

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.V (P1A0) *POST SECTIO CAESAREA*
POD 0 ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG AGATE
RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Studi Diploma III Keperawatan Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

WINDA WIDYAWATI

KHGA22138



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.V (P1A0) *POST
SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI
PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG AGATE RSUD dr.
SLAMET GARUT

NAMA : WINDA WIDYAWATI

NIM : KHGA22138

Karya Tulis ini sudah disetujui untuk disidangkan dalam akhir Program Studi
Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing

Eti Suliyawati, S.Kep.,M.Si

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.V (P1A0) *POST
SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI
PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG AGATE RSUD dr.
SLAMET GARUT

NAMA : WINDA WIDYAWATI

NIM : KHGA22138

Garut, Juli 2025

Mengesahkan,

Penguji 1

Penguji II

K. Dewi Budiarti, M.Kep

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

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan
Stikes Karsa Husada Garut

Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah

K. Dewi Budiarti., M.Kep

Eti Suliyawati, S.Kep.,M.Si

ABSTAK

Terdiri dari IV BAB, 119 Halaman, 14 Tabel, 1 Bagan, 5 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.V (P1A0) *Post Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut. Latar belakang dalam pengambilan kasus ini ialah masih tingginya Angka Kematian Ibu salah satunya adalah Preeklamsia Berat. Berdasarkan dari hasil data pengkajian di RSUD dr. Slamet Garut dari bulan Januari sampai Mei 2025, Preeklamsia berat ada 327 kasus. Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. V secara langsung dan komprehensif dengan pendekatan keperawatan meliputi biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus melalui proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Selama melakukan asuhan keperawatan pada Ny.V terdapat beberapa masalah yang muncul yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, menyusui tidak efektif. Kesimpulan yang dapat diambil adalah penulis mampu melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan. Adapun rekomendasi yang disampaikan adalah diperlukan adanya kerja sama antara pasien dan keluarga dalam melakukan perawatan luka post operasi untuk mencegah terjadinya komplikasi pasca melahirkan seperti kemungkinan terjadi infeksi *post sectio caesarea*.

Kata kunci: *Preeklamsia Berat, Sectio Caesarea, Post Partum*

Daftar Pustaka: 61 sumber (2015-2022)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis sampaikan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan berkat rahmat serta hidayah-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. V (P1AO) Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat di ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut". Kesempatan kali ini, penulis sampaikan terimakasih sebesar - besarnya dan penghargaan setinggi - tingginya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Ibu K.Dewi Budiarti, M.Kep selaku Ketua Program studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Eti Suliyawati, S.Kep.M.Si, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini telah memberi dukungan, serta arahan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku penguji I Karya Tulis Ilmiah.
6. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners.,M.pd., selaku penguji II Karya Tulis Ilmiah.
7. Kepada seluruh civitas akademika yang ada di STIKes Karsa Husada Garut, beserta seluruh staff dosen yang telah memberikan ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan ini.

8. Kepada seluruh staff dan perawat di ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut, khususnya CI ruangan yang telah melangkan banyak waktunya untuk memberikan pembelajaran serta pengalaman di lapangan kepada penulis demi kelancaran pembuatan karya tulis ilmiah ini.
9. Kepada Ny.V beserta keluarga yang bersedia bersilaturahmi dan kesediannya bekerjasama baik dengan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.
10. Teristimewa kepada cinta pertama dan panutanku, Ayahanda Ecep Rahmat, sebagai motivator terbesar dalam hidup penulis yang telah membesarkan penulis dengan penuh kasih sayang serta pengorbanan yang tak ternilai harganya, memberikan dukungan moril dan material serta do'a yang tidak pernah putus. Beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai bangku perkuliahan, namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai detik ini.
11. Pintu surgaku, Ibunda Cucun, yang tidak henti – hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta. Beliau sangat berperan penting dalam menyelesaikan program studi penulis, beliau juga memang tidak sempat merasakan pendidikan smapi di bangku perkuliahan, tapi semangat, motivasi serta do`a yang selalu beliau berikan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai detik ini.
12. Teruntuk Adik kesayangan penulis Nasa Alamsyah terimakasih atas kelucuan yang membuat penulis semangat dan selalu membuat penulis

senang sehingga penulis semangat untuk mengerjakan Karya Tulis ini sampai selesai.

13. Kepada Nenek dan Kakek, Onyas dan Kemen tercinta terima kasih atas segala pengorbanannya sejak kecil hingga saat ini terima kasih yang selalu semangat mendorong pendidikan peneliti ini. Tolong hidup lebih lama di dunia ini, izinkan saya mengabdikan dan membalas segala pengorbanan yang nenek dan kakek lakukan selama ini.
14. Kepada Kelurgaku, Terutama Ibu Nunung dan Bapak Edeh Terima kasih sudah menjadi sosok orang tua kedua bagiku. Terima kasih untuk setiap semangat yang diberikan saat aku merasa lelah, untuk setiap tawa yang meringankan beban, dan untuk semua dukungan yang tak pernah putus. Doa dan perhatian adalah salah satu sumber kekuatanku untuk sampai pada titik ini.
15. Untuk kakak sepupuku Rahmat Riyadi, dan Istrinya kakak iparku, Adinda. Terima kasih banyak atas segala semangat, canda tawa, dan dukungan yang selalu kalian berikan. Kehadiran kalian sebagai teman berbagi cerita membuat perjalanan ini terasa lebih ringan dan menyenangkan.
16. Kepada keponakan-keponakan tercinta Karisman dan Bima Nur Riyadi, terimakasih atas kelucuan yang membuat penulis semangat setiap harinya.
17. Kepada sahabat penulis dibangku perkuliahan yang selalu ada dalam tiga tahun ini yaitu : Salwa Farisa, Ulfah Aulia Rahmayanti, Herlina Nur Sakinah, Windi Yuliani, Lia Aprilia, Muthia Nur Salsabila. Terimakasih atas setiap waktu yang diluangkan, memberikan dukungan, motivasi,

semangat, do'a, pendengar yang baik, serta menjadi rekan yang menemani penulis dari awal perkuliahan sampai selesai. Tiada hentinya memberikan motivasi kepada penulis agar Karya Tulis ini dapat selesai secara tepat waktu, dan berjuang agar siap menghadapi ujian sidang karya tulis secara bersama.

18. Kepada Prada Gustiana, Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis. Berkontribusi banyak dalam penulisan karya tulis ini, baik tenaga maupun waktu kepada penulis. Telah mendukung, menghibur, mendengarkan keluh kesah, dan memberikan semangat untuk pantang menyerah.

Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis, umumnya bagi pembaca. Dalam pengerjaan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari masih banyak kekurangan yang perlu diperbaiki dalam penyajian maupun isinya, maka dari, maka dari itu penulis menyambut baik terhadap kritik dan saran dari semua pihak.

Garut, Juli 2025

Winda Widyawati

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Metode Telaah.....	6
D. Sistematika Penulisan.	7
BAB II TINJAUAN TEORI	9
A. Konsep Dasar Preeklamsia.	9
1. Definisi Preeklamsia	9
2. Klasifikasi Preeklamsia.....	10
3. Etiologi Preeklamsia	10
4. Tanda dan Gejala Preeklamsia.	11
5. Patofisiologi Preeklamsia.....	12
6. Komplikasi.	13
7. Pemeriksaan penunjang.....	14
8. Penatalaksanaan Preeklamsia.....	16
B. Konsep dasar <i>Sectio Caesarea</i>	17
1. Definisi <i>Sectio Caesarea</i>	17
2. Klasifikasi <i>Sectio Casarea</i>	18
3. Indikasi <i>Sectio Casarea</i>	19
4. Etiologi.....	20

5. Patofisiologi	21
6. Pathway	22
7. Komplikasi	23
8. Pemeriksaan Penunjang	24
9. Dampak Operasi Caesar terhadap (KDM)	25
C. Konsep Dasar Post Partum	28
1. Definisi Post Partum	28
2. Tahapan Masa Post Partum	29
3. Perubahan Fisiologis pada Masa Post Partum.	30
4. Perubahan Psikologis Setelah Melahirkan.	35
D. Konsep Asuhan Keperawatan.....	36
1. Pengkajian	36
2. Diagnosa Keperawatan.....	50
3. Intervensi Keperawatan.....	51
4. Implementasi Keperawatan.....	61
5. Evaluasi Keperawatan.....	61
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	62
1. Pengkajian Keperawatan	62
2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan Prioritas.....	78
3. Intervensi Keperawatan.....	80
4. Implementasi Keperawatan.....	80
5. Evaluasi Keperawatan	80
6. Catatan Perkembangan.....	92
7. Pembahasan.....	102
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	114
A Kesimpulan	114
B. Rekomendasi.....	115
DAFTAR PUSTAKA	117
LAMPIRAN - LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Presentase <i>SC</i> dengan berbagai indikasi di RSUD dr. Slamet Garut.....	3
Tabel 2.1 Analisa Data	46
Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 1.....	48
Tabel 2.3 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 2.....	54
Tabel 2.4 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 3.....	55
Tabel 2.5 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 4.....	56
Tabel 2.6 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 5	58
Tabel 2.7 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 6	59
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari- hari	73
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium.....	74
Tabel 3.3 Theraphy Medis.....	75
Tabel 3.4 Analisa Data.....	75
Tabel 3.5 Proses Keperawatan	80
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan.....	92

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Pathways Post Sectio Caesarea</i> Atas Indikasi Preeklamsia Berat.....	22
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP Pijat Oksitosin

Lampiran 2 Materi Penyuluhan

Lampiran 3 Leaflet Pijat Oksitosin

Lampiran 4 Lembar Bimbingan

Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah serangkaian tindakan yang dilakukan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Ini mencakup perawatan ibu hamil, persalinan, masa nifas, menyusui, serta pemantauan tumbuh kembang anak balita dan usia prasekolah. Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu perhatian dari *World Health Organization* (WHO) karena ibu merupakan komponen penting dalam pembangunan setiap bangsa untuk mempersiapkan generasi berkualitas dimasa yang akan datang (Kemenkes Republik Indonesia, 2021). Penilaian status kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu indikator baik buruknya pelayanan kesehatan suatu negara. Penilaian tersebut dapat dilihat melalui Angka Kematian Ibu dan Bayi (AKI dan AKB). Angka kematian ibu adalah kematian seorang perempuan selama masa kehamilan, persalinan, atau dalam waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat penyebab apapun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau tindakan medis yang dilakukan sehubungan dengan kehamilan tersebut. Penyebab tersebut mencakup kondisi langsung yang disebabkan oleh kehamilan maupun faktor-faktor tidak langsung yang terkait dengan kehamilan tersebut (World Health Organization, 2020).

Angka kematian ibu di Indonesia berdasarkan data Maternal Perinatal Death Notification (MPDN), sistem pencatatan kematian ibu Kementerian Kesehatan,

angka kematian ibu pada tahun 2022 mencapai 4.005 dan di tahun 2023 meningkat menjadi 4.129. Angka Kematian Ibu berdasarkan data laporan Dinas Kesehatan Jawa Barat, tercatat pada tahun 2023 sebanyak 147/1000 kelahiran hidup, dengan target penurunan AKI 80-84% dari 1.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi di Jawa Barat tahun 2023 tercatat sebesar 13,56/1.000 kelahiran hidup menurun signifikan dari 26 per 1.000 kelahiran hidup selama satu decade terakhir dan angka ini lebih rendah dari AKB rata-rata nasional (Dinkes Jawa Barat, 2023). Sedangkan menurut kepala bidang kesehatan masyarakat di Kabupaten Garut pada tahun 2022 terjadi 59 kasus, mengalami penurunan sekitar 47,52% dibandingkan dengan tahun 2021 yaitu 112 kasus (Humas Pemkab Garut, 2023).

Penyebab kematian ibu didominasi oleh kasus komplikasi obstetrik, seperti kasus berat pendarahan postpartum (atonia uteri, sisa plasenta dan robekan jalan lahir), perdarahan antepartum (karena plasenta previa atau karena solusio plasenta) juga kondisi seperti hipertensi pada ibu hamil (preeklamsia) (Kemenkes Republik Indonesia, 2022). Preeklamsia berat ialah kondisi medis serius yang terjadi selama kehamilan. Ini biasanya ditandai dengan tekanan darah tinggi yang signifikan dan adanya protein dalam urine setelah usia kehamilan 20 minggu. Kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi serius seperti kerusakan organ dan risiko tinggi terhadap ibu dan janin. Sehingga memerlukan perhatian medis segera menangani kasus tersebut. Dalam menangani preeklamsia ialah melakukan pedoman terapi konservatif preeklamsia dan melakukan terminasi kehamilan di usia kehamilan yang masih preterm berupa

tindakan *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan abdomen (Pradana dan Asshiddiq, 2021). Indikasi dilakukannya tindakan *sectio caesarea* terdiri dari beberapa kejadian seperti disproporsi kepala panggul, preeklamsia, plasenta previa, ketuban pecah dini dan persalinan SC berulang.

Berdasarkan data dari Medical Record Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Garut pada periode Januari-Mei tahun 2025 terdapat kasus ibu melahirkan dengan tindakan *sectio caesarea* sebagai berikut

Tabel 1.1 Presentase *Sectio Caesarea* dengan berbagai indikasi dari bulan Januari sampai bulan Mei 2025 di RSUD dr. Slamet Garut

NO	KASUS	JUMLAH	PERSENTASI
1	SC Indikasi PEB	327	41,18%
2	SC Indikasi KPD	214	26,95%
3	SC Indikasi Letak sungsang	102	12,84%
4	SC Indikasi Partus Lama	77	9,69%
5	SC Indikasi Plasenta Previa	38	4,78%
	Totalis		
6	SC Indikasi Gawat Janin	33	4,15%
7	SC Indikasi Plasenta Previa marginalis	2	0,25%
8	SC Indikasi Presentasi dagu	1	0,12%
TOTAL		794	100%

Sumber: Rekam Medis Pasien RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2025

Berdasarkan tabel 1.1 diatas dapat dilihat bahwa angka kasus *sectio caesarea* dengan berbagai indikasi dari bagian peloporan dan pencatatan di RSUD dr.Slamet Garut tahun 2025 dapat disimpulkan bahwa kejadian persalinan *sectio caesarea* atas indikasi preeklamsia berat menempati urutan pertama dengan jumlah 327 dan presentase 41,18% dari total kasus persalinan

Sectio Caesarea sebanyak 794 kasus dalam rentang waktu selama bulan Januari-Mei 2025. Tindakan Sectio Caesarea (SC) sebagai solusi persalinan pada pasien dengan Preeklamsia Berat (PEB). Preeklamsia merupakan komplikasi kehamilan yang ditandai dengan hipertensi dan proteinuria setelah usia kehamilan 20 minggu. Jika tidak ditangani, kondisi ini dapat berkembang menjadi eklampsia dan membahayakan ibu serta janin. Tindakan SC menjadi pilihan utama pada kasus PEB yang tidak memungkinkan persalinan pervaginam karena risiko komplikasi seperti kejang, gagal organ, dan gangguan pertumbuhan janin. Oleh karena itu, intervensi dini melalui SC penting untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Persalinan dengan metode sectio caesarea memiliki resiko terhadap kesehatan ibu dan janin. Resiko bisa terjadi pada ibu, dimana pada persalinan dengan metode SC bisa menimbulkan infeksi pasca pembedahan, nyeri pasca melahirkan, ruptur uteri, waktu pemulihan lebih lama dan biaya persalinan yang lebih mahal (Putra, Wandia, Harkitasari, 2021). Berdasarkan resiko-resiko tersebut maka diperlukan asuhan keperawatan yang profesional serta perlu diberikan pelayanan yang berkualitas dan harus fokus pada kebutuhan adaptasi fisik dan psikologis ibu serta fokus pada kebutuhan dasar manusia (Suarayasa, 2020).

Berdasarkan data diatas maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan post sectio caesarea dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. V (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 atas indikasi preeklamsia berat (PEB) di ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan preeklampsia dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual pada pasien dengan post sectio caesarea atas indikasi preeklampsia berat yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah agar penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. V (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Agate RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. V (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Agate RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun intervensi keperawatan pada Ny. V (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Agate RSUD Dr. Slamet Garut.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada Ny. V (P1A0) Post Setio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Agate RSUD Dr. Slamet Garut.

- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. V (P1A0) Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Agate RSUD Dr. Slamet Garut.
- f. Mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. V (P1A0) *Post Setio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklamsia Berat Di Ruang Agate RSUD Dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaah

Metode penulisan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah dengan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Adapaun teknik pengumpulan data pada studi kasus ini sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan dengan cara menggali informasi tentang keluhan dan keselamatan dilakukan pada pasien dan keluarga.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pemeriksaan pada pasien dari ujung rambut hingga telapak kaki.

3. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan mengamati perilaku dan keadaan untuk memperoleh data tentang perkembangan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

4. Studi Dokumentasi

Mempelajari data data pasien dan catatan medis dan catatan yang berhubungan dengan masalah pasien.

5. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah cara mendapatkan informasi dan teori- teori yang relevan dari literatur buku dan internet yang berhubungan dengan kasus post sectio caesrea atas indikasi preeklamsia berat sebagai dasar acuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran secara singkat Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I, meliputi pendahuluan yang berisi latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penelitian serta sistematika penulisan.

BAB II, meliputi tinjauan teoritis bersifat konsep dasar preeklamsia berat, konsep dasar post sectio caesarea, konsep postpartum, dampak post sectio caesarea terhadap kebutuhan dasar manusia, serta proses keperawatan maternitas.

BAB III, tinjauan kasus dan pembahasan tentang asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi preeklamsia berat (PEB) yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan catatan perkembangan, serta pembahasan yang berisikan ulasan naratif dan setiap tahapan proses keperawatan yang dilakukan.

BAB IV, berisi kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II.

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Preeklamsia

1. Definisi Preeklamsia

Preeklamsia adalah kondisi medis serius yang dapat terjadi selama kehamilan, biasanya setelah usia kehamilan 20 minggu. Kondisi ini ditandai dengan peningkatan tekanan darah tinggi dan adanya protein dalam urine. Jika tidak ditangani dengan tepat, preeklamsia dapat menyebabkan kerusakan pada organ tubuh seperti ginjal, hati, dan otak, serta berisiko mengancam nyawa ibu dan janin. (Agustina et al., 2022).

Pre-eklampsia adalah penyebab utama kematian dan kesakitan ibu, kelahiran prematur, kematian perinatal, dan hambatan pertumbuhan intrauterin. Preeklamsia berat adalah preeklamsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria 5 g/24 jam, oliguria, kenaikan kadar kreatinin plasma, gangguan visus dan serebral, nyeri epigastrium, edema paru-paru dan sianosis, haemolysis mikroangiopatik, trombositopenia berat dan sindrom HELLP. (Rahmadhanti et al., 2022).

Berdasarkan pengertian diatas dapat di simpulkan bahwa Preeklamsia adalah komplikasi serius pada kehamilan yang biasanya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu. Kondisi ini ditandai dengan

tekanan darah tinggi dan adanya protein dalam urine. Jika tidak segera ditangani, preeklamsia bisa menyebabkan kerusakan organ penting seperti ginjal, hati, otak, serta membahayakan keselamatan ibu dan bayi. Pada kondisi preeklamsia berat, gejalanya bisa semakin parah, seperti tekanan darah sangat tinggi, gangguan penglihatan, nyeri hebat, sesak napas, hingga kerusakan darah dan hati, serta berisiko menyebabkan kematian ibu maupun bayi.

2. Klasifikasi Preeklamsia

Menurut Rahyani (2020), preeklamsia dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

a. Preeklamsia Ringan

Preeklamsia ringan terjadi ketika ibu hamil mengalami tekanan darah tinggi, disertai dengan sedikit protein dalam urine (proteinuria ringan) dan pembengkakan (edema). Kondisi ini biasanya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah melahirkan.

b. Preeklamsia Berat

Preeklamsia berat adalah kondisi kehamilan yang lebih serius, ditandai dengan tekanan darah yang sangat tinggi, jumlah protein dalam urine yang banyak, dan gangguan pada beberapa organ tubuh, seperti hati, darah (hematologi), dan ginjal.

3. Etiologi Preeklamsia

Faktor penyebab preeklamsia sampai sekarang masih belum diketahui secara jelas. Namun, kondisi ini bisa terjadi pada beberapa ibu

hamil, terutama yang memiliki faktor risiko dari dalam tubuh mereka sendiri. Misalnya, ibu hamil yang usianya sudah cukup tua cenderung lebih berisiko mengalami tekanan darah tinggi, baik sebelum maupun selama kehamilan. Selain itu, riwayat persalinan sebelumnya, faktor keturunan, pengalaman kehamilan sebelumnya, dan riwayat preeklamsia juga bisa meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami preeklamsia (Situmorang, T. 2016).

4. Tanda dan Gejala Preeklamsia

a. Preeklamsia Ringan

Preeklamsia ringan adalah kondisi kehamilan yang ditandai dengan:

- 1) Tekanan darah Sistolik antara 140–160 mmHg dan diastolik antara 90–110 mmHg
- 2) Proteinuria: Kehadiran protein dalam urine sekitar 0,3 gram per liter dalam 24 jam.
- 3) Edema: Pembengkakan ringan pada area seperti kaki, wajah, atau tangan.
- 4) Tidak ada gangguan fungsi organ: Organ tubuh seperti ginjal, hati, dan otak berfungsi normal. Pada kondisi ini, ibu hamil biasanya tidak memerlukan perawatan di rumah sakit, namun tetap perlu pemantauan rutin oleh tenaga medis

b. Preeklamsia Berat

Preeklamsia berat adalah kondisi yang lebih serius dan memerlukan perhatian medis segera. Ditandai dengan

- 1) Tekanan darah: Sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg
- 2) Proteinuria: Kehadiran protein dalam urine lebih dari 5 gram per liter dalam 24 jam.
- 3) Oliguria: Produksi urine kurang dari 500 ml dalam 24 jam.
- 4) Gangguan serebral dan visus: Sakit kepala hebat, gangguan penglihatan, atau perubahan status mental.
- 5) Nyeri epigastrium: Nyeri pada bagian atas perut.
- 6) Edema paru dan sianosis: Pembengkakan pada paru-paru dan perubahan warna kebiruan pada kulit akibat kurangnya oksigen.
- 7) Gangguan fungsi organ: Kerusakan pada organ seperti ginjal, hati, atau sistem pembekuan darah.
- 8) Sindrom HELLP: Kombinasi dari hemolisis (kerusakan sel darah merah), peningkatan enzim hati, dan penurunan jumlah trombosit (Rukiyah, Lia & Yulianti, 2020)

5. Patofisiologi Preeklamsia

Mekanisme terjadinya preeklamsia terjadi dua tahap jika dilihat pada gambar pada tahap pertama faktor penyebab terjadinya preeklamsia yaitu faktor genetik, faktor imunologi dan faktor lingkungan yang terjadi pada trimester pertama dan trimester kedua. Ketiga faktor ini dapat menyebabkan terjadinya abnormal plasenta plasentasi yang akan menurunkan fungsi perfungsi plasenta. Pada tahap kedua terjadi

peningkatan sFlt1, berkurangnya peredaran PIGF, peningkatan seng dan faktor ibu lainnya seperti (riwayat kesehatan pembuluh darah yang buruk, obesitas, dan usia lanjut). Hal ini menyebabkan terjadinya disfungsi vaskuler sistemik yang berakibat pada beberapa organ dan jaringan yang ditandai dengan adanya proteinuria, hipertensi, abnormal sistem koagulasi dan edema (Rana, & Kurumanchi, S. A., 2019).

6. Komplikasi

Menurut Marianti, (2017), Komplikasi yang terberat dari preeklamsia adalah kematian ibu dan Janin. Namun, beberapa komplikasi yang dapat terjadi baik pada ibu maupun janin adalah sebagai berikut:

a. Bagi ibu

- 1) Sindrom HELLP (*Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count*), adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver, dan rendahnya jumlah trombosit.
- 2) Eklamsia, preeklamsia bisa berkembang menjadi eklamsia yang ditandai dengan kejang-kejang.
- 3) Penyakit kardiovaskuler, risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat preeklamsia.
- 4) Kegagalan organ, preeklamsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti paru, ginjal dan hati.
- 5) Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul dapat berupa perdarahan karena kurangnya protein yang diperlukan

untuk pembekuan darah, atau sebaliknya, terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.

- 6) Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum kelahiran dapat mengakibatkan perdarahan serius dan kerusakan plasenta, yang akan membahayakan keselamatan wanita hamil dan janin.
- 7) Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan di dalam pembuluh tersebut. Ketika seseorang mengalami perdarahan di otak, sel-sel otak akan mengalami kerusakan karena adanya penekanan dari gumpalan darah, dan juga karena tidak mendapatkan pasokan oksigen akibat terputusnya aliran darah, kondisi inilah yang menyebabkan kerusakan otak atau bahkan kematian.

b. Bagi Janin

- 1) Prematuritas.
- 2) Kematian janin.
- 3) Terhambatnya pertumbuhan janin.
- 4) Asfiksia neonatrum.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Saifuddin (2016), Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada preeklamsia adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan laboratorium

Pada umumnya pemeriksaan laboratorium adalah normal, kecuali hematokrit, serum kretinin, pemecahan fibrin dan proteinuria.

- 1) Hitung darah lengkap dengan apusan darah Penurunan hemoglobin (nilai referensi atau nilai normal haemoglobin untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%). Peningkatan hematokrit (nilai rujukan 150-450 ribu/mm³), asam urat meningkat.
- 2) Tes fungsi hati Peningkatan bilirubin ($N < 1 > 60,1$ peningkatan serum glutamat piruvat transaminase (SGPT) ($N = 15-45$ u/ml), peningkatan serum glutamat oksaloasetat transaminase (SGOT) ($N = 2.4 \sim 2.7$) mg/dl).
- 3) Pemeriksaan khusus Pemeriksaan oftalmoskop mungkin menunjukkan papil edema, edema retina (peningkatan penglihatan berkilau), pelepasan retina, spasme vascular, tatik arteriovenosa dan perdarahan. Pemeriksaan berulang membantu menentukan perbaikan atau kegagalan terapi preeklamsia.
- 4) Urinalis proteinuria $> 0,3$ grlt/24jam Ditemukan protein dalam urine

b. Pemeriksaan radiologi Ultrasonografi, reterdasi pertumbuhan intrauterine dan keterlambatan pernapasan intrauterine dicatat, dengan aktivitas janin yang lambat dan volume cairan ketuban yang rendah, elektrokardiogram detak jantung janin diketahui lemah.

c. Pemeriksaan diagnostik:

- 1) USG (Ultrasonografi), berfungsi untuk melihat gerakan janin bersifat subjektif, letak plasenta, denyut jantung janin, kontraksi uterus.
- 2) NST (Non Stress Test), berfungsi untuk melihat kontraksi uterus, pergerakan janin, denyut jantung janin. Denyut jantung janin (DJJ): normal 120-160 x/menit, takikardia >160x/menit.

8. Penatalaksanaan Preeklamsia

Menurut Nurarif, (2016), Tujuan penanganan preeklamsia ialah mencegah terjadinya eklamsia melahirkan bayi tanpa adanya asfiksia, dan mencegah mortalitas maternal dan perinatal. Penatalaksanaan pada preeklamsia adalah sebagai berikut:

- a. Istirahat di tempat tidur dengan metode tirah baring kiri kanan. Istirahat dengan berbaring pada sisi tubuh menyebabkan aliran darah ke plasenta dan aliran darah ke ginjal meningkat, tekanan vena pada ekstremitas bawah menurun dan reabsorpsi cairan menurun.
- b. Memantau tanda-tanda vital, reflek dan DJJ.
- c. Pemberian obat sedatif, antihipertensi, klorpromazin, dan larutan magnesium sulfat ($MgSO_4$).
- d. Monitor keadaan janin.

B. Konsep dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea (SC) merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Ayuningtyas, Dumilah, et al, 2018).

Sectio casaraea ialah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu (laparotomi) dan rahim. (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi. *Sectio casarea* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya (Purwoastuti, 2015).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin melewati sisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin di lahirkan melalui perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Anjarsari, 2018).

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

2. Klasifikasi Sectio Casarea

Dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu:

- a. *Sectio Casarea Transperitonealis Profunda*, Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dimana dokter nantinya akan membedah perut ibu dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Jenis ini memberikan beberapa keuntungan seperti perdarahan luka insisi yang tidak banyak, risiko peritonitis yang tidak besar, jaringan perut saat proses penyembuhan pada uterus umumnya kuat sehingga risiko rupture uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna (Prawihardjo, 2017).
- b. *Sectio Casarea Klasik* atau *Sectio Casarea Corporal*, Tindakan pembedahan ini dilakukan dengan cara membuat insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plica vesio uterine. Tujuannya dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses Sectio Casarea Transperitonealis Profunda. Halangan yang dimaksud misal karena uterus melekat pada dinding perut karena riwayat persalinan sebelumnya dan risiko perdarahan yang besar apabila di insisi di segmen bawah uterus dimana ada kondisi plasenta previa (plasenta menempel menutupi jalan lahir). Kerugian dari jenis ini adalah risiko peritonitis dan rupture uteri 4 kali lebih bahaya pada kehamilan selanjutnya.

Biasanya setelah dilakukan tindakan sc klasik ini, dilakukan sterilisasi atau histerektomi untuk menghindari risiko yang ada (Prawihardjo, 2017).

- c. *Sectio Casarea Ekstraperitoneal*, Dokter akan menginsisi dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus yang nantinya dipisahkan. Lalu vesika urinaria akan diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum akan dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus, jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan sectio caesarea ini tidak banyak lagi dilakukan karena tekniknya yang sulit dilakukan (Prawihardjo, 2017).

3. Indikasi Sectio Casarea

Menurut Jumatrin (2022), ada beberapa penyebab atau indikasi dilakukannya tindakan sectio caesarea, yaitu diantaranya sebagai berikut:

- a. Gawat janin, merupakan kondisi dimana janin perlu dengan segera dikeluarkan dari dalam Rahim ibu. Penyebab nya bisa dikarenakan perdarahan antepartum atau kelainan lain yang dialami oleh ibu yang mengharuskan janin segera dilahirkan.
- b. Posisi janin yang Abnormal (letak sungsang atau melintang), posisi janin dalam Rahim yang tidak tepat seperti letak sungsang ataupun letak lintang membuat perlunya dilakukan tindakan se karena akan sulit dilakukan untuk persalinan pervagina.

- c. Partus Lama (tidak maju), persalinan normal pervagina yang tak kunjung mengalami kemajuan atau tidak adanya pembukaan maka perlu tindak lanjut yaitu dengan tindakan *sectio caesarea*.
- d. Ketuban pecah dini (KPD), merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan sehingga memerlukan tindakan lanjutan agar bayi dapat diselamatkan
- e. Plasenta previa, letak plasenta yang berada di bagian bawah Rahim membuat terhalangnya jalan lahir dan diperlukannya tindakan *sectio caesarea*
- f. Preeklamsia berat, merupakan penyumbang kematian maternal pada ibu maupun janin sehingga diperlukan tindakan lanjutan untuk melahirkan
- g. *Cephalo pelvic disproportion* (CPD), ukuran panggul yang tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal pervagina.

4. Etiologi

Menurut Nurarif dan Hardhi, 2015 etiologi *sectio caesarea* (SC)

- a. Etiologi yang berasal dari ibu, Yaitu terdapat panggul sempit, plasenta previa, solutio plasenta, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, kehamilan yang disertai penyakit jantung, penyakit DM, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

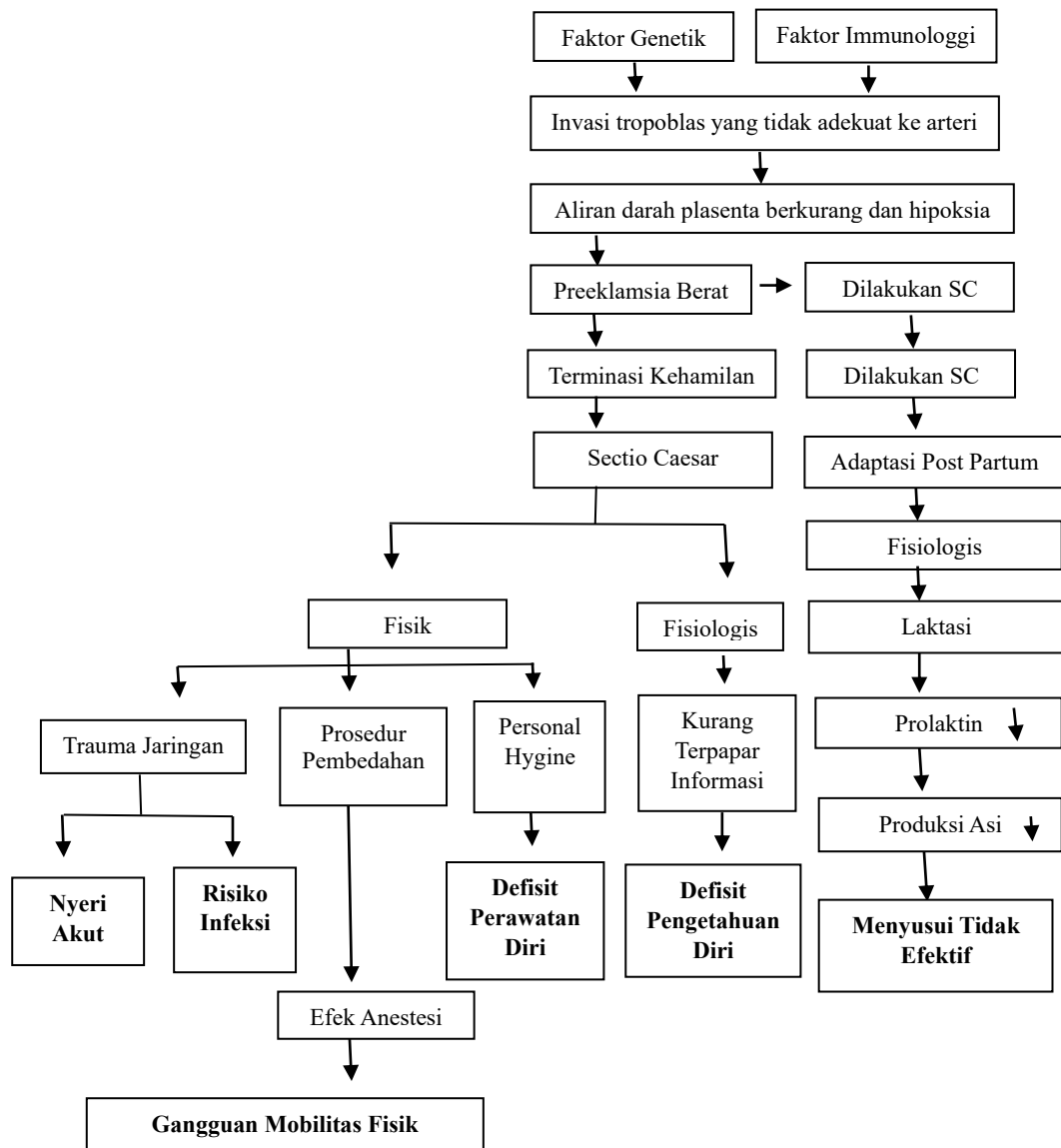
- b. Etiologi yang berasal dari janin, Gawat janin malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum.

5. Patofisiologi

Akibat dari kelainan pada ibu dan janin menyebabkan dilakukannya Sectio Caesarea (SC) dan tidak dilakukan dengan persalinan (Solehati, 2017). Tindakan alternatif untuk dilakukannya persalinan adalah menggunakan sectio caesarea dengan berat diatas 500gram dan adanya bekas sayatan yang masih utuh. Penyebab atau indikasi dilakukannya Sectio Caesarea (SC) ini adalah karena distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, Plasenta previa dan lain-lain. Untuk ibu sedangkan untuk gawat janin, janin besar dan letak lintang setelah dilakukan sectio caesarea (SC) ibu akan mengalami adaptasi postpartum. perlu anestesi yang bersifat regional dan umum sebelum dilakukannya operasi pasien. Namun anestesi mengakibatkan banyaknya pengaruh terhadap janin dan ibu, sehingga bayi kadang-kadang lahir dalam keadaan tidak dapat diatasi dengan mudah. dan bisa berakibat pada kematian janin sedangkan pengaruh anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri yang menyebabkan darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat secret yang berlebihan karena

6. Pathway

Bagan 2.1 Pathways post sectio caesarea atas indikasi Preeklamsia Berat



Sumber: Nurarif dan Hardhi, 2015

7. Komplikasi

Tindakan operasi caesar (*sectio caesarea*) dapat menimbulkan berbagai komplikasi, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Komplikasi jangka pendek biasanya terjadi segera setelah operasi dilakukan. Beberapa di antaranya meliputi:

- a. Perdarahan hebat, karena selama operasi ada risiko pembuluh darah arteri terbuka yang bisa menyebabkan kehilangan darah dalam jumlah besar. Jumlah darah yang hilang saat operasi caesar bisa dua kali lebih banyak dibandingkan persalinan normal.
- b. Infeksi nifas atau sepsis, yang cukup sering terjadi. Ini bisa disebabkan oleh pemberian antibiotik yang tidak tepat. Infeksi bisa ringan, seperti demam selama masa nifas, atau berat, seperti peritonitis (radang selaput perut) dan sepsis.
- c. Luka pada kandung kemih, yang bisa terjadi karena letaknya dekat dengan area operasi.
- d. Emboli paru, yaitu kondisi serius ketika gumpalan darah menyumbat pembuluh darah di paru-paru.
- e. Bekas luka pada rahim yang lemah, yang bisa menjadi masalah di kehamilan berikutnya. Bekas luka yang lemah ini bisa menyebabkan rahim robek, terutama jika operasi sebelumnya menggunakan metode caesar klasik.

- f. Cedera pada organ lain di perut, seperti usus besar atau saluran kemih (ureter), karena organ-organ ini berada dekat dengan area yang dioperasi dan cukup rentan terhadap cedera. (Sulfianti et al., 2021)

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Indriyani (2018), untuk memastikan kondisi kesehatan ibu dan janin sebelum atau selama operasi caesar, beberapa pemeriksaan penunjang yang biasanya dilakukan meliputi:

- a. Pemantauan EKG (Elektrokardiogram) untuk melihat kondisi jantung ibu.
- b. Pemeriksaan darah lengkap dengan diferensial, untuk mengetahui kondisi umum darah dan ada tidaknya infeksi.
- c. Pemeriksaan kadar elektrolit seperti natrium dan kalium, penting untuk keseimbangan tubuh.
- d. Pemeriksaan kadar hemoglobin atau hematokrit*, untuk mengetahui apakah ada anemia atau tidak.
- e. Tes golongan darah dan pencocokan silang darah, jika sewaktu-waktu dibutuhkan transfusi.
- f. Tes urin, untuk melihat fungsi ginjal dan mendeteksi infeksi saluran kemih.
- g. Amniosentesis bila diperlukan, untuk memeriksa kematangan paru-paru janin.

- h. Pemeriksaan rontgen (sinar X) jika ada indikasi medis yang memerlukannya.
- i. Ultrasonografi (USG) untuk memantau kondisi janin dan posisi plasenta.

9. Dampak Operasi Caesar terhadap Kebutuhan Dasar Manusia (KDM)

Menurut Hartati dan Maryunani (2015), tindakan operasi caesar dapat memengaruhi beberapa kebutuhan dasar ibu setelah melahirkan, antara lain:

- a. Nyeri, biasanya dirasakan di area bekas sayatan operasi. Rasa nyeri ini bisa bertahan selama beberapa hari.
- b. Buang air kecil dan besar (BAK/BAB), efek anestesi bisa menyebabkan buang air besar tertunda selama 2–3 hari. Setelah pemasangan kateter, ibu juga bisa mengalami kesulitan buang air kecil.
- c. Asupan makanan dan minuman, sekitar 6 jam setelah operasi, ibu bisa mulai minum sedikit demi sedikit. Pada hari pertama, biasanya sudah bisa diberikan makanan lunak atau makanan biasa jika tidak ada gangguan pencernaan.
- d. Gerak atau mobilisasi dini, adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan sectio caesarea (Mawarni, 2018). ibu dianjurkan

mulai menggerakkan tangan dan kaki lebih awal. Duduk bisa dilakukan antara 8–12 jam pasca operasi, dan berjalan umumnya bisa mulai dilakukan dalam 24 jam setelah operasi. Tujuan Teknik Mobilisasi Dini menurut (Mawarni,2018) diantaranya, Mencegah konstipasi atau sembelit, Memperlancar peredaran darah dan mengurangi nyeri, Membantu pernapasan menjadi lebih baik, Mempercepat penutupan jahitan setelah operasi, Mengembalikan aktivitas pasien agar dapat bergerak normal dan memenuhi kebutuhan gerak harian, Mengembalikan tingkat kemandirian pasien setelah operasi. Manfaat Mobilisasi dini (Pristahayuningtyas, 2016) Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri serta meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat. Mobilisasi dini termasuk faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka pasca operasi. Mobilisasi merupakan gerakan yang segera dilakukan pasca operasi. Hal ini dilakukan bertujuan untuk mengembalikan otot-otot perut agar tidak kaku dan mengurangi rasa sakit sehingga dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Mobilisasi dini sangat penting sebagai tindakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya. Dampak mobilisasi yang tidak

dilakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi tubuh, aliran darah tersumbat dan peningkatan intensitas nyeri. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri (Ditya et al., 2016). Tahapan Mobilisasi Dini Pasca Operasi: 1- 6 Jam Pertama: Fokus pada latihan ringan di tempat tidur seperti menggerakkan jari-jari, tangan, dan menekuk lutut. Latihan pernapasan dalam dan batuk efektif juga penting untuk mencegah komplikasi pernapasan. 6-10 jam: Mulai latihan miring ke kiri dan kanan secara bertahap untuk mencegah trombosis dan tromboemboli. Bantuan perawat mungkin diperlukan untuk memiringkan tubuh dan memberikan bantal untuk mengurangi nyeri pada luka. 24 Jam: Latihan duduk di tepi tempat tidur selama beberapa menit, dengan bantuan jika diperlukan. Hari ke-2 dan seterusnya: Jika memungkinkan, pasien mulai dilatih untuk berdiri dan berjalan dengan bantuan alat atau pendamping, jika memungkinkan. Jarak dan waktu berjalan dapat ditingkatkan secara bertahap sesuai dengan kondisi pasien. Peningkatan Aktivitas: Secara bertahap, pasien dilatih untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri seperti pergi ke kamar mandi, makan, dan berpakaian. Mobilisasi dini ini juga mencakup latihan rentang gerak (range of motion) untuk menjaga kelenturan sendi dan kekuatan otot.

- e. Kebersihan diri (personal hygiene), menjaga kebersihan tubuh sangat penting untuk mencegah infeksi dan membuat ibu merasa lebih nyaman. Namun, karena keterbatasan gerak setelah operasi, ibu mungkin butuh bantuan untuk mandi, merawat luka operasi, serta menjaga kebersihan gigi dan mulut.

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi Post Partum

Post partum adalah masa pemulihan yang dimulai setelah keluarnya plasenta dan berlangsung hingga organ-organ reproduksi ibu kembali ke kondisi seperti sebelum hamil. Proses ini biasanya memakan waktu sekitar 6 minggu atau 42 hari. Selama masa ini, ibu mengalami banyak perubahan fisik alami yang bisa menimbulkan ketidaknyamanan. Jika tidak dirawat dengan baik, kondisi ini bisa berkembang menjadi masalah kesehatan yang lebih serius (Yuliana & Hakim, 2020).

Post partum, yang juga dikenal sebagai masa nifas atau puerperium, adalah waktu yang dibutuhkan tubuh ibu untuk pulih setelah melahirkan. Masa ini dihitung sejak selesainya persalinan hingga sekitar 42 hari kemudian, di mana organ reproduksi mengalami proses yang disebut involusi—yaitu kembalinya rahim ke ukuran dan kondisi semula sebelum kehamilan (Maritalia, 2017; Dewi & Sunarsih, 2012 dalam Aprilianti, 2019).

Dari definisi yang diuraikan diatas, maka dapat disimpulkan post partum merupakan masa pemulihan selama kurang lebih enam minggu setelah melahirkan, di mana ibu akan mengalami berbagai perubahan fisik yang bersifat fisiologis.

2. Tahapan Masa Post Partum

Menurut Widyastutik dan rekan-rekannya (2021), masa post partum terbagi ke dalam tiga tahapan:

a. Tahap Segera (*Immediate Post Partum*)

Berlangsung selama 0–24 jam setelah persalinan. Ini adalah masa kritis karena risiko komplikasi seperti perdarahan akibat rahim yang tidak berkontraksi (atonia uteri) cukup tinggi. Oleh karena itu, bidan harus rutin memeriksa kontraksi rahim, jumlah dan jenis darah nifas (lochia), tekanan darah, serta suhu tubuh ibu.

b. Tahap Dini (*Early Post Partum*)

Terjadi antara hari ke-1 sampai hari ke-7 setelah melahirkan. Pada fase ini, bidan memastikan bahwa rahim mengecil dengan normal, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti bau tak sedap pada darah nifas atau demam, dan ibu mendapat asupan makanan serta cairan yang cukup. Ibu juga diharapkan sudah mulai menyusui dengan baik.

c. Tahap Lanjut (*Late Post Partum*)

Berlangsung dari minggu ke-2 hingga minggu ke-6 setelah persalinan. Pada tahap ini, perawatan dan pemeriksaan rutin masih

perlu dilakukan. Selain itu, konseling mengenai program keluarga berencana (KB) juga diberikan untuk membantu ibu merencanakan kehamilan selanjutnya dengan lebih baik.

3. Perubahan Fisiologis pada Masa Post Partum

Selama kehamilan, tubuh ibu mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun hormonal. Setelah melahirkan, tubuh mulai berproses untuk kembali ke kondisi sebelum hamil. Menurut Bobak dalam Indriyani (2018), beberapa perubahan fisik yang terjadi pada ibu setelah melahirkan meliputi:

a. Sistem Reproduksi dan Struktur yang Terkait

1) Uterus

- a) Proses Involusi, adalah proses alami di mana rahim kembali mengecil ke ukuran normal seperti sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah ari-ari (plasenta) keluar, dibantu oleh kontraksi otot-otot rahim.
- b) Kontraksi Setelah bayi lahir, rahim akan berkontraksi lebih kuat dari biasanya. Hal ini terjadi karena rahim harus menyesuaikan diri dengan perubahan besar akibat berkurangnya isi di dalamnya.
- c) Afterpains (Nyeri Pasca Melahirkan), Ibu yang baru pertama kali melahirkan (primipara) biasanya mengalami rahim yang tetap kencang karena tonus (ketegangan) otot rahim yang tinggi. Sementara itu, ibu yang sudah pernah melahirkan

sebelumnya (multipara) bisa merasakan nyeri akibat kontraksi rahim yang datang dan pergi. Nyeri ini bisa berlangsung selama beberapa hari pertama setelah melahirkan.

- 2) Tempat Plasenta, Setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, rahim mengalami kontraksi dan terbentuk bekuan darah yang membantu menghentikan perdarahan di tempat menempelnya plasenta. Area ini kemudian tampak menonjol, kasar, dan tidak rata. Seiring waktu, jaringan rahim (endometrium) akan tumbuh kembali menutupi area tersebut. Proses ini membantu membersihkan jaringan yang mati dan mencegah terbentuknya jaringan parut, sehingga rahim bisa kembali seperti semula.

3) *Lochea*

Lochea adalah cairan yang keluar dari rahim dan vagina selama masa nifas (setelah melahirkan). Cairan ini merupakan bagian dari proses pembersihan rahim dan terdiri dari darah, lendir, dan sisa jaringan. Lochea terbagi menjadi beberapa jenis sesuai dengan waktunya:

- a) *Lochea Rubra*: Muncul pada hari ke-1 sampai ke-4 setelah melahirkan. Warnanya merah karena mengandung darah segar, sisa-sisa selaput ketuban, jaringan rahim, serta zat lain seperti lanugo (rambut halus bayi), verniks kaseosa (lapisan lemak putih), dan mekonium (kotoran pertama bayi).

- b) *Lochea Sanguilenta*: Biasanya keluar antara hari ke-3 hingga ke-7. Warnanya merah kecokelatan dan bercampur lendir.
 - c) *Lochea Serosa*: Muncul antara hari ke-7 hingga ke-14. Warnanya kekuningan karena mengandung cairan serum, jaringan rahim yang luruh, sel darah putih, dan sel darah merah.
 - d) *Lochea Alba*, Lochea ini muncul setelah fase lochea serosa, biasanya berlangsung antara 2 hingga 6 minggu setelah melahirkan. Warnanya putih kekuningan dan mengandung sel darah putih, sisa-sisa jaringan rahim, sel-sel dari dinding rahim dan leher rahim, serta jaringan mati. Ini menandakan proses pemulihan rahim sedang berlangsung.
- 4) Serviks (Leher Rahim), Setelah melahirkan, serviks akan terbuka cukup lebar. Dibutuhkan sekitar 4 minggu bagi bagian luar serviks untuk kembali ke bentuk normal seperti sebelum hamil.
 - 5) Vagina dan Perineum, Setelah melahirkan, kadar hormon estrogen menurun, yang menyebabkan lapisan dalam vagina menjadi lebih tipis dan hilangnya lipatan-lipatan dinding vagina (rugae). Vagina yang sempat meregang saat persalinan akan perlahan kembali ke bentuk semula dalam waktu 6 sampai 8 minggu. Lipatan vagina biasanya mulai tampak kembali sekitar minggu ke-4. Bagi ibu menyusui, mukosa (lapisan dalam) vagina bisa tetap tipis sampai menstruasi kembali datang.

6) Otot Panggul, Otot dan jaringan yang menyokong rahim dan vagina bisa mengalami kerusakan saat proses persalinan. Cedera ini bisa menyebabkan masalah pada organ reproduksi di kemudian hari, seperti prolaps atau inkontinensia.

7) Sistem Hormon (Endokrin)

a) Hormon dari Plasenta: Setelah melahirkan, tubuh akan berhenti memproduksi hormon yang sebelumnya dihasilkan oleh plasenta, sehingga kadar hormon tersebut turun drastis.

b) Hormon dari Kelenjar Hipofisis dan Fungsi Indung Telur (Ovarium): Kapan ovulasi (masa subur) dan menstruasi kembali terjadi tergantung pada apakah ibu menyusui atau tidak. Ibu yang menyusui memiliki kadar hormon prolaktin yang tinggi, dan hormon ini menekan ovulasi, sehingga menstruasi bisa tertunda lebih lama dibandingkan ibu yang tidak menyusui.

8) Perut (Abdomen)

Setelah melahirkan, perut ibu masih terlihat besar, seolah-olah masih hamil, terutama saat berdiri di hari-hari awal. Ini normal karena otot-otot perut masih longgar. Diperlukan waktu sekitar 6 minggu agar dinding perut bisa kembali seperti sebelum hamil.

9) Sistem Kemih (Urinarius)

Perubahan hormonal pada masa hamil menyebabkan fungsi ginjal meningkat, sedangkan penurunan kadar steroid setelah

wanita melahirkan menurunkan fungsi ginjal selama post partum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah melahirkan. Diperlukan kira-kira 8 minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi pada ureter serta pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil

Konsentrasi hormon yang menstimulasi perkembangan payudara selama wanita hamil (estrogen, progesterone, human chorionic gonadotropin, prolaktin, kortisol dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Waktu yang dibutuhkan oleh hormone-hormon ini untuk kembali ke keadaan sebelum hamil sebagian ditentukan oleh ibu apakah menyusui atau tidak.

- a) Ibu yang tidak menyusui, Payudara terasa seperti berbenjol-benjol secara merata di kedua sisi (nodular), yang berbeda dari kondisi normal saat tidak hamil (biasanya terasa berbutir/bergranula). Meski tidak menyusui, kolostrum (cairan awal sebelum ASI) tetap bisa keluar selama beberapa hari setelah melahirkan, sebelum akhirnya berhenti. perubahan pada Payudara Setelah Melahirkan Pada hari ke-3 atau ke-4 setelah melahirkan, ibu bisa mengalami pembengkakan (disebut engorgement). Payudara terasa tegang, keras, nyeri saat disentuh, dan hangat jika diraba—ini disebabkan oleh peningkatan aliran darah ke area tersebut.

- b) ibu yang Menyusui, Saat proses menyusui (laktasi) mulai berjalan, sering terasa ada benjolan di payudara karena kantong susu yang terisi. Lokasi benjolan ini bisa berpindah-pindah dari hari ke hari. Sebelum ASI keluar, payudara terasa lunak dan hanya mengeluarkan kolostrum, yaitu cairan kekuningan kaya antibodi. Ketika ASI mulai diproduksi, payudara terasa lebih keras dan hangat. Rasa nyeri bisa berlangsung sekitar 2 hari. ASI yang keluar berwarna putih kekuningan, mirip susu kental. Puting susu perlu diperiksa apakah mudah menonjol (erectile) atau malah masuk ke dalam (inverted), serta dicek apakah ada luka atau retakan (fisura) yang bisa menyebabkan rasa sakit saat menyusui.

4. Perubahan Psikologis Setelah Melahirkan

Menurut Aritonang J & Simanjuntak (2021), ibu yang baru melahirkan biasanya melalui beberapa tahap emosional, salah satunya:

a. Fase Ketergantungan (*Taking In*)

Fase ini terjadi pada 1–2 hari pertama setelah melahirkan. Ibu biasanya masih sangat fokus pada dirinya sendiri. Ia cenderung pasif dan membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makan, tidur, dan istirahat. Fase ini merupakan bagian normal dari proses pemulihan fisik dan emosional setelah persalinan.

b. Fase Peralihan antara Ketergantungan dan Mandiri (*Taking Hold*)

Fase ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-10 setelah melahirkan. Di tahap ini, ibu mulai ingin lebih aktif merawat bayinya, tapi masih merasa khawatir tidak mampu melakukannya dengan baik. Ia mulai belajar memahami tanggung jawab barunya dan mulai memperhatikan apakah ASInya cukup dan berkualitas untuk bayinya.

c. Fase Menerima Peran Baru (*Letting Go*)

Fase ini dimulai sekitar hari ke-10 setelah persalinan. Ibu mulai merasa lebih siap dan menerima peran barunya sebagai orang tua. Ia sudah mulai menyesuaikan diri dengan kebutuhan bayinya dan lebih percaya diri dalam merawat dirinya sendiri serta bayinya.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Mangole,dkk (2015), asuhan keperawatan adalah proses sistematis yang dilakukan oleh perawat untuk memberikan perawatan langsung kepada pasien di berbagai tempat pelayanan kesehatan.

1. Pengkajian

Ini adalah tahap pertama dalam proses keperawatan. Pada tahap ini, perawat mengumpulkan informasi dari pasien melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Proses ini juga melibatkan kerja sama dengan tenaga kesehatan lain. Pengkajian harus dilakukan secara cermat dan teliti agar data yang diperoleh benar-benar akurat. Data ini nantinya digunakan untuk menganalisis kondisi pasien dan menentukan langkah perawatan

selanjutnya.masalah dan kebutuhan ibu terhadap perawatan. Adapun pengkajian yang dilakukan pada ibu preeldamsia sebagai berikut (Ratnawati, 2017)

- a. Identitas Pasien, terdiri dari identitas pasien dan penanggung jawab.
Pengkajian identitas meliputi: nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian, no rekam medis.
- b. Identitas Penanggung Jawab, terdiri dari nama, umur, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat dan hubungan dengan pasien
- c. Riwayat Kesehatan
 - 1) Keluhan utama, Pada pasien post operasi keluhan utamanya yaitu pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi, badannya lemah, tidak berani bergerak
 - 2) Riwayat Kesehatan sekarang, pada riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran pasien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi juga keluhan utama yang dirasakan pada pasien post SC yaitu nyeri yang dapat dijabarkan dengan menggunakan format P, Q, R, S, T yaitu:
 - a) P (*Propokatif*) merupakan apakah ada penyebab keluhan yang dirasakan pasien yang memperberat dan memperingan keluhan tersebut.
 - b) Q (*Quality*) merupakan penjelasan pasien yang menggambarkan kualitas nyeri. Apakah rasanya seperti

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

- c) R (*Region*) apakah rasa sakit atau nyeri tersebut menyebar pada organ lain atau tidak.
- d) S (*Skala*) merupakan penilaian pasien terhadap rasa sakit atau nyeri yang dirasakannya. Menggunakan rentang nilai 0-10 dengan 0 berarti tidak terasa nyeri dan 10 merupakan rasa nyeri yang paling berat.
- e) T (*time*) merupakan waktu terasanya nyeri atau sakit yang dialami pasien, apakah nyeri muncul terus-menerus atau hilang timbul atau nyeri datang secara tiba-tiba.

3) Riwayat kesehatan dahulu

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

4) Riwayat kesehatan keluarga, adakah penyakit turunan dalam keluarga seperti jantung, hipertensi, TBC, Diabetes Melitus, penyakit kelamin, yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada pasien.

5) Riwayat Obstetri Ginekologi

a) Riwayat Ginekologi

- (1) Riwayat menstruasi, Meliputi siklus haid, kaji terhadap lamanya haid, sifat darah (warna, bau, cair, gumpalan), dismenorhea, HPHT, dan taksiran persalinan
- (2) Status perkawinan, Status perkawinan, kaji terhadap unsur pada waktu menikah, lama perkawinan dan berapa kali menikah.
- (3) Riwayat keluarga berencana, Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan, masalah yang dihadapi selama penggunaan, jenis kontrasepsi yang direncanakan setelah melahirkan dan jumlah anak yang direncanakan.

b) Riwayat Obstetri

- (1) Riwayat kehamilan, kaji terhadap persalinan dan nifas yang lalu meliputi umur kehamilan, tanggal melahirkan, jenis persalinan, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan kesehatan anak.
- (2) Riwayat kehamilan sekarang, kaji terhadap keluhan selama hamil, gerakan anak pertama yang dirasakan oleh pasien yang berisikan mengenai keluhan atau

gangguan yang terjadi pada pasien saat mengalami kehamilan dan persalinan nya yang sekarang.

(3) Riwayat persalinan sekarang merupakan persalinan yang beberapa bagi pasien, kaji terhadap tanggal persalinan, jenis persalinan, lamanya persalinan, jenis kelamin, apakah terjadi pendarahan, banyaknya pendarahan, berat badan bayi dan APGAR score serta keadaan masa nifas.

(4) Riwayat persalinan lalu meliputi kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong jumlah persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas post operasi Sectio Caesarea (SC) yang lalu.

6) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yaitu melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk menentukan masalah keperawatan pasien (Ratnawati, 2017).

- a) Keadaan umum, kaji kondisi ibu secara umum, apakah ibu merasa kelelahan, merasa tenang, pada preeklamsia berat kondisi ibu secara umum biasanya terlihat lemas dan pusing akibat tekanan darah tinggi, respirasi meningkat, denyut nadi meningkat dan mengalami gangguan pengaturan suhu tubuh.
- b) Tanda-tanda vital, dikaji tekanan darah, nadi, suhu dan repirasi, biasanya tanda-tanda vital tidak mengalami

gangguan, pada pasien dengan preeklamsia ditemukan peningkatan tekanan darah sistolik 160 mmHg dan diastolik 110 mmHg atau lebih.

7) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Ada empat prinsip dalam melakukan pemeriksaan fisik yaitu, melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi)

a) Kepala,

Kaji terhadap kesimetrisan, nyeri, penyebaran rambut, benjolan, dan apakah muncul keluhan pusing.

b) Mata

Kaji kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, kebersihan mata, fungsi penglihatan, refleks kedip mata, konjungtiva apakah anemis atau tidak, bentuk pupil saat dirangsang cahaya, sclera apakah ikterik atau tidak, adanya nyeri tekan atau tidak. Pada pasien dengan post sc konjungtiva tampak pucat akibat dari pendarahan yang terjadi sebelumnya.

c) Hidung

Kaji kesimetrisan lubang hidung, bentuk, kebersihan dan fungsi penciuman, terdapat polip atau tidak, adanya nyeri tekan atau tidak.

d) Telinga

Kaji terhadap kesimetrisan, kebersihan apakah ada serumen atau tidak, adanya nyeri tekan atau tidak, dan kaji fungsi pendengaran.

e) Mulut dan Gigi

Kaji terhadap kesimetrisan bentuk bibir, mukosa bibir, jumlah gigi, caries gigi, jumlah gigi, lidah, fungsi pengecapan dan fungsi menelan.

f) Leher

Kaji terhadap kebersihan leher, lalu palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tyroid dan peningkatan vena jugularis(JVP).

g) Dada

Kaji kesimetrisan, irama nafas, auskultasi bunyi jantung SI/S2 (Lupdup/ Mur-mur) ada bunyi tambahan atau tidak, kaji bunyi jantung, irama dan nadi.

h) Payudara

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

i) Abdomen

Inspeksi bentuk abdomen, kaji luka pembedahan apakah terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, lalu lihat kondisi balutan apakah kotor atau tidak, apakah ada linea nigra dan striae gravidarum serta kebersihan abdomen, auskultasi bising usus. Pada ibu post sc terdapat nyeri pada luka bekas operasi, raba tinggi fundus uteri pada 24 jam pertama satu atau dua jari di bawah pusat (Wahyuningsih, 2019).

j) Genetalia

Kaji apakah ada kelainan, pembengkakan atau lesi, lihat kebersihan vulva, kaji pengeluaran lochea, pada hari ke-1 biasanya terdapat lochea rubra, kaji banyaknya lochea keluar dan baunya seperti apa, kaji apakah terpasang kateter atau tidak.

k) Ekstremitas atas dan bawah

(1) Ekstermitas atas

Kaji kesimetrisan, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya oedema, kekuatan otot karena pada ibu post sc biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak.

(2) Ekstermitas bawah

Kaji kesimetrisannya, ada tidaknya edema, bagaimana dengan pergerakannya, biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya.

8) Pola aktivitas sehari – hari

a) Pola nutrisi

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

b) Pola eliminasi

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

c) Pola aktivitas tidur

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

d) Personal hygiene

Mencakup kebersihan rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene. Biasanya personal hygiene ibu tidak rapih

karena ibu biasanya mengalami intoleransi aktivitas sehingga sulit.

9) Aspek psikologis, sosial, spiritual

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

10) Data Penunjang

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

11) Analisa Data

1) Tabel 2.1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan tanda mayor Subjektif 1) Mengeluh nyeri Objektif 1) Tampak meringis 2) Bersikap potektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Frekuensi nadi meningkat 4) Sulit tidur Gejala tanda minor Subjektif : - Objektif 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berfikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri	Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan merangsang lalu area sensori dan menimbulkan reaksi nyeri atau nyeri akut	Nyeri Akut
2	Gejala tanda mayor Subjektif 1) Mengeluh sulit menggerak ekstremitas Objektif 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentan menurun gerak (ROM) Gejala tanda minor Subjektif 1) Nyeri saat bergerak	Keadaan fisik lemah adanya akibat luka post operasi yang menyebabkan aktifitas terganggu atau dibatasi karena pasien khawatir pergerakannya dapat membahayakan terhadap luka post op.	Gangguan Mobilitas Fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
	2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak Objektif 1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah		
3	Tindakan Invasif (luka post SC)	Adanya post luka op menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk kedalam tubuh dan mengakibatkan post op terkontaminasi dan terjadi infamasi sehingga akan menimbulkan risiko infeksi	Risiko Infeksi
4	Gejala dan tanda mayor Subjektif 1) Menolak perawatan diri melakukan Objektif 1) Tidak mandi/mengenakan pakaian/makan mampu 2) Minat melakukan perawatan diri kurang	Proses persalinan post sc menyebabkan kebutuhan energi kelemahan meningkat sehingga aktivitas terganggu menyebabkan kurangnya perawatan diri	Defisit Perawatan Diri

No	Data	Etiologi	Masalah
	Gejala dan tanda minor Subjektif (-) Objektif (-)		
5	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1) Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif 1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan Tanda Minor Subjektif - Objektif 1) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	Kurang terpaparnya informasi tentang perawatan bayi (anak pertama)	Defisit Pengetahuan
6	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1) Kelelahan Maternal 2) Kecemasan Maternal Subjektif 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2) ASI tidak menetes/memancar 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam	Post Partum menyebabkan perubahan fisiologi	Menyusui Tidak Efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
	4) Nyeri dan/atau lecet terus menerus kedua setelah minggu Gejala dan tanda minor Subjektif - Objektif 1) Intake bayi tidak adekuat 2) Bayi menghisap tidak terus menerus 3) Bayi menangis saat disusui		

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian yang dilakukan setelah perawat mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis. Diagnosis ini menunjukkan bagaimana pasien merespons kondisi kesehatannya atau perubahan dalam hidupnya yang bisa menyebabkan masalah kesehatan. Dalam proses ini, perawat mencari dan memastikan adanya tanda atau gejala utama (mayor) dan tambahan (minor) pada pasien. Penulisan diagnosis keperawatan untuk kondisi yang sedang terjadi (aktual) biasanya terdiri dari tiga bagian: masalah yang dihadapi pasien, penyebabnya, dan tanda/gejala yang tampak. Tujuan dari diagnosis ini adalah untuk mengenali bagaimana pasien (baik individu, keluarga, maupun komunitas) bereaksi terhadap masalah kesehatan yang sedang dialami (PPNI, 2018).

Untuk pasien yang baru menjalani operasi sectio caesarea (operasi caesar), ada beberapa kemungkinan diagnosis keperawatan yang dapat muncul, tergantung pada kondisi pasien.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik
- b. Resiko Infeksi dibuktikan berhubungan dengan tindakan invasif (Luka post SC)
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- f. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

3. Intervensi Keperawatan

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

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

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun

(SLKI,2018)

Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 1

Intervensi	Rasional
Manajemen Nyeri (1.08238) Tindakan 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 tentan nyeri 6) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis; suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan Strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan telnik nonfarmakologis Kolaborasi Pemberian analgetik	 Observasi 1) Untuk mengetahui karakteristik nyeri 2) Untuk mengetahui perkembangan nyeri pasien menurun atau tidak 3) Untuk mengetahui respon nyeri nonverbal seperti eskpresi pasien 4) Untuk mengetahui faktor apa saja yang Memperberat dan memperingan nyeri 5) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan 6) Untuk mengetahui adakah gangguan yang disebabkan oleh nyeri 7) Untuk melihat efek samping analgetik Terapeutik 1) Dengan memberikan teknik ini nyeri pasien dapat teralihkan 2) Untuk menurunkan stimulasi nyeri sehingga pasien merasa nyaman 3) Agar kebutuhan tidur terpenuhi 4) Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien Edukasi 1) Dengan memberikan arahan tentang penyebab, Periode dan pemicu nyeri 2) meredakan nyeri secara mandiri 3) Dengan teknik relaksasi Kolaborasi 1) Untuk mengurangi nyeri

Intervensi	Rasional
Intervensi utama lain: Pemberian analgetik Intervensi pendukung: Aroma terapi, dukungan hipnotis diri, dukungan pengungkapan kebutuhan, edukasi manajemen, edukasi efek samping obat, edukasi proses penyakit.	

Sumber: SIKI, 2018

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

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan meningkat otot
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Nyeri berkurang
- 5) Kelemahan fisik menurun

(SLKI,2018)

Tabel 2.3 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 2

Intervensi	Rasional
Intervensi utama Dukungan mobilisasi (1.05173) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi aktifitas melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi tekanan mobilisasi darah jantung sebelum	Observasi 1) Untuk mengetahui ada atau tidaknya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2) Untuk mengetahui Frekuensi 3) Untuk merelaksasikan tubuh pasien

Intervensi	Rasional
4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misl. Pagar tempat tidur) 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3) Libatkan membantu keluarga pasien meningkatkan pergerakan untuk dalam Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Intervensi utama: Dukungan ambulasi Intervensi pendukung: Dukungan kepatuhan program pengobatan edukasi teknik ambulasi, manajemen nyeri, pemberian obat, perawatan tirah baring, promosi latihan fisik, teknik latihan gerak otot, terapi aktivitas	4) Untuk mengetahui jenis latihan sesuai kondisi kesehatan Terapeutik 1) Memberi bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi 2) Meningkatkan status mobilisasi pasien 3) Agar keluarga berperan dalam membantu Edukasi 1) Untuk mengetahui jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan pasien 2) Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot 3) Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekuatan otot maupun sendi

Sumber (SIKI, 2018)

c. Risiko Infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif (luka post sc)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan infeksi pasien tidak terjadi dengan kriteria hasil:

- 1) Tidak ada pembengkakan nyeri
- 2) Nyeri menurun

3) Kadar Sel darah putih membaik (SIKI, 2018)

Tabel 2.4 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 3

Intervensi	Rasional
Intervensi utama Pencegahan infeksi (1.14539) Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 3) Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi Kolaborasi 1) Pemberian antibiotik Intervensi pendukung Dukungan perawatan diri: mandi, edukasi pencegahan luka tekan, manajemen lingkungan, perawatan luka	Observasi 1) Untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda dan gejala infeksi Terapeutik 1) Untuk meningkatkan kenyamanan 2) Menjaga kulit tetap bersih 3) Untuk nosokomial mencegah infeksi Kolaborasi 1) Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka Dapat meningkatkan sistem imun, dimana imun yang lemah dapat beresiko terjadi infeksi

Sumber: (SIKI, 2018)

d. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan (D. 0109)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan makan meningkat
- 4) Kemampuan ke toilet meningkat
- 5) Minat melakukan perawatan meningkat (SLKI, 2018)

Tabel 2.5 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 4

Intervensi	Rasional
Intervensi utama Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan. Terapeutik 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik 2) Siapkan keperluan pribadi 3) Dampingi Dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4) Fasilitasi Untuk menerima keadaan ketergantungan 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6) Jadwalkan Rutinitas perawatan diri Edukasi 1) Anjurkan melakukan perawatan secara Konsisten sesuai kemampuan Intervensi Pendukung Dukungan tanggung jawab jawab pada diri sendiri, perawatan perineum.	Observasi 1) Untuk mengetahui kebiasaan pasien 2) mengetahui tingkat kemandirian pasien 3) membantu kebutuhan dasar pasien Terapeutik 1) Agar klien nyaman 2) Siapkan keperluan pribadi 3) Dampingi dalam Melakukan perawatan diri sampai mandiri 4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6) Jadwalkan Rutinitas Rutin perawatan diri Edukasi 1) Anjurkan melakukan perawatan secara konsisten sesuai kemampuan Intervensi Pendukung Dukungan tanggung jawab jawab pada diri sendiri, perawatan perineum.

Sumber (SIKI,2018)

- e. Defisit Pengetahuan berhubungan kurang terpaparnya informasi (D.0111)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pengetahuan merawat bayi meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Kemampuan Ibu merawat bayi meningkat
- 2) Verbalisasi minat belajar merawat bayi

SLKI,2018

Tabel 2.6 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 5

Intervensi	Rasional
Intervensi Utama Edukasi Observasi 1) Identifikasi kemampuan informasi kesiapan dan menerima 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1) Sediakan makan dan media pendidikan 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan bertanya kesempatan untuk Edukasi 1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	Observasi 1) Agar klien siap menerima informasi 2) Untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1) Agar klien paham terhadap penjelasan yang diberikan 2) Agar rutinitas klien terjadwal 3) Agar klien dapat mengerti apa yang belum dimengerti klien Edukasi 1) Agar mengetahui faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2) Agar hidup sehat dan bersih 3) untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Sumber (SIKI,2018)

- f. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai asi (D.0029)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
- 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat
- 3) Tetesan/pelancar ASI meningkat

SLKI, 2018

2.7 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 6

Intervensi	Rasional
Intervensi utama Edukasi menyusui Observasi 1) Identifikasi kemampuan informasi kesiapan dan menerima 2) Identifikasi tujuan keinginan menyusui atau keinginan menyusui Terapeutik 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan Intervensi pendukung 1) Jadwalkan pendidikan sesuai kesepakatan kesehatan 2) Berikan kesempatan untuk bertanya 3) Dukung Ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	Observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan klien 2) Agar klien mengerti tentang tujuan menyusui Terapeutik 1) Agar mempermudah untuk memberikan pendidikan kesehatan terhadap klien Intervensi pendukung 1) Untuk memberikan penkes secara terjadwal 2) Agar klien mengerti apa yang belum diketahui klien 3) Untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam menyusui

Intervensi	Rasional
4) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan Edukasi 1) Berikan konseling menyusui 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perletakan (latch on) dengan benar 4) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 5) Ajarkan payudara post partum (pijat oksitosin, payudara) perawatan	4) Agar klien dapat semangat melakukan kegiatan Edukasi 1) Agar klien dapat mengerti menyusui 2) Agar klien mengetahui menyusui bagi ibu dan bayi dalam tentang manfaat 3) Agar klien dapat mengetahui cara posisi menyusui dan perletakan dengan benar 4) Agar klien dapat mengetahui cara perawatan payudara 5) Agar klien mengetahui perawatan payudara

Sumber: (SIKI,2018)

4. Implementasi Keperawatan

Setelah rencana keperawatan dibuat, langkah selanjutnya adalah menjalankannya. Tindakan nyata dilakukan untuk membantu mengurangi atau menghilangkan masalah yang dialami ibu. Tahap ini disebut implementasi, dan mencakup beberapa kegiatan, seperti mengecek kembali rencana yang telah dibuat, mencatat rencana tersebut, dan tetap mengumpulkan data yang dibutuhkan (Ratnawati, 2017). Saat melaksanakan tahap ini, tindakan yang dilakukan harus jelas dan rinci, agar semua perawat atau tenaga kesehatan bisa menjalankannya dengan tepat dan sesuai waktu yang ditentukan. Perawat bisa melakukannya sendiri atau bekerja sama dengan tim lain (Ratnawati, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dalam proses keperawatan, di mana perawat menilai apakah perubahan pada ibu sesuai dengan hasil yang diharapkan dan seberapa jauh masalah ibu bisa diatasi. Jika tujuan belum tercapai, perawat akan memberikan masukan dan melakukan penilaian ulang, lalu menyesuaikan kembali rencana perawatan jika diperlukan (Ratnawati, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. V
Umur	: 24 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Suku Bangsa	: Sunda
Status Perkawinan	: Menikah
Alamat	: Kp. Bojong Salam Rt 03/ Rw11, Garut
Tanggal Masuk	: 29 April 2025
Tanggal Pengkajian	: 29 April 2025
Tanggal Operasi	: 29 April 2025
Diagnosa Medis	: P1A0 Partus Maturus dengan SC a/i PEB
No. RM	: 01446838

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. R
Umur	: 26 tahun
Jenis Kelamin	: Laki – Laki

Agama : Islam
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Hub. Dengan pasien : Suami
 Alamat : Legok Ringgit, Garut

c. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka post sectio caesarea
dibagian abdomen bawah

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan nyeri pada luka operasi. Nyeri timbul pada saat klien bergerak, dan nyeri berkurang setelah klien diberi obat antinyeri. Nyeri dirasakan seperti disayat, dan hanya dirasakan di area perut saja, skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan belum pernah dirawat dirumah sakit, klien tidak memiliki riwayat penyakit apapun. Klien belum pernah operasi apapun sebelumnya. Dan klien baru mengalami Operasi *Sectio Caesarea* karena ini merupakan persalinan pertamanya.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penuturan klien, klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM. Diantara

anggota keluarganya tidak ada yang mengalami riwayat preeklampsia sebelumnya.

5) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Menarche	: 12 tahun
Lama	: 7 hari
Siklus	: 28 hari
Banyaknya	: 3x mengganti pembalut
Teratur atau tidak	: Teratur
HPHT	: 29 Juli 2024
Tafsiran Partus	: 6 Mei 2025

b) Riwayat Perkawinan

Pernikahan ke	: pernikahan ke-1
Usia suami	: 25 tahun
Usia istri	: 24 tahun
Lama perkawinan	: 1 tahun

c) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat persalinan sekarang P1A0 dengan usia kehamilan 39 minggu. Berat badan sebelum hamil 42 kg, berat badan saat hamil 52 kg. Klien mengalami kenaikan berat badan selama hamil 10 kg, dengan tinggi badan 158 cm.

d) Keadaan Saat Hamil

- (1) Trimester I : Klien mengatakan pada awal kehamilan tidak ada keluhan
- (2) Trimester II : Klien mengatakan hanya sedikit mual
- (3) Trimester III: Klien mengatakan sering merasa pusing
- (4) Riwayat ANC : Klien rutin pemeriksaan ke bidan sudah dilakukan pemeriksaan sebanyak 6 kali
- (5) Riwayat Keluarga Bencana

Awal pernikahan klien tidak memakai KB apapun karena sedang merencanakan momongan, namun setelah melahirkan klien dipasang IUD.

(6) Riwayat Persalinan Sekarang

Pada tanggal 29 April 2025 Klien datang ke Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut rujukan dari Puskesmas Banyuresmi ditemukan adanya tensi tinggi pada pukul 05.00 WIB, pukul 06.30 WIB klien masuk IGD PONEK RSUD dr. Slamet Garut dengan keluhan mules sejak 9 jam sebelum masuk rumah sakit. Dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 220/110 mmHg, N: 88 x/mnt, RR: 22 x/mnt, S: 36,3°C, SPO2: 98%, karena setelah di observasi ± 4 jam dan diberi obat antihipertensi yaitu MgSO₄ 40% tekanan darah klien tetap tidak turun yaitu 160/100 mmHg. pukul 10.15 WIB langsung di bawa

ke ruang operasi untuk dilakukannya persalinan SC. Pada pukul 11.30 WIB setelah selesai operasi dan observasi post op, klien dibawa ke ruang nifas yaitu Agate. Data Kelahiran: Pada tanggal 29 April 2025, klien merasa mules sejak 9 jam sebelum di bawa ke RSUD dr Slamet Garut, lalu dibawa keruang bedah untuk dilakukan tindakan SC karena setelah dilakukan pemeriksaan tekanan darah pasien tinggi 220/110 mmHg yang terjadi sejak usian kehamilan 9 bulan. Bayi lahir berjenis kelamin Laki- Laki dengan BB 2040 gram dan PB 45 cm.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran	: Composmentis
GCS	: 15 (E4, V5, M6)
Penampilan	: Lemah

2) Tanda – tanda vital

Tekanan darah	: 130/80 mmHg
Nadi	: 80x/menit
Suhu	: 36° C
Respirasi	: 21x/ menit
SPO2	: 98%

3) Kepala

Bentuk kepala simetris antara bahu kanan dan kiri, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, warna rambut hitam, panjang dan lembap, penyebaran rambut merata, kulit tampak bersih, bentuk kepala bulat.

4) Wajah

Ekspresi wajah tampak meringis, tidak terdapat cloasma gravidarum atau flek hitam

a) Mata

Bentuk mata simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis berwarna merah muda, sclera putih, bola mata dapat digerakan kesegala arah, refleks pupil baik ketika dirangsang cahaya pupil mengecil dan melebar saat rangsangan cahaya di jauhkan, keadaan mata bersih, tidak ada kotoran, tidak ada nyeri tekan, edema periorbital (-). Tidak ada keluhan pada daerah mata

b) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, tidak ada secret, tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak ada nyeri tekan, keadaan hidung bersih.

c) Telinga

Bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik terbukti pada saat dikaji

klien dapat menjawab pertanyaan langsung, tidak terdapat kelainan atau keluhan.

d) Mulut, gigi dan lidah

Mukosa bibir lembap, warna bibir merah kehitaman, gigi tampak bersih, lidah tampak bersih, reflek menelan baik, tidak ada gigi yang berlubang, tidak terdapat kelainan maupun keluhan.

e) Leher

Warna kulit sawo matang, bentuk leher normal, keadaan umum bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, fungsi menelan baik, tidak ada nyeri tekan, pergerakan leher baik dapat mengok ke kanan dan ke kiri.

5) Dada

Warna kulit sawo matang, pengembangan dada simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat kelainan maupun keluhan.

a) Paru-paru

Bunyi nafas teratur, frekuensi nafas 21 x/mnt, irama reguler, tidak terdapat kelainan ataupun keluhan.

b) Jantung

Tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 80x/menit, suara jantung S1 dan S2 Lup Dup dengan irama reguler, tidak terdapat kelainan ataupun keluhan.

c) Payudara

Bentuk payudara bulat, simetris, puting menonjol. tampak bersih, terjadi hiperpigmentasi pada areola berwarna coklat kehitaman, pada saat dilakukan palpasi terdapat colostrum, payudara teraba lunak, klien mengeluh ASI keluar sedikit.

6) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat linea nigra, dan striae gravidarum, terdapat luka operasi dengan panjang + 10 Cm pada kuadran 7,8,9, luka operasi tampak bersih, tidak terdapat pus ataupun rembesan darah, luka tertutup verban, pada saat dilakukan palpasi terdapat nyeri tekan pada abdomen bagian bawah dan klien bersikap protektif terhadap nyeri. Bising usus 4x/menit, tidak tampak distensi kandung kemih, tampak kembung, Tinggi Fundus Uteri (TFU) 2 jari di bawah pusat, kontraksi (+) teraba keras, terdengar suara timpani saat di palpasi, klien mengeluh nyeri pada bagian post op SC.

7) Genetalia, anus

Klien terpasang Dower Cateter, genetalia tampak kotor, terdapat lochea rubra, urine keluar 100 cc tertampung dalam urine bag, perineum utuh, urine berwarna kuning pekat, tidak terdapat kelainan ataupun keluhan. Pada anus tidak terdapat hemoroid.

8) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas

Tidak terdapat edema, terpasang infus RL 20 Tpm di ekstermitas atas bagian kiri, kekuatan otot 5 antara kanan dan kiri, Kekuatan otot: 5/5.

b) Ekstremitas Bawah

Tidak terdapat oedema, tidak terdapat varises. Kuku tampak bersih dan pendek. *Human Sign*(-), *Reflek Patella*(++). Abdomen terasa nyeri saat ekstremitas bawah digerakkan berlebihan. Klien tampak lemas dan belum bisa menggerakkan ke-2 kakinya, klien hanya berbaring di tempat tidur, aktivitas dibantu keluarga, kemampuan untuk bergerak masih terbatas, kekuatan otot 5, 5, 4, 4.

e. Konsep Diri

1) Identitas Diri

Klien seorang perempuan berusia 24 tahun, klien beragama islam, klien sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya.

2) Peran Diri

Klien berperan sebagai karyawan swasta dan istri. sekarang perannya bertambah menjadi seorang ibu.

3) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera bertemu dengan anaknya, ingin segera pulang dan berkumpul bersama keluarga.

4) Harga Diri

Klien merasa dihargai dan disayangi oleh keluarganya, terbukti banyak yang mengunjungi klien untuk menengok.

5) Gambaran Diri

Klien merasakan perubahan pada dirinya, seperti bertambahnya berat badan, perubahan bentuk tubuh, bertambahnya peran. Tapi apapun perubahannya pasien tetap bahagia dengan kelahiran puteranya.

f. Aspek Psikologis

- 1) Klien berada pada fase taking in, klien masih ketergantungan dan aktivitas masih dibantu keluarganya dan perawat.
- 2) Persepsi Diri, klien berharap bisa pulang ke rumah bersama anaknya dan berkumpul bersama keluarganya.
- 3) Pola Pikir, klien sudah tahu bagaimana cara perawatan bayi karena belajar dari orang-orang terdekat. Hanya saja klien kurang tahu dalam perawatan luka secara mandiri pasca operasi.
- 4) Respon Ibu Terhadap Kelahiran Bayi, klien sangat bahagia dan bersyukur atas kelahiran putera pertamanya.
- 5) Respon Keluarga Terhadap Kelahiran Bayi, keluarga mengatakan bahagia atas kelahiran cucu pertamanya, dan bersyukur bayi serta ibunya dalam keadaan selamat.

g. Aspek Sosial

Hubungan pasien dan keluarga sangat baik, terbukti klien dapat berkomunikasi dengan lingkungan sekitar termasuk perawat dengan baik.

h. Aspek Spiritual

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

i. Aspek Koping

Apabila klien mengalami permasalahan, klien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bercerita pada orang terdekat baik itu suami atau anggota keluarganya yang lain untuk meminta solusi.

j. Kebiasaan Seksual

Pada masa kehamilan, sesekali pasien dan suami melakukan hubungan suami isteri. Namun, setelah melahirkan, pasien dan suami sepakat untuk tidak berhubungan badan selama masa nifas.

k. Pola aktivitas sehari- hari

Tabel.3.1 Pola aktivitas sehari – hari

No	Jenis Aktivitas	Sebelum masuk RS	Setelah masuk RS
1.	Nutrisi a. Makan Jenis menu Frekuensi Porsi Keluhan Cara b. Minum	Nasi+lauk pauk+sayur 3x 1 hari 1 porsi Tidak ada Mandiri Air putih	Klien masih Puasa post op SC 2 jam

No	Jenis Aktivitas	Sebelum masuk RS	Setelah masuk RS
	Jenis Frekuensi Jumlah Keluhan	Sesuai keinginan $\pm$ 7-8 gelas Tidak ada	
2.	Istirahat dan tidur a. Malam Lama Kesukaran tidur b. Siang Lama Kesukaran tidur	$\pm$ 8 jam Tidak ada $\pm$ 2 jam Tidak ada	Post op SC 2 jam
3.	Eliminasi a. BAK Frekuensi Jumlah Warna Bau Kesulitan b. BAB Frekuensi Jumlah Warna Bau Kesulitan	$\pm$ 3-4x/hari Normal Kuning jernih Khas urine Tidak ada 2x/hari Normal Kuning kecoklatan Khas feses Tidak ada	Terpasang DC 100 cc Kuning pekat Khas urine Belum BAB
4.	Personal Hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Berpakaian	2x/hari 2x/hari 2x/hari	Post op SC jam
5.	Mobilitas dan Fisik Aktivitas yang dilakukan kesulitan	Normal Tidak ada	Kurang aktivitas Keterbatasan gerak (dibantu keluarga)

1. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 29 April 2025

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium

NO	Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
1	HEMATOLOGI			
	Darah rutin			
	Hemoglobin	12,2	g/dL	12,00 – 16,00
	Hematokrit	35	%	35 – 47
	Leukosit	19,310	/mm ³	3,800 – 10,600
	Trombosit	442,000	/mm ³	150,00 – 440,000
	Eritrosit	3,8	Juta/mm ³	3,6 – 5,9
	Protein	+2		Negatif

m. Therapy medis

Tabel 3.3 Therapy Medis

No	Nama Obat	Dosis	Rute
1.	Infus RL	20 tpm	IV
2.	Cefotaxime	2x1 gr	IV
3.	Ketorolac	3x1 ampul	IV
4.	Cefadorxyl	2x 50gr	Oral
5.	Asam mefenamat	3x50gr	Oral
6.	Metil dopa	3x500 mg	Oral
7.	Nifedipin	3x1gr	Oral

n. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: b. Klien mengeluh nyeri pada area luka post SC c. Skala nyeri 7 (0-10) d. Nyeri seperti di sayat-sayat e. Nyeri hilang timbul DO: a. Klien tampak meringis b. Klien bersikap protektif terhadap nyeri c. Ketika dilakukan palpasi terdapat nyeri tekan abdomen bagian bawah d. TTV: TD : 130/80 mmHg N : 80 x/mnt RR: 21 x/mnt	Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya kontinuitas merangsang jaringan lalu area sensori dan menimbulkan reaksi nyeri atau nyeri akut	Nyeri Akut (D.0077)
2	DS: Klien mengatakan nyeri saat bergerak DO: a. Klien tampak lemah b. Kekuatan otot ekstremitas bawah 4 c. Aktivitas sehari-hari	Keadaan fisik lemah adanya akibat luka post operasi yang menyebabkan aktifitas terganggu atau dibatasi karena pasien khawatir pergerakannya membahayakan luka post op.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

No	Data	Etiologi	Masalah
	dibantu oleh keluarga d. Gerakan terbatas		
3	DS: - DO: a. Terdapat luka dibagian bawah abdomen 10 cm	Adanya post luka op menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk kedalam tubuh dan mengakibatkan post op terkontaminasi dan terjadi infamasi sehingga akan menimbulkan risiko infeksi	Risiko Infeksi (D.0142)
4	DS: Klien mengeluh ASI keluar sedikit DO: a. Pada saat dilakukan palpasi terdapat colostrum b. Payudara ibu teraba lunak	Post sectio caesarea tidak dilakukannya Inisiasi Menyusui Dini (IMD) sehingga tidak ada hisapan untuk pengeluaran ASI yang menyebabkan laktasi menurun serta hormone prolactin belum ada, kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI tidak efektifan pemberian ASI	Menyusui Tidak Efektif D.0029

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

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

DS:

- 1) Klien mengeluh nyeri pada area luka post SC
- 2) Skala nyeri 7 (0-10)
- 3) Nyeri seperti di sayat-sayat
- 4) Nyeri hilang timbul

DO:

- 1) Klien tampak meringis
- 2) Klien bersikap protektif terhadap nyeri
- 3) Ketika dilakukan palpasi terdapat nyeri tekan pada abdomen
- 4) TTV:

TD: 130/80 mmHg

N : 90 x/mnt

RR: 22 x/mnt

SPO2:98%

Suhu: 36°C

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

DS: Klien mengatakan nyeri saat bergerak

DO:

- 1) Klien tampak lemah
- 2) Kekuatan otot ekstremitas bawah 4
- 3) Aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga

4) Gerakan terbatas

- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan invasif (Luka pos SC)
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
dibuktikan dengan:

DS: Klien mengeluh ASI keluar sedikit

DO:

- 1) Pada saat dilakukan palpasi terdapat colostrum
- 2) Payudara Ibu terasa lunak

3. Proses Keperawatan

Tabel 3.5 Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	Nyeri Akut DS: a. Klien Mengeluh nyeri pada area luka post SC b. Skala nyeri 7 (0-10) c. Nyeri seperti di sayat-sayat d. Nyeri hilang timbul DO: a Klien tampak meringis b Klien bersikap protektif	Tingkat nyeri (L.08066) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik nyeri 2) Untuk mengetahui	29 April 2025 14.00 WIB Observasi 1) mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri pasien Respon: Klien mengeluh nyeri pada perutnya bekas operasi SC, nyeri seperti tersayat, nyeri hanya pada bagian perut, nyeri hilang timbul saat bergerak dan hilang saat diistirahatkan. 14.05 WIB 2) mengidentifikasi skala nyeri pasien	29 April 2025 20.00 WIB S: (1) Pasien mengatakan masih merasa nyeri (2) Skala nyeri 7 (0-10) O: (1) Pasien masih tampak meringis (2) Pasien tampak bersikap Protektif (3) Hasil TTV

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	terhadap nyeri c Ketika dilakukan palpasi terdapat nyeri tekan pada abdomen e. TTV: TD 160/100 MmHg N : 90 x/mnt RR : 22 x/mnt SPO2: 98% Suhu: 36°C	4) Skala nyeri menurun yaitu menjadi 5 (0-10)	Terapetik 3) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri latih teknik nafas dalam 4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri yaitu	skala nyeri pasien Terapetik 3) Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktifitas simpatik dalam sistem saraf otonom 4) Penelitian menunjukkan bahwa paparan terhadap	Respon: Klien mengatakan skala nyeri nya 7 (0- 10) Terapetik 14.10 WIB 3) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu melatih teknik nafas dalam Respon : Klien merasa lebih nyaman 14.13 WIB 4) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri yaitu mengurangi kebisingan	TD 1mmHg N 90 x/menit R 22 x/menit S 36°C SPO2 98 % A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (1) Monitor skala nyeri (2) Beri teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam dan distraksi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			mengurangi kebisingan Edukasi 5) Ajarkan teknik napas dalam Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	stimulus lingkungan yang tidak nyaman dapat memperburuk gejala nyeri pada pasien Edukasi 5) Agar klien lebih rileks dan nyaman Kolaborasi 6) Pada kondisi pasca-operasi atau cedera, analgetik dapat membantu pasien pulih lebih cepat dengan	Respon: klien merasa lebih nyaman Edukasi 14.15 WIB 5) Mengajarkan teknik napas dalam Respon: klien mampu melakukannya Kolaborasi 16.00 WIB 6) Memberikan terapi obat injeksi IV (ketorolac 1 ampul 2 17.00) Respon: klien mengikuti arahan petugas	berbincang g bincang (3) Beri terapi obat analgetik

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
				mengurangi nyeri dan memungkinkan mereka untuk bergerak lebih bebas	Winda Widyawati	
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan DS: Klien mengatakan perut terasa nyeri saat bergerak DO: (1) Klien tampak lemah	Mobilitas Fisik (L.05042) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: (1) Pergerakan ekstremitas	Dukungan mobilisasi (I. 05173) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik 2) Monitor frekuensi nadi, tekanan darah sebelum	Dukungan mobilisasi (I. 05173) Observasi 1) Untuk mengetahui penyebab gangguan mobilisasi 2) Untuk mengetahui keadaan umum klien	29 April 2025 14.20 WIB Observasi 1) Memonitor keluhan nyeri dan keluhan fisik Respon :Klien mengatakan nyeridi area perut bila bergerak 14.22 WIB 2) Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah mobilisasi	29 April 2025 20.05 WIB S: Klien mengatakan masih nyeri jika bergerak dan masih enggan melakukan pergerakan O: 1) Kekuatan otot menurun 4 2) Klien tampak lemah

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	(2) Kekuatan otot ekstremitas bawah 4 (3) Aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga (4) Gerakan terbatas	bawah meningkat (2) Kekuatan otot ekstremitas bawah meningkat yaitu 5 (3) Rentang Gerak (ROM) meningkat (4) Nyeri menurun (5) Kelemahan Fisik menurun (6) Gerakan terbatas menurun	melakukan mobilisasi 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapetik 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat	apakah memungkinkan untuk mobilisasi atau tidak 3) Untuk mengetahui keadaan klien, apakah mobilisasi perlu dihentikan atau dilanjutkan Terapetik 4) Untuk mempermudah klien dalam beraktivitas	Respon : TD: 160/100 mmHg N: 90x/menit S: 36°C RR: 22x/menit SpO2: 98% 3) Memonitor kondisi umum selama mobilisasi Respon : klien nampak kesulitan, dan Kesakitan 16.05 WIB Terapetik 4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	3) ROM menurun 4) Gerakan masih terbatas karena nyeri A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi (1) Monitor keluhan nyeri (2) Monitor frekuensi nadi, tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (3) Monitor kondisi umum selama

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			bantu (pagar tempat tidur) 5) Libatkan Keluarga dalam membantu klien meningkatkan pergerakan Edukasi 6) Jelaskan tujuan mobilisasi	5) Biasanya dengan bantuan dan dukungan dari keluarga membuat klien lebih bersemangat Edukasi 6) Agar klien mengetahui tujuan mobilisasi	Respon :selama melakukan pergerakan, pasien mencoba untuk memnfatkan pagar tempat tidur 5) Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Respon: keluarga turut membantu dalam proses peningkatan pergerakan klien 16.15 WIB Edukasi 6) Menjelaskan tujuan mobilisasi Respon: klien paham dengan penjelasan perawat	melakukan mobilisasi (4) Fasilitasi aktivitasi dengan alat bantu (5) Libatkan keluarga dalam membantu meningkatkan pergerakan (6) Menganjurkan mobilisasi dini 0-6 jam pasien tidur telentang, 6-12 jam miring kanan kiri, duduk semifowler, 12-24 jam jalan ke kamar mandi, >24

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			7) Anjurkan mobilisasi dini 0-6 jam pasien tidur telentang 6-12 jam miring kanan kiri, duduk semifowler 12-24 jam jalan ke kamar mandi >24 jam jalan mandiri	7) Agar klien terbiasa bisa beradaptasi dengan keadaannya	7) keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Respon: keluarga turut membantu dalam proses peningkatan pergerakan klien Winda Widyawati	jam jalan mandiri Winda Widyawati
3	Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit dibuktikan dengan	Tingkat infeksi (L. 14137) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan	Pencegahan Infeksi (I. 14137) Observasi 1) Monitor tanda-tanda infeksi	Pencegahan Infeksi (I. 14137) Observasi 1) Setelah operasi dan selama fase pemulihan awal, tanda-tanda vital seperti	29 April 2024 15.05 WIB Observasi 1) memonitor tanda-tanda infeksi Respon: hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 19.310mm', area luka tertutup perban, tidak ada	29 April 2024 20.10 WIB S: Pasien masih merasa nyeri O: Leukosit 19.310mm' Hasil TTV: TD 160/100 mmHg

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	DS: Klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bawah yang terdapat luka post SC DO: (1) Terdapat luka dibagian bawah (2) abdomen 10 cm (3) luka tertutup perban (4) Tidak tampak pus, rembesan darah (5) Perban tampak bersih (6) Leukosit	tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1) Nyeri menurun 2) Kultur area luka 3) luka membaik 4) Kerusakan jaringan menurun 5) Kadar sel darah putih membaik	Terapeutik 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	tekanan darah, denyut jantung, dan saturasi oksigen dipantau dengan ketat. Terapetik 2) Untuk menghindari kontaminasi dari luar 3) Untuk mengurangi terjadinya risiko infeksi	rembesan darah ataupun cairan, Respon: klien bersedia untuk dilihat area luka di abdomen Terapetik 2) membatasi jumlah pengunjung Respon : Keluarga dan kerabat klien bersedia untuk bergantian dalam menjenguk klien 3) mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Respon :	N 90x/menit R 22 x/menit S 36°C A: Masalah belum teratasi Lanjutkan intervensi (1) Monitor tanda-tanda infeksi (2) Kolaborasi terapi obat antibiotic

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	(7) 19,310 /mm ³		Edukasi 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5) Anjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi seperti tinggi protein dan kalori	Edukasi 4) Agar klien mengetahui tand dan gejala infeksi 5) Untuk mempercepat penyembuhan luka	Melakukan cuci tangan 6 langkah Edukasi 15.10 WIB 4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 15.15 WIB 5) Mengajarkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi seperti tinggi protein dan kalori yaitu ikan, telur, tempe Respon: klien akan mengikuti anjuran yang diberikan	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian antibiotik	Kolaborasi 6) Antibiotik diberikan sebelum, selama, atau setelah operasi untuk mencegah infeksi bedah pada pasien dengan risiko tinggi pada pasien dengan risiko tinggi	16.00 Kolaborasi 6) Memberikan obat antibiotik yaitu cefotaxime 1x1 gr IV pukul 17.00 Winda Widyawati	
4	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflex oksitosin dibuktikan dengan DS:	Status menyusui (L. 03029) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status	Edukasi menyusui (I. 12393) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan Kemampuan menerima informasi	Edukasi menyusui (I. 12393) Observasi 1) Agar klien siap menerima informasi dengan baik	30 April 2025 15.35 15.35 Observasi 1) Mengidentifikasi kesiapan klien menerima informasi Respon :Klien Mengatakan siap diberi informasi	30 April 2024 20.25 WIB S: klien mengatakan ASI belum keluar O: 1) ASI tampak belum keluar 2) terdapat colostrum A:

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	Klien mengatakan ASI keluar sedikit DO: (1) Pada saat dilakukan palpasi terdapat (2) Payudara ibu teraba lunak (3) Puting menonjol	menyusui membaik dengan kriteria hasil: 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2) Tetesan/pancuran ASI meningkat 3) Suplai ASI adekuat meningkat	2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4) Libatkan Keluarga	2) Untuk mengetahui tujuan dan keinginan menyusui Terapeutik 3) Agar pasien paham terhadap apa yang dijelaskan 4) Agar keluarga paham dan dapat melakukan nya ketika di rumah	15.37WIB 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Respon: klien sangat ingin menyusui Bayinya 15.40WIB Terapeutik 3) Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4) Melibatkan keluarga (suami klien) saat melakukan penkes Respon: klien dan keluarga siap menerima informasi	masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1) lakukan pijat oksitosin

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			5) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	5) Agar klien mengerti jika ada kebingungan Edukasi 6) Menjelaskan manfaat ini dapat membantu meningkatkan kesadaran akan pentingnya dukungan menyusui yang lebih baik bagi kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi	5) Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon : klien dan keluarga mengatakan sudah paham Edukasi 15.50 WIB 6) Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi Respon: Klien mengerti dengan apa yang dijelaskan	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			7) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perletakan (lacth on) dengan benar Ajarkan perawatan payudara Post Partum (pijat oksotosin)	7) Agar klien dapat mempraktekkan posisi menyusui dan perletakan dengan benar secara mandiri untuk merangsang produksi ASI	7) Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perletakan (lacth on) dengan benar Respon: klien mengerti dengan apa yang diajarkan Winda Widyawati	

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny.V

No. RM : 01446838

Umur : 4 tahun

Diagnosa Medis : P1A0 Partus Maturus dengan SC a/i PEB

Jenis Kelamin : Perempuan

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan Ny.V POD 1

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
30 April 2025	I	Pukul 20.20 WIB S: Klien mengatakan nyeri pada perutnya O: (1) Pasien tampak meringis (2) Skala nyeri 6 (0-10) (3) Hasil TTV - TD 140/90 mmHg - N 87 x/menit - RR 21 x/menit - S 36,5 °C (4) Klien tampak bersikap protektif terhadap nyeri A: Nyeri akut teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1) Monitor skala nyeri 2) Latih teknik napas dalam 3) Kolaborasi pemberian obat analgetik I: Pukul 20.30 WIB (1) Memonitor skala nyeri - Respon: klien masih merasa nyeri skala nyeri 6 (0-10) (2) Melatih teknik napas dalam - Respon: klien dapat melakukan teknik napas dalam	Winda Widyawati

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		(3) Memberikan therapi obat (ketorolac 1 ampl 2 mg) pada pukul 21.00 Respon: klien mengikuti arahan perawat Pukul 22.00 WIB E: masalah teratasi sebagian (1) Skala nyeri menurun yaitu menjadi 6 (2) Klien mengeluh nyeri (3) Klien tampak bersikap protektif (4) Klien tampak meringis	
30 April 2025	II	Pukul 20.40 WIB S: Klien mengatakan nyeri saat bergerak tetapi sudah bisa miring kanan dan kiri serta duduk O: (1) Klien mampu melakukan teknik mobilisasi (miring kanan, miring kiri, duduk semifowler) (2) Kekuatan otot 4 (3) Rentang otot meningkat dari sebelumnya (4) Gerakan terbatas menurun A: Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1) Identifikasi keluhan nyeri 2) Monitor kondisi umum selama mobilisasi 3) Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan 4) Anjurkan mobilisasi dini yaitu belajar duduk I: Pukul 20.45 WIB (1) Mengidentifikasi adanya nyeri Respon: klien mengatakan masih merasa nyeri pada area bekas operasi (2) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Winda Widyawati

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		Respon: klien tampak meringis saat melakukan mobilisasi (3) Melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan Respon: keluarga membantu klien saat melakukan mobilisasi (4) Menganjurkan mobilisasi dini yaitu belajar duduk Respon: klien berusaha untuk belajar duduk dengan posisi bad lebih di tinggikan Pukul 22.21 WIB E: masalah teratasi sebagian (1) Kekuatan otot meningkat yaitu 4 (2) Klien mengatakan nyeri saat bergerak (3) Gerakan terbatas menurun	
30 April 2025	III	Pukul 20.50 WIB S: Pasien mengatakan masih merasa nyeri dibagian luka post SC di bagian abdomen bawah O: (1) Luka tertutup perban tampak bersih (2) Tidak ada rembesan darah atau pus A: Risiko Infeksi belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1) Monitor tanda-tanda dan gejala infeksi 2) Anjurkan konsumsi makanan protein tinggi kalori seperti ikan, telur, tempe 3) Kolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime 1x1 gr IV I: Pukul 20.55 WIB (1) Memonitor tanda-tanda dan gejala infeksi Respon: luka klien tampak menggunakan perban tampak bersih, tidak ada rembesan darah atau pus (2) Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori protein	Winda Widyawati

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		Respon: klien mengatakan akan mengkonsumsi makanan tinggi kalori protein (3) Memberikan antibiotik cefotaxime 1x 1 gr IV Pukul 22.05 WIB E: masalah belum teratasi (1) Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada bagian luka post SC	
30 April 2025	IV	21.10 WIB S: pasien mengatakan ASI keluar sedikit O: (1) Pada saat dipalpasi terdapat colostrum (2) Payudara tidak tampak bengkak (3) Puting menonjol A: Menyusui tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1) Identifikasi kesiapan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui 3) Sediakan materi pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan (pijat oksitosin dilakukan pada tanggal 1 Mei 2025) 5) Libatkan sistem pendukung: suami dan keluarga 6) Jelaskan manfaat menyusui bayi I: Pukul 21.15 WIB (1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R: klien siap untuk menerima informasi yang akan diberikan (2) Mengidentifikasi tujuan dan keinginan untuk menyusui bayinya.	Winda Widyawati

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		R: klien mengatakan ingin segera menyusui bayinya agar bayinya bisa mendapatkan ASI (3) Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan (4) Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan mengenai pijat oksitosin sesuai dengan kesepakatan (pada tanggal 01 Mei 2025. R: pendidikan kesehatan dilakukan saat ibu dan bayi bergabung pada tanggal tersebut (5) Melibatkan sistem pendukung : suami dan keluarga R: suami dan keluarga bersedia mengikuti pendidikan kesehatan tersebut (6) Menjelaskan manfaat menyusui bayi R: klien paham manfaat menyusui bayi Pukul: 22.30 WIB E: masalah belum teratasi (4) Adanya colostrum ketika di palpasi	

Catatan Perkembangan Ny.V POD KE-2

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1 Mei 2025	I	Pukul 07.00 WIB S: Klien mengatakan nyeri berkurang O: (1) Pasien tampak meringis (2) Klien bersikap protektif terhadap nyeri (3) Skala nyeri 5 (0-10) (4) Hasil TTV TD 120/80 mmHg N 85 x/menit RR 22 x/menit S 36°C A: Nyeri akut teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi	Winda Widyawati

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		1) Latih pasien terapi relaksasi napas dalam dan berbincang-bincang 2) Kolaborasi pemberian terapi obat analgetik oral (asam mefenamat 1 tablet 500 mg, metil dopa 1 tablet 500 mg, nifedipin 1 tablet Pukul 07.10 WIB) I: Pukul: 07.00 WIB (1) Melatih pasien terapi nafas dalam dan berbincang bincang agar rasa nyeri berkurang, hasil pasien merasa lebih rileks (2) Memberi terapi obat analgetik oral (asam mefenamat 1 tablet 500mg) Pukul: 09.00 WIB E: masalah teratasi sebagian (1) Klien mengatakan masih terasa nyeri (2) Skala nyeri menurun yaitu 5 (0-10) (3) Pasien tampak meringis dan bersikap protekrif terhadap nyeri	
1 Mei 2025	II	Pukul 07.20 WIB S: Klien mengatakan nyeri saat bergerak sudah berkurang, sudah bisa duduk dan berjalan ke toilet secara mandiri O: (1) Klien mampu duduk dipinggir bad dan berjalan secara mandiri (2) Kekuatan otot meningkat 5 (3) Rentang Gerak (ROM) meningkat A: Masalah Teratasi	Winda Widyawati
1 Mei 2025	III	Pukul 07.30 WIB S: pasien masih merasa nyeri namun sudah berkurang O:	Winda Widyawati

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		(1) Luka tertutup verban tampak bersih tidak ada rembesan darah ataupun pus (2) Leukosit 13.500mm³ (3) S 36,5°C A: Resiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi seperti ikan, telur, tempe 5) Kolaborasi pemberian terapi antibiotik oral yaitu cefadroxyl 1 tablet 500 mg I: Pukul 07.35 WIB (1) Membatasi jumlah pengunjung Respon: keluarga dan kerabat klien bersedia untuk bergantian menjenguk (2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien (3) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon: klien mengerti dengan apa yang mengulanginya dijelaskan dan ketika ditanya kembali (4) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi seperti ikan, telur, tempe R: klien mengatakan sudah mengikuti anjuran tersebut	

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		(5) Memberikan terapi antibiotik oral yaitu cefadroxyl 1 tablet 500 mg Pukul 08.30 WIB E: masalah teratasi sebagian	
1 Mei 2025	IV	Pukul 07.50 WIB S: pasien mengatakan ASI keluar sedikit O: (1) ASI tampak keluar sedikit (2) Payudara teraba lunak (3) Puting tampak menonjol (4) Bayi tampak sudah dirawat gabung dengan ibunya A: Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1) Sediakan materi dan media penyuluhan kesehatan 2) Ajarkan perawatan payudara (pijat oksitosin) 3) Libatkan suami ataupun keluarga pasien 4) Berikan kesempatan untuk bertanya I: Pukul 08.05 WIB 1) Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai pijat oksitosi Respon: klien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan mampu mengikuti cara pijat oksitosin 2) Mengajarkan perawatan payudara (pijat oksitosin)	Winda Widyawati

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		Respon: klien mampu mengikuti cara pijat oksitosin 3) Melibatkan suami ataupun keluarga klien Respon: suami dan keluarga klien bersedia untuk dilibatkan dan memperhatikan 4) Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon: klien mampu bertanya mengenai beberapa hal yang kurang Pukul 08:35 WIB E: Masalah teratasi sebagian	

Catatan Perkembangan Ny.V POD Ke-3

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
2 Mei 2025	I	Pukul 07.00 WIB S:Klien mengatakan nyeri berkurang O: (6) Pasien tampak meringis (7) Skala nyeri 4 (0-10) (8) Hasil TTV TD 120/80 mmHg N 88 x/menit RR 20 x/menit S 36,3°C A: Nyeri akut teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1) Latih pasien terapi relaksasi napas dalam dan berbincang bincang 2) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat I: Pukul 07.10 WIB	Winda Widyyawati

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		(1) Melatih pasien terapi nafas dalam dan berbincang bincang agar rasa nyeri berkurang, Respon: hasil pasien merasa lebih rileks (2) Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat Respon: Klien bersedia untuk minum obat tepat waktu Pukul 10.00 WIB E: masalah teratasi sebagian (3) Klien mengatakan masih terasa nyeri (4) Skala nyeri 4 (0-10)	
2 Mei 2025	III	Pukul 07.20 WIB S: klien mengatakan nyeri pada bagian luka post op SC di bagian abdomen bawah berkurang O: (1) Luka tertutup verban tidak tampak adanya rembesan (2) Leukosit 14.000 mm³ (3) Suhu 36,5°C A: Risiko Infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Lakukan perawatan luka 3) Penyuluhan kesehatan mengenai perawatan luka di rumah I: Pukul 07.25 WIB (1) Memonitor tanda-tanda infeksi Respon: tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka klien (2) Melakukan perawatan luka Respon: luka klien tampak baik, tidak ada pus, tidak ada rembesan darah ataupun cairan, sayatan luka 10cm	Winda Widyawati

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		(3) Penyuluhan kesehatan mengenai perawatan luka di rumah Respon: klien dan keluarga paham cara perawatan luka di rumah (4) Up infus Respon: klien bersedia dilakukan up infus Pukul 13.00 WIB E: masalah teratasi sebagian R: Kontrol perawatan luka ganti perban setelah 1 minggu dilakukan operasi ke pelayanan kesehatan terdekat	
2 Mei 2025	IV	Pukul 07.35 WIB S: Klien mengatakan ASI sudah keluar namun belum terlalu banyak O: (1) ASI sudah keluar (2) Areola berwarna coklat kehitaman (3) Putting menonjol (4) Payudara tidak tampak bengkak (5) Tampak perlekatan bayi pada ibunya meningkat (6) Suplai ASI meningkat A: Menyusui Tidak Efektif teratasi P: lanjutkan intervensi 1) Anjurkan pijat oksitosin Pukul 07.40 WIB (1) Menganjurkan pijat oksitosin Respon: Klien dapat melakukan cara pijat oksitosin dibantu suaminya untuk memperlancar pengeluaran ASI Pukul: 12.50 WIB E: masalah teratasi (pasien acc pulang pada pukul 13.30)	Winda Widyawati

d. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis membandingkan antara teori dan penatalaksanaan asuhan keperawatan di lapangan kepada Ny. V dengan post sectio caesarea hari ke-1 atas indikasi preeklampsia berat yang dilaksanakan selama 4 hari mulai dari tanggal 29 April 2025 s/d tanggal 02 Mei 2025 di ruang Agate di RSUD dr. Slamet Garut. Berikut ini akan diuraikan mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. V sesuai dengan tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

a. Tahap pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan. Pada tahap ini, perawat mengumpulkan informasi dari pasien melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Proses ini juga melibatkan kerja sama dengan tenaga kesehatan lain. Pengkajian harus dilakukan secara cermat dan teliti agar data yang diperoleh benar-benar akurat. Data ini nantinya digunakan untuk menganalisis kondisi pasien dan menentukan langkah perawatan selanjutnya. masalah dan kebutuhan ibu terhadap perawatan (Ratnawati, 2017). Dari hasil pengkajian Pada saat pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kendala karena Ny.V ditunjang dengan terbina nya kepercayaan antara penulis dan Ny.V serta keluarga Ny.V menjawab pertanyaan yang di lontarkan penulis tanpa terlihat adanya perasaan ragu dari mulai dari data identitas sampai data psikologi nya dan bersedia untuk dilakukan

pemeriksaan fisik secara sistematis serta keluarganya pun membantu untuk memberikan data yang diperlukan. Pada saat pengkajian pada Ny.V post sectio caesarea atas indikasi Preeklampsia Berat ditemukan data yaitu klien mengeluh nyeri pada luka operasi. Nyeri yang dialami pasien post operasi terjadi setelah pembedahan, Hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, beradikinin, perotinin dan histamin, rangsangan ini hantarkan ke talamus dan meneruskan ambang nyeri karena adanya luka insisi pembedahan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan (Nurarif, 2016).

Tindakan operasi Sectio Caesarea akan mengakibatkan gangguan pasien takut bergerak. Pada Ny. V menyatakan bahwa klien mengatakan enggan bergerak karena nyeri, aktivitas di bantu oleh keluarganya karena adanya keterbatasan gerak sehingga timbul gangguan mobilitas fisik. Pasien bergerak secara bertahap hal ini dapat terjadi karena keadaan fisik yang lemah akibat post operasi mengakibatkan kemampuan beraktivitas di batasi karena pasien khawatir pergerakan nya membahayakan terhadap luka operasi sehingga aktivitas pasien terbatas (Simkin, 2014).

Pada Ny. V ditemukan adanya luka post operasi di bagian abdomen panjang luka 10 cm, tidak tampak pus, tidak tampak kemerahan, tidak ada rembesan darah dan tidak ada tanda-tanda infeksi, hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan adanya peningkatan jumlah

leukosit 19.300/mm³. Infeksi adalah invasi tubuh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit. Menurut Moya & Morison (2013). Persalinan dengan sectio caesarea mempunyai resiko 5 kali lebih besar mengalami infeksi pasca persalinan dibandingkan dengan persalinan normal. Infeksi daerah operasi dapat terjadi dengan cepat dengan waktu 24-48 jam post operasi dan bisa sampai 30 hari post operasi. (Setianingsih, 2020).

Pada Ny. V ditemukan data bahwa ASI belum keluar, 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 sectio caesarea juga terjadi penurunan reflek let down yang dapat menghambat pengeluaran kolostrum. Pada persalinan dengan tindakan secar mungkin belum mengeluarkan kolostrum dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, kadang juga memerlukan waktu hingga 48 jam. Walau demikian, bayi tetap dianjurkan untuk diletakkan pada payudara ibu untuk membantu merangsang produksi ASI (Suradi, 2014; Almatsier, 2015; Nakao, 2018; Pratiwi, 2014).

b. Tahapan Diagnosa

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:

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Alasan diangkatnya diagnosa ini ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien. Didapatkan data subjektif klien mengeluh nyeri pada luka Sectio Caesarea. Nyeri bertambah berat apabila klien bergerak dan klien tampak bersikap protektif pada daerah luka. Nyeri dirasa klien seperti disayat-sayat. Nyeri hanya dirasakan di bagian perut saja pada luka post operasi. Skala 7 (0-10). Nyeri hilang timbul, nyeri dirasa klien saat sedang bergerak dan nyeri berkurang setelah klien diberi obat antinyeri. Data objektifnya, klien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen serta nyeri tekan saat di palpasi. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan pada klien dan bisa mengganggu aktivitas pasien sehingga timbul rasa ketakutan untuk melakukan pergerakan. Nyeri

yang dirasakan ibu post sectio caesarea berasal dari luka yang terdapat pada abdomen. (SDKI, 2018)

2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Alasan penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik di karenakan dari hasil pengkajian terdapat data pada Asuhan keperawatan pada Ny.V post sectio caesarea hari ke-1 ditemukan klien mengatakan enggan untuk bergerak karena nyeri, gerakan terbatas, ROM menurun dan aktivitas di bantu oleh keluarganya.

3) Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif

Asuhan keperawatan pada Ny. I post sectio caesarea hari ke-1 ditemukan data klien terdapat luka operasi dibagian abdomen diatas umbilicus dengan sayatan vertikal panjang $\pm$ 10 cm, dan juga ditemukan adanya peningkatan jumlah leukosit 19,310/mm³. Risiko infeksi merupakan sesuatu yang berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik dengan beberapa faktor risiko yaitu penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (SDKI, 2017). Pada klien ditemukan adanya luka operasi dengan ditandai peningkatan jumlah leukosit 19,310/mm³ sehingga penulis mengangkat diagnosa risiko infeksi.

4) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Asuhan keperawatan pada Ny.Vpost sectio caesarea hari ke-1 ditemukan data klien mengatakan ASI keluar sedikit, putting susu menonjol, aerola berwarna hitam, penyudara teraba lunak. Menyusui tidak efektif merupakan kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesulitan pada saat menyusui (SDKI, 2018). Penulis menyimpan diagnosa ini diurukan keempat karena pada dasarnya secara fisiologis pada 24 jam pertama ASI memang belum bisa keluar ditambah dengan stress atau kelelahan setelah melahirkan bisa menyebabkan ASI jadi belum keluar. Tetapi masalah tersebut harus diatasi karena bayi akan sangat membutuhkan ASI sehingga penulis mengambil diagnosa menyusui tidak efektif agar masalah bisa teratasi. Pada klien dengan persalinan sectio caesarea perubahan kadar hormon oksitosin dan prolaktin dapat berbeda pada ibu dengan persalinan sectio caesarea dengan persalinan normal. hormon oksitosin berperan dalam pengeluaran ASI dan kadar hormon prolaktin hanya naik sedikit pada ibu yang dilakukan persalinan SC sehingga menyebabkan proses pengeluaran ASI terhambat dan penulis mengangkat diagnosa menyusui tidak efektif karena ASI keluar sedikit. Adapun masalah yang tidak diangkat oleh penulis, yaitu:

- 1) Defisit Perawatan Diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan diri seperti kurangnya kebersihan diri. Penulis

tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak ada tanda - tanda yang merujuk pada defisit perawatan diri dari pasien.

- 2) Defisit Pengetahuan keperawatan merujuk pada kondisi dimana pasien atau keluarganya kurang memiliki informasi atau pemahaman yang memadai tentang kondisi kesehatan mereka, pengobatan yang diresepkan, atau perawatan yang diperlukan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien paham dan tau cara penyembuhan kondisinya.

c. Tahap Perencanaan

Analisis intervensi dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada pasien preeklampsia berat post sectio caesarea berdasarkan (SIKI, 2018) adalah sebagai berikut :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada asuhan keperawatan Ny. V intervensi utama yang diberikan penulis yaitu manajemen nyeri nonfarmakologi berupa teknik nafas dalam. Teknik nafas dalam merupakan terapi yang digunakan untuk menurunkan intensitas nyeri yaitu dengan cara menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan nafas secara perlahan melalui mulut. Intervensi ini diterapkan karena menurut hasil penelitian Agung, Andriyani, & Sari (2014) menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam ini mampu dilakukan oleh

semua orang kemudian sebagian besar tingkat nyeri yang dirasakan setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam menjadi berkurang.

2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Pada asuhan keperawatan Ny. V intervensi utama yang diberikan penulis yaitu dukungan mobilisasi dengan melakukan tindakan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Mobilisasi dini post sectio caesarea adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan sectio caesarea (Mawarni, 2018). Mobilisasi dini dilakukan pada 6 jam pertama post SC dengan latihan gerak tangan dan kaki secara abduksi dan adduksi di tempat tidur klien, pada 6-10 jam berikutnya klien dianjurkan untuk latihan miring kanan dan miring kiri. Pada 24 jam post SC klien dilatih untuk memposisikan diri semi fowler dan duduk diatas tempat tidur. Pada hari ke-2 post SC klien dianjurkan latihan duduk secara mandiri dengan menurunkan kaki kelantai dan pada hari ke-3 post SC klien dianjurkan untuk latihan berjalan (Mawarni, 2018).

3) Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif

Pada asuhan keperawatan Ny. V intervensi utama yang diberikan penulis yaitu perawatan luka dengan melakukan tindakan lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai kulit, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.

Perawatan luka adalah suatu tindakan untuk membersihkan luka, mengobati luka serta menutup luka dengan balutan basah dan kering sehingga terhindar dari infeksi. Intervensi ini diterapkan karena menurut hasil penelitian Devi & Wijayanti (2014) proses penyembuhan luka pasca operasi akan memiliki risiko terkena infeksi pada luka, hal tersebut menurut Handi et al., (2017) semakin baik perawatan luka dilakukan maka kemungkinan terjadi infeksi dan perdarahan luka post operasi semakin kecil, tetapi sebaliknya semakin buruk perawatan luka dilakukan semakin tinggi kemungkinan terjadinya infeksi dan perdarahan luka operasi.

4) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidadaadekuatan suplai ASI

Pada asuhan keperawatan Ny. V intervensi utama yang diberikan penulis yaitu edukasi menyusui dengan melakukan tindakan sediakan materi dan media penyuluhan kesehatan, jadwalkan penyuluhan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. Intervensi ini diterapkan karena secara teori menurut Rahayu (2016) pijat ASI merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI dan dibuktikan dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa diberikannya pijat oksitoksin sangat berpengaruh terhadap ibu post partum sectio caesarea untuk meningkatkan produksi ASI (Permana, G. G. S., Budiarti, K. D., & Puspita, T., 2018).

d. Tahap implementasi

Pada tahap implementasi ini adalah pengelolaan dari suatu rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Pada intervensi diagnosa pertama yaitu nyeri akut, penulis memberikan tindakan memberikan teknik nonfarmakologi (teknik nafas dalam) dengan hasil klien mampu melakukan teknik nafas dalam sehingga skala nyeri berkurang.

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

Pada diagnosa ketiga yaitu resiko infeksi, penulis memberikan tindakan melakukan perawatan luka setelah POD 3. Sebelum dilakukan tindakan perawatan luka keadaan luka tertutup perban, tidak nampak rembesan darah ataupun cairan.

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

ulang terkait cara pijat oksitoksin. aktivitas secara mandiri terbukti bahwa klien sudah mampu duduk dan berjalan-jalan di area sekitar sehingga dapat disimpulkan bahwa pada diagnosa ini masalah teratasi. Pada diagnosa yang ketiga yaitu resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif. Setelah dilakukan intervensi selama 4 hari evaluasi setelah dilakukan perawatan luka didapatkan hasil luka tampak baik, tidak ada kemerahan, tidak ada edema, tidak ada tanda-tanda infeksi, balutan perban sudah diganti, leukosit 13,5/mm. sehingga dapat disimpulkan bahwa pada diagnosa ini masalah teratasi sebagian. Menurut Aminudin (2020) Risiko infeksi dalam jangka waktu 4 hari baru menginjak fase koagulasi dan inflamasi yang membutuhkan waktu 2-24 hari untuk masuk fase proliferasi atau rekonstruksi apabila tidak ada infeksi atau kontaminasi pada fase inflamasi ini maka proses penyembuhan selanjutnya memasuki tahapan proliferasi atau rekonstruksi atau masuk ke fase remodeling atau maturasi yaitu penyembuhan dari 24 hari-1 tahun. Fase ini merupakan fase terakhir dan terpanjang pada proses penyembuhan luka. Karena klien masih masuk dalam kategori koagulasi dan inflamasi sebagai resiko infeksi kemungkinan masih terjadi, sehingga perawat perlu discharge planning untuk mencegah terjadinya infeksi di rumah dengan memberikan penyuluhan kesehatan mengenai cara perawatan luka post operasi di rumah.

Pada diagnosa keempat yaitu menyusui tidak efektif Setelah dilakukan intervensi selama 4 hari hasil evaluasi didapatkan klien

mengatakan ASI sudah keluar namun belum terlalu banyak, dan dapat disimpulkan bahwa diagnosa ini masalah teratasi sebagian karena pengeluaran suplai ASI belum sepenuhnya karena waktu pengeluaran ASI pada ibu post sectio caesarea lebih lambat dibanding dengan ibu post partum normal. Terlambatnya pengeluaran ASI pada ibu post sectio caesarea tersebut disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya posisi menyusui, nyeri setelah sectio caesarea, mobilisasi, rawat gabung ibu-anak sehingga terjadi hambatan dalam melakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini) dan intervensi rolling massage. Nasional Vol.(Jurnal Kesehatan Masyarakat No. 8, Maret 2014).

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. V (P1AO) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat di ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 29 April 2025 sampai dengan 02 Mei 2024, maka penulis dapat mengambil kesimpulan secara umum bahwa asuhan keperawatan pada Ny.V (P1AO) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat memerlukan tindakan yang benar dan cepat :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. V (P1AO) Post Sectio Caesarea POD 0 atas indikasi preeklamsia berat di ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada Ny. V (P1AO) Post Sectio Caesarea POD 0 atas indikasi preeklamsia berat di ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu membuat rencana asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pada Ny.V (P1AO) post sectio caesarea POD 0 di ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.V (P1AO) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat di ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien mengacu pada rencana keperawatan yang telah

dibuat pada rencana keperawatan. Pada tindakan ini semuanya dapat diimplementasikan pada 4 hari perawatan dengan memberikan tindakan non farmakologis dan nonfarmakologis.

5. Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.V (PIAO) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat di ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut.
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.V (PIAO) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat di ruang Agate RSUD dr. Slamet Garut. Dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny.V (PIAO) post sectio caesarea POD 0 atas indikasi Preeklamsia Berat secara sistematis dan komprehensif, maka penulis dapat memberikan beberapa rekomendasi sebagai berikut:

1. Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan pengajaran tidak hanya dilakukan oleh pengajar atau dosen tetapi melibatkan perawat profesional untuk memberikan ilmu kepada mahasiswa karena pada saat dilahan praktek sering terjadi beberapa kesenjangan antara teori dan fakta di lapangan sehingga mahasiswa mampu menyesuaikan dan mampu melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional serta untuk menunjang dalam hal proses belajar bagi mahasiswa diharapkan perpustakaan memiliki referensi sumber yang

lengkap dan update untuk dijadikan bahan kajian dalam pembuatan karya tulis ilmiah ataupun penelitian.

2. Bagi Rumah Sakit

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan sarana dan prasarana bagi pasien post sectio caesarea, hal ini pentingnya sarana dan prasarana yang menunjang. Rumah sakit diharapkan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai SOP.

3. Bagi Perawat

Bagi perawat diharapkan mampu meningkatkan kinerja melalui pelatihan-pelatihan sehingga mampu meningkatkan asuhan keperawatan dan mampu memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu.

4. Pasien dan keluarga

Pasien diharapkan mampu mengetahui tanda-tanda infeksi dan bagi keluarga mampu tertib dalam mendampingi ibu post sectio caesarea.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung, S., Andriyani, A., & Sari, D. K. (2014). Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi dengan Anestesi Umum di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan*, 3(1), 52–60.
- Agustina, P. M., Sukarni, D., & Amalia, R. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklamsia di RSUD Martapura Okut Tahun 2020. *Jurnal Imiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(3), 1389.1
- Almatsier, S. (2015). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi* (Edisi ke-9). Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Anjarsari, Dian. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Ny. B dan Ny. E Pasien Post Sectio Caesarea Indikasi Preeklampsia Berat dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017. Program Studi D3 Keperawatan, Fakultas Keperawatan: Universitas Jember.
- Aprilianti, Aris. (2019). Asuhan Keperawatan Keluarga Ibu Post Partum pada NY.F dan NY. S dengan Masalah Keperawatan Kesiapan Meningkatkan Pemberian ASI di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang. Fakultas Keperawatan Universitas Jember, Jember.
- Aspiani, Yuli, R. 2017. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: Trans Info Media.
- Aritonang, J., & Simanjuntak, Yunida, T., (2021). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Disertai Kisi-Kisi Soal Ujian Kompetensi. Yogyakarta: Deepublish
- Ayuningtyas, Dumilah, Oktarina, R., Misnaniarti, M., & Dwi Sutrisnawati, N. N. 2018. Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 14(1), 16.<https://doi.org/10.30597/mkmi.v14i1.2110>.
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*.
- Dinkes, J. (2021). Data Dinkes Provinsi Jawa Barat. Jawa Barat.
- Diskominfo Jabar: 2023. Open Data Jabar. Tersedia pada link yang tertera dengan alamat link <https://opendata.jabarprov.go.id>
- Ditya, L. A., Hidayat, A. L., & Murtaqib, A. (2016). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Apendektomi. *Jurnal Keperawatan*, 1(2), 101–108.

- Gouloupoulou, S., & Davide, S. T, 2015. Stroke in Pregnancy and Preeclampsia: Effect of Low-Dose Aspirin Treatment on Collateral Flow Velocity and Cerebral Blood Flow Autoregulation During Ischemia in Rats dalam Journal of the American Heart Association. di akses pada 13 September 2024
- Handi.,(2017). *Keperawatan Klinis dan Manajemen Infeksi*. Jakarta: CV. EGC
- Hartati dan Maryunani (2015). Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Sectio Caesarea (Pendekatan Teori Model Selfcare dan Comfort). Jakarta: TIM
- Humas Pemdakab Garut. 2023. Wabup Garut Organisasi Profesi hingga Perusahaan swasta bangun rumah sakit ibu anak. Portal Jabar Kab. Garut. <https://jabarprov.go.id/8248H:~:text=PORTALJABAR%2C%20KAB.%20GARUT%20%2D%20Angka,yaitu%20di%20angka%20112%20kasus>.
- Indriyani Diyan. (2018). Keperawatan Maternitas Pada Area Perawatan Antenatal. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Jumattin, N. F., Herman, H., & Pane, M. D. (2022). Gambaran Indikasi Persalinan Caesarea di RSUD Kota Kendari Tahun 2018. Jurnal Keperawatan, 6(01), 01-05. <https://doi.org/10.46233/jk.v6i101.8>
- Jurnal Kesehatan Masyarakat.,(2014). Efektivitas Pemberian Edukasi Inisiasi Menyusui Dini (IMD),1-8 13(2),
- Kemenkes RI. 2023. Profil Kesehatan Indonesia 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemenkes RI. 2020. Pedoman Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) Bagi Ibu Hamil Pada Masa Pandemi COVID-19 Bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2021. Buku Kesehatan Ibu Dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2022. Profil Kesehatan Indonesia 2022. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Kasriatun, K., Kartasurya, M. I., & Nugraheni, S. A. (2019). Faktor Risiko Internal dan Eksternal Preeklampsia di Wilayah Kabupaten Pati Provinsi Jawa Tengah. Kesehatan Jurnal Manajemen Indonesia, 7(1).
- Latenoh, Diana C. 2018. Preeklampsia Berat & Eklampsia: Tatalaksana Anestesia Perioperatif Edisi 1. Yogyakarta: Deepublish.
- Mangole, E. J., S. Rompas dan A. Y. Ismanto. 2015. Hubungan perilaku perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di cardiovascular and brain center RSUP prof. R.D. Kandou, (online), E-Journal Keperawatan (e-KP) Volume 3, No. 2, October 2015, tersedia dalam link <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/9594>.

- Marianti. (2017). dalam website Alodokter Preeclampsia. tersedia dalam Retrieved from dengan beralamat <https://www.alodokter.com/preeklamsia>
- Mawarni.(2018).*Penerapan Mobilisasi Dini pada Ibu Post Sectio Caesarea dengan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas*.Diakses pada tanggal 29 Maret 2022, dari <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2041>
- Moya & Morison, J. (2013). Manajemen Luka (Wound Management). Jakarta: EGC.
- Nakao, T., et al. (2018). Breast milk-mediated exposure to dioxins and antigen in infancy enhances antigen-specific antibody production capacity in adulthood in mice. *The Journal of Toxicological Sciences*, 49(5).
- Nurarif, 2016. Asuhan Keperawatan Praktis. Yogyakarta: Mediacion.
- Nurarif & Hardhi. (2015). Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA. Mediacion Publishing.
- Permana, G. S., Budiarti, K. D., & Puspita, R. A. (2018). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Tentang Pijat Oksitosin Dalam Meningkatkan Produksi Asi. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 11(2), 241-248.
- Pradana, M. A. R. A. dan Asshidiq, M. R. F. 2021. Hubungan Antara Paritas dengan Kejadian Perdarahan Post Partum. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 326-331.
- Prawirohardjo, S. (2017) Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. PT Bina Pustaka.
- Pristahayuningtyas, R. C. Y., Murtaqib, & Siswoyo. (2016). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 4(1), 1–6.
- Purwoastuti & Walyani. (2015). Ilmu Obstetri & Ginekologi Sosial untuk Kebidanan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Putra, I. B. G. S., Wandia, I. M., Harkitasari S. 2021. Indikasi Tindakan Sectio Caesarea di RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2017-2019. *Aesculapius Medical Journal*, 63-68.
- Rahayu, D., (2016). Penerapan Pijat Oksitosin dalam Meningkatkan Produksi ASI Pada Ibu Postpartum. *Jurnal of Ners Community*, 9(1), 8-14.
- Rahmadhanti, S., Handaria, D., & Anggraheny, H. D. (2022). Analisis Faktor Risiko Derajat Preeklampsia Pada Ibu Hamil Multigravida Di RSUD RAA Soewondo Pati. *Al-Igra Medical Journal*, 5(2), 77-83
- Rahyani Yuni Ni Komang, Ni Komang Lindayani, Ni Wayan Suarniti, Ni Made Dwi Mahayati, Ni Komang Astiti Erni, D. N. I. (2020). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Patologi Bagi Bidan (D. Arum (ed.)). Penerbit ANDI.

- Rana S, Karumanchi SA.(2019) Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. *Circ Res.*;124(7):1094-112.
- Ratnawati E.(2017). Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: TIM.
- Rukiyah Ay dan Lia Yulianti, Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal. CV. Trans Info Media; 2020
- Saifuddin, A. B. (2016). Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan Neonatal. Jakarta: YBP-SP.
- SDKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia
- Setiadi. (2012). Konsep dan Proses Keperawatan: Teori dan Aplikasi. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setianingsih, L. E. (2020). Edukasi Pasien Dan Keluarga Pasien Tentang Pencegahan Infeksi Dengan Mencuci Tangan Di Rumah Sakit Sentra Medika Cikarang. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan*, 9(2).
- Simkin, T., & Ancheta, R. (2014). Buku Saku Persalinan. Jakarta: EGC.
- Situmorang, T. (2016). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian PreEklampsia pada Ibu Hamil di Poli KIA RSUD Anutapura Palu. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*, 2(1).
- Solehati. (2017). Konsep Keperawatan Maternitas. Bandung: PT Refika Aditama.
- Sulfianti, D. (2020). Asuhan Kebidanan Pada persalinan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Suradi, R., & Hegar, B. D. (2014). *Manajemen Laktasi*. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI).
- Surayasa, K. (2020). Strategi Menurunkan Angka Kematian IBU (AKI) Di Indonesia (Dwi Novidiantoko (ed.)). DeePublish.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik (cetakan III)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI).
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI).

- Wahyuningsih, sri. (2019). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Di Lengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Widyastutik, D., Ernawati, E., Pratiwi, E. N., & Wulandari, R. (2021). Upaya Peningkatan Perilaku Ibu Postpartum Melalui Edukasi Family Centered Maternity Care (Fcmc) Tentang Perawatan Masa Postpartum di Wilayah Kerja Puskesmas Gambirsari Surakarta. *Jurnal Salam Sehat Masyarakat (JSSM)*, 2(2), 43-50.
- World Health Organization. (2020). A global brief on Hypertension-World Health Day 2013. World Health Organization, 1-40. Retrieved tersedia dalam website WHO alamat <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>.
- Yuliana, W., & Hakim, B. N. (2020). Emodemo Dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.

LAMPIRAN

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Pijat Oksitosin
Sasaran	: Ny. V dan Keluarga
Hari/Tanggal	: 01 Mei 2025
Tempat	: Ruang Nifas Agate
Waktu	: 08.05 – 08.35 WIB
Penyuluh	: Winda Widyawati

A. Latar Belakang

Setiap ibu dalam fase laktasi akan mengalami pengalaman yang berbeda terkait dengan laktasi. Pada hari-hari pertama pasca melahirkan merupakan fase adaptasi untuk mejadi seorang ibu. Fase ini seorang ibu harus mampu memberikan ASI sebagai nutrisi bagi bayi. Diketahui bersama bahwa pada hari-hari pertama produksi ASI belum melimpah yang disebabkan oleh fungsi hormone prolactin belum bekerja secara maksimal. Oleh karena itu pada hari awal pasca melahirkan ibu hanya mengeluarkan sedikit ASI yang berwarna keruh kekuningan. Bahkan ada yang belum keluar kolostrum pada hari pertama. Sehingga ibu dan keluarga menjadi panik merasa tidak mampu memberikan ASI. Dengan ketidaknyaman yang dialami ibu tersbeut justru akan berpengaruh

terhadap produksi ASI yang sedikit. Oleh karenanya ibu laktasi harus dalam keadaan rileks dan siap untuk menyusui bayinya. Untuk mengatasi masalah pada hari-hari pertama pasca melahirkan seperti hal tersebut maka diperlukan terapi pijat oksitosin. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima-keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan. Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidak lancar produksi ASI, mengurangi bengkak (engorgement) dan mengurangi sumbatan ASI. Pijatan oksitosin berfungsi untuk meningkatkan hormon oksitosin yang dapat menenangkan ibu, sehingga ASI pun otomatis keluar. Pijat ini bersifat rileksasi sehingga akan menstimulasi hipofisis untuk memproduksi hormone prolactin dalam memproduksi ASI (Rahmawati, 2014).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mendapatkan penyuluhan kesehatan selama 20 menit, diharapkan Ny. Y dan keluarganya mampu melakukan pijat oksitosin untuk memperlancar produksi ASI yang telah di ajarkan di ruang nifas Agate.

2. Tujuan Khusus

Setelah diberikan penyuluhan kesehatan selama 20 menit, diharapkan Ny. V dan keluarganya mampu :

- a. Menjelaskan apa itu pijat oksitosin
- b. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin
- c. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin
- d. Mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin

C. Sasaran

Ny.V dan Keluarga

D. Materi

1. Pokok Bahasan:

Pijat Oksitosin

2. Sub pokok bahasan :

- a. Pengertian pijat oksitosin
- b. Tujuan pijat oksitosin
- c. Manfaat pijat oksitosin
- d. Teknik / cara melakukan oksitosin

E. Metode

1. Ceramah
2. Demonstrasi

F. Media

1. Leaflet

G. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Sasaran
1	Pembukaan	5 Menit	a. Memberikan salam b. Perkenalan c. Menyampaikan tentang tujuan pokok materi dan kontrak waktu. d. Menyebutkan materi yang akan diberikan	a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan memperhatikan c. Mendengarkan dan memperhatikan
2	Pelaksanaan	15 Menit	a. Menjelaskan pengertian pijat oksitosin b. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin c. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin d. Menjelaskan langkah-langkah pijat oksitosin e. Demonstrasi pijat oksitosin f. Tanya jawab	a. Mendengarkan dan menyimak b. Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti c. Melakukan demonstrasi yang telah dijelaskan
3	Evaluasi	5 Menit	a. Mempersilahkan Ny.V untuk mengajukan pertanyaan b. Menjawab Pertanyaan	a. Mengajukan pertanyaan b. mendengarkan
4	Penutup	5 Menit	a. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan bersama Ny.V b. Menutup penyuluhan dengan salam	a. Menjawab salam

H. Evaluasi

1. Proses: Selama penyuluhan berlangsung

a. Evaluasi

- 1) Menjelaskan Pengertian pijat oksitosin
- 2) Menjelaskan tujuan pijat oksitosin
- 3) Menjelaskan manfaat pijat oksitosin
- 4) Mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin

b. Evaluasi Struktur

- 1) Ny. V dan keluarganya hadir dan mengikuti kegiatan penyuluhan.
- 2) Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di ruang nifas Agate
- 3) Kontrak penyuluhan dilakukan satu hari sebelumnya.

c. Evaluasi Proses

- 1) Pelaksana dan sasaran (Ny. V dan keluarganya) mengikuti penyuluhan kesehatan sesuai waktu atau sampai selesai.
- 2) Ny. V dan keluarganya aktif dalam penyuluhan kesehatan
- 3) Ny. V dan keluarganya mampu mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin
- 4) Ny. V dan keluarganya mampu menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pelaksana
- 5) Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap

Materi Penyuluhan

1. Definisi Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin adalah pijat ASI yang sering dilakukan dalam rangka meningkatkan ketidاكلancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah gerakan yang berupa back massage pada punggung ibu untuk menambah pengeluaran hormon oksitosin. Pijat oksitosin, bisa dibantu pijat oleh ayah atau keluarga bayi. Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau reflex let down. Selain berguna untuk merangsang reflex let down, manfaatn pijat oksitosin yang lainnya yaitu mengurangi bengkak (engorgement), merangsang pelepasan hormon oksitosin, memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi sumbatan ASI, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Rahayu, 2016).

2. Tujuan Pijat Oksitosin

Tujuan perawatan payudara bagi ibu menyusui pasca melahirkan yaitu ibu dapat memberikan ASI secara maksimal pada bayinya. Salah satu hormon yang berperan dalam menghasilkan produksi ASI adalah hormon oksitosin. Saat terjadi stimulasi hormon oksitosin, sel-sel alveoli di kelenjar payudara berkontraksi dengan adanya kontraksi menyebabkan air susu keluar lalu mengalir dalam saluran kecil payudara, sehingga keluarlah tetesan air susu dari puting dan masuk ke mulut bayi, proses keluarnya air susu disebut reflex let down.

3. Manfaat Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin memiliki manfaat yang baik atau kelancaran laktasi . adapun manfaatnya sebagai berikut : membantu ibu secara psikologis, menenangkan, dan tidak setres, membangkitkan rasa percaya diri, membantu ibu agar mempunyai pikiran dan perasaan baik tentang bayinya, meningkatkan ASI, memperlancar ASI serta melepas lelah.

4. Teknik Pijat Oksitosin

Langkah-langkah melakukan pijat oksitosin menurut Standar Prosedur Operasional (SPO) Keperawatan :

- a. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan ;
 - 1) Handuk kecil
 - 2) Minyak kelapa
 - 3) Washlap
 - 4) Air hangat
 - 5) Baskom kecil
- b. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- c. Buka pakaian ibu bagian atas
- d. Atur posisi ibu duduk membungkuk dengan payudara menggantung
- e. Letakan handuk dipangkuan ibu, untuk menampung tetesan ASI
- f. Oleskan minyak kelapa secukupnya dikedua telapak tangan pemijat dan daerah punggung ibu yang akan dipijat.
- g. Temukan titik pijat antara tulang servikal dan thorakal dibagian bahu

- h. Pijat diantara tulang belakang, satu 1 cm dari kanan dan kiri tulang belakang (tidak memijat di atas tulang belakang secara langsung)
- i. Pijat dengan ibu jari (4 jari dalam posisi menggenggam) yang digerakan secara melingkar hingga turun sejajar payudara bagian bawah (tali bra)
- j. Pijat dari atas ke bawah selama kurang lebih 1 menit atau sesuai kenyamanan ibu
- k. Periksa pengeluaran ASI pada saat atau setelah pemijatan
- l. Anjurkan ibu memerah payudara sesuai nyaman ibu, apabila payudara terasa bengkak
- m. Bersihkan punggung ibu dari minyak dengan washlap hangat
- n. Anjurkan ibu mengenakan atau mengganti pakaian bagian atas
- o. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah

DAFTAR PUSTAKA

- Rahayuningsih, T, Mudigdo, A, Murti, B. 2016. Effect of Breast Care and Oxytocin Massage on Breast Milk Production: A study in Sukoharjo Provincial Journal of Maternal and Child Health (2016), 1(2): 101-109
<https://doi.org/10.26911/thejmch.2016.01.02.05>.
- Rahmawati, E (2014). Hubungan Pijat Oksitosin Dengan Pengeluaran Asi Pada Ibu postpartum hari 1-2 DI BPM HJ. NL Kota Balikpapan Tahun 2014. di akses tanggal 19 Juni 2024
- Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta : DP

PIJAT OKSITOSIN



Winda Widyawati
KHGA22138



APA PIJAT OKSITOSIN ITU??

Pijat oksitosin adalah pijat ASI yang sering dilakukan dalam rangka meningkatkan ketidakefektifan produksi ASI. Pijat oksitosin adalah gerakan yang berupa back massage pada punggung ibu untuk menambah pengeluaran hormon oksitosin. (Rahayu, 2016)



Untuk Apa Pijat Oksitosin?

untuk merangsang refleks oksitosin atau refleks let down serta ibu dapat memberikan ASI secara maksimal pada bayinya. Salah satu hormon yang berperan dalam menghasilkan produksi ASI adalah hormon oksitosin. Saat terjadi stimulasi hormon oksitosin, sel-sel alveoli di kelenjar payudara berkontraksi dengan adanya kontraksi menyebabkan air susu keluar lalu mengalir dalam saluran kecil payudara, sehingga keluarlah tetesan air susu dari puting dan masuk ke mulut bayi, proses keluarnya air susu disebut refleks let down.

Apa Saja Manfaat dari Pijat Oksitosin

membantu ibu secara psikologis, menenangkan, dan tidak stres, membangkitkan rasa percaya diri, membantu ibu agar mempunyai pikiran dan perasaan baik tentang bayinya, meningkatkan ASI, memper lancar ASI serta melepas lelah.



Alat alat yang harus disiapkan untuk pijat Oksitosin

1. Handuk Kecil



3. Waslap



5. Air Hangat



2. Minyak Kelapa/ Baby Oil



4. Baskom



Langkah Langkah melakukan pijat oksitosin :

1. Lakukan Kebersihan tangan & langkah



2. Buka pakaian bagian atas

3. Atur posisi ibu duduk membungkuk dengan Payudara menggantung



4. letakkan handuk di pangkuan ibu untuk menampung tetesan ASI



5. Oleskan minyak kelapa secukupnya di kedua telapak tangan pemijat dan daerah punggung ibu yang akan dipijat

6. Temukan titik pijat antar tulang servikal dan thorakal di bagian bahu 7. Pijat diantara tulang belakang 1 cm dari kanan dan kiri tulang belakang (tidak memijat di atas tulang belakang secara langsung)

8. Pijat dengan ibu jari (4 jari menggenggam) yang melingkar hingga digerakkan dalam posisi menggenggam) yang digerakkan secara melingkar hingga turun sejajar payudaraurun sejaja bagian bawah (tali bra)

9. Lakukan pijatan dari atas ke bawah selama kurang lebih 1 menit atau sesuai kenyamanan ibu 10. Periksa pengeluaran ASI pada saat atau setelah pemijatan



11. Anjurkan ibu untuk memerah payudara sesuai kenyamanan ibu, apabila payudara terasa bengkak

12. Bersihkan punggung ibu dari minyak dengan waslap hangat Anjurkan ibu mengenakan/mengganti pakaian bagian atas

13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Winda Widyawati
NIM : KHGA22138
Alamat : Leles

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Mathlaul Anwar
2. SDN 1 Sukarame
3. SMPN 1 Leles
4. SMA YKBBB Leles
5. STIKes Karsa Husada Garut