, 2025).

Prevalensi preeklamsia di negara maju berkisar antara 1,3% hingga 6%, sedangkan di negara berkembang berkisar antara 1,8% hingga 18%. Sementara itu, prevalensi preeklamsia di Indonesia adalah 5,3% per tahun. Angka kejadian preeklamsia di Jawa Barat masih tergolong tinggi, yaitu sebesar 32,16% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2023).

Preeklamsia ditandai oleh peningkatan tekanan darah yang muncul secara mendadak setelah kehamilan mencapai 20 minggu, disertai dengan setidaknya satu komplikasi tambahan seperti adanya protein dalam urine,

gangguan fungsi organ ibu, atau isu terkait plasenta seperti ketidakseimbangan angiogenik atau keterbatasan pertumbuhan janin (FGR). Kondisi ini adalah salah satu masalah kehamilan paling serius dan merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi yang baru lahir di seluruh dunia (Oktaria et al., 2024). Preeklamsia berkontribusi pada lebih dari 50.000 kematian ibu dan lebih dari 500.000 kematian janin di seluruh dunia (Karrar et al., 2024).

Preeklamsia jika tidak ditangani segera dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi seperti eklamsia, stroke hemoragik, sindrom HELLP, gagal ginjal, dan edema paru. Pasien dengan preeklamsia merupakan pasien yang berisiko sangat tinggi untuk menjalani operasi (Unal & Dennis, 2023). Berdasarkan penelitian oleh Sharma et al. (2024), satu-satunya cara penyembuhan yang ada untuk preeklamsia adalah dengan mengakhiri kehamilan, apakah itu melalui induksi persalinan atau operasi caesar. Dalam teori, keuntungan dari mengakhiri kehamilan lebih cepat dengan operasi caesar akan lebih signifikan. Induksi yang lebih lama bisa diharapkan terjadi ketika Preeklamsia Berat (PEB) muncul sebelum minggu ke-34 dan kondisi serviks tidak mendukung.

Tindakan *sectio caesarea* pada penderita preeklamsia mampu menimbulkan sejumlah masalah setelah operasi, seperti tekanan darah tinggi yang berkepanjangan, kehilangan kesadaran, serta kemungkinan terjadinya edema paru. Masalah pascaoperasi ini dapat berlanjut hingga pasien keluar rumah sakit, di mana lebih dari satu dari lima pasien harus mengunjungi unit gawat darurat untuk penanganan hipertensi, termasuk empat pasien yang memerlukan perawatan ulang di rumah sakit untuk mengatasi masalah tekanan darah tinggi tersebut (Unal & Dennis, 2023).

Menurut data Rekam Medik yang diperoleh dari RSUD dr. Slamet Garut, jumlah kasus *Sectio Caesarea* dengan berbagai indikasi dari bulan Januari sampai dengan bulan Mei tahun 2026 dapat dilihat dari tabel berikut ini :

Tabel 1. 1
Perbandingan Kasus *Post Sectio* atas indikasi Preeklamsia Berat dengan indikasi lainnya di RSUD dr. Slamet Garut

No	Diagnosa	Jumlah	Presentase
1.	SC Indikasi Gagal Induksi	32	27,2%
2.	SC Indikasi Kala II Lama	19	16,4%
3.	SC Indikasi Preeklamsia Berat	11	9,5%
4.	SC Indikasi Gawat Janin	11	9,5%
5.	SC Indikasi Hipertensi Gestasional	8	6,9%
6.	SC Indikasi KPD	8	6,9%
7.	SC Indikasi Plasenta Previa Total	8	6,9%
8.	SC Indikasi CPD	7	6,0%
9.	SC Indikasi FEB	6	5,2%
10.	SC Indikasi Sungsang	6	5,2%
Jumlah		116	100%

Sumber : Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut Januari – Mei 2026

Berdasarkan hasil data yang di dapat dari bagian Rekam Medik RSUD dr.Slamet Garut tercatat bahwa jumlah persalinan dengan *sectio caesarea* dengan indikasi preeklamsia berat ini menempati urutan ketiga dengan presentasi 9,5% atau 11 kasus (Rekam Medik RSUD dr.Slamet Garut). Meskipun SC dengan preeklamsia berat bukan merupakan kasus terbanyak, tetapi banyak dampak yang ditimbulkan kepada ibu, preeklamsia berat melibatkan disfungsi multiorgan yang dapat terus berlanjut bahkan setelah persalinan selesai dilakukan. Komplikasi seperti eklamsia, sindrom HELLP, edema paru akut, dan gagal ginjal akut masih dapat terjadi pada periode pasca SC, sehingga memerlukan asuhan yang lebih intensif, cermat, dan komprehensif (Veri et al., 2024)

Berdasarkan permasalahan dan uraian data di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dan Menyusun laporan tugas akhir pada kasus :

"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E (P2A1) DENGAN POST *SECTIO CAESAREA* (POD 0) ATAS INDIKASI PREEKLAMSIA BERAT DI RUANG JADE RSUD DR.SLAMET GARUT".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman langsung dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara menyeluruh pada pasien *post sectio caesarea*, dengan pendekatan yang komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual melalui penerapan proses keperawatan secara sistematis.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny. E (P2A1) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.
- b. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) pada Ny. E (P2A1) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.
- c. Mampu menetapkan intervensi sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) pada Ny. E (P2A1) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.
- d. Mampu melakukan implementasi yang sesuai dengan intervensi yang telah tersusun untuk mencapai kriteria hasil yang di tetapkan pada Ny. E (P2A1) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.

- e. Mampu melakukan evaluasi kemajuan keadaan pada Ny. E (P2A1) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.
- f. Mampu mendokumentasikan tindakan asuhan keperawatan pada Ny. E (P2A1) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.

C. Metode Telaah

Metode yang digunakan penulis dalam menyusun karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan menggunakan proses asuhan keperawatan. Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab. Sehingga dapat di kontruksikan makna dalam suatu topik tertentu.

2. Observasi

Observasi merupakan pengamatan dan pencatatan sistematis terhadap unsur – unsur yang nampak dalam suatu gejala pada objek penelitian.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk mengetahui adanya kelainan – kelainan dari suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), dan mendengar (auskultasi).

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan berkaitan dengan kajian secara teori melalui referensi – referensi terkait dengan nilai budaya dan norma yang berkembang pada situasi social yang di teliti.

5. Partisipasi Aktif

Dalam pengumpulan data tidak terlepas dari peran aktif pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga yang mau menerima asuhan keperawatan

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

D. Sistematika Penulisan

Pada bagian awal memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, lembar pengesahan dan daftar isi. Kemudian pada bagian inti terdiri atas IV BAB, sebagai berikut :

BAB I : PENDAHULUAN, dalam bab ini penulis membahas tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaah dan diakhiri dengan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORITIS, dalam bab ini penulis membahas tentang landasan teori yang menguraikan tentang konsep dasar preeklamsia, konsep dasar *sectio caesarea*, konsep dasar post partum serta konsep dasar asuhan keperawatan.

BAB III : TINJAUAN KASUS dan PEMBAHASAN, dalam bab ini penulis 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, dalam bab ini berisi tentang kesimpulan pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN - LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Preeklamsia

1. Definisi Preeklamsia

Preeklampsia adalah peningkatan tekanan darah yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu, disertai dengan peningkatan berat badan yang cepat pada ibu akibat retensi cairan (Sahid et al., 2021). Preeklampsia adalah gangguan kehamilan yang ditandai dengan hipertensi, edema, dan proteinuria akibat proses kehamilan. Biasanya muncul pada trimester ketiga, meskipun dapat terjadi lebih awal, termasuk pada kasus kehamilan ektopik (Wiknjosastro, 2020).

Preeklampsia berat didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg pada dua pengukuran terpisah yang diambil setidaknya enam jam terpisah saat pasien berbaring telentang (Bobak, 2021).

Dari ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Preeklamsia merupakan suatu komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan setelah minggu ke-20 dan ditandai oleh peningkatan tekanan darah (hipertensi), yang mungkin disertai dengan pembengkakan (edema), kenaikan berat badan akibat penumpukan cairan, serta keberadaan protein dalam urine. Umumnya, kondisi ini muncul pada trimester akhir kehamilan dan bisa berkembang menjadi preeklamsia yang parah jika tekanan darah sistolik mencapai angka ≥ 160 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg. Preeklamsia adalah suatu keadaan yang serius yang membutuhkan tindakan segera karena dapat menyebabkan berbagai komplikasi bagi ibu dan janin.

2. Klasifikasi Preeklamsia

Preeklamsia diklasifikasikan menjadi dua kategori :

a. Preeklamsia Ringan

Timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah usia kehamilan 20 minggu atau setelah persalinan. Gejala klinis preeklampsia ringan adalah tekanan darah sistolik 140 mmHg hingga kurang dari 160 mmHg dan tekanan darah diastolik 90 mmHg hingga kurang dari 110 mmHg pada dua pengukuran yang diambil setidaknya 4 jam terpisah, dengan temuan tambahan proteinuria kuantitatif melebihi 0,3 g/liter atau 300 mg protein dalam 24 jam atau hasil kualitatif +2 pada tes strip urin, edema pada daerah pretibial, dinding perut, wajah, dan tangan.

b. Preeklamsia Berat

Timbulnya hipertensi di mana tekanan darah sistolik >160 mmHg dan tekanan darah diastolik >110 mmHg pada dua pengukuran terpisah dengan jarak setidaknya 4 jam, proteinuria kualitatif >+3 pada pemeriksaan urin yang diambil setidaknya setiap empat jam, volume urin kurang dari 400–500 mL/24 jam, sakit kepala terus-menerus, penglihatan kabur seperti bintik-bintik di depan mata, nyeri epigastrik, mual/muntah, sesak napas, dan keterlambatan pertumbuhan janin (Izati & Novita, 2025)

3. Etiologi Preeklamsia

Penyebab pasti preeklampsia belum diketahui. Namun, menurut beberapa ahli, preeklampsia disebabkan oleh kelainan bawaan, kekurangan atau kelebihan nutrisi, invasi trofoblas, kerusakan endotel vaskular, maladaptasi kardiovaskular, faktor imunologis, dan predisposisi genetik (Kumar, Sunil; Lochab,A.; Mishra, 2021).

Faktor maternal yang beresiko dalam preeklampsia adalah usia, graviditas dan IMT. Periode usia yang aman untuk melahirkan yaitu 20 - 30 tahun, pada wanita yang berada di awal atau akhir usia reproduksi memiliki kerentanan untuk mengalami komplikasi. Setiap remaja

primigravida mempunyai resiko yang lebih besar dalam komplikasi kehamilan khususnya hipertensi. Graviditas merupakan jumlah keseluruhan kehamilan yang juga dapat beresiko preeklampsia. Peningkatan Indeks Masa Tubuh (IMT) sangat erat kaitannya dengan kejadian preeklampsia (Pratiwi, 2020)

Faktor risiko yang terkait dengan perkembangan preeklampsia meliputi usia ibu hamil, nulliparitas, kehamilan pertama, obesitas, riwayat diabetes melitus, riwayat hipertensi kronis, riwayat penyakit ginjal, riwayat preeklampsia, riwayat keluarga preeklampsia, jarak antar kehamilan, status sosial ekonomi rendah, dan penyakit autoimun (Veri et al., 2024)

4. Tanda Gejala Preeklampsia

Menurut Bobak (2021), tanda-tanda preeklampsia berat meliputi :

- a. Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan diastolik ≥ 110 mmHg pada dua kali pemeriksaan dengan jarak minimal 6 jam dalam posisi berbaring.
- b. Proteinuria ≥ 5 gram/24 jam atau $\geq +3$ pada pemeriksaan urine bersih acak sebanyak dua kali dengan selang ≥ 4 jam.
- c. Oliguria dengan volume urine < 400 mL/24 jam.
- d. Gangguan neurologis, seperti perubahan fungsi otak atau gangguan penglihatan.
- e. Nyeri epigastrium.
- f. Edema paru atau sianosis.

5. Manifestasi Klinis

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

a. Hipertensi

Biasanya timbul lebih dahulu dari pada tanda-tanda lain. Bila peningkatan tekanan darah tercatat pada waktu kunjungan pertama kali dalam trimester pertama atau kedua awal, ini mungkin menunjukkan bahwa penderita menderita hipertensi kronik. Tetapi bila tekanan darah ini meninggi dan tercatat pada akhir trimester kedua dan ketiga. Mungkin penderita menderita preeklampsia. Peningkatan tekanan sistolik sekurang-kurangnya 30 mmHg, atau peningkatan tekanan diastolik sekurang-kurangnya 15 mmHg, atau adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg, atau tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mmHg atau lebih atau dengan kenaikan 20 mmHg atau lebih, ini sudah dapat dibuat sebagai diagnosa. Penentuan tekanan darah dilakukan minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat. Tetapi bila diastolik sudah mencapai 100 mmHg atau lebih, ini sebuah indikasi terjadi preeklampsia berat.

b. Edema

Edema ialah penimbunan cairan secara umum dan kelebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan pada kaki, jari-jari tangan, dan muka, atau pembengkakan pada ekstremitas dan muka. Edema pretibial yang ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa, sehingga tidak seberapa berarti untuk penentuan diagnosa preeklampsia. Kenaikan berat badan $\frac{1}{2}$ kg setiap minggu dalam kehamilan masih dianggap normal, tetapi bila kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali atau 3 kg dalam sebulan preeklampsia harus dicurigai. Atau bila terjadi pertambahan berat badan lebih dari 2,5 kg tiap minggu pada akhir kehamilan, mungkin merupakan tanda preeklampsia. Bertambahnya berat badan disebabkan retensi air dalam jaringan dan kemudian edema Nampak dan edema tidak hilang dengan istirahat. Hal ini perlu menimbulkan kewaspadaan

terhadap timbulnya preeklampsia. Edema dapat terjadi pada semua derajat PIH (Hipertensi dalam kehamilan) tetapi hanya mempunyai nilai sedikit diagnostik kecuali jika edemanya general.

c. Proteinuria

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

6. Patofisiologi Preeklmasia

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah yang disertai dengan retensi air dan garam. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga nyata dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola di dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penumpukan air yang berlebih dalam ruangan interstisial belum diketahui penyebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus.

Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis preeklampsia yang dapat menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran arteriola disertai pendarahan mikro tempat endotel.

Pada preeklampsia serum antioksidan kadarnya menurun dan plasenta menjadi sumber terjadinya peroksidase lemak sedangkan pada Wanita hamil normal serumnya mengandung tranferin, ion tembaga dan sulfhidril yang berperan sebagai antioksidan yang cukup kuat. Peroksidase lemak ini akan sampai kesemua komponen sel yang dilewati, termasuk sel-sel endotel tersebut.

Rusaknya sel-sel endotel tersebut akan mengakibatkan antara lain, adhesi dan agregasi trombosit, gangguan permeabilitas lapisan endotel terhadap plasma, terlepasnya enzim lisosom, tromboksan dan serotonin sebagai akibat rusaknya trombosit. Produksi tetraliskin terhenti, terganggunya keseimbangan prostaklin dan tromboksan, terjadi hipoksia plasenta akibat konsumsi oksigen dan peroksidase lemak. (Nuraini, 2016).

7. Komplikasi Preeklamsia

Menurut Syahadatina et al., (2021) komplikasi preeklamsia berat dibagi menjadi dua yaitu pada ibu dan janin :

- a. Komplikasi pada ibu
 - 1) Sindrom HELLP
 - 2) Eklampsia
 - 3) Stroke
 - 4) Gangguan pembekuan pada darah
 - 5) Penyakit kardiovaskuler
- b. Komplikasi pada janin
 - 1) Bayi lahir prematur
 - 2) Kematian pada janin
 - 3) Pertumbuhan terhambat
 - 4) Asfiksia neonatorum

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Retnaningtyas, 2021), pemeriksaan yang dapat dilakukan pada preeklamsia adalah sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan darah rutin serta darah kimia: Urium kreatin, SGOT, LDH, Bilirubin
- b. Pemeriksaan uriene, protein urine, reduksi, bilirubin sedimen
- c. Kemungkinan adanya pertumbuhan janin terhambat dengan konfirmasi USG (bila tersedia)
- d. Kardiotografi untuk menilai kesejahteraan janin

9. Penatalaksanaan

- a. Preeklampsia Ringan.
 - 1) Jika kehamilan < 37 minggu, dan tidak ada tanda-tanda perbaikan, lakukan penilaian 2 kali seminggu secara rawat jalan:
 - a) Pantau tekanan darah, proteinuria, refleks, dan kondisi janin.
 - b) Lebih banyak istirahat.
 - c) Diet biasa.
 - d) Tidak perlu diberi obat-obatan
 - 2) Jika rawat jalan tidak mungkin, rawat di rumah sakit :
 - a) Diet biasa
 - b) Pantau tekanan darah 2 x sehari, proteinuria 1 x sehari.
 - c) Tidak perlu diuretik, kecuali jika terdapat edema paru, dekompensasi kardis atau gagal ginjal akut.
 - 3) Jika tekanan diastolik turun sampai normal pasien dapat dipulangkan :
 - a) Nasehatkan untuk istirahat dan perhatikan tanda-tanda preeklampsia berat
 - b) Kontrol 2 kali seminggu.
 - c) Jika tekanan diastolik naik lagi maka rawat kembali.
 - d) Jika tidak ada tanda-tanda perbaikan maka rawat kembali.
 - e) Jika tidak ada tanda-tanda perbaikan maka tetap dirawat

- f) Jika terdapat tanda-tanda pertumbuhan janin terhambat, pertimbangkan terminasi kehamilan
- b. Preeklampsia Berat Dan Eklampsia
 - 1) Penanganan Umum
 - a) Jika tekanan diastolik > 110 mmHg, berikan antipertensi, sampai tekanan diastolik di antara 90-100 mmHg.
 - b) Pasang infus Ringer Laktat dengan jarum besar (16 gauge atau $>$)
 - c) Ukur keseimbangan cairan, jangan sampai terjadi overload.
 - d) Kateterisasi urin untuk pengeluaran volume dan proteunuria.
 - e) Jika jumlah urin < 30 ml per jam :
 - (1) Infus cairan dipertahankan 1 1/8 jam
 - (2) Pantau kemungkinan edema paru
 - f) Jangan tinggalkan pasien sendirian. Kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin.
 - g) Observasi tanda-tanda vital, refleks, dan denyut jantung janin setiap jam.
 - h) Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda edema paru. Krepitasi merupakan tanda edema paru. Jika ada edema paru, stop pemberian cairan, dan berikan diuretik misalnya furosemide 40 mg IV.
 - i) Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan bedside. Jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit, kemungkinan terdapat koagulopati (Retnaningtyas, 2021).

B. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Definisi Sectio Caesarea

Sectio Caesarea adalah metode melahirkan bayi dengan membuat sayatan pada dinding rahim melalui dinding perut. Operasi caesar dilakukan untuk mencegah kematian janin atau ibu akibat risiko atau komplikasi yang mungkin timbul jika ibu melahirkan secara normal.

Bedah sesar adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (laparatomi) dan uterus (hiskotomi) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih (Mardiana, 2023)

Sectio Caesarea (SC) adalah prosedur bedah yang memfasilitasi pengeluaran janin melalui sayatan di dinding perut dan rahim; operasi ini hanya dilakukan dalam keadaan darurat medis seperti plasenta previa, presentasi atau posisi janin yang abnormal, dan kondisi lain yang mengancam jiwa ibu atau janin (Siagian et al, 2023)

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Sectio Caesarea (SC) adalah prosedur bedah untuk melahirkan bayi melalui sayatan di dinding perut (laparotomi) dan dinding rahim (histerotomi), yang dilakukan ketika kondisi atau komplikasi tertentu (seperti plasenta previa, posisi janin abnormal, atau kondisi mengancam jiwa lainnya) membuat persalinan normal tidak mungkin atau tidak aman, dengan tujuan utama untuk memastikan keselamatan ibu dan janin.

2. Etiologi Sectio Caesarea

Tindakan Sectio Caesarea biasanya dilakukan ketika adanya kendala untuk melakukan persalinan normal, diantaranya yang menjadi indikasi dilakukannya prosedur SC adalah sebagai berikut :

a. Indikasi medis

1) Power

Power adalah kekuatan untuk mendorong janin keluar. Kekuatan untuk mendorong janin keluar disebut HIS, yaitu kontraksi-kontraksi perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna. Power yang memungkinkan dilakukannya sesar adalah daya mengejan ibu lemah, ibu berpenyakit jantung atau berpenyakit menahun lainnya yang mempengaruhi tenaga.

2) Passanger

Faktor janin yang bisa menjadi penyulit persalinan diantaranya adalah ketika bayi terlalu besar, bayi dengan kaliaan letak, bayi dengan fetal distress, dan primi gravida di atas 35 tahun.

3) Passage

Kelainan ini dipengaruhi oleh panggul sempit, trauma persalinan serius pada jalan lahir, adanya infeksi pada jalan lahir, herpes, condyloma lota, condyloma acumilata, Hepatiti B atau C (Eva, 2022).

b. Indikasi Ibu

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu; primgravida atau kehamilan pertama dengan kelainan posisi, Cefalo Pelvix Disproportion (CPD), disporposi janin dan panggul, riwayat kehamilan dna persalinan buruk, kehamilan disertai dengan penyakit, ketidak seimbangan adnata ukuran kepala bayi dan panggul ibu, gangguan perjalanan persalinan (mioma uteri, kista ovarium dan sebagainya), keracunan parah ketika hamil, preeclampsia dan eklampsia berat, serta adanya keinginan ibu sendiri (Agustin, 2022).

c. Indikasi Janin

Ada beberapa kondisi janin yang menjadi indikasi harus dilakukannya operasi bedah sesar misalnya gawat janin, kelainan tali pusat seperti terlilit tali pusat, prolapses tali pusat, mal presenasi dan mal posisi kedudukan janin yaitu bayi yang besar. Sedangkan faktor dari plasenta meliputi plasenta previa, vasa previa dan plasenta accrete, kegagalan persalinan vakum serta bayi kembar (Sitorus, 2021).

3. Indikasi Sectio Caesarea

Menurut jumatrin (2022), ada beberapa alasan atau kondisi yang menunjukkan perlunya melakukan tindakan section caesarea, yaitu :

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

pendarahan antepartum atau kelainan lain yang dialami oleh ibu yang mengharuskan janin segera lahirkan.

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

4. Klasifikasi Sectio Caesarea

Secara umum Sectio Caesarea dibagi menjadi Sectio Caesarea primer dan Sectio Caesarea sekunder. Sedangkan menurut tingkat urgensinya bedah sesar dibagi dua yaitu bedah cito dan elektif.

- a. SC Primer adalah tindakan prosedur SC yang dilakukan kepada pasien yang baru pertama kali melakukan operasi bedah sesar.
- b. SC Sekunder adalah tindakan prosedur SC yang dilakukan kepada pasien dengan riwayat SC sebelumnya.
- c. SC Cito adalah prosedur SC yang dilakukan setelah proses persalinan dimulai atau telah munculnya tanda-tanda inpartu.

- d. SC elektif adalah tindakan bedah sesar yang telah direncanakan sebelumnya sebelum proses persalinan dimulai (Fadhilah & Sari, 2021).

Sedangkan menurut Eugenius (2022) operasi Sectio Caesarea emergensi dibagi dalam empat kategori yaitu :

Kategori 1 : Operasi dengan adanya tanda gawat janin atau gawat ibu yang bisa membahayakan nyawa.

Kategori 2 : Operasi dengan adanya tanda gawat janin dan gawat ibu yang tidak langsung membahayakan nyawa.

Kategori 3 : Operasi yang dilakukan meskipun tidak ada tanda gawat janin dan gawat ibu dilakukan karena butuh pengakhiran segera.

Kategori 4 : Operasi yang dilakukan pada waktu yang paling sesuai bagi ibu dan kesesuaian fasilitas.

5. **Patofisiologi Sectio Caesarea**

Section Caesarea adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan SC ini bertujuan untuk mencegah kematian janin atau ibu apabila melahirkan secara pervaginam. Ada beberapa kondisi yang menjadi faktor untuk dilakukannya SC misalnya faktor dari ukuran panggul ibu, usia ibu, berat badan bayi yang akan lahir, faktor letak plasenta, malpresentasi dan malposisi serta kondisi amnion. Faktor – faktor tersebut bisa menjadi penyulit persalinan normal atau membuat persalinan kala II lama sehingga harus dilakukan induksi persalinan SC. (Yadhy, Hendra, & Nova, 2023)

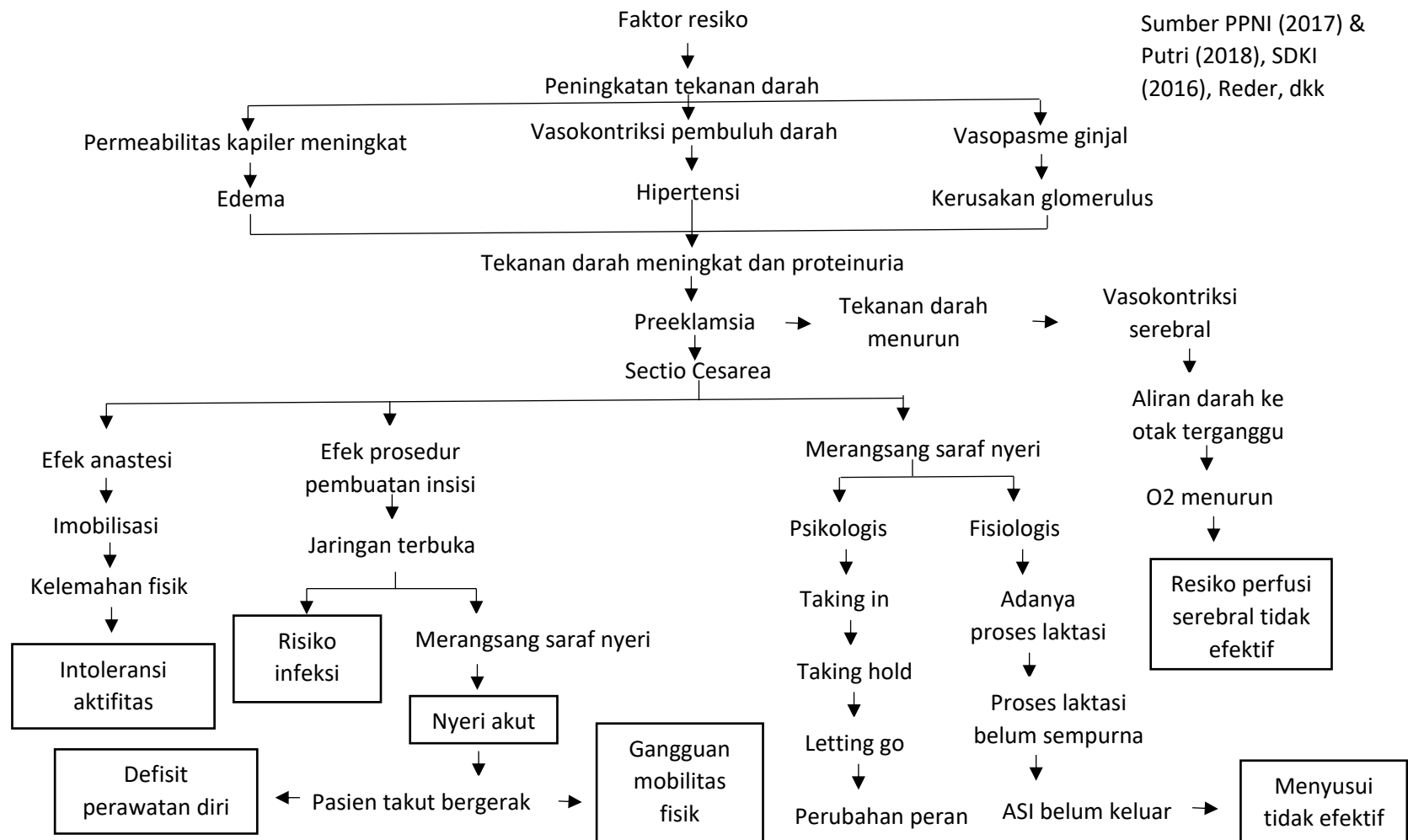
Section caesarea (SC) dilakukan secara sistematis, dimana pasien akan dibius untuk dilakukan sayatan pada area perut. Pembiusan yang di ambil biasanya jenis pembiusan regional, yaitu bius yang di suntikan ke sub arachnoid dan epidural yang mengakibatkan pasien masih bisa sadar karena pembiusan ini berefek mati rasa pada bagian bawah tubuh

saja. Namun pasien masih tidak bisa melihat prosedur bedah karena tertutup tirai. Hal ini akan membantu pasien untuk mengurangi ansietas selama pembedahan. Kemudian setelah dibius, bagian perut akan disterilisasi dan akan dibuat insisi proses pembedahan. Proses pembedahan ini akan mengakibatkan terputusnya jaringan dan merangsang area sensorik. Sehingga akan menyebabkan gangguan rasa nyaman yaitu nyeri (Syaiful, 2020).

Setelah pasien dioperasi, luka akan ditutup menyebabkan adanya luka bekas operasi. Proses penyembuhan luka pasca sesar pada dasarnya sama dengan luka lainnya yaitu secara fisiologis penyembuhan luka meliputi respon inflamasi akut terhadap cedera, fase destruktif, fase foliperatif dan fase maturasi. Luka akan dikatakan sembuh jika kontinuitas lapisan kulit atau jaringan parut mampu tidak mengganggu aktivitas sehari-hari pasien. Mobilisasi dini harus disampaikan kepada pasien untuk mendukung tahap proses penyembuhan luka sehingga dapat mengurangi infeksi dan angka kesakitan ibu post SC. Pada saat post partum hormone progesterone dan esterogen akan menurun sehingga menyebabkan involusi dan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga terjadi perdarahan dan resiko syok, Hb menurun, kekurangan O₂, terjadinya kelemahan dan defisit perawatan diri. Hal-hal tersebut masih dapat dicegah bila pasien dipantau kondisinya dan dibimbing untuk melakukan mobilisasi secara baik dan mengatur diet ibu untuk pemulihan luka (Eva, 2022)

6. Pathway

Bagan 2. 1 Pathway Sectio Caesarea indikasi Preeklamsia



7. **Komplikasi Sectio Caesarea**

Ibu post partum seksio sesaria perlu pemantauan lebih daripada ibu dengan persalinan normal. Persalinan bedah sesar memiliki lima kalipiat resiko lebih tinggi terkena komplikasi efek pembedahan. Faktor dominan yang menyebabkan komplikasi adalah faktor anastesi, pengeluaran darah ibu saat tindakan operasi, endometritis, tromboflebitis, dan letak rahim menjadi tidak sempurna. Ada beberapa komplikasi yang bisa terjadi misalnya sepsis berat, perdarahan, serangan tromboemboli, perlukaan traktus urinarius dan infeksi pada luka operasi (Sirait, 2022).

Komplikasi yang mungkin terjadi meliputi infeksi nifas (pasca persalinan), pendarahan yang disebabkan oleh banyaknya pembuluh darah yang putus dan terbuka, emboli paru, cedera kandung kemih, dan kemungkinan ruptur uterus spontan pada kehamilan selanjutnya. Selain itu, operasi caesar akan meninggalkan luka sayatan. Sayatan ini mengakibatkan terputusnya jaringan tubuh dan menciptakan luka pada orang yang menjalani operasi (Hermayanti et al., 2025).

8. **Penatalaksanaan Sectio Caesarea**

a. **Manajemen Nyeri**

1) **Farmakologis**

Pemberian obat pereda nyeri (analgesik) merupakan bagian dari perawatan standar pasca operasi caesar, di mana terapi farmakologis dapat mencakup pemberian obat pereda nyeri atau analgesik, pemberian cairan, dan perawatan luka yang bertujuan untuk meminimalkan rasa sakit (Ariyani dkk., 2025).

2) **Non Farmakologis**

- a) Teknik relaksasi nafas dalam
- b) Teknik relaksasi genggam jari
- c) Foot massage

b. Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini bagi ibu post sc yaitu, selama 6 jam pertama setelah operasi mobilisasi dini yang dapat dilakukan meliputi menggerakkan lengan dan tangan, menggoyangkan jari-jari kaki, mengangkat tumit, mengencangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser posisi kaki. Setelah 6 hingga 10 jam, ibu diharapkan mampu miring ke sisi kiri dan kanan untuk mencegah trombosis dan tromboemboli. Setelah 24 jam, ibu dianjurkan untuk mulai belajar duduk. Setelah mampu duduk, ibu dianjurkan untuk belajar berjalan (Hidayah et al., 2023).

c. Manajemen ASI dan Laktasi

Pijat oksitosin merupakan intervensi penting dalam perawatan pasca operasi caesar untuk mendukung produksi ASI. Pijat oksitosin sebaiknya dilakukan setiap hari selama 2 sesi masing-masing 3 menit dalam jangka waktu 2 hari, karena dapat meningkatkan kontraksi uterus pasca persalinan, sehingga memfasilitasi involusi uterus (Lail et al., 2024).

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi Post Partum

Postpartum merupakan masa yang rentan bagi kelangsungan hidup ibu baru. Perawatan postpartum adalah perawatan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama periode 6 jam hingga 42 hari setelah melahirkan (Saadah & Siti Haryani, 2022)

Postpartum adalah waktu setelah melahirkan di mana ibu mengalami perubahan fisiologis dan anatomis saat tubuhnya kembali ke keadaan tidak hamil. Masa postpartum dimulai setelah plasenta keluar dan berlanjut hingga pemulihan fisiologis sistem organ. Masa postpartum dibagi menjadi tiga fase: fase akut, yaitu 24 jam pertama setelah plasenta keluar; fase awal, yang berlangsung hingga 7 hari; dan fase akhir, yang

berlangsung dari 6 minggu hingga 6 bulan. Masa ini merupakan fase transisi di mana terjadi perubahan fisik dan psikologis (Nadhiroh, 2022)

Postpartum adalah fase kritis setelah melahirkan yang berlangsung sekitar 6–8 minggu, di mana tubuh ibu mengalami perubahan fisiologis dan psikologis yang signifikan saat kembali ke kondisi sebelum kehamilan. Periode ini membutuhkan perhatian khusus karena tingginya risiko kematian ibu, terutama akibat perdarahan pascapersalinan, eklampsia, dan infeksi yang disebabkan oleh perawatan pascapersalinan yang tidak memadai. Selama masa pascapersalinan, ibu perlu menyesuaikan diri dengan aktivitas dan peran baru mereka sebagai ibu; adaptasi yang tepat sangat penting untuk menghindari komplikasi dan masalah kesehatan. Dengan demikian, perawatan yang tepat dan dukungan yang memadai sangat penting untuk memastikan kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi (Manumara et al., 2025)

Dapat disimpulkan bahwa postpartum adalah fase transisi setelah keluarnya plasenta, yang berlangsung sekitar 6 jam hingga 6–8 minggu (42 hari), di mana ibu mengalami perubahan fisiologis, anatomis, dan psikologis yang signifikan seiring tubuhnya kembali ke keadaan sebelum kehamilan.

2. Tahapan Masa Post Partum

Menurut (Winarsih & Dwihestie, 2025) masa nifas dibagi menjadi empat tahapan :

a. Periode immediate postpartum (0 – 24 jam)

Periode dari keluarnya plasenta hingga 24 jam pertama. Fase ini sangat penting karena risiko tinggi perdarahan postpartum yang disebabkan oleh atonia uterus.

b. Periode early postpartum (>24 jam – 1 minggu)

Bidan memastikan involusi uterus normal, tanpa perdarahan, infeksi, atau demam. Ibu mendapat istirahat, nutrisi yang cukup, dan mulai menyusui dan merawat bayi, termasuk perawatan tali pusat untuk memastikan tali pusat lepas dalam 5 –7 hari tanpa komplikasi.

Perawatan yang tidak tepat membawa risiko menyebabkan infeksi atau tetanus neonatal.

c. Periode late postpartum (>1 minggu – 6 minggu)

Selama tahap ini, bidan terus memberikan perawatan postpartum, memantau kesehatan ibu dan bayi, dan memberikan konseling perencanaan keluarga.

d. Periode remote puerperium

Ini adalah periode pemulihan penuh, terutama bagi ibu yang mengalami komplikasi selama kehamilan atau persalinan.

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum

a. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur angsru mengecil sampai keadaan sebelum hamil (Wahyuningsih, 2019).

Tabel 2. 1 Involusi Uteri

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri Lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 Minggu	½ pusat symphysis	500 gr
2 Minggu	Tidak teraba	350 gr
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 Minggu	Normal	30 gr

Sumber : (Riza, et al., 2022)

b. Tempat tertanamnya plasenta

Sayatan kasar pada implantasi lama plasenta menonjol ke dalam rongga rahim. Luka menyusut dengan cepat setelah plasenta lahir. Pada akhir minggu kedua hanya 3-4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm. plasenta mencakup beberapa arteri darah utama yang

tersumbat oleh trombus pada awal masa nifas. Bekas luka dari plasenta tidak meninggalkan bekas.

Regenerasi endometrium membutuhkan waktu sekitar 6 minggu di tempat tertanamnya plasenta. Desidua basalis adalah tempat perkembangan kelenjar endometrium. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembersihan luka (Riza, et al., 2022).

c. Lochea

Lochea adalah cairan atau sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina. Warna dan volume lochia berubah sebagai akibat dari proses involusi. Menurut Riza (2022) selama masa nifas ada beberapa jenis lochia berdasarkan warna dan waktu yaitu :

- 1) Lochea Rubra yang berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, vernix caseosa, lanugo dan meconium. Biasanya berlangsung 1 sampai 3 hari post partum sedangkan.
- 2) Lochea sanguinolenta, lochia ini berlendir berwarna coklat kemerahan berlangsung dari hari 4 sampai ke 7 setelah melahirkan
- 3) Lochea Serosa biasanya berwarna kuning karena mengandung serum jaringan, desidua, leukosit dan eritrosit. Berlangsung selama dua Minggu setelah post partum.
- 4) Lochea Alba yang berwarna putih terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua yang berlangsung 14 Hari sampai 2 minggu akhir masa nifas.
- 5) Lochea purulenta, adalah infeksi yang terjadi pada uterus dengan ditandai keluarnya cairan seperti nanah yang berbau busuk.
- 6) Lochiometra yaitu sebutan untuk lochia yang keluarnya tidak lancar.

d. Perubahan vagina

Vulva dan vagina menjadi tertekan, serta meregang yang sangat besar selama proses persalinan bayi. Beberapa hari pertama pasca proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol (Aritonang, 2020).

e. Perubahan perieum

Segera setelah persalinan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Aritonang, 2020).

f. Perubahan serviks

Robekan kecil yang terjadi selama dilatasi serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan akan menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim dan setelah 2 jam post partum masih dapat dimasuki 2 sampai 3 jari. Kemudian pada minggu ke-6 post partum serviks akan menutup kembali (Wahyuningsih, 2019).

Batas luar serviks yang berhubungan dengan osteum eksternal, biasanya terkoyak saat melahirkan terutama di daerah lateral. Dilatasi serviks berkontraksi perlahan dan tetap sebesar dua jari selama beberapa hari setelah kelahiran. Osteum eksternal tidak dapat sepenuhnya kembali seperti keadaan sebelum hamil. Segmenya masih agak besar dan lekukan di keuda sisi lokasi laserasi biasanya permanen. Ada beberapa modifikasi pada area serviks setelah melahirkan atau post partum. Segmen bawah rahim yang lebih tipis dan bentuknya akan menganga seperti corong, hal itu disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi (Riza, et al., 2022).

g. Perubahan payudara

Menurut Anggraeni (2020) ASI dapat dihasilkan oleh kelenjar susu pada kedua payudara dengan dipengaruhi oleh beberapa hormon. Diantaranya hormon laktogen, dimana seorang ibu menghasilkan ASI sebanyak 150-300 ml ASI setiap hari. Pada awal masa nifas, ASI pertama yang keluar berwarna kuning dan disebut kolostrum. Kolostrum diproduksi oleh tubuh di usia kehamilan sekitar 12 minggu. Kolostrum ini mengandung sel darah putih yang bermanfaat untuk sistem imun bayi (Riza, et al., 2022).

Pada saat nifas ibu perlu menyusui bayinya, ada dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu :

1) Refleks Prolaktin

Dalam puting susu banyak sekali ujung saraf sensorik. Bila dirangsang, timbul impuls yang menuju hipotalamus selanjutnya ke kelenjar hipofisis bagian depan sehingga kelenjar ini mengeluarkan hormon prolaktin. Hormon ini yang berperan dalam produksi tingkat alveoli (Wulan, Tetty, & Devi, 2023)

2) Refleks Aliran (let down reflex)

Rangsang puting susu tidak hanya sampai ke kelenjar hipofisis depan tapi juga ke kelenjar hipofisis bagian belakang yang mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon ini berfungsi memasu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan di dinding saluran, sehingga ASI yang dipompa akan keluar (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

h. Sistem pencernaan

Pada hari pertamaa post partum, dinding abdomen ibu menonjol keluar. Setelah dua minggu melahirkan dibutuhkan waktu enam minggu agar dinding perut berelaksasi dan mencapai ke keadaan sebelum hamil dengan bantuan senam nifas. Setelah persalinan 2 jam ibu akan merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan tidak ada alasan menunda pemberian nutrisi atau makan kepada ibu

setelah melahirkan. Konstipasi mungkin akan terjadi karena psikis ibu yang takut BAB karena masih ada luka jahit perineum. Adapun karena fisiologis juga bisa terjadi di mana pada awal setelah mengalami proses persalinan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapatkan tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong sehingga pengeluaran cairan yang berlebih pada waktu persalinan akan mempengaruhi terjadinya konstipasi (Asriani & Sartika, 2023).

i. Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, umumnya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis” (Aritonang, 2020).

j. 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 berangsurangsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan (Aritonang, 2020).

k. 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 sediakala pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum (Aritonang, 2020).

l. Sistem endokrin

Ada beberapa hormon yang berperan yaitu oksitosin yang berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan dan membantu uterus kembali normal. Isapan bayi juga dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Kemudian hormon prolaktin yaitu dikeluarkan oleh kelenjar di mana pituitrin Ibu postpartum tidak menyusui dalam 14 sampai 21 hari timbul menstruasi. Serta hormon estrogen akan menurun setelah melahirkan dan progesteron yang akan meningkat (Wahyuningsih, 2019)

1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan oleh kelenjar hipofisis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan sebagai perangsang pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi sehingga mencegah perdarahan dan dapat membantu uterus ke bentuk normal. Selain itu isapan bayi juga membantu dalam meningkatkan sekresi oksitosin dan produksi ASI (Wahyuningsih, 2019).

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berfungsi dalam memperbesar payudara dan menghasilkan ASI

3) Estrogen dan progesteron

Selama hamil volume darah meningkat diperkirakan tingkat hormon estrogen yang tinggi mengakibatkan tingginya hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Progesteron juga mempengaruhi otot yang merangsang peningkatan pembuluh darah (Wahyuningsih, 2019).

4) Hormon plasenta

Enzyme insulinasi berlawanan dengan efek diabetogenik pada saat penurunan hormon human placenta lactogen (HPL),

estrogen dan progesteron, serta plasenta kehamilan. Sehingga pada masa post partum kadar gula menurun diikuti oleh penurunan kadar estrogen dan progesteron. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan diuresis ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita menyusui kadar estrogen mulai meningkat pada minggu kedua dan terus meningkat sampai hari ke 17 post partum (Wahyuningsih, 2019).

5) Hormon hipofisis dan ovarium

Waktu mulainya menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui akan berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH. Ovarium tidak akan merespon terhadap ovulasi stimulasi FSH ketika kadar hormon prolaktin meningkat. Sering kali menstruasi pertama bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron (Riza, et al., 2022).

m. Perubahan tanda – tanda vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain :

- 1) Suhu badan Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ – 38°C) akibat dari kerja keras waktu persalinan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa.
- 2) Biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 x/menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.
- 3) Tekanan darah Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu persalinan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklampsia 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 nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Aritonang, 2020).

4. Perubahan Psikologis Pada Masa Post Partum

Terdapat tiga fase perubahan psikologis pada ibu nifas, yaitu :

- 1) Fase Taking-in , yang berlangsung dari saat melahirkan hingga hari kedua. Selama fase ini, ibu bersifat pasif dan bergantung pada bantuan orang lain. Ia cenderung menunjukkan ketergantungan pada lingkungannya, sehingga penting untuk menjaga komunikasi yang baik agar kebutuhannya dapat terpenuhi.
- 2) Fase Taking-hold, yang berlangsung 3 hingga 10 hari setelah melahirkan. Selama fase ini, ibu mengalami ketidakpastian dan kurangnya kepercayaan diri dalam merawat bayinya. Ia merasa khawatir tentang kemampuan dan tanggung jawabnya dalam merawat bayinya, yang dapat menyebabkan perasaan sedih atau baby blues.
- 3) Fase Letting-go, yang terjadi pada hari ke-10 setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu mulai beradaptasi dengan membangun hubungan dengan anggota keluarganya, memahami perannya sebagai seorang ibu, dan mengembangkan keinginan serta kepercayaan diri untuk merawat dirinya sendiri dan bayinya. Peran seorang bidan sangat penting dalam memberikan perawatan yang berkaitan dengan adaptasi psikologis ibu nifas (Yuliana et al., 2024)

5. Kebutuhan Ibu Post Partum

Ada beberapa kebutuhan yang perlu di perhatikan untuk ibu post partum agar dapat kembali pulih dengan sempurna dan proses menyusui juga berjalan baik (Wahyuningsih, 2019).

a. Nutrisi dan cairan

Nutrisi akan sangat berpengaruh kepada produksi ASI. Ibu yang menyusui dengan nutrisi baik rata-rata memproduksi asinya sekitar

800 cc atau mengandung 600 kilo kalori sedangkan status gizinya kurang akan lebih sedikit menghasilkan ASI. Jumlah kalori juga mempengaruhi produksi ASI di mana jumlah kalori akan dikonversikan 80 sampai 90% jadi jika laktasi berlangsung selama lebih dari 3 bulan selama itu ibu akan menurun berat badannya berarti jumlah kalori tambahan harus ditingkatkan. Selama menyusui Ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal yaitu sebesar 20 gram per hari yang nantinya protein anda akan diubah menjadi asam lemak akan diubah menjadi DHA yang akan keluar sebagai ASI. Kebutuhan ibu nifas dan menyusui adalah sebagai berikut :

- 1) Konsumsi kalori tambahan 500 kkal tiap hari
- 2) Diet seimbang protein, vitamin dan mineral
- 3) Minum sedikitnya 8 gelas/ hari
- 4) Konsumsi Fe/tambah darah selama masa nifas
- 5) Konsumsi kapsul vit A

b. Ambulasi dini

Ambulasi Dini adalah kebijaksanaan untuk meminta pasien keluar dari tempat tidurnya untuk belajar berjalan. Namun tidak disarankan pada pasien dengan penyakit anemia jantung paru-paru demam dan keadaan lainnya yang membutuhkan istirahat. Ambulasi Dini ini dilakukan secara perlahan namun meningkat secara berangsur-angsur mulai dari jalan-jalan ringan dari jam ke jam sampai hitungan hari hingga pasien dapat melaksanakannya sendiri tanpa dampingan dengan tujuan membantu pemulihan pasien ke kondisi semula sebelum persalinan.

c. Eliminasi buang air kecil dan besar

Biasanya dalam 6 jam pertama post partum pasien harus sudah dapat buang air kecil semakin lama urin tahan maka akan mengakibatkan resiko infeksi yang lebih tinggi. Dalam 24 jam pertama pasien juga sudah harus dapat buang air besar jika buang air besar ditahan

beresiko feses akan semakin mengeras dan semakin sulit di keluarkan.

d. Istirahat

Ibu pos partum sangat membutuhkan istirahat yang cukup untuk membantu memulihkan kembali keadaan fisik. Ada beberapa ada berapa kerugian jika ibu tidak istirahat dengan cukup yaitu :

- 1) Mengurangi jumlah asi yang diproduksi
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidaknyaman untuk merawat bayi dan diri sendiri

e. Seksual

Seksual dalam budaya dan agama tertentu melarang melakukan hubungan suami istri selama 40 hari atau enam minggu setelah melahirkan, namun keputusan itu tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

f. Kebersihan Diri

Pada masa nifas ibu rentan terkena infeksi. Oleh karena itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Anjurkan kebersihan diri seluruh tubuh terutama area perineum
- 2) Ajarkan ibu membersihkan alat kelamin dengan air dan sabun dari arah depan ke belakang
- 3) Sarankan ibu setidaknya ganti pembalut dua kali sehari
- 4) Membersihkan tangan sebelum dan sesudah membersihkan area kelamin
- 5) Jika ibu memiliki luka episiotomi, sarankan untuk tidak menyentuh area tersebut

D. Dampak Sectio Caesarea terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan fisiologis adalah tingkat pertama dan paling dasar dari kebutuhan manusia. Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan utama yang harus dipenuhi oleh manusia sebelum kebutuhan lainnya. Ada berbagai kondisi tubuh yang dapat mempengaruhi tidak seimbangnya kebutuhan fisiologis. Contohnya pada ibu nifas post sectio caesarea, dimana pasien akan mengalami beberapa perubahan fisiologis akibat efek prosedur paska bedah yang akan mempengaruhi kebutuhan dasar manusia yaitu :

1. Rasa aman dan nyaman

Luka post operasi yang cukup besar pada dinding perut dan rahim akibat pembedahan akan menyebabkan timbulnya rasa nyeri. Rasa nyeri merupakan mekanisme bagi tubuh yang timbul ketika jaringan tubuh rusak dan menyebabkan individu untuk bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Rasa nyeri pada ibu post SC biasanya terjadi 12 sampai 36 jam setelah operasi dan akan membaik pada hari ketiga setelah operasi (Dewi, Nunung, & Astri, 2019).

2. Nutrisi

Pada pasien post caesarea mengalami perubahan pada sistem pencernaan diperlukan waktu 3 sampai 4 hari pemulihan nafsu makan sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar estrogen dan progesteron menurun setelah melahirkan asupan makanan juga mengalami penurunan satu sampai dua hari. Nutrisi merupakan salah satu kebutuhan dasar nifas yang harus dipenuhi, maka dari itu perlu dibutuhkan lebih banyak nutrisi untuk ibu agar dapat digunakan untuk membantu dalam penyembuhan luka dan proses produksi ASI (Lulia, 2020).

3. Keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa

Pada kira-kira 24 sampai 40 jam setelah operasi cairan ditahan oleh tubuh karena adanya stimulus hormon anti diuretik yang merupakan bagian respon stress terhadap trauma dan pengaruh anestesi. Kekurangan potassium dan sodium dapat terjadi karena pasien

kehilangan cairan elektrolit dan darah pada saat prosedur operasi. hal tersebut sangat mempengaruhi keseimbangan cairan pasien sehingga pasien dengan post operasi sectio caesarea harus masih di berikan terapi elektrolit seperti ringer laktat setelah menjalani operasi sehingga intake dan output cairan diharapkan seimbang untuk menghindari dehidrasi dan mengurangi resiko terjadinya infeksi pada pasien (Lowdermik, 2016).

4. Oksigenasi

Pada ibu post sectio caesarea kemungkinan mengalami penurunan saturasi oksigen dan peningkatan respirsai pernapasan. Hal itu disebabkan pada ibu post sectio caesarea mengalami penurunan fungsi paru selama proses operasi berlangsung karena efek anestesi yang dilakukan. Sekret yang meningkat akan menyebabkan penumpukan sekret dalam jalan napas. Efek tersebutlah yang memungkinkan ibu akan merasa ingin batuk setelah melahirkan, saturasi akan menurun dan respirasi pernapasan normal (Silfianingsih, 2022).

5. Istirahat dan tidur

Kebutuhan tidur pasien post sectio caesarea biasanya kurang terpenuhi hal tersebut di perngaruhi oleh rasa nyeri yang dirasakan pasien. Hal ini berbalikan dengan kebutuhan yang harusnya ibu dapatkan, dimana ibu post sectio caesarea memerlukan waktu tidur sekitar 8 jam pada waktu malam hari dan satu jam pada waktu siang hari. Jika kebutuhan tidur tidak terpenuhi akan berpengaruh terhadap beberapa hal seperti terganggunya jumlah produksi ASI, perlambatan involusi uteri dan meningkatnya rasa stress (Puspita & Dwi, 2016)

6. Mobilisasi dan aktivitas fisik

Mobilisasi dini sangatlah penting bagi ibu post sectio caesarea karena mempengaruhi proses penyembuhan luka. Namun luka post sectio caesarea yang cukup besar di dinding perut dan rahim mengakibatkan rasa nyeri. Rasa nyeri itu menyebabkan ibu merasa khawatir untuk bergerak sehingga menyebabkan ibu cenderung menolak untuk

melakukan mobilisasi. Hal tersebut dapat menimbulkan masalah seperti kaku persendian, postur yang buruk dan mengakibatkan tidak lancarnya sirkulasi yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka dan involusi uteri (Arif & Atun, 2023)

7. Eliminasi urin dan fekal

a. Buang Air Kecil (BAK)

Pasca persalinan terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar utertra yang terjadi selama proses persalinan. Untuk ibu post partum SC, efek anestesi yang menghambat fungsi neural pada kandung kemih. Distensi yang berlebihan pada kandung kemih dapat mengakibatkan perdarahan dan kerusakan lebih lanjut. Kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam waktu lima sampai tujuh hari pasca melahirkan (Wahyuningsih, 2019).

b. Buang Air Besar (BAB)

Secara fisiologis alat pencernaan ibu post sectio caesarea bisa mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong sehingga pengeluaran cairan yang berlebih pada waktu persalinan akan mempengaruhi terjadinya konstipasi (Asriani & Sartika, 2023).

8. Kebersihan dan perawatan diri

Ibu dengan luka post sectio caesarea akan merasakan nyeri sehingga ibu cenderung memilih untuk tidak bergerak karena ketakutan ibu akan luka bekas operasi yang bertambah nyeri. Ibu akan kesulitan dalam melakukan activity of daily living secara mandiri salah satunya meliputi; mandi, oral hygiene, eliminasi dan berdandan atau berhias. Sehingga ibu butuh bantuan dari keluarga atau perawat. Personal hygiene sangat penting dilakukan untuk mengurangi tingkat resiko pada luka operasi (Dian & Grasiana, 2022).

9. Integritas kulit dan penyembuhan luka

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding dengan membuka dinding

perut serta dinding uterus. Dengan begitu ada jaringan yang dirusak sehingga perlu waktu untuk kembali pulih. Umumnya luka akan kembali pulih membutuhkan waktu enam sampai delapan minggu setelah melahirkan (Eva, 2022)

10. Kebutuhan psikososial

Ada banyak komplikasi dari pascapembedahan dengan post sectio caesarea terkadang juga dapat timbul stress pada ibu pascapembedahan dikarenakan perubahan bentuk tubuhnya. Terdapat gangguan citra tubuh sehingga ibu butuh dukungan dari keluarga untuk mengurangi stress. Stress pada ibu nifas akan mempengaruhi produksi ASI dan bisa menyebabkan post partum blues dimana jika tidak segera ditangani akan mempengaruhi mental dan kemampuan ibu dalam bersosialisasi (Agustin, 2022).

11. Kebutuhan seksual

Seksual dalam budaya dan agama tertentu melarang melakukan hubungan suami istri selama 40 hari atau enam minggu setelah melahirkan, namun keputusan itu tergantung pada pasangan yang bersangkutan. Secara medis hubungan seksual saat masa nifas bisa membahayakan karena dapat menyebabkan munculnya emboli atau gelembung udara yang masuk ke tubuh dan mengalir ke jantung kemudian ke otak. Efek lainnya bila berhubungan seksual selama masa nifas bisa meningkatkan resiko infeksi rahim (Gustrii, 2022)

E. Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea

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

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengkajian data dasar klien :

- 1) Identitas klien, yaitu meliputi nama, usia, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan, suku, bahasa yang digunakan, sumber biaya, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian dan alamat rumah (Wahyuningsih, 2019).
- 2) Keluhan utama, biasanya keluhan yang paling menonjol pada saat di kaji, kemungkinan klien akan merasa nyeri di area operasi (Wahyuningsih, 2019).
- 3) Riwayat kesehatan sekarang, yaitu meliputi keluhan utama saat masuk rumah sakit, faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi, adapun yang berkaitan dengan diagnosa saat ini yang perlu dikaji kembali. Selain itu juga perlu dikaji adanya peningkatan tekanan darah, mual atau muntah, penambahan berat badan, edema, pusing, diplopia dan nyeri epigastrik (Wahyuningsih, 2019). Kemudian setelah semua data telah di dapatkan maka harus disusun secara sistematis (P,Q,R,S,T) seperti :

P (*paliatif atau provokatif*) : Apakah nyeri berkurang apabila beristirahat, apakah nyeri bertambah bila beraktivitas, serta faktor apa yang meredakan nyeri (misalnya: gerakan, istirahat, obat-obatan bebas dan sebagainya) dan apa yang dipercaya pasien dalam mengurangi nyeri. Biasanya pada ibu nifas dengan post SC akan merasakan nyeri bertambah apabila bergerak, batuk dan berubah posisi tidur, dan nyeri pada ibu akan berkurang jika istirahat.

Q (*Qualitative dan Quantitative*) : Seperti apa keluhan nyeri yang di rasakan apakah tumpul, tajam, atau nyeri terbakar. Pada ibu post SC umumnya merasakan nyeri seperti tersusuk-tusuk atau tersayat.

R (*Region*) : Menyebar ke tempat lain atau tetap satu tempat. Pada ibu post SC cenderung merasakan nyeri di area insisi bekas operasi SC dan terkadang menyebar sampai simpisis pubis.

S (*Severity*) : Intensitas dari nyeri, tingkatnya mulai dari 1 sampai 10, apakah ada kesulitan untuk beraktifitas.

T (*Time*) : Kapan mulai terjadinya, berapa lama nyeri berlangsung, apakah hilang timbul atau konstan, sifat dan nyerinya.

- 4) Riwayat menstruasi, berkaitan dengan haid pertama kali atau menarche yang umumnya muncul pada remaja putri usia 10 sampai 16 tahun. Sedangkan untuk siklus menstruasi normalnya adalah 28-35 hari dan lama haidnya 3-7 hari siklus menstruasi pada wanita dikatakan tidak normal jika siklus haidnya kurang dari 21 hari atau lebih dari 40 hari. Normalnya darah haid yang keluar bersifat seperti lendir atau cair karena mengandung fragmen-fragmen endometrium, darah dan lendir yang bercampur dengan sel-sel epitelium vagina yang luruh. Pada saat menstruasi seorang perempuan umumnya akan kehilangan banyak darah sekitar 30 sampai 100 ml darah tapi bisa juga dua sampai tiga kali lipat dari banyak normal.
- 5) Riwayat kehamilan, berupa pertanyaan-pertanyaan seperti riwayat kehamilan sebelumnya, anak yang hidup dan riwayat abortus, penyulit atau keluhan yang dialami ibu selama kehamilan sebelumnya dan kehamilan saat ini, kehamilan yang akan direncanakan, hasil kunjungan ante natal care dan imunisasi yang diberikan kepada ibu selama hamil (Wahyuningsih, 2019).
- 6) Riwayat persalinan, data yang perlu dikaji adalah tanggal melahirkan, lamanya persalinan, posisi fetus, riwayat tipe melahirkan, riwayat penggunaan obat, masalah atau penyulit selama persalinan, adanya luka persalinan pada perineum dan resiko perdarahan (Wahyuningsih, 2019).

- 7) Riwayat keluarga berencana (KB) mengenai KB sebelumnya, jenis kontrasepsinya, dan sejak kapan menggunakan kontrasepsi serta masalah saat menggunakan kontrasepsi (Wahyuningsih, 2019)
 - 8) Pengkajian masa post partum, meliputi keadaan umum ibu. Tingkat aktivitas setelah melahirkan, gambaran lokia, keadaan perineum, keadaan abdomen dan kontraksi uterus, adanya tanda-tanda infeksi pada luka dan keluhan mengenai payudara (Wahyuningsih, 2019).
- b. Pemeriksaan fisik pada ibu post partum section caesarea
- 1) Keadaan umum : pada persalinan post SC umumnya keadaan ibu tampak lemah dan masih belum bisa bergerak bebas karena efek anastesi (Sari.L, 2020).
 - 2) Kesadaran : normalnya ibu setelah melahirkan kesadarannya masih composmentis. Namun kesadaran pada ibu post partum SC tergantung pada kondisi ibu sebelumnya. Biasanya ibu dengan kegawatan maternal kesadaran ibu bisa berada di kesadaran somnolen sampai derilium (Wahyuningsih, 2019).
 - 3) Perubahan berat badan : normalnya ibu setelah melahirkan akan kehilangan berat badan sekitar 5 sampai 6 kilogram dan akan kehilangan 3 sampai 5 kilogram lagi dalam minggu pertama masa nifas.
 - 4) Tanda-tanda Vital
 - a) Suhu

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

Setelah proses persalinan tekanan darah dapat sedikit lebih rendah namun tidak sampai hipotensi, kemudian akan kembali normal setelah satu hari melahirkan. Pada ibu post

SC umumnya akan memiliki tekanan darah normal namun tergantung dengan diagnosa ibu sebelum persalinan karena jika ibu dengan diagnosa Preeklampsia tekanan darah kemungkinan masih berada di atas normal (Kusuma, 2022).

c) Nadi

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

d) Respirasi

Pada ibu dengan post SC mungkin akan mengalami peningkatan sekret namun ada yang berpengaruh pada kecepatan respirasi ibu dan ada yang tidak berpengaruh. Umumnya ibu akan memiliki kecepatan respirasi normal yaitu dalam rentang 18 sampai 22 kali per menit.

e) Saturasi

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

5) Kepala

a) Rambut

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

b) Mata

Pada pemeriksaan mata pada ibu post SC inspeksi eksternal mata seperti pemeriksaan bola mata biasanya di dapatkan data mata yang simetris sklera mata tidak ikterik, pembengkakan kelopak mata, perhatikan apakah ada edema periobrital terkadang konjungtiva anemis dikarenakan proses persalinan yang mengalami pendarahan, dan tanyakan keluhan visual dengan cara mengkaji visus/ketajaman mata pasien apakah penglihatan menjadi kabur/tidak, pemeriksaan reflex cahaya sensitive atau tidaknya terhadap cahaya, (Sari.L, 2020)

c) Telinga

Pada pemeriksaan telinga telinga akan tampak simetris, bersih tidak ada kotoran telinga atau serumen, dan tidak ada kelainan pendengaran jika tidak ada penyakit yang berkaitan (Sari.L, 2020).

d) Hidung

Pada hidung biasanya lubang hidung simetris, tidak ada polip, kemungkinan ada sekret atau tidaknya tergantung pada kebersihan ibu dan tidak ada pernapasan cuping hidung (Sari.L, 2020).

e) Mulut dan gusi

Pada pemeriksaan mulut dan Gigi biasanya ibu post Sectio Caesar mulut akan tampak bersih, mukosa bibir lembab, kelengkapan gigi dan karies Gigi tergantung pada riwayat ibu mengenai kesehatan giginya dan umumnya Ibu tidak akan mengalami kelainan bicara (Sari.L, 2020).

6) Leher

Pada leher ibu dengan post sectio caesar tidak akan ditemukannya pembesaran kelenjar tiroid ataupun vena jugularis (Sari.L, 2020).

7) Thoraks (dada)

a) Payudara

Pemeriksaan payudara akan ditemukan data hiperpigmentasi aerola mammae serta penonjolan dari papila mammae efek dari hormon kehamilan dan persalinan. Adanya nyeri atau keras pada payudara bisa menggambarkan adanya proses produksi ASI pada payudara ibu. Pada Post Op Day 0 paska bedah sesar kemungkinan ibu masih belum bisa mengeluarkan ASI karena laktasi yang belum sempurna. Namun setelah dua hari kemudian ASI atau kolostrum biasanya akan keluar, kadang-kadang akan terasa penuh dan sakit disebabkan oleh bertambahnya peredaran darah ke payudara serta mulainya laktasi yang sempurna. Kolostrum atau ASI pertama yang keluar akan berwarna kuning. Kolostrum diproduksi oleh tubuh di usia kehamilan sekitar 12 minggu. Kolostrum ini mengandung sel darah putih yang bermanfaat untuk sistem imun bayi (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

b) Paru-paru

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

c) Jantung

Pada pemeriksaan jantung ibu post partum SC biasanya tidak ada tanda-tanda murmur jantung atau adanya suara jantung tambahan. Bentuk jantung biasanya normal dan tidak ada nyeri dada yang abnormal pada ibu. Irama jantung umumnya normal bila tidak ada penyakit awitan pada ibu. Pada hari pertama post partum kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah akan meningkat hal tersebut akan berpengaruh terhadap peningkatan curah jantung. Denyut nadi akan sedikit meningkat namun masih berada di rentang normal yaitu 60-100 kali permenit. Jika denyut nadi lebih dari 100 kali permenit harus diwaspadai adanya infeksi (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

8) Abdomen

Pada saat pemeriksaan abdomen akan ditemukan luka jahitan postop ditutupi oleh perban. Bentuk luka dipengaruhi oleh jenis insisi yang dilakukan saat operasi. Bila sectio caesarea dilakukan secara longitudinal maka bentuk luka akan tegak atau vertikal dan jika sectio caesarea dilakukan secara transversal maka bentuk luka arahnya akan horizontal atau mendatar. Selain itu perlu dikaji pula mengenai tanda-tanda infeksi seperti: tumor, robor, dolor dan fungsiolesa (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

Di permukaan abdomen biasanya akan ditemukan ada striae gravidarum. Striae gravidarum adalah stretch mark yang ditimbulkan karena adanya hiperpigmentasi karena proses hormonal dan peregangan semasa hamil. Setelah persalinan hormonal berkurang dan hiperpigmentasi berkurang sehingga striae akan menjadi putih dan disebut striae albikan. Namun tidak semua ibu memiliki striae, ada sebagian ibu yang tidak

memiliki karena kebiasaan hidup sehat sebelumnya. Selain striae akan tampak linea alba atau garis putih yang beradak di sepanjang bagian depan perut yang normalnya mempunyai lebar 15 mm di atas umbilikus dan 16mm di bawah umbilikus (Riza, et al., 2022).

Normalnya kontraksi uterus yang baik pada palpasi akan teraba keras, jika kontraksi uterus tidak baik pada palpasi akan terabak lembek dan pastinya akan terasa nyeri tekan pada luka post-op karena masih basah. Kontraksi uterus ini berhubungan dengan involusi uterus. Perubahan dalam involusi akan terjadi dengan cepat, setiap 24 jam fundus uteri akan menyusut dan normal nya akan berada di tengah anatar umbilikus dan simpisis pubis pada hari ke enam setelah melahirkan. Sedangkan sehari paska persalinan TFU masih berada di setinggi pusat atau satu jari di bawah pusat (Riza, et al., 2022).

Pada ibu nifas dinding abdomen mengalami distensi yang berkepanjangan oleh kehamilan, dinding abdomen masih lunak dan kendur. Kondisi ini disebut Diastasis Rectus Abdominalis yaitu pemisahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat peregangan mekanis dinding abdomen (Meilina & Aisyah, 2019).

Pada ibu yang melahirkan secara Sectio Caesarea akan mengalami distensi abdomen, disebabkan oleh penurunan sistem gastrointestinal. Penurunan fungsi sistem gastrointestinal tersebut akan berpengaruh setelah proses operasi dimana ibu kemungkinan akan mengalami penurunan bising usus. Yang pada normalnya bising usus akan terdengar 5-35 kali permenit (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

9) Genetalia

Pada area genetalia data yang perlu dikaji adalah tentang pengeluaran lochea di mana ibu post partum pada hari pertama itu masih tergolong lochea rubra yang berwarna merah kehitaman. Banyaknya pengeluaran lochea akan dipengaruhi oleh perdarahan ibu. Biasanya pada ibu post partum perineum cenderung kotor hal ini perlu menjadi perhatian untuk mengedukasi ibu dalam kebersihan perineum agar mengurangi resiko infeksi. Kemudian tingkat resiko terjadinya hemoroid pada ibu post SC cenderung rendah dibanding ibu dengan persalinan normal. Karena pada ibu persalinan spontan ibu cenderung harus mengejan yang menyebabkan pembuluh darah berdilatasi (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

10) Ekstremitas

Ibu dengan posisi akan mengalami gangguan mobilisasi setelah tindakan operasi karena masih ada efek anestesi 6 jam setelah anestesi kemungkinan gangguan mobilisasi masih tetap ada karena pasien merasakan nyeri di area operasi sehingga takut bergerak. Pemeriksaan ekstremitas bawah diawali dengan menginspeksi area kaki apakah ada edema dan varises dengan cara dilihat dan ditekan beberapa detik. Oedem yang positif untuk ibu post partum dengan PEB harus diwaspadai karena bisa menjadi tanda masih adanya preeklampsia setelah melahirkan. Pemeriksaan varises penting untuk ibu post partum, karena ibu setelah melahirkan memiliki kecenderungan untuk mengalami varises. Hal ini disebabkan oleh hormonal. Kemudian dilakukannya pemeriksaan patella yang dilakukan pada lutut dipukul dengan tendon reflek hamer, respon normal berupa gerakan plantar flexi kaki. Dimana derajat reflek patella dipresentasikan secara simbolis dengan :

- a) 4+ : Hiperaktif dengan klonus terus-menerus
- b) 3+ : Hiperaktif
- c) 2+ : Normal
- d) 1+ : Hipoaktif
- e) 0 : Tidak ada Refleks

Bila reflek lutut negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 dan bila berlebihan maka bisa jadi tanda preeklampsia dan bisa menjadi indikasi untuk pemberian MgSO₄. Pemeriksaan tanda homan juga dilakukan untuk melihat adanya resiko tromboflebitis yang dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksanya dengan memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis, jika nyeri maka tanda homan positif dan ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

c. Pola Aktivitas Sehari – hari

1) Nutrisi

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

2) Eliminasi

Pada pasien post sectio caesarea, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB berupa konstipasi akibat penurunan peristaltik usus, dapat juga mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensio urine (Meilina & Aisyah, 2019)

3) Istirahat Tidur

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

4) Personal Hygiene.

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

d. Aspek psikologis

Kemungkinan ibu postpartum SC pada hari pertama masih berada di fase taking in, ibu nifas akan berfokus terutama pada dirinya sendiri. Berulang kali akan menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir sebagai proses pengalaman yang membahagiakan (Riza, et al., 2022).

e. Aspek Sosial

Dikaji dengan hubungan sosialisasi antara klien dengan klien lain, tim kesehatan dan keluarga. Kemungkinan klien menarik diri, akibat rasa nyerinya (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

f. Aspek Spiritual

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

g. Aspek Pengetahuan

1) Pengetahuan tentang ibu

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

2) Pengetahuan tentang bayi

Pengetahuan perawatan bayi, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusat (Wahyuningsih, 2019)

h. Data Penunjang

1) Laboratorium, meliputi pemeriksaan darah lengkap, apabila leukosit meningkat kemungkinan di curigai adanya infeksi.

2) Hemoglobin kurang dari normal, menandakan adanya perdarahan.

- 3) Terapi meliputi obat-obatan yang di berikan untuk mempercepat proses penyembuhan, pemberian antibiotic untuk membunuh bakteri yang dapat menyebabkan infeksi dan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien (Wahyuningsih, 2019).

2. Analisa Data

Tabel 2. 2 Analisa Data

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1) Mengeluh nyeri Objektif : 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur	Adanya luka operasi menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter	(D.0077) Nyeri Akut
	Gejala dan Tanda Minor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola napas berubah 3) Nafsu makan berubah	bradikinin, histamine, dan serotonin, rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang di presepsikan sebagai nyeri	

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis		
2.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	Adanya luka post op sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas dan menyebabkan gangguan mobilitas fisik.	(D. 0054) Gangguan Mobilitas Fisik
	Objektif : 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun		
	Gejala dan Tanda Minor Subjektif : 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak		
	Objektif : 1) Sendi kaku 2) Gerakan terbatas 3) Fisik lemah		

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
3.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1) Menolak melakukan perawatan diri Objektif : 1) Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri 2) Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan Tanda Minor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : Tidak tersedia	Adanya luka post op sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet, dan menyebabkan defisit perawatan diri.	(D.0109) Defisit Perawatan Diri
4.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1) Kelelahan maternal 2) Kecemasan maternal Objektif :	Tindakan sectio caesarea ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitoksin dan prolaktin untuk	(D.0030) Menyusui Tidak Efektif

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2) ASI tidak menetes/memancar 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam Gejala dan Tanda Minor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : 1) Intake bayi tidak adekuat 2) Bayi menghisap tidak terus menerus 3) Bayi menangis saat disusui 4) Bayi rewel dan menangis terus dalam jam – jam pertama setelah menyusui 5) Menolak untuk menghisap	merangsang pengeluaran ASI sehingga ASI tidak keluar dan terjadi menyusui tidak efektif.	
5.	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif :	Tindakan sectio caesarea yang memiliki efek	(D.0056) Intoleransi Aktivitas

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	1) Mengeluh lelah Objektif : 1) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Gejala dan Tanda Minor Subjektif : 1) Dispnea saat/setelah aktivitas 2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3) Merasa lemah Objektif : 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3) Sianosis	anastesi menyebabkan imobilisasi dan kelemahan fisik yang menyebabkan intoleransi aktivitas.	
6.	Faktor Risiko : 1) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)	Adanya luka terbuka karena post op sectio caesarea dapat menjadi	(D.0142) Risiko Infeksi

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	2) Efek prosedur invasif 3) Malnutrisi 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : a) Gangguan peristaltik b) Kerusakan integritas kulit c) Perubahan sekresi pH d) Penurunan kerja siliaris e) Ketuban pecah lama f) Ketuban pecah sebelum waktunya g) Merokok h) Statis cairan tubuh 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder a) Penurunan hemoglobin	tempat masuknya bakteri. Karena luka adalah media yang baik untuk bakteri berkembang dan menyebabkan infeksi.	

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	b) Imununosupresi c) Leukopenia d) Supresi respon inflamasi e) Vaksinasi tidak adekuat		
7.	Faktor Risiko : 1) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial 2) Penurunan kinerja ventrikel kiri 3) Aterosklerosis aorta 4) Diseksi arteri 5) Fibrilasi atrium 6) Tumor otak 7) Stenosis karotis 8) Miksoma atrium 9) Aneurisma serebri 10) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit)	Tekanan darah meningkat lalu vasokonstriksi serebral dan menyebabkan aliran darah ke otak terganggu sehingga oksigen menurun.	(D.0017) Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Sumber : (SDKI, 2017)

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) diagnosa yang mungkin muncul pada ibu post partum Sectio Caesarea dengan preeklamsi adalah sebagai berikut :

- a) Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik ditandai dengan Mengeluh nyeri
- b) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri ditandai dengan Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- c) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan Menolak melakukan perawatan diri
- d) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan Suplai ASI ditandai dengan Kelelahan maternal
- e) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Tirah baring ditandai dengan Mengeluh lelah
- f) Risiko Infeksi ditandai dengan Efek prosedur Invasif
- g) Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif ditandai dengan Hipertensi

4. Intervensi Keperawatan

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

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik
 - 1) Tujuan : Tingkat nyeri menurun
 - 2) Kriteria hasil :
 - a) Keluhan nyeri menurun
 - b) Tampak meringis menurun
 - c) Sikap protektif menurun
 - d) Gelisah menurun
 - e) Sulit tidur menurun
 - f) Frekuensi nadi membaik

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut

No	Intervensi	Rasional
1.	Intervensi utama : 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 keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	1) Untuk menentukan intervensi yang tepat 2) Untuk mengetahui skala nyeri klien 3) Untuk mengetahui gejala objektif pasien 4) Untuk mengatur atau meminimalisir pemberat nyeri 5) Untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan klien 6) Untuk mengetahui persepsi budaya terhadap rasa nyeri pasien 7) Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap aktivitas dan istirahat klien

No	Intervensi	Rasional
	8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	8) Untuk meng-evaluasi hasil
	9) Monitor efek samping penggunaan analgetik	9) Untuk mengetahui pengaruh analgetik terhadap pasien
	Terapeutik :	
	10) Berikan Teknik nonfarmakologis	10) Untuk mendistraksi rasa nyeri pasien
	11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	11) Untuk mengurangi nyeri
	12) Fasilitasi istirahat dan tidur	12) Untuk mempermudah pasien istirahat
	13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	13) Untuk menentukan intervensi yang tepat
	Edukasi :	
	14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	14) Untuk menambah pengetahuan klien
	15) Jelaskan strategi meredakan nyeri	15) Untuk menambah wawasan pasien tentang strategi meredakan nyeri
	16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	

No	Intervensi	Rasional
	17) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : 19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	16) Agar pasien dapat memonitor mandiri perkembangan nyeri 17) Untuk meyakinkan pasien harus minum obat dengan tepat 18) Untuk mengurangi nyeri dengan obat 19) Untuk memberikan obat dengan tepat sesuai dengan resep dokter

Sumber : (SIKI, 2018)

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- a) Tujuan : Mobilitas fisik meningkat
 - b) Kriteria hasil :
 - 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
 - 2) Kekuatan otot meningkat
 - 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
 - 4) Kaku sendi menurun
 - 5) Gerakan terbatas menurun

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan**Gangguan Mobilitas Fisik**

No	Intervensi	Rasional
1.	Intervensi utama : Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi :	
	1) Identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya	1) Untuk menentukan intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien saat ini
	2) Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan	2) Untuk mengetahui toleransi fisik pasien
	3) Monitor keadaan umum saat mobilisasi	3) Untuk mengetahui perubahan keadaan umum dan tanda-tanda vital pasien saat melakukan mobilisasi
	Terapeutik :	
	4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat	4) Untuk mencegah adanya resiko jatuh ketika pasien merasa lemah
	5) Libatkan keluarga dalam aktivitas mobilisasi	5) Sebagai support system dan meningkatkan motivasi pasien dalam perawatan
	Edukasi :	
	6) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan	6) Untuk mengurangi kecemasan pasien dan menambah wawasan

No	Intervensi	Rasional
	7) Anjurkan mobilisasi dini 8) Anjurkan mobilisasi sederhana Kolaborasi : Tidak tersedia	pasien tentang manfaat mobilisasi dini 7) Untuk membantu pemulihan pasien setelah operasi sesarea 8) Untuk membantu meningkatkan toleransi fisik pasien secara bertahap

Sumber : (SIKI, 2018)

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

- 1) Tujuan : Perawatan diri meningkat
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Kemampuan mandi meningkat
 - b) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
 - c) Kemampuan makan meningkat
 - d) Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri

No	Intervensi	Rasional
1.	Intervensi utama : Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi : 1) Identitas kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas sesuai usia pasien

No	Intervensi	Rasional
	2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik : 4) Sediakan lingkungan yang terapeutik 5) Siapkan keperluan pribadi 6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri 7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 9) Ajarkan melakukan diri secara konsisten sesuai kemampuan Kolaborasi : Tidak tersedia	2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu 4) Agar pasien merasakan nyaman 5) Untuk menunjang dalam perawatan diri pasien 6) Agar pasien terbantu 7) Agar pasien memahami keadaan ketergantungan 8) Agar kebersihan diri terjaga 9) Agar perawatan diri terjadwal

Sumber : (SIKI, 2018)

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan Suplai ASI

1) Tujuan : Status menyusui membaik

2) Kriteria hasil :

- a) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
- b) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat
- c) Miksi bayi lebih dari 8 kali/ 24 jam meningkat
- d) Berat badan bayi meningkat

Tabel 2. 6 Intervensi Keperawatan Menyusui Tidak Efektif

No	Intervensi	Rasional
1.	Intervensi utama: Edukasi menyusui (I.12393) Observasi : 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik : 3) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya	1) Untuk mengetahui kesiapan pasien 2) Agar mengetahui keinginan pasien terhadap menyusui bayinya 3) Untuk menunjang saat pelaksanaan Pendidikan Kesehatan 4) Agar pasien siap saat diberikan Pendidikan Kesehatan 5) Agar pasien bisa bertanya

No	Intervensi	Rasional
	6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7) Libatkan sistem pendukung, suami, keluarga, tenaga Kesehatan Edukasi : 8) Berikan konseling menyusui 9) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10) Ajarkan 4 posisi menyusui 11) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat oksitosin, pijat payudara) Kolaborasi : Tidak tersedia	6) Agar pasien semangat untuk menyusui bayinya 7) Agar pasien merasa lebih percaya diri untuk menyusui bayinya 8) Agar pasien paham mengenai menyusui 9) Agar pasien mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10) Agar pasien tahu posisi menyusui yang baik dan benar 11) Agar produksi ASI meningkat

Sumber : (SIKI, 2018)

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Tirah baring

1) Tujuan : Toleransi aktivitas meningkat

2) Kriteria hasil :

- a) Keluhan lelah menurun
- b) Dispnea saat aktivitas menurun
- c) Dispnea setelah aktivitas menurun
- d) Frekuensi nadi membaik

Tabel 2. 7 Intervensi Keperawatan Intoleransi Aktivitas

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

No	Intervensi	Rasional
		dan gerak ekstremitas pasien
	7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan	7) Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien
	8) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan	8) Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama di rawat
	Edukasi :	
	9) Anjurkan tirah baring	9) Untuk memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat
	10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	10) Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap
	11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	11) Agar perawat bisa dengan segera mengkaji dan merencanakan kembali tindakan keperawatan yang bisa di berikan
	12) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan	12) Agar pasien dapat mengatasi kelelahannya
	Kolaborasi :	
	13) kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	13) Untuk memaksimalkan proses penyembuhan pasien

Sumber : (SIKI, 2018)

f. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

1) Tujuan : Tingkat infeksi menurun

2) Kriteria hasil :

- a) Demam menurun
- b) Kemerahan menurun
- c) Nyeri menurun
- d) Bengkak membaik

Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan Risiko Infeksi

No	Intervensi	Rasional
1.	Intervensi utama : Pencegahan infeksi (I.14564) Observasi : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik : 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit pada daerah edema 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi :	1) Untuk mengetahui ada tidaknya infeksi yang terjadi 2) Untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi 3) Agar luka terawat 4) Untuk menghindari terjadinya infeksi 5) Agar tidak terjadi infeksi

No	Intervensi	Rasional
	6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi	6) Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi
	7) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar	7) Untuk menghindari infeksi
	8) Ajarkan etika batuk	8) Untuk menghindari infeksi
	9) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau operasi	9) Agar pasien tahu cara memeriksa kondisi luka
	10) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	10) Untuk menunjang kesehatan
	11) Anjurkan meningkatkan asupan cairan	11) Untuk menunjang kesembuhan
	Kolaborasi :	
	12) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	12) Untuk membantu mengurangi infeksi bakteri

Sumber : (SIKI, 2018)

g. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi

1) Tujuan : Perfusi serebral meningkat

2) Kriteria hasil :

- a) Tekanan intrakranial menurun
- b) Sakit kepala menurun
- c) Gelisah menurun
- d) Kecemasan menurun
- e) Agitasi menurun

Tabel 2. 9 Intervensi Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

No	Intervensi	Rasional
1.	Manajemen Peningkatan Tekanan Intra Kranial (I.06198) Observasi : 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebrai) 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3) Monitor MAP 4) Monitor CVP 5) Monitor PAWP 6) Monitor PAP 7) Monitor ICP	1) Untuk mengetahui penyebab TIK 2) Agar mengetahui tanda dan gejala peningkatan TIK 3) Agar mengetahui nilai MAP 4) Agar mengetahui nilai CVP 5) Agar mengetahui nilai PAWP 6) Untuk mengetahui nilai PAP 7) Untuk mengetahui nilai ICP

No	Intervensi	Rasional
	8) Monitor CPP	8) Untuk mengetahui nilai CPP
	9) Monitor gelombang ICP	9) Untuk mengetahui gelombang ICP
	10) Monitor status pernafasan	10) Untuk memantau respirasi
	11) Monitor intake dan output cairan	11) Untuk mengetahui intake dan output cairan klien
	12) Monitor cairan serebro spinalis (mis. Warna, konsistensi)	12) Untuk mengetahui cairan serebro spinalis
	Terapeutik :	
	13) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	13) Pasien tampak nyaman/tenang
	14) Berikan posisi semi fowler	14) Supaya klien tampak nyaman
	15) Hindari maneuver valsava	15) Untuk menghindari potensi risiko serius pada system kardiovaskular
	16) Cegah terjadinya kejang	16) Untuk menghindari kejang
	17) Pertahankan suhu tubuh normal	17) Untuk menjaga fungsi system saraf pusat
	Kolaborasi :	
	18) Kolaborasi pemberian sedasi	18) Untuk mengatasi kejang dan menenangkan

No	Intervensi	Rasional
	dan antikonvulsan, jika perlu	
	19) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu	19) Untuk mengurangi edema serebral
	20) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	20) Untuk mengatasi konstipasi atau mencegah konstipasi

Sumber : (SIKI, 2018)

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi masalah medis yang dialami. Implementasi keperawatan membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal, dan psikomotor (Mersi et al., 2024).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan di mana dilakukan penilaian untuk menentukan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan telah tercapai. Dalam melakukan evaluasi, perawat perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memahami bagaimana pasien merespons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan untuk membuat kesimpulan tentang pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, serta kemampuan untuk menghubungkan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan (Mersi et al., 2024).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Nama	: Ny. E
Umur	: 32 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Cikajang
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan	: Diploma III
Pekerjaan	: Karyawan swasta
No Rm	: 0131305
Diagnosa Medis	: P2 A1 Post Sc PEB
Tanggal Masuk	: 10 Mei 2026, 23.00 WIB
Tanggal Persalinan	: 11 Mei 2026, 03.00 WIB
Tanggal Pengkajian	: 11 Mei 2026, 08.00 WIB

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. D
Umur	: 33 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki - laki
Pendidikan	: Diploma IV
Pekerjaan	: Karyawan honorer
Hubungan dengan pasien	: Suami
Alamat	: Cikajang

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada area luka post operasi sectio caesarea di perut bagian bawah.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Mei 2026 pukul 08.00 WIB, pasien mengeluh nyeri pada luka sectio caesarea. Nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang saat pasien diberi obat. Nyeri yang dirasakan pasien seperti ditusuk – tusuk dan nyeri hanya dirasakan dibagian perut bawah saja pada luka post operasi. Skala nyeri yang dirasakan 6 (0 – 10) dan nyeri dirasakan terus – menerus.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan selama hamil dan sebelum hamil tidak pernah memiliki kebiasaan buruk seperti merokok, meminum alkohol ataupun kebiasaan memakan makanan yang tidak sehat. Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki riwayat penyakit kronis, penyakit menular. ataupun penyakit turunan yang dapat memperberat masa kehamilan dan nifas.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan bahwa dikeluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama, tidak ada yang pernah mengandung gen kembar, penyakit menular seksual dan tidak ada mempunyai penyakit keturunan.

5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Menarche	: 13 Tahun
Lama	: 6 – 7 hari
Siklus	: 28 – 30 hari
Banyaknya	: 2 – 3x ganti pembalut perhari
Sifat darah	: Warna merah, konsistensi cair

HPHT : 01 Agustus 2025

HPL : 08 Mei 2026

Dysmenorrhea : Kadang – kadang

b) Riwayat perkawinan

Lama perkawinan : 5 tahun

Pernikahan yang ke- : ke 1

c) Riwayat kontrasepsi

Pasien mengatakan sebelum hamil menggunakan alat kontrasepsi jenis IUD dengan lama penggunaannya $\pm$ 3 Tahun. Setelah melahirkan pasien ingin pemasangan IUD kembali setelah operasi sectio caesarea, jenis IUD hormonal dengan efektivitas 5 tahun pemakaian. Jumlah anak yang direncanakan untuk saat ini adalah tiga anak.

d) Riwayat kehamilan dan persalinan lalu

Tabel 3. 1 Riwayat Kehamilan dan Persalinan Lalu

No	Tahun	Umur Kehamilan	Jenis Partus	Penolong Partus	JK	BB	Keadaan Anak
1.	2022	39 minggu	Spontan	Bidan	P	2,6 kg	Hidup
2.	2024	19 minggu	Kuretase	Dokter	L	-	-

Pasien sebelumnya pernah mengalami abortus 1x pada saat kehamilan keduanya.

e) Riwayat kehamilan sekarang

Kehamilan saat ini merupakan kehamilan ketiga pasien (G3P2A1) dengan usia kehamilam 40 minggu. Imunisasi selama kehamilan sudah lengkap, pasien memiliki berat badan sebelum hamil 63 kg dan saat hamil naik sampai 82 kg. Pemeriksaan kehamilan teratur baik di bidan maupun di dokter, selama pemeriksaan Antenatal Care baik tidak ada tanda – tanda KEK, hanya terdapat perubahan pada tekanan

darah selama pasien hamil. Selama hamil pasien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat – obatan ataupun jamu selain tablet tambah darah dan vitamin.

f) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 10 Mei 2026 pasien datang ke puskesmas untuk melahirkan, saat dilakukan pemeriksaan hasil tekanan darah 160/100 mmHg, DJJ 120x/menit, tidak ada kontraksi, pembukaan tidak naik, hasil lab menunjukkan proteinuria 2+, kemudian dirujuk ke IGD RSUD dr. Slamet Garut dengan indikasi preeklamsia berat yang beresiko pada ibu dan janin dan usia kehamilan yang matur namun belum merasakan tanda – tanda persalinan. Kemudian pasien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan sectio caesarea. Persalinan berjalan lancar pasien tidak mengalami perdarahan. Bayi dengan jenis kelamin laki – laki dengan berat 3700 gram, panjang badan 49 cm, keadaan bayi sehat. Klien dan bayi tidak rawat gabung, serta belum ada perlekatan antara ibu dan bayi.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran	: Composmentis
GCS	: 15 (E4V6M5)
Penampilan	: Lemah
BB saat hamil	: 82 kg
BB sebelum hamil	: 63 kg
TB	: 154 cm

2) Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah	: 150/100 mmHg
Nadi	: 82x/menit
Respirasi	: 22x/menit
Suhu	: 36,1° C
Spo2	: 96%

3) Pemeriksaan *Head to Toe*

a) Wajah

Pasien tampak meringis seperti menahan nyeri, bentuk wajah simteris, tidak terdapat cloasma gravidarum.

b) Rambut

Rambut berwarna hitam dan sepanjang bahu. Rambut tampak berminyak, tidak terdapat rontok, tidak terdapat nyeri tekan maupun benjolan.

c) Mata

Kedua mata simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, bola mata dapat digerakkan ke segala arah, refleks pupil baik terbukti saat diberikan rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik dapat melihat objek jauh maupun dekat, mata tampak bersih tidak ada kotoran dan tidak terdapat nyeri tekan.

d) Hidung

Lubang hidung simteris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak ada secret, tidak ada sinus, fungsi peciuman baik terbukti dapat membedakan bau alkohol dan kayu putih, tidak ada pernafasan cuping hidung, dan tidak terdapat nyeri tekan.

e) Telinga

Letak telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik terbukti dapat menjawab pertanyaan, dan tidak memakai alat bantu pendengaran.

f) Mulut dan gigi

Mukosa bibir tampak kering tapi tidak sampai pecah – pecah, warna bibir merah muda. Gusi berwarna merah muda, gigi lengkap dan tampak bersih, tidak terdapat stomatitis, dan refleks menelan baik

g) Leher

Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada peningkatan jvp, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, pergerakan leher baik dapat menggerakkan leher ke kanan dan ke kiri.

h) Dada

(1) Paru – paru

Pengembangan dada simteris kanan dan kiri, bentuk dada normal, tidak ada jejas, tidak retraksi dada, frekuensi nafas 22x/menit, tidak terdapat nyeri. Suara perkusi sonor, dan bunyi nafas vesikuler.

(2) Jantung

Irama jantung reguler, bunyi jantung S1 S2 lup dup, tidak terdapat keluhan nyeri dada.

(3) Payudara

Payudara simetris kanan dan kiri, terdapat hiperpigmentasi di area aerola dan puting, puting susu menonjol, ASI sudah keluar namun kurang lancar, tidak terdapat benjolan, payudara teraba keras, bengkak dan nyeri.

i) Abdomen

Bentuk abdomen tampak cembung, terdapat luka post sc horizontal yang ditutup perban dengan panjang $\pm$ 10cm, tidak terdapat rembesan darah, dan terdapat nyeri tekan. Pada kulit tidak terdapat striae gravidarum, terdapat linea nigra. Pasien bersikap protektif saat perutnya diraba, kontraksi uterus teraba keras, TFU berada 2 jari dibawah pusar, tidak terdapat distensi kandung kemih, hepar dan limfa tidak teraba, suara perkusi tympani, bising usus 7x/menit.

j) Genetalia

Area perineum tampak kotor, terdapat pengeluaran lochea rubra sudah $\frac{1}{4}$ pembalut. Terpasang kateter dengan urine yang keluar 150 cc dalam urine bag. Perineum dan anus tampak utuh dan tidak terdapat hemoroid.

k) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Pasien tampak terbaring, pergerakan tangan dapat digerakkan, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan dan tangan kanan terpasang infus RL 20 tpm, kulit berwarna sawo matang, kulit teraba lengket, kekuatan otot 5/5, CRT < 2 detik, turgor kulit < 2 detik

(2) Ekstremitas bawah

Tidak ada edema, tidak ada varises, homan sign negatif, saat di palpasi tidak ada nyeri tekan tetapi kaki masih susah digerakkan, kekuatan otot 4/4. Pasien masih takut untuk bergerak karena merasa sakit, CRT < 2 detik, turgor kulit < 2 detik.

d. Konsep Diri

1) Identitas diri

Pasien seorang perempuan dengan usia 32 tahun, pasien beragama islam.

2) Peran diri

Pasien berperan sebagai istri dari suaminya dan seorang ibu dari anaknya.

3) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat bertemu anaknya dan ingin segera pulang agar bisa merawat anaknya.

4) Harga diri

Pasien mengatakan merasa sangat dihargai oleh suami dan keluarganya.

5) Gambaran diri

Pasien merasa terdapat perubahan pada dirinya seperti menjadi peran baru dengan menambah satu orang anak lagi dan perubahan pada tubuhnya seperti peningkatan berat badan, perubahan bentuk tubuh dan lainnya selama periode post operasi. Namun perubahan tersebut tidak berpengaruh pada perilaku dan adaptasinya terhadap pengasuhan bayi.

e. Aspek Psikologis

Pada fase taking in aktivitas pasien bergantung pada keluarga dan perhatian pasien masih tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya, pasien berharap agar segera sembuh dan ingin segera pulang ke rumah. Pasien mengatakan sangat bahagia dengan kelahiran bayinya dan ingin segera bertemu dengan bayinya, dan keluarga mengatakan bahagia pasien bisa melahirkan dengan selamat dan bayinya sehat.

f. Aspek Sosial

Hubungan pasien dengan keluarganya baik, terbukti banyak keluarga yang menjaga pasien. Pola komunikasi pasien baik, terbukti pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan benar.

g. Aspek Spiritual

Pasien adalah seorang muslim dan klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

h. Aspek Koping

Apabila pasien mempunyai masalah, pasien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bermusyawarah bersama suaminya dan keluarganya.

i. Kebiasaan Seksual

Hubungan seksual sebelum masa nifas klien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri, setelah masa nifas klien dan suami sepakat tidak melakukan hubungan suami istri setelah masa nifas selesai dan klien beserta suami sepakat merencanakan akan menggunakan alat kontrasepsi.

j. Pola Aktivitas Sehari – hari

Tabel 3. 2 Pola Aktivitas Sehari – hari

No	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
1.	Nutrisi a. Makan - Jenis menu - Frekuensi - Porsi - Pantangan - Keluhan b. Minum - Jenis minuman - Jumlah - Pantangan - Keluhan	Nasi, sayur, lauk, pauk 3x/hari 1 porsi Tidak ada Tidak ada Air putih, susu, teh 6 – 7 gelas/hari Tidak ada Tidak ada	Sedang puasa post operasi
2.	Istirahat dan tidur a. Siang - Durasi - Keluhan b. Malam - Durasi - Keluhan	1 – 2 jam Tidak ada 6 – 7 jam Nyenyak	2 – 3 jam Sering terbangun 5 – 6 jam Sering terbangun
3.	Eliminasi a. BAB	1 – 2x/hari	

No	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
	- Frekuensi - Konsistensi - Warna - Bau - Keluhan b. BAK - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Keluhan	Padat Coklat kekuningan Khas feses Tidak ada 3 – 4x/hari Tidak terhitung Kuning jernih Khas urine Tidak ada	Belum BAB Terpasang kateter 150 cc Kuning kemerahan Khas urine Tidak ada
4.	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Berganti pakaian - Keluhan	2x/hari 2x/hari 2 – 3x/hari 2 – 3x/hari Tidak ada	Belum mandi Belum gosok gigi Belum keramas 2x/hari Tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri
5.	Mobilitas a. Kegiatan sehari – hari b. Kegiatan waktu luang	Ibu rumah tangga Menontov tv	Bedrest Tidak ada

No	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
	c. Olahraga - Keluhan	2x/minggu Tidak ada	Tidak olahraga Nyeri saat bergerak

k. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 11 Mei 2026

Tabel 3. 3 Data Penunjang

No	Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1.	Hemoglobin	12,5	g/dl	13 – 18
2.	Hematokrit	39	%	35 – 47
3.	Jumlah Eritrosit	4,33	Juta/mm ³	4,5 – 6,5
4.	Jumlah Trombosit	159,000	/mm ³	150,000 – 440.000
5.	Jumlah Leukosit	15,150	/mm ³	3.800 – 10.600
6.	Glukosa Darah Sewaktu	90	mg/dl	<140
7.	Makroskopis		-	-
8.	Warna	Kuning	-	-
9.	Kejernihan	Jernih	-	-
10.	Kimia Urine		-	-
11.	Berat Jenis	1,015	-	1,002 – 1,030
12.	pH	6,5	-	4,8 – 7,4
13.	Leukosit	Negatif	-	Negatif
14.	Nitrit	Negatif	-	Negatif
15.	Protein	Negatif	-	Negatif
16.	Glukosa	Negatif	-	Negatif
17.	Keton	Negatif	-	Negatif
18.	Urobilinogen	Normal	-	Normal
19.	Bilirubin	Negatif	-	Negatif
20.	Blood Urine	Negatif	-	Negatif

1. Terapy Medis

Tanggal 11 Mei 2026

Tabel 3. 4 Terapy Medis

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan
1.	Infus Ringer Laktat	500 cc	IV	Memenuhi kebutuhan cairan.
2.	Dopamet	3 x 500 mg	Oral	Menurunkan tekanan darah tinggi.
3.	Cefotaxime	2 x 1 gr	IV	Mencegah infeksi bakteri.
4.	Ketorolac	3 x 30 mg	IV	Mengatasi nyeri.
5.	Cefadoxrile	2 x 50 gr	Oral	Mencegah infeksi bakteri.
6.	Asam Mefenamat	3 x 50 gr	Oral	Meredakan nyeri dan mengurangi peradangan.
7.	Tablet Tambah Darah	1 x 1 gr	Oral	Mencegah anemia.

2. Analisa Data

Tabel 3. 5 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Data Subjektif : 1) Pasien mengeluh nyeri pada area luka post sc 2) Pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak atau merubah posisi	Adanya luka operasi menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk	Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	3) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk dan nyeri dirasakan terus – menerus Data Objektif : 1) Pasien tampak meringis 2) Pasien bersikap protektif saat perutnya diraba 3) Skala nyeri 6 (0 – 10) 4) Terdapat nyeri tekan pada abdomen 5) TD : 150/100 mmHg 6) N : 82x/menit	mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, histamine, dan serotonin, rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang di persepsikan sebagai nyeri	
2.	Data Subjektif : 1) Pasien mengeluh sulit menggerakkan kakinya karena nyeri di luka post operasi Data Objektif : 1) Keadaan umum pasien tampak lemah 2) Pasien takut untuk bergerak	Adanya luka post sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri	Gangguan Mobilitas Fisik

No	Data	Etiologi	Masalah				
	3) Kekuatan otot menurun <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4	sehingga gerakan pasien menjadi terbatas dan menyebabkan gangguan mobilitas fisik.	
5	5						
4	4						
3.	Data Subjektif : 1) Pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi sectio caesarea Data Objektif : 1) Terdapat luka post sc horizontal ditutup perban 2) Panjang luka ± 10 cm 3) Leukosit : 15, 150/ mm3	Adanya luka terbuka karena post sectio caesarea dapat menjadi tempat masuknya bakteri. Karena luka adalah media yang baik untuk bakteri berkembang dan menyebabkan infeksi.	Risiko Infeksi				
4.	Data Subjektif : 1) Pasien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak Data Objektif : 1) Pasien tampak keterbatasan gerak	Adanya luka post sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena	Defisit Perawatan Diri				

No	Data	Etiologi	Masalah
	pada ekstremitas bawah 2) ADL tampak dibantu keluarga 3) Genelia tampak kotor dan kulit teraba lengket	takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet, dan menyebabkan defisit perawatan diri.	
5.	Data Subjektif : 1) Pasien mengatakan nyeri pada payudara 2) Pasien mengatakan ASI sudah keluar namun kurang lancar Data Objektif : 1) Payudara tampak bengkak 2) Terdapat nyeri saat diraba 3) Pengeluaran ASI sudah ada 4) Tidak rawat gabung 5) Belum ada perlekatan ibu dan bayi	Tindakan sectio caesarea ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitoksin dan prolaktin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga ASI tidak keluar dan terjadi menyusui tidak efektif.	Menyusui Tidak Efektif

3. Dianosa Keperawatan berdasarkan Prioritas

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

Data Subjektif :

- 1) Pasien mengeluh nyeri pada area luka post sc
- 2) Pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak atau merubah posisi
- 3) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk dan nyeri dirasakan terus – menerus

Data Objektif :

- 1) Pasien tampak meringis
- 2) Pasien bersikap protektif saat perutnya diraba
- 3) Skala nyeri 6 (0 – 10)
- 4) Terdapat nyeri tekan pada abdomen
- 5) TD : 150/100 mmHg
- 6) N : 82x/menit

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan :

Data Subjektif :

- 1) Pasien mengeluh sulit menggerakkan kakinya karena nyeri di luka post operasi

Data Objektif :

- 1) Keadaan umum pasien tampak lemah
- 2) Pasien takut untuk bergerak
- 3) Kekuatan otot menurun

5	5
4	4

- c. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (*Section Caesarea*)

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

Data Subjektif :

- 1) Pasien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak

Data Objektif :

- 1) Pasien tampak keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah
- 2) ADL tampak dibantu keluarga
- 3) Genetalia tampak kotor dan kulit teraba lengket

- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan :

Data Subjektif :

- 1) Pasien mengatakan nyeri pada payudara
- 2) Pasien mengatakan ASI sudah keluar namun kurang lancar

Data Objektif :

- 1) Payudara tampak bengkak
- 2) Terdapat nyeri saat diraba
- 3) Pengeluaran ASI sudah ada
- 4) Tidak rawat gabung
- 5) Belum ada perlekatan ibu dan bayi

4. Proses Asuhan Keperawatan

Tabel 3. 6 Proses Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1.	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun	Manajemen Nyeri Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Tanggal 11 Mei 2026 Pukul 08.00 WIB 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Respon : Pasien mengeluh nyeri pada area luka post sc, nyeri bertambah pada saat bergerak, nyeri hanya dirasakan dibagian perut, nyeri seperti ditusuk – tusuk	11 Mei 2026 Pukul 14.00 WIB S : Pasien masih mengeluh nyeri dan nyeri berkurang ketika diberikan obat O : 1) Skala nyeri 5 (0 – 10) 2) Pasien masih tampak meringis 3) TD : 140/90 mmHg 4) N : 78x/menit A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi (1) Monitor skala nyeri

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
			2) Identifikasi skala nyeri Terapeutik 3) Berikan Teknik non farmakologis 4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	2) Untuk mengetahui skala nyeri 3) Untuk mendistraksi rasa nyeri agar berkurang 4) Untuk memberikan kenyamanan	dan dirasakan terus – menerus. 2) Mengidentifikasi skala nyeri Respon : Pasien mengatakan skala nyeri 6 (0 – 10) Pukul 08.10 WIB 3) Memberikan teknik nonfarmakologis dengan teknik relaksasi nafas dalam Respon : Pasien merasa lebih rileks 4) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Respon : Pasien merasa lebih nyaman	(2) Berikan teknik non – farmakologis (3) Kolaborasi pemberian analgetik

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
			Edukasi 5) Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	5) Untuk menambah pengetahuan tentang strategi meredakan nyeri 6) Untuk mengurangi rasa nyeri	Pukul 08.15 WIB 5) Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik distraksi relaksasi Respon : Pasien tampak mengerti dengan penjelasan Pukul 10.00 WIB 6) Menkolaborasikan pemberian obat analgetik ketorolac 30 mg (IV) Respon : Pasien mengatakan masih nyeri dan tampak meringis	

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi				
		Tujuan	Intervensi	Rasional						
2.	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat	Dukungan Mobilisasi Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan Terapeutik 3) Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu	1) Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan pergerakan 3) Untuk memfasilitasi aktivitas mobilisasi	Tanggal 11 Mei 2026 Pukul 08. 20 WIB 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya Respon : Pasien mengatakan nyeri dan masih takut saat bergerak 2) Memonitor kondisi umum selama melakukan pergerakan Respon : Pasien masih tampak lemah Pukul 08. 25 WIB 3) Memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu Respon :	11 Mei 2026 Pukul 14. 10 WIB S : Pasien masih nyeri saat bergerak dan enggan melakukan pergerakan O : 1) Pasien masih tampak lemah 2) Pasien masih takut untuk bergerak 3) Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table> A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	5	5	4	4
5	5									
4	4									

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
		3) Gerakan terbatas menurun 4) Kelemahan fisik menurun	4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 5) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 6) Anjurkan mobilisasi dini - 6 jam pertama	dengan alat bantu 4) Agar keluarga membantu mobilisasi pasien 5) Untuk mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi	Pasien memanfaatkan pagar tempat tidur untuk melakukan pergerakan 4) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Keluarga turut membantu dalam proses peningkatan pergerakan pasien Pukul 08. 30 WIB 5) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Respon : Pasien dapat memahami penjelasan tentang mobilisasi	(1) Monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan (2) Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (4) Anjurkan mobilisasi dini

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
			Menggerakkan lengan dan tangan, menggoyangkan jari – jari kaki, menekuk serta menggeser posisi kaki. - 6 – 10 jam Melakukan miring ke sisi kiri dan kanan - Setelah 24 jam Latihan duduk tanpa tahanan, jika tidak pusing duduk di pinggir tempat tidur dengan menurunkan	6) Untuk mempercepat proses penyembuhan	6) Menganjurkan mobilisasi dini Respon : Pasien dapat menggerakkan tangan, kaki dan jari – jari diatas tempat tidur	

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
			kaki ke arah lantai - 24 jam berikutnya Latihan untuk belajar mandiri			
3.	Risiko Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	Pencegahan Infeksi Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1) Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Tanggal 11 Mei 2026 Pukul 08. 35 WIB 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon : Terdapat luka post sc, luka tertutup perban, tidak ada rembesan darah ataupun cairan, pasien bersedia untuk dilihat area luka abdomen.	11 Mei 2026 Pukul 14. 15 WIB S : Pasien masih mengeluh nyeri pada luka post sc O : Leukosit 15,150/mm ³ A : Risiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
		1) Nyeri menurun 2) Kadar sel darah putih membaik	Terapeutik 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Lakukan perawatan luka Edukasi 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi	2) Untuk menghindari kontaminasi dari luar 3) Untuk merawat luka 4) Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi	Hasil pemeriksaan laboratorium leukosit di atas normal 15.150/mm ³ 2) Membatasi jumlah pengunjung Respon : Keluarga dan kerabat bersedia untuk bergantian menjenguk pasien 3) Melakukan perawatan luka Respon : Pasien dijadwalkan perawatan luka POD 2 Pukul 08. 40 WIB 4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon :	(1) Monitor tanda dan gejala infeksi (2) Lakukan perawatan luka (3) Kolaborasi pemberian antibiotik

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
			5) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian antibiotik	5) Agar dapat melakukan perawatan luka mandiri 6) Untuk mencegah infeksi	Pasien paham tentang tanda dan gejala infeksi 5) Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Respon : Pasien tampak paham dengan perawatan luka post sc Pukul 10. 00 WIB 6) Menkolaborasi pemberian antibiotik Respon : Pasien diberikan obat antibiotik cefotaxime 1 gr (IV)	

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
4.	Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kemampuan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan	Dukungan perawatan diri Observasi 1) Monitor tingkat kemandirian Terapeutik 2) Siapkan keperluan pribadi	1) Untuk mengetahui tingkat kemandirian 2) Agar memudahkan untuk mengambil kebutuhan pribadi	Tanggal 11 Mei 2026 Pukul 08. 45 WIB 1) Memonitor tingkat kemandirian Respon : Pasien masih belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri, ADL masih dibantu keluarga. Pukul 08. 50 WIB 2) Menyiapkan keperluan pribadi Respon : Mendekatkan kebutuhan untuk mudah digapai pasien	11 Mei 2026 Pukul 14. 20 WIB S : 1) Pasien mengatakan kurang mampu dalam melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak 2) Pasien mengatakan merasa lebih nyaman saat dibantu berganti pakaian O : 1) Pasien belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri 2) ADL masih dibantu keluarga 3) Rambut masih terlihat kotor dan kulit teraba lengket

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
		pakaian meningkat 3) Kemampuan ke toilet meningkat	3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri 4) Jadwalkan rutinitas perawatan diri	3) Sebagai salah satu bentuk empati kepada pasien 4) Agar melakukan perawatan diri secara rutin	Pukul 08. 55 WIB 3) Mendampingi dalam melakukan perawatan diri (Melakukan vulva hygiene dan memandikan pasien dengan cara dispo) Respon : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan bersih setelah dilakukan vulva hygiene dan dispo 4) Menjadwalkan rutinittas perawatan diri hygiene Respon : Pasien dijadwalkan perawatan diri seperti mandi,	A : Defisit perawatan diri teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi (1) Monitor tingkat kemandirian (2) Dampingi dalam melakukan perawatan diri (3) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
			Edukasi 5) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	5) Agar pasien dapat melakukan perawatan diri secara konsisten	gosok gigi, dan vulva hygiene mandiri Pukul 09.05 WIB 5) Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Respon : Pasien mengatakan akan melakukan perawatan diri 2x sehari	
5.	Menyusui Tidak Efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan menyusui tidak	Edukasi Menyusui Observasi 1) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui	1) Untuk mengetahui tujuan dan keinginan menyusui	Tanggal 11 Mei 202 Pukul 09.10 WIB 1) Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui Respon : Pasien mengatakan ingin menyusui anaknya full ASI	11 Mei 2026 Pukul 14.30 WIB S : 1) Pasien mengatakan nyeri pada payudara 2) Pasien mengatakan ASI sudah keluar namun kurang lancar

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
		efektif teratasi dengan kriteria hasil : 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3) Kepercayaan diri ibu meningkat	Terapeutik 2) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui Edukasi 3) Jelaskan manfaatkan menyusui bagi ibu dan bayi 4) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan	2) Untuk meningkatkan kepercayaan dalam menyusui 3) Untuk mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 4) Untuk mengetahui posisi	2) Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui Respon : Pasien mengatakan sudah percaya diri karena sebelumnya pernah menyusui Pukul 09.15 WIB 3) Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi Respon : Pasien tampak paham mengenai manfaat menyusui 4) Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar Respon :	O : 1) Payudara tampak bengkak 2) Terdapat nyeri saat diraba 3) Pengeluaran ASI sudah ada A : Menyusui tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi (1) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar (2) Ajarkan perawatan payudara post partum

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
		4) Pengeluaran ASI meningkat	(latch on) dengan benar 5) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis, pijat payudara, pijat oksitoksin)	perlekatan dengan benar 5) Untuk mengetahui perawatan payudara post partum	Pasien tampak paham dengan posisi perlekatan yang benar 5) Mengajarkan perawatan payudara post partum Respon : Pasien tampak paham cara perawatan payudara dengan breast care	

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
12 Mei 2026	Nyeri Akut	Pukul 14. 30 WIB S : Pasien mengatakan nyeri pada luka post sc O : 1) Skala nyeri 4 (0 – 10) 2) Pasien masih tampak meringis 3) TD : 130/90 mmHg 4) N : 70x/menit A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan I : Pukul 15. 00 WIB 1) Memonitor skala nyeri Respon : Pasien masih merasakan nyeri dengan skala nyeri 4 (0 – 10) 2) Memberikan teknik non – farmakologis Respon :	Naila Maharani Herdiana

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana			
		Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam 3) Memberikan terapi obat analgetik ketorolac 30 mg (IV) Respon : Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan terapi obat E : Masalah teratasi sebagian				
	Gangguan Mobilitas Fisik	Pukul 14. 35 WIB S : 1) Pasien mengatakan sudah bisa miring kiri dan kanan serta bisa duduk di tempat tidur 2) Pasien mengatakan masih sedikit nyeri saat bergerak O : 1) Keadaan umum membaik 2) Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4
5	5					
4	4					

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan I : Pukul 15. 10 WIB 1) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon : Pasien tampak meringis saat melakukan mobilisasi 2) Melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan Respon : Keluarga membantu pasien duduk di sisi tempat tidur 3) Menganjurkan mobilisasi dini Respon : Pasien sedang belajar berjalan E : Masalah teratasi sebagian	

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
	Risiko infeksi	Pukul 14. 40 WIB S : Pasien mengatakn nyeri pada luka post sc sedikit berkurang O : 1) Luka post op $\pm$ 10 cm 2) Kondisi luka cukup baik A : Risiko infeksi belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Pukul 15. 15 WIB 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi Respon : Tidak ada tanda – tanda infeksi 2) Melakukan perawatan luka Respon : Pasien dijadwalkan perawatan luka POD 2 3) Memberikan terapi obat antibiotik cefotaxime 1 gr (IV) Respon : - E : Masalah teratasi sebagian	Naila Maharani Herdiana

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
	Defisit Perawatan Diri	Pukul 14. 45 WIB S : Pasien mengatakan sudah bisa melakukan perawatan diri O : 1) Pasien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri 2) Pasien tampak rapih dan bersih A : Defisit perawatan diri teratasi P : Intervensi dihetikan	Naila Maharani Herdiana
	Menyusui Tidak Efektif	Pukul 14.50 WIB S : 1) Pasien mengatakan sudah bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi 2) Pasien mengatakan nyeri pada payudara berkurang O : 1) Pengeluaran ASI keluar lebih banyak dari sebelumnya A : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian	Naila Maharani Herdiana

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		P : Intervensi dilanjutkan I : Pukul 15.20 WIB 1) Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar Respon : Pasien mengatakan sudah paham mengenai posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 2) Mengajarkan perawatan payudara post partum Respon : Pasien bersedia dilakukan perawatan payudara dengan cara pijat payudara E : Masalah teratasi sebagian	
13 Mei 2026	Nyeri Akut	Pukul 14. 30 WIB S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang	Naila Maharani Herdiana

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		O : 1) Pasien tampak rileks 2) Skala nyeri 3 (0 – 10) 3) TD : 120/80 4) N : 78x/menit A : Nyeri akut P : Persiapan pulang I ; Pukul 15. 00 WIB 1) Mengobservasi tanda – tanda vital Respon : TD : 120/80 mmHg N : 75x/menit R : 20x/menit S : 36,8° C Spo2 : 98% 2) Memberikan teknik nonfarmakologis Respon : Pasien melakukan teknik nafas dalam 3) Merencanakan pasien pulang 4) Memberikan terapi obat analgetik asam mefenamat 500 gr (PO) E : Masalah teratasi sebagian	

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana				
	Gangguan Mobilitas Fisik	Pukul 14. 35 WIB S : Pasien mengatakan sudah bisa berjalan ke kamar mandi O : 1) Keadaan umum membaik 2) Kekuatan otot <table> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> A : Gangguan mobilitas fisik teratasi P : Intervensi dihentikan	5	5	5	5	Naila Maharani Herdiana
	5	5					
5	5						
Risiko Infeksi	Pukul 14. 40 WIB S : Pasien mengatakan nyeri pada luka post sc sudah berkurang O : 1) Lekousit 2) Luka tampak tertutup perban A : Risiko infeksi P : Persiapan pulang I :						

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
		Pukul 15. 10 WIB 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi Respon : Tidak ada tanda – tanda infeksi 2) Melakukan perawatan luka Respon : Luka pasien tampak baik, tidak ada pus, tidak ada rembesan darah, sayatan luka ± 10 cm 3) Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Respon : Pasien dan keluarga tampak paham mengenai perawatan luka post sc di rumah 4) Memberikan terapi obat antibiotik cefadroxil 500 gr (PO) E : Masalah teratasi sebagian	

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
	Menyusui Tidak Efektif	S : 1) Pasien mengatakan nyeri sudah hilang O : 1) Pengeluaran ASI meningkat 2) Tampak ibu sedang menyusui 3) Pada saat menyusui bayi tampak tidak rewel A : Menyusui tidak efektif teratasi P : Intervensi dihentikan	Naila Maharani Herdiana

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. E (P2A1) dengan post *Seccio Caesarea* POD 0 atas indikasi preeklamsia berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 11 Mei 2026 sampai dengan tanggal 13 Mei 2026. Penulis menemukan masalah – masalah berupa kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Data pengkajian asuhan keperawatan pada Ny. E post *Seccio Caesarea* atas indikasi preeklamsia berat didapatkan data pasien mengeluh nyeri pada luka post sc, skala nyeri 6 (0 - 10), tampak luka post sc $\pm$ 10 cm horizontal dibagian perut bawah, dan pasien tampak

meringis. Hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin, dan histamin. Rangsangan ini nantinya akan dihantarkan ke hipotalamus dan dipersepsikan sebagai nyeri, keluhan nyeri karena adanya luka insisi pembedahan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan (Eva, 2022).

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

Pada Ny. E ditemukan adanya luka *post sectio caesarea* dibagian abdomen panjang luka ± 10 cm dengan sayatan horizontal dengan kondisi adanya tanda – tanda infeksi ditandai dengan meningkatnya jumlah leukosit 15,150/mm³. Proses pembedahan mengakibatkan kerusakan jaringan dan pendarahan, darah akan mengisi daerah cedera dan paparan terhadap kolagen menimbulkan deregulasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, trombosit bahan kimia dan asam amnion, kemudian terjadi vasokonstriksi dan proses pembekuan darah. Penyembuhan luka adalah proses dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak. Lama penyembuhan luka berdasarkan fase yaitu, fase inflamasi, (berlangsung sampai hari ke-3 atau hari ke-4), fase proliferasi (berlangsung 3-24 hari), fase maturasi dimulai pada minggu ke-3 setelah perlukaan dan memerlukan waktu lebih dari 1 tahun (Setiawan et al, 2023).

Ny. E mengeluh tidak bisa membersihkan diri secara mandiri, aktivitas sehari-hari seperti makan dan minum, ke kamar mandi. mandi dan ganti pakaian dibantu, hal ini disebabkan karena adanya luka post

op menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL terganggu. Saat pengkajian juga ditemukan data kulit tubuh Ny. E teraba lengket, rambut tampak lepek dan pasien mengeluh tidak nyaman dengan tubuhnya yang terasa lengket. Sehingga pasien perlu untuk dibantu dalam hal perawatan diri karena untuk menjaga kebersihan diri.

Pada Ny. E ditemukan bahwa ASI belum keluar lancar, hal ini dikarenakan pada tindakan operasi sectio caesarea akan menyebabkan nyeri dan mengakibatkan perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Nyeri tersebut akan menimbulkan berbagai masalah serta mempengaruhi laktasi. Selain itu pada persalinan SC juga terjadi penurunan reflek let down yang dapat menghambat pengeluaran kolostrum. Pada persalinan dengan tindakan SC mungkin belum mengeluarkan kolostrum dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, kadang juga memerlukan waktu hingga 48 jam. Walau demikian, bayi tetap dianjurkan untuk diletakan pada payudara ibu untuk membantu merangsang produksi ASI.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian yang dibuat hanya setelah pengumpulan data yang sistematis dan menyeluruh. Diagnosa ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses keidupannya yang menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2018). Pada kasus sectio caesarea tidak semua diagnosa keperawatan muncul sesuai dengan teori yang ada karena dalam merumuskan masalah keperawatan ini berdasarkan keluhan - keluhan yang didapatkan dari hasil pengkajian dan pemeriksaan. Adapun diagnosa yang didapat yaitu :

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

Menurut teori nyeri ini muncul karena adanya luka operasi yang terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan yang merangsang reseptor kimia yang disampaikan ke thalamus dan korteks serebri dan dipersepsikan nyeri, nyeri juga dapat membuat tanda – tanda vital berubah (Eva, 2022). Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien, didapatkan data subjektif pasien mengeluh mengeluh nyeri pada luka sectio caesarea di perut bagian bawah. Nyeri bertambah saat pasien berusaha bergerak dan berkurang saat pasien melakukan nafas dalam. Nyeri yang dirasakan pasien seperti tertusuk – tusuk dan dirasakan di area perut bawah dengan skala nyeri 6 (0 – 10) dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. Data objektifnya pasien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen serta terdapat nyeri tekan saat di palpasi. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.

- b. Gangguan mobilitas fisik berubungan dengan nyeri (D.0054)
Asuhan keperawatan pada Ny. E post sectio caesarea ditemukan data pengkajian pasien mengeluh sulit digerakan kakinya karena nyeri diluka operasi dan nyeri saat bergerak. Pergerakan pasien terbatas, kekuatan otot menurun 55/44 dan keadaan umum pasien lemah, dalam segala kegiatan pasien dibantu oleh keluarganya. Sejalan dengan teori buku SDKI (2017) Dimana menjelaskan tentang gangguan mobilitas fisik yang merupakan suatu keterbatasan Gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Pada kasus ini penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik.
- c. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (operasi sc) (D.0142)

Menurut SDKI (2017) resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pada Ny. E

penyebabnya adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan sectio caesarea. Data yang ditemukan pada Ny. E ditemukan faktor pendukung resiko infeksi yaitu pasien mengeluh nyeri di luka post SC. Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perban dan Panjang luka $\pm$ 10 cm. Secara objektif tampak adanya peningkatan jumlah leukosit 15,150 /mm³.

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

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

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)

Pada Ny. E post operasi sectio caesarea ditemukan data pasien mengatakan ASI keluar tidak lancar, puting menonjol, aerola bewarna hitam, payudara bengkak dan nyeri. Menyusui tidak efektif dimana kondisi ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesulitan pada saat menyusui (SDKI, 2018). Pada pasien post section caesarea perubahan kadar hormone oksitosin dan prolactin dapat berbeda pada ibu dengan persalinan section caesarea dengan persalinan normal, hormone oksitosin berperan dalam pengeluaran ASI dan kadar hormone prolactin hanya naik sedikit pada ibu yang

di lakukan persalinan SC sehingga menyebabkan proses pengeluaran ASI terlambat dan penulis menangkat diagnose menyusui tidak efektif karena ASI keluar sedikit.

Sedangkan pada diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, tidak ditemukannya faktor risiko maupun tanda mayor minor pada diagnosa tersebut, sehingga Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif tidak muncul pada kasus ini.

Sedangkan pada diagnosis Intoleransi Aktivitas, tidak ditemukannya gejala dan tanda mayor minor pada diagnosa tersebut, karena pada pasien Ny. E keterbatasan bergerak dikarenakan adanya nyeri pada luka post sc bukan karena ketidakcukupan energi untuk melakukan pergerakan, sehingga Intoleransi Aktivitas tidak muncul pada kasus ini.

Oleh karena itu, penulis lebih memprioritaskan diagnosis yang benar – benar muncul berdasarkan kondisi aktual pasien dan memerlukan penanganan segera. Penegakkan diagnosis keperawatan harus didasarkan pada hasil pengkajian yang komprehensif sehingga diagnosis yang dipilih benar – benar menggambarkan masalah keperawatan yang dialami pasien.

3. Tahap Perencanaan Keperawatan

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

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan manajemen nyeri. Dimana tujuan dilakukannya manajemen nyeri selama 3 x 24 jam kepada Ny. E diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu ; keluhan nyeri menurun,

tingkat nyeri menurun. dan meringis menurun. Perencanaan yang disusun dalam mencapai tujuan adalah : atur posisi pasien senyaman mungkin untuk menghilangkan stress pada otot-otot punggung kemudian meningkatkan sirkulasi darah dan mengurangi tekanan pada daerah nyeri. Anjurkan distraksi yakni mengalihkan perhatian ke stimulus lain seperti mendengarkan murotal dan dzikir. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengalihkan rasa nyeri dan berkolaborasi tindakan penghilang nyeri sesuai indikasi pasien post operasi sectio caesarea atau farmakologis analgetik yang memungkinkan klien mengontrol nyeri. Pada kasus ini dokter meresepkan obat ketorolac 30 mg secara intravena sebagai analgetik.

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

Diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur tindakan invasif, penulis melakukan tindakan sesuai dengan rencana yang telah di susun. Intervensi utama untuk mengurangi risiko infeksi adalah dengan memantau tanda-tanda infeksi, yang di temukan pada pasien dengan keluhan nyeri dan hasil tes darah menunjukan jumlah leukosit sebesar 15,150mm³ selain itu, penulis juga melakukan prinsip perawatan luka yang dilakukan harus mempertahankan teknik aseptik &

antiseptic, dan memberikan terapi obat antibiotic cefotaxime 1 gr melalui infus intravena.

Diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan yang dilakukan selama 2 x 24 jam, penulis merencanakan untuk membantu klien dalam pemenuhan ADL mulai dari nutrisi: makan dan minum, personal hygiene. Hal tersebut diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yaitu: kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat dan kemampuan ke toilet meningkat. Perencanaan yang disusun oleh penulis adalah: membantu pasien dalam berganti pakaian untuk meningkatkan kenyamanan dan mendampingi Ny. E selama perawatan diri.

Diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI yang dilakukan selama 3 x 24 jam, penulis merencanakan perawatan payudara atau breast care. Breast care merupakan salah satu langkah penting untuk menjaga kesehatan payudara dan mendukung kelancaran produksi ASI pada ibu menyusui. Perawatan ini meliputi berbagai tindakan seperti membersihkan payudara dengan lembut, memijat secara ringan untuk merangsang aliran ASI, serta memeriksa adanya tanda-tanda pembengkakan atau sumbatan. Dengan memberikan perawatan yang tepat, breast care dapat membantu mengurangi risiko pembengkakan payudara (engorgement), mencegah sumbatan saluran ASI, dan menjaga kenyamanan ibu selama masa menyusui. Selain itu, perawatan payudara yang rutin dan benar juga berperan penting dalam mempertahankan produksi ASI, terutama saat ibu dan bayi mengalami kondisi kesehatan tertentu.

4. Tahap Pelaksanaan

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

keperawatan, sehingga asuhan keperawatan dapat berjalan dengan lancar.

Pada tahap diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, penulis melakukan tindakan sesuai rencana yang telah di susun. Intervensi utama untuk mengatasi masalah nyeri akut adalah dengan mengamati karakteristik nyeri pasien, memberikan pelatihan mengenai Teknik distraksi dan relaksasi untuk meredakan nyeri, pasien mampu melakukannya dengan respon nyeri klien berkurang. menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri, serta memberikan terapi obat analgetic ketorolac 30mg melalui infus intravena.

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

Pada tahap diagnosa resiko infeksi sehubungan dengan efek tindakan invasif, penulis melakukan Tindakan sesuai rencana yang telah disusun. Intervensi utama untuk mengurangi resiko infeksi adalah dengan keluhan nyeri dan hasil tes darah menunjukkan jumlah leukosit klien menurun 6,590/mm³ selain itu, penulis juga melakukan perawatan luka pada klien dan memberikan terapi obat antibiotic cefotaxime 1 gram melalui infus intravena.

Pada tahap diagnosa defisit perawatan diri sehubungan dengan kelemahan, penulis melakukan Tindakan sesuai dengan rencana yang telah di susun, intervensi utama untuk defisit perawatan diri adalah dengan memonitor tingkat kemandirian klien, mendampingi klien melakukan perawatan diri, yang ditemukan pada klien adanya keterbatasan gerak dan kelemahan pada ekstremitas bawah, sehingga tidak mampu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri.

Pada tahap diagnosa menyusui tidak efektif sehubungan dengan ketidakmampuan suplai ASI, penulis melakukan tindakan breast care dan pijat payudara untuk mengatasi payudara yang bengkak dan memperlancar pengeluaran ASI.

5. Tahap Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit penulis mengevaluasi pasien dan didapatkan hasil :

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang awalnya berada pada skala 6 (0 - 10). Sehingga masalah teratasi sebagian, masalah nyeri akut teratasi sebagian karena pasien pulang di hari ke - 3, dimana pada hari ke tiga tersebut dalam proses penyembuhan luka masih dalam fase inflamasi sehingga pasien akan masih merasakan nyeri pada luka operasi.

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri 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 dimana saat awal masuk rumah sakit pasien masih belum bisa melakukan pergerakan dan kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4. Masalah gangguan mobilitas fisik sudah dinilai teratasi karena sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Klien sudah bisa berjalan sendiri dan beraktivitas sendiri.

Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive atau bekas luka bekas sc setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam pasien masih merasa sedikit nyeri pada luka bekas operasi. Sedangkan data objektif yang didapatkan adalah jumlah leukosit menurun dari jumlah awal yaitu 15,150/mm³ menjadi 6,590/mm³. Sehingga masalah teratasi Sebagian. Masalah resiko infeksi teratasi

Sebagian karena luka post operasi masih ada pada pasien dan masih berada di tahap fase inflamasi yang butuh waktu untuk sembuh sehingga resiko infeksi masih bisa ada jika perawatan tidak dilakukan dengan tepat.

Hasil evaluasi pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan maternal didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 2 x 24 jam, pasien sudah tampak bersih dan rapih karena sudah bisa melakukan perawatan diri secara mandiri. Pasien juga sudah mengatakan bisa melakukan perawatan perineum secara mandiri. Masalah defisit perawatan diri teratasi karena pasien sudah dinilai mampu melakukan sepenuhnya secara mandiri.

Hasil evaluasi pada diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakuatan suplai ASI didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam, suplai ASI meningkat, ada perlekatan antara ibu dan bayi, ibu tampak menyusui bayi, pada saat menyusui bayi tampak tidak rewel. Masalah menyusui tidak efektif sudah teratasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. E (P2A1) *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi Preeklamsi Berat di ruang jade RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 11 Mei 2026 sampai dengan 13 Mei 2026, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. E (P2A1) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) pada Ny. E (P2A1) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.
3. Penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan pada Ny. E (P2A1) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.
4. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. E (P2A1) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Ny. E (P2A1) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.
6. Penulis mampu mendokumentasikan tindakan asuhan keperawatan pada Ny. E (P2A1) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. E (P2A1) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsi Berat Di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan tidak hanya mengandalkan pengajar atau dosen dalam proses pembelajaran, tetapi juga melibatkan perawat profesional. Hal ini penting karena saat praktik dilapangan sering ditemukan perbedaan antara teori yang dipelajari dengan kenyataan dilapangan. Dengan keterlibatan perawat profesional, mahasiswa diharapkan dapat menyesuaikan diri dengan lebih baik dan melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang berlaku. Selain itu, untuk mendukung proses pembelajaran, perpustakaan sebaiknya menyediakan sumber referensi yang lengkap dan selalu diperbarui. Referensi tersebut sangat berguna sebagai bahan kajian dalam penulisan karya ilmiah maupun penelitian oleh mahasiswa.

2. Bagi Rumah Sakit

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

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 digunakan.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Dalam upaya meningkatkan 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 control nyeri dan mobilisasi dini yang dapat membantu mempercepat masa pemulihan pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, D. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Sectio Caesarea Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Nyaman. *Braz Deint J*, 33.
- Anggraeni, N., Fauziah, & Kristianingsih. (2020). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Pada Ibu Bersalin. 259-268.
- Arif & Atun. (2023). *Praktik Klinik Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Andi Publisher.
- Aritonang, J. (2020). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Yogyakarta: Nuha Medika. In *Journal GEEJ* (Vol. 7, Number 2). https://www.google.co.id/books/edition/ASUHAN_KEBIDANAN_NIFA_S_DAN_MENYUSUI/-Kp-EQAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Asriani, & Sartika. (2023). *Keperawatan Maternitas*. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (2021). *Buku ajar keperawatan maternitas (Edisi Indonesia)*. EGC.
- Dewi, M., Nunung, N., & Astri, M. (2019). Pain Intesity Among Women With Post Caesarean Section. *Knowledge E*, 657-660.
- Dian & Grasiona. (2022). *Asuhan Keperawatan Pasca Operasi*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Eva, D. S. (2022). Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Sectio Caesarea Dirumah Sakit Colombia Asia Medan 2020. Medan: Insitut Kesehatan Helvetia.
- Fadhilah, G. F., & Sari, I. (2021). Analisis Perawatan Partus Sektio Caesarea Pasien Rawat Inap Jamkesmas Ina-Cbg's Di Rsu Muhammadiyah Cirebon. *Sosains*, 839.
- Gustrii. (2022, Juli 27). Seksualitas Dan Masa Nifas . Retrieved From Dektorat Kemnkes RI: https://Yankes.Kemkes.Go,Id/View_Artikel/602/SeksualitasDan-MasaNifas
- Hermayanti, Y., Wideasih, R., & Solehati, T. (2025). Pendidikan Kesehatan Mobilisasi Dini pada Ibu Post Partum di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 8(11), 5697–5706. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v8i11.23002>
- Hidayah, R. N., Hamranani, S. S. T., & Permatasari, D. (2023). TINDAKAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN POST Universitas Muhammadiyah Klaten. *Health And Social Humaniora*, 134–138.

- Izati, D. N., & Novita. (2025). HUBUNGAN POLA MAKAN DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA BERAT PADA IBU HAMIL TRIMESTER 3 DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AULIA PANDEGLANG. *MALAHAYATI HEALTH STUDENT JOURNAL*, 5, 1362–1372.
- Jumatrin, J. (2022). Indikasi dan Komplikasi Sectio Caesarea. Jakarta: Pustaka Kesehatan.
- Karrar, S. A., Martingano, D. J., & Hong, P. L. (2024). Preeclampsia. StatPearls Publishing.
- Kumar, Sunil; Lochab,A.; Mishra, M. (2021). The Impact of Business Model Innovation (BMI) and Organisational Values on Firm Performance: Mediating Role of Corporate Sustainability. *Corporate Sustainability-A New Paradigm*, 32(3), 56–71.
- Kusuma, D. I. (2022). Gamabaran Tekanan Darah Pasien Sectio Caesarea Yang Diberikan Koloid Anestesi Spinal. Bali: Insitut Teknologi Dan Kesehatan Bali.
- Lowdermik, P. C. (2016). Keperawatan Maternitas Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Lulia, A. (2020). Upaya Peningkatan Nutrisi Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di ESU Assalam Gemolong. Universitas Muhammadiyah Surakarta, 12.
- Manumara, T. M., Cahaya, R., Adjie, B., Ainie, D. N., Munajat, N. A., Masriyani, D., Fauziah, N., Nurhayati, L., Afriansah, B., Studi, P., Keperawatan, S., & Rajawali, I. K. (2025). Analisis Perilaku Perawatan Ibu Postpartum Berdasarkan Teori Transkultural Nursing: Literature Review. *Jurnal Medika: Medika*, 4(4), 2255–2260. <https://jmedika.com/index.php/medika/article/view/570>
- Mardiana, M. Q. Y. H. K. N. (2023). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Meningkatnya Kasus Tindakan Sectio Caesarea. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(5474), 1333–1336.
- Meilina, E., & Aisyah. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diastasis Rektus Abdominalis Pada Ibu Post Partum . *Jurnal Keperawatn Sriwijaya*, 24026
- Mersi, E., Giri, S., Paryono, Dwi, P. H. K., Aisyah, Naryati, & Muhammad, F. A. F. (2024). Buku Proses Keperawatan konsep, implememntasi, dan evaluasi. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01). <https://tahtamedia.co.id/index.php/issj/article/view/989/1002>
- Nadhiroh, A. (2022). Perubahan Fisiologis Selama Nifas. *SINAR Jurnal Kebidanan*, 04(2), 34.

- Oktaria, R. R., Setriana, T., Merylista, S., Fusfitasari, Y., & Harison, N. (2024). The effect of preeclampsia in pregnant women on the incidence of maternal mortality: literature review. *Jurnal Info Kesehatan*, 22(2), 409–418. <https://doi.org/10.31965/infokes.vol22.iss2.1492>
- Pratiwi, D. (2020). Faktor Maternal Yang Mempengaruhi Preeklampsia Pada Acces Kehamilan. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406. <http://jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH>
- Puspita, S., & Dwi, R. K. (2016). Asuhan Kebidanan Masa Nifas (Postnatal Care). Jakarta: Cv Trans Info Media.
- Raihana, A., & Rizkia, M. (2025). Asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea dengan Preeklamsia Berat (PEB): Studi kasus. *Indonesian Journal of Health Science*, 5(5), 1047–1056. <https://doi.org/10.54957/ijhs.v5i5.1666>
- Riza, S., Hen, Christian, Sti, S., Titi, & Diana. (2022). Buku Ajar Nifas. Jakarta: Maha Karya Citra Utama Grup.
- Retnaningtyas, E. (2021). *Preeklampsia dan Asuhan Kebidanan Pada Preeklampsia* (Number 37).
- Rozikhan, M. (2020). Hipertensi dalam Kehamilan. Jakarta: Media Medika.
- Saadah, L., & Siti Haryani. (2022). Pengelolaan Ketidaknyamanan Pasca Partum pada Ibu Post Partum Spontan dengan Episiotomy. *Journal of Holistics and Health Science*, 4(2), 246–260. <https://doi.org/10.35473/jhhs.v4i2.167>
- Sahid, R., dkk. (2021). Asuhan Keperawatan Preeclampsia pada Ibu Hamil. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 24(2), 102 - 110
- Sari.L. (2020). Buku Praktikum Asuhan Kehamilan. Media Sains Indonesia.
- Sharma, D. D., Chandresh, N. R., Javed, A., Girgis, P., Zeeshan, M., Fatima, S.S., Arab, T. T., Gopidasan, S., Daddala, V. C., Vaghasiya, K. V, Soofia, A., & Mylavarapu, M. (2024). The Management of preeclampsia: A comprehensive review of current practices and future directions. *Cureus*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.7759/cureus.51512>
- Sayuti, I. (2021). Gambaran Suhu Inti Tubuh Preanestesi Dan Pascaanestesi Pada Pasien Sectio Caesarea Dengan Spinal Anetesi Di Kamar Operasi Rumah Sakit Bhayangkara Banda Aceh. Bali: Insitut Teknologi Dan Kesehatan Bali.
- Siagian et al, . (2023). Hubungan Antara Letak Janin, Preeklampsia, Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Sectio Caesaria. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(4), 1275--1289.
- Silfianingsih, R. (2022). Gambaran Perubahan Saturasi Oksigen Pada Kejadian Shivering Pasien Paska Sectio Caesarea Dirumah Sakit Angkatan Darat Udayana Denpasar. Bali: Insitut Teknologi Dan Kesehatan Bali.

- Sirait, D. B. (2022). Seksio Sesaria. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia
- Sitorus, S. (2021). Pemberdayaan Ibu Hamil Dalam Pemilihan Persalinan Dalam Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Syahadatina, M. N., et al. (2021). Konsep preeklamsia: Patomekanisme dan pencegahan (Edisi 1). Yogyakarta: CV Mine.
- Syaiful, Y. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin. Jakad Meidia Publishing.
- Syairaji, M., Nurdianti, D. S., Wiratama, B. S., Prüst, Z. D., Bloemenkamp, K. W. M., & Verschueren, K. J. C. (2024). Trends and causes of maternal mortality in Indonesia: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(515), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06687-6>
- Unal, B. S., & Dennis, A. T. (2023). Perioperative complications in patients with preeclampsia undergoing caesarean section surgery. *Journal of Clinical Medicine*, 12(22), 1–11.
- Veri, N., Lajuna, L., Mutiah, C., Kebidanan Poltekkes Kemenkes Aceh, J., Keperawatan Poltekkes Kemenkes Aceh, J., & Kunci, K. (2024). Preeclamsia: Pathophysiology, diagnosis, screening, preventive and management. *FEMINA Jurnal Kebidanan*, 4, 283–296. <https://jmk.stikesmitrakeluarga.ac.id/index.php/jmk/article/view/337/142>
- Wahyuningsih, S. (2019). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Disertai Panduan Persiapan Praktikum. Jember: Deepublish.
- Wiknjosastro, H. (2020). Ilmu kebidanan (Edisi ke-4). Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwon Prawirohardjo.
- Winarsih, & Dwihestie, L. K. (2025). *UPAYA PENINGKATAN PENGETAHUAN IBU NIFAS MELALUI EDUKASI KEBUTUHAN DASAR IBU NIFAS DAN MANAJEMEN LAKTASI DI WILAYAH KERJA PUSKEMAS NOGOSARI*. 8(November 2024), 3094–3106.
- Wulan, Tetty, & Devi. (2023). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas. Jakarta: Pt Nasya Expanding Management.
- Yadhy, M., Kusumajaya, H., & Mardiana, N. (2023). Faktor-faktor yang berhubungan dengan meningkatnya kasus tindakan sectio caesarea. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(4), 1663–1676. <https://doi.org/10.37287/jpppp.v5i4.1917>
- Yuliana, W., R.R., R. H., & Hakim, B. N. (2024). Efektifitas Kelas Online Calon Ibu Terhadap Waktu Pencapaian Adaptasi Psikologis (Letting Go) pada Ibu Postpartum. *Jurnal Kebidanan Malakbi*, 5(1), 30. <https://doi.org/10.33490/b.v5i1.1092>

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN **MOBILISASI DINI POST SECTIO CAESAREA**

Sasaran : Ny. E

Tempat : Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut

Hari / Tanggal : Senin, 11 Mei 2026

Waktu : 15 Menit

Penyuluh : Naila Maharani H

Pokok Bahasan : Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea

Sub Pokok Bahasan :

1. Definisi Mobilisasi Dini Post Operasi Sectio Caesarea
 2. Manfaat Mobilisasi Dini Post Operasi Sectio Caesarea
 3. Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini Post Operasi Sectio Caesarea
 4. Tahapan Mobilisasi Dini Post Operasi Sectio Caesarea
-

A. Latar Belakang

Pengetahuan dan teknologi serta masyarakat yang dinamis, semakin memacu tenaga kesehatan untuk terus meningkatkan kuantitatif dan pelayanan dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Walaupun pengetahuan semakin berkembang tapi bisa saja dalam menangani suatu penyakit tidak begitu efisien, terutama dengan pasien post operasi *sectio caesarea* misalnya, seorang pasien memerlukan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses penyembuhan luka pasca bedah. Pengembalian fungsi fisik pasien post operasi.

Masalah yang sering terjadi pada post operasi adalah pasien yang merasa terlalu sakit atau nyeri dan faktor lain yang menyebabkan mereka tidak mau melakukan mobilisasi dini dan memilih untuk istirahat ditempat tidur. Hal tersebut bisa membahayakan pasien post operasi sc karena dapat mengalami komplikasi dari efek pembedahan. Ada beberapa komplikasi yang bisa terjadi yaitu sepsis berat, perdarahan, serangan tromboemboli, perlukaan traktus urinarius dan infeksi pada luka operasi (Sirait, 2022). Menurut Arif & Atun (2023) mobilisasi dini sangatlah penting bagi ibu post operasi *sectio caesarea* karena mempengaruhi proses penyembuhan luka.

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

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

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dini.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan penyuluhan selama 15 menit peserta diharapkan dapat :

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

C. Sasaran

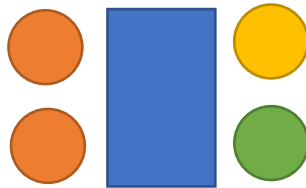
Sasaran penyuluhan adalah Ny. E dan keluarga Ny. E yang berada di ruangan Jade RSUD dr. Slamet Garut.

D. Metode

Metode yang digunakan yaitu metode ceramah, demonstrasi, dan tanya jawab.

E. Setting Tempat

Tempat disamping tempat tidur pasien dimana keluarga berada disisi lain tempat tidur.



Keterangan :



Keluarga Pasien



Mahasiswa



Tempat tidur pasien



Penguji / CI

F. Media

Leaflet

G. Kegiatan Penyuluhan

Kegiatan	Penyuluh	Audiance	Waktu	Metode
Pembukaan	a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri	a. Menjawab salam dan mendengar kan	2 menit	Ceramah

	b. Menjelaskan cakupan materi yang akan di sampaikan c. Melakukan appersepsi d. Menjelaskan manfaat dan tujuan penyuluhan			
Penyaji	a. Menjelaskan pengertian mobilisasi dini b. Menjelaskan apa saja manfaat mobilisasi dini c. Menjelaskan kerugian bila tidak melakukan mobilisasi dini d. Menjelaskan tahapan mobilisasi dini e. Membantu pasien melakukan rentang gerak (ROM)	a. Menyimak, dan mendengarkan	10 menit	Ceramah

Penutup	a. Menutup pertemuan dengan menyimpulkan materi yang telah dibahas b. Melakukan evaluasi c. Memberikan salam penutup	a. Mendengarkan, menjawab, dan menjawab salam	3 menit	Ceramah
---------	--	---	---------	---------

H. Materi

Terlampir

I. Rencana Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- Diharapkan terdapat keseimbangan dalam pelaksanaan kegiatan penyuluhan tentang mobilisasi dini dengan perencanaan yang dibuat di proposal, settingan tempat dan waktu sesuai dengan kontrak sebelumnya.
- Diharapkan mahasiswa dapat memfasilitasi kegiatan dan menjalankan tugas dan perannya dengan baik, tempat yang digunakan nyaman dan mendukung.

2. Evaluasi Proses

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

3. Hasil Evaluasi

- Kegiatan berjalan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.
- Peserta dapat memahami tentang mobilisasi dini minimal 80% dari materi.

J. Perorganisasian

1. Penanggung Jawab : CI Ruang Jade

Tugas :

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

2. Penyuluh : Naila Maharani Herdiana

Tugas :

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

Lampiran Materi

A. Definisi Mobilisasi Dini

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

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

B. Manfaat Mobilisasi Dini

Bagi ibu post SC sangat penting untuk segera melakukan pergerakan atau melakukan mobilisasi dini karena mobilisasi dini dapat mempercepat proses penyembuhan luka operasi, memperlancar peredaran darah, mempercepat involusi uterus, memperlancar pengeluaran lochea, mempercepat pembuangan sisa metabolisme, meningkatkan fungsi paru serta mengurangi resiko pembentukan bekuan darah yang akhirnya dapat menurunkan angka kematian ibu (Isna, 2022).

C. Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Sebagian besar pasien akan merasa keberatan jika dianjurkan melakukan pergerakan, namun perlu diketahui bahwa beberapa hal bisa terjadi apabila tidak segera melakukan mobilisasi dini diantaranya :

1. Penyembuhan luka menjadi lama
2. Kulit punggung menjadi lecet akibat terlalu lama berbaring
3. Badan mudah lelah
4. Memperlambat penyembuhan luka
5. Involusi buruk
6. Gangguan fungsi otot
7. Peningkatan intensitas nyeri
8. Mengganggu fungsi metabolik
9. Perdarahan abnormal
10. Resiko infeksi pada luka operasi (Isna, 2022).

D. Tahapan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini pada ibu pasca operasi caesar harus disesuaikan dengan kondisi dan kemungkinan yang mungkin terjadi. Berikut adalah langkah - langkah mobilisasi dini menurut Astutik (2015) yang dapat dilakukan oleh ibu pasca operasi caesarea :

1. 6 jam pertama pasca SC

Setelah menjalani operasi sc, ibu diwajibkan untuk beristirahat terlebih dahulu dengan berbaring. Namun pada tahap mobilisasi dini 6 jam pertama ibu dianjurkan untuk melakukan beberapa pergerakan

seperti menggerakkan tangan dan lengan, menggerakkan jari kaki dan memutar pergelangan tangan. Tahapan ini dapat dilakukan tanpa rasa sakit dengan menyangga punggung menggunakan bantal dalam posisi setengah duduk. Ibu dapat menggerakkan kakinya ke depan dan belakang, serta memutar ke kanan dan kiri. Bahkan, gerakan kaki ini dapat dilakukan saat ibu sedang berbaring atau sebelum ibu dapat duduk. Caranya dengan menekukan kaki, lalu diluruskan saat tubuh semakin kuat.

2. 6-12 jam pasca SC

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

3. 24 jam pertama pasca SC

Disarankan agar ibu post sc dapat mulai duduk. Untuk menopang tubuhnya dan mengajarnya duduk tegak, ibu dapat meminta bantuan suami atau perawat.

4. 24 jam berikutnya

Disarankan agar ibu belajar berjalan setelah pasien mampu duduk. Latihan dilakukan jika pasien mampu untuk berdiri dengan stabil dan cukup kuat, kemudian bisa diawali dengan bergerak perlahan-lahan.

DAFTAR PUSTAKA

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

Leaflet Mobilisasi Dini



Hal Penting

- 1 Pasien harus memiliki keyakinan untuk mobilisasi secara cepat
- 2 Gerakan tubuh yang tepat tidak akan menyebabkan jahitan lepas/robek

Mobilisasi Setelah Operasi

Aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar



Manfaat Mobilisasi Dini

- Mempercepat proses penyembuhan luka
- Memperlancar peredaran darah
- Memperlancar pengeluaran lochea
- Mempertahankan fungsi tubuh



Mobilisasi Dini

Pada Ibu Pasca Post Operasi Sectio Caesarea



Naila Maharani H
KHGA23036

Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

-  Penyembuhan luka menjadi lama
-  Badan menjadi cepat lelah
-  Meningkatkan rasa nyeri
-  Kulit punggung menjadi lecet akibat terlalu lama berbaring

Tahapan Mobilisasi Dini

Pasca Post Operasi Sectio Caesarea

1 6 Jam pertama

Dalam posisi tirah baring, melakukan pergerakan seperti menggerakkan tangan dan lengan, menggerakkan jari kaki dan memutar pergelangan tangan

2 6 - 12 jam

Dianjurkan untuk memiringkan tubuh kekanan dan kiri, batuk serta menarik nafas dalam untuk meredakan nyeri di tempat sayatan



3 24 jam pertama

Disarankan untuk mulai duduk tegak dengan meminta bantuan suami maupun perawat



4 24 jam berikutnya

Disarankan untuk belajar berdiri di samping tempat tidur dan berjalan di sekitar kamar dan ke toilet



Lampiran Foto



Lampiran 3

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Naila Maharani Herdiana

Nim : KHGA23036

Pembimbing : Ibu Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E (P2A1) Post Sectio Caesarea

POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Jade RSUD dr.

Slamet Garut

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Senin, 11 Mei 2026	Cover	Acc judul		
2.	Rabu, 13 Mei 2026	Bab I	• Memperbaiki latar belakang • Memperbaiki data dari RS • Mengubah spasi dan paragraf		
3.	Senin, 18 Mei 2026	Bab I dan Bab II	• Mengubah isi materi dan menambahkan materi		

			Memperbaiki kesimpulan materi		
4.	Kamis, 21 Mei 2026	Bab I dan Bab II	- Memperbaiki penulisan - Tambahan materi		
5.	Jum'at, 22 Mei 2026	Bab III	- Penambahan riwayat kehamilan sekarang - Perbaiki penulisan prospek		
6.	Selasa, 26 Mei 2026	Bab III dan Bab IV	- Perbaiki tabel prospek - Perbaiki isi pembahasan		
7.	Jum'at, 29 Mei 2026	Bab III, Bab IV, dan lampiran	- Perbaiki isi abstrak - Penambahan diagnosa - Perubahan data Bab IV		
8.	Rabu, 03 Juni 2026	Bab III dan Bab IV	Acc sidang		

Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama	: Naila Maharani Herdiana
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat / Tanggal Lahir	: Garut, 07 Februari 2006
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Sanding, Kec. Samarang, Kab. Garut

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

- Tk Asy – syifa
- SDN 1 Samarang
- SMPN 1 Tarogong Kaler
- SMK Kes Bhakti Kencana Garut
- Institut Kesehatan Karsa Husada Garut