

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E P1A0 6 JAM *POST SECTIO*
CAESAREA ATAS INDIKASI HIPERTENSI KRONIK
DIRUANG DELIMA RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Program
Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

Siti Sofia Rahma
NIM: KHGA20090



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL: ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. E P1A0 6 JAM *POST*
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI HIPERTENSI KRONIK
DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS**

NAMA: SITI SOFIA RAHMA

NIM : KHGA20090

Garut, 25 Juli 2023

Menyetujui,

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Dewi Budiarti', is written over a faint rectangular box.

K. Dewi Budiarti, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL: ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. E P1A0 6 JAM *POST SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI HIPERTENSI KRONIK DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS

NAMA: SITI SOFIA RAHMA

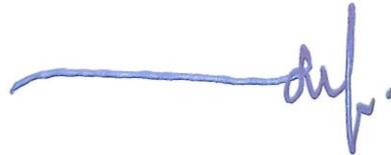
NIM : KHGA20090

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II



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

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan

Pembimbing

STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep

K. Dewi Budiarti, M.Kep

ABSTRAK

IV BAB, 81 halaman, 15 tabel, 1 bagan, 2 gambar, 4 lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul Asuhan Keperawatan pada Ny. E P1A0 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik di Ruang Delima RSUD Ciamis. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilatar belakangi oleh komplikasi yang ditimbulkan akibat *Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik. Komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik adalah *Stroke*. Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea* (SC) dengan Hipertensi Kronik. Hipertensi Kronik atau tekanan darah tinggi adalah suatu kondisi medis dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam waktu yang lama) yang mengakibatkan angka kesakitan dan kematian, seseorang dikatakan menderita tekanan darah tinggi bila tekanan sistolik >140mmHg dan diastolik >90mmHg. Selama 3 hari melakukan asuhan keperawatan pada Ny.E ditemukan beberapa masalah keperawatan diantaranya nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, perfusi perifer tidak efektif dan risiko infeksi. Pada tahap evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari didapatkan masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sedangkan nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, dan risiko infeksi teratasi sebagian. Kesimpulan dari Karya Tulis Ilmiah ini ialah penulis mampu melaksanakan rangkaian proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, penetapan intervensi, implementasi dan melakukan evaluasi. Serta rekomendasi untuk para pihak terkait untuk terus meningkatkan pelayanan sesuai dengan standar operasional prosedur. Kata Kunci: (Hipertensi Kronik, Sectio Caesarea, Post Partum)

Daftar Pustaka: 43 buah (2013-2022)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas berkat Rahmat serta Karunya-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. E P1A0 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas Indikasi Hipertensi Kronik di Ruang Delima RSUD Ciamis” tepat pada waktunya sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Penulis menyadari bahwa dalam menulis Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapatkan bimbingan dan dukungan dari banyak pihak baik berupa moral maupun materi. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Tuhan Yang Maha Esa atas Rahmat dan Hidayah-Nya hingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai tepat pada waktunya
2. Dr. H. Hadiat MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Drs. H. Suryadi, M.Si selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
4. H. Engkus Kusnadi, S.Kep, M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
5. K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut sekaligus pembimbing yang telah memberikan arahan, masukan, bimbingan serta motivasi sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik

6. CI ruangan Delima yang telah memberikan izin dan arahan kepada penulis untuk melakukan asuhan keperawatan
7. Ny. E dan Keluarga yang telah memberikan informasi, dan bersedia bekerjasama dengan baik selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan
8. Dosen-dosen serta staff Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut
9. Orang tua saya, bapak Aang Gozali dan Ibu Nenden Srinawati yang selalu memberikan dukungan, mendo'akan, serta memperhatikan segala kebutuhan saya sehingga proses perkuliahan saya dapat berjalan dengan baik dan lancar
10. Kakak-kakak saya Yeni Srinawati, Yuli Anggraeni, Neneng Siti Nurrahmah yang selalu memberikan dukungan baik secara moril maupun materil
11. Rendi Gunawan A.Md. Kes yang telah meluangkan waktunya untuk ikut andil dalam proses perkuliahan saya
12. Melsa Sagita, Moch. Rais Fathurrahman, selaku teman dekat saya yang juga selalu memberikan dukungan
13. Rekan-rekan kelas 3B Diploma III Keperawatan, yang telah bekerjasama selama 3 tahun dalam menjalankan proses perkuliahan
14. Rekan-rekan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut angkatan 27
15. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kata sempurna, oleh karena itu sebagai bahan evaluasi dan perbaikan untuk kedepannya penulis akan sangat berterimakasih kepada pembaca apabila berkenan memberikan masukan dalam bentuk kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya untuk penulis serta untuk kemajuan pendidikan dibidang ilmu keperawatan khususnya maternitas.

Garut, 24 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
ABSTRAK.....	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I	
PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Metode Telaah.....	5
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II	
TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Hipertensi Kronik.....	8
1. Defisini Hipertensi Kronik	8
2. Etiogi Hipertensi Kronik	9
3. Tanda dan Gejala Hipertensi Kronik	9
4. Komplikasi Hipertensi Kronik.....	10
5. Bahaya Hipertensi Kronik Pada Janin	10
6. Penatalaksanaan Hipertensi Kronik.....	11
B. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i> (SC).....	12
1. Definisi <i>Sectio Caesarea</i> (SC).....	12
2. Jenis-Jenis Sayatan Bedah <i>Sectio Caesarea</i> (SC).....	13
3. Indikasi <i>Sectio Caesarea</i> (SC).....	14
4. Kontra Indikasi <i>Sectio Caesarea</i> (SC).....	14
5. <i>Pathway</i> Hipertensi Kronik pada Kehamilan	15
6. Komplikasi <i>Sectio Caesarea</i> (SC).....	16
C. Konsep Dasar <i>Post Partum</i>	16

1. Definisi <i>Post Partum</i>	16
2. Tahapan Masa Nifas	17
3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas	18
4. Perubahan Psikologis Masa Nifas	22
5. Tanda Bahaya Masa Nifas	24
D. Dampak <i>Post Sectio Caesarea</i> Atas Indikasi Hipertensi Kronik Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	24
E. Konsep Asuhan Keperawatan	26
1. Pengkajian	26
2. Diagnosa Keperawatan	36
3. Intervensi	36
4. Implementasi	41
5. Evaluasi	42
BAB III	
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Laporan Kasus	43
1. Pengkajian	43
2. Diagnosa Keperawatan	56
3. Proses Asuhan Keperawatan	58
4. Catatan Perkembangan	66
B. Pembahasan	71
1. Pengkajian	71
2. Diagnosa Keperawatan	73
3. Intervensi	76
4. Implementasi	77
5. Evaluasi	78
BAB IV	
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	
A. Kesimpulan	80
B. Rekomendasi	81
DAFTAR PUSTAKA	82
RIWAYAT HIDUP	85

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan Kejadian Kasus SC atas indikasi Hipertensi Kronik dengan Indikasi Lainnya Di RSUD Ciamis Periode Januari-Maret 2023	3
Tabel 2.1 Involusi Uterus	18
Tabel 2.2 Analisa Data.....	34
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut.....	37
Tabel 2.4 Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik.....	38
Tabel 2.5 Intervensi Defisit Perawatan Diri	39
Tabel 2.6 Intervensi Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif	40
Tabel 2.7 Intervensi Risiko Infeksi	41
Tabel 3.1 Data ADL.....	53
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium	54
Tabel 3.3 Therapy Obat.....	54
Tabel 3.4 Analisa Data.....	55
Tabel 3.5 Proses Keperawatan	58
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan Hari ke 1	67
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan Hari ke 2	68

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Hipetensi Kronik pada Kehamilan.....	15
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Leaflet Perawatan Luka

Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Perawatan Luka

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Riwayat Hidup

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Jenis-Jenis Sayatan SC	13
Gambar 2.2 <i>Lochea</i>	19

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah indikator yang menggambarkan kesejahteraan masyarakat disuatu negara. Menurut WHO (2019) Angka Kematian Ibu (AKI) disebabkan oleh perdarahan, infeksi, preeklamsi, eklamsi, juga penyakit kronik lain seperti Hipertensi dan diabetes. Sedangkan menurut Kemenkes RI (2015) Angka Kematian Ibu (AKI) dilaporkan berjumlah 4.999 jiwa yang diakibatkan oleh beberapa faktor. Tiga faktor utama penyebab kematian ibu adalah hipertensi sebanyak 33,07%, perdarahan *Post Partum* 27,03%, dan infeksi masa kehamilan sebanyak 6,06%.

Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Ciamis (2019) menyebutkan bahwa berdasarkan catatan periode Januari-Oktober 2019 kasus Angka Kematian Ibu (AKI) masih cukup tinggi. Tercatat ada 13 kasus kematian ibu di Kabupaten Ciamis disebabkan oleh beberapa faktor seperti perdarahan pasca persalinan, peningkatan tekanan darah pada masa kehamilan, penyakit kronis pada kehamilan seperti Hipertensi, TBC dan Hepatitis. Hipertensi Kronik sebagai salah satu faktor penyumbang Angka Kematian Ibu (AKI) sehingga memerlukan penanganan yang lebih lanjut (Endang, 2019).

Hipertensi Kronik adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal yang terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal (Wijaya, 2013). Kondisi ini mengakibatkan kondisi yang buruk baik pada ibu maupun pada bayi. Sehingga jika tekanan darah tidak bisa terkontrol selama kehamilan, dan saat akan menjalani persalinan tidak direkomendasikan untuk menjalani persalinan normal, tetapi akan disarankan untuk menjalani *Sectio Caesarea* (SC). Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) merupakan proses untuk melahirkan janin melalui sayatan pada dinding abdomen dan rahim. Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) dilakukan atas indikasi medis, baik dari sisi ibu maupun janin yang dapat membahayakan nyawa ibu ataupun bayinya (Cunningham et al, 2018).

Tindakan *Sectio Caesarea* (SC) dapat menimbulkan berbagai keluhan, keluhan yang muncul yaitu nyeri. Nyeri adalah pengalaman emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan (Suwondo et al, 2017). Selain nyeri efek dari tindakan *Sectio Caesarea* (SC) adalah perdarahan pada area operasi karena terputusnya kontinuitas jaringan, kerusakan jaringan kulit akibat insisi bedah, infeksi pada luka operasi, juga meningkatkan risiko ruptur uteri (Siloam Hospital, 2023). Adapun perbandingan dilakukannya tindakan *Sectio Caesarea* (SC) atas

indikasi Hipertensi Kronik dan indikasi lainnya menurut Rekam Medik RSUD Ciamis periode Januari-Maret 2023, adalah sebagai berikut:

Tabel 1.1
Perbandingan kejadian kasus SC atas indikasi Hipertensi Kronik atas indikasi lainnya di RSUD Ciamis Periode Januari-Maret 2023

NO	Kasus	Jumlah	Presentase
1	SC Indikasi PEB	35	17,3%
2	SC Indikasi Letak Sungsang	32	15,8%
3	SC Indikasi Hipertensi Kronik	27	13,4%
4	SC Indikasi Ketuban Pecah Dini	24	11,9%
5	SC Indikasi Plasenta Previa	22	10,9%
6	SC Indikasi Riwayat SC	19	9,4%
7	SC Indikasi Partus Lama	14	6,9%
8	SC Indikasi CPD	13	6,4%
9	SC Indikasi Bayi Besar	10	5%
10	SC Indikasi Gawat Janin	6	3%
	TOTAL	202	100%

Sumber: Rekam Medis RSUD Ciamis Tahun 2023

Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari Rekam Medis RSUD Ciamis (2023) untuk tindakan *Sectio Caesarea* (SC) atas indikasi Hipertensi Kronis menempati urutan ke 3 dengan presentasi 13,4%. Pasien *Post Sectio Caesarea* (SC) dengan Hipertensi Kronik memerlukan perhatian khusus, karena dampak dari tindakan *Sectio Caesarea* (SC) pada pasien Hipertensi Kronik dapat mengganggu kesehatan (Gerald, 2020). Dampak *Post Sectio Caesarea* (SC) pada pasien Hipertensi Kronik yaitu *Stroke*. *Stroke* dapat terjadi apabila selama masa pemulihan pasca persalinan pasien tidak bisa menjaga pola hidup dengan baik dan tekanan darah tidak terkontrol (Triyanto, 2014). Selain itu juga pasien *Post Sectio Caesarea* (SC) dengan Hipertensi Kronik mengalami peningkatan

ketergantungan terhadap orang lain, karena pasien akan dianjurkan untuk beristirahat dan merawat bayi dengan bantuan keluarga, hal ini juga dapat memperlambat penyembuhan luka post operasi karena kurangnya aktivitas sehingga sirkulasi darah pada area luka kurang lancar (Prawiroharjo, 2014).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E P1A0 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas Indikasi Hipertensi Kronik di Ruang Delima RSUD Ciamis”. Karena dampak *Post Sectio Caesarea* (SC) atas indikasi Hipertensi Kronik apabila tidak ditangani dapat menyebabkan penyakit lain yang lebih serius, juga dapat meningkatkan Angka Kematian Ibu (AKI).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimana Proses Asuhan Keperawatan pada Ny. E P1A0 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas Indikasi Hipertensi Kronik di Ruang Delima RSUD Ciamis?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea* (SC) dengan Hipertensi Kronik dan mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi bio-psiko-

sosial-spiritual pada pasien *Post Sectio Caesarea* (SC) dengan Hipertensi Kronik menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik.
- b. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik.
- c. Penulis mampu menetapkan intervensi sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik.
- d. Penulis mampu mengimplementasikan intervensi yang telah tersusun untuk menyelesaikan masalah pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik.
- e. Penulis mampu mengevaluasi kemajuan keadaan Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik. Setelah seluruh tindakan dilakukan.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan seluruh data yang ada dan tindakan yang telah diberikan pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik.

D. Metode Telaah

Menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Teknik pengumpulan data pada kasus meliputi:

1. Wawancara

Penulis melakukan komunikasi langsung, melakukan tanya jawab dengan pasien dan keluarga, bidan juga memberikan informasi yang penulis butuhkan.

2. Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik secara sistematis mulai dari kepala hingga kaki untuk memeriksa keadaan fisik pasien.

3. Dokumentasi atau Catatan Perawat

Yaitu pengumpulan data dengan cara mempelajari status pasien yang bersumber pada catatan dokter dan bidan untuk dijadikan salah satu dasar melaksanakan asuhan keperawatan

4. Studi Pustaka

Yaitu menggunakan buku-buku literatur yang berkaitan untuk menunjang landasan teoritis.

5. Partisipasi Aktif

Dalam pengumpulan data tidak terlepas dari peran aktif pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga yang mau menerima Asuhan Keperawatan dengan baik sehingga dapat membantu penulis dalam mengumpulkan data dan melakukan tindakan keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

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

BAB I Pendahuluan, mencakup latar belakang, rumusan masalah, tujuan, metode telaah, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Pustaka, BAB ini membahas mengenai konsep dasar Hipertensi Kronik, konsep dasar *Sectio Caesarea* (SC), konsep dasar *Post Partum* dan konsep dasar asuhan keperawatan.

BAB III Tinjauan Kasus Dan Pembahasan, BAB ini membahas mengenai laporan kasus mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, menetapkan intervensi, implementasi hingga evaluasi. Kemudian pembahasan yaitu membahas mengenai proses keperawatan.

BAB IV Kesimpulan Dan Rekomendasi, BAB ini berisi kesimpulan dari proses Asuhan Keperawatan yang telah dilaksanakan. Dan rekomendasi bagi beberapa pihak yang bersangkutan.

Dan bagian terakhir yaitu daftar pustaka, riwayat hidup dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Hipertensi Kronik

1. Defisini Hipertensi Kronik

Hipertensi Kronik adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal yang terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal (Wijaya, 2013).

Hipertensi Kronik adalah suatu peningkatan abnormal pada tekanan darah dalam pembuluh darah arteri yang mengangkut darah ke jantung dan memompa keseluruhan jaringan dengan organ tubuh lainnya secara terus menerus (Irianto, 2014).

Hipertensi Kronik atau tekanan darah tinggi adalah suatu kondisi medis dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam waktu yang lama) yang mengakibatkan angka kesakitan dan kematian, seseorang dikatakan menderita tekanan darah tinggi bila tekanan sistolik >140mmHg dan diastolik >90mmHg (Puetry, N.R dan Yasir, 2018).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Hipertensi Kronik merupakan peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam waktu lama, dengan tekanan sistolik >140mmHg dan diastolik >90mmHg.

2. Etiologi Hipertensi Kronik

Pada umumnya Hipertensi Kronik tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi Kronik terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi ada beberapa faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya Hipertensi Kronik menurut Aspiani (2015):

- a. Genetik
- b. Usia
- c. Obesitas
- d. Stress
- e. Konsumsi garam berlebih dan gaya hidup yang kurang sehat

3. Tanda dan Gejala Hipertensi Kronik

Menurut Aspiani (2015) secara umum tanda dan gejala hipertensi Kronik adalah sebagai berikut:

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Perasaan pusing seperti berputar
- d. Detak jantung berdebar lebih cepat
- e. Mudah lelah

4. Komplikasi Hipertensi Kronik

Tekanan darah tinggi jika tidak diobati maka dalam jangka waktu panjang dapat menyebabkan kerusakan arteri dalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut (Aspiani, 2015).

Adapun komplikasi yang sering terjadi pada penderita Hipertensi Kronik, yaitu:

- a. Stroke
- b. Infark miokard
- c. Gagal ginjal
- d. Ensefalopati
- e. Kejang

5. Bahaya Hipertensi Kronik Pada Janin

Dampak yang dapat ditimbulkan akibat Hipertensi Kronik terhadap janin, yaitu:

- a. Aliran darah ke plasenta berkurang, menyebabkan janin dalam kandungan tidak mendapatkan cukup nutrisi dan oksigen
- b. Pertumbuhan janin terhambat, bila selama dalam kandungan janin tidak mendapat cukup nutrisi dan oksigen maka dapat menghambat pertumbuhannya sehingga janin lahir dengan berat badan yang rendah.
- c. Lahir Prematur, untuk menyelamatkan nyawa ibu dan janin biasanya dokter akan menyarankan untuk dilakukan operasi *Sectio*

Caesarea, janin akan dikeluarkan sebelum waktunya guna mencegah terjadinya komplikasi.

d. Bayi meninggal dalam kandungan, hal ini disebabkan karena nutrisi dan oksigen yang tidak mencukupi kebutuhan.

6. Penatalaksanaan Hipertensi Kronik

Penatalaksanaan Hipertensi Kronik adalah untuk menurunkan faktor risiko penyakit kardiovaskuler serta mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140mmHg dan tekanan diastolik dibawah 90mmHg.

Menurut Aspiani (2015) penatalaksanaan Hipertensi Kronik dibagi menjadi 2 yaitu sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan Faktor Risiko dengan Non Farmakologis

1) Pengaturan Diet

Diet yang dianjurkan bagi pengidap Hipertensi Kronik adalah:

- a) Rendah garam, dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi sistem renin angiotensin sehingga sangat berpotensi sebahai antihipertensi.
- b) Tinggi kalsium
- c) Banyak konsumsi sayuran
- d) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.

2) Penurunan Berat Badan

Mengatasi obesitas dengan cara menurunkan berat badan dapat menurunkan tekanan darah karena mengurangi beban kerja jantung.

3) Olahraga

Olahraga meningkatkan kadar HDL yang dapat mengurangi terbentuknya arteriosklerosis akibat Hipertensi Kronik.

4) Memperbaiki Pola Hidup yang Kurang Sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol penting untuk mengurangi efek jangka panjang Hipertensi Kronik karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

b. Penatalaksanaan Faktor Risiko dengan Farmakologis

Pemberian obat hipertensi.

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea* (SC)

1. Definisi *Sectio Caesarea* (SC)

Sectio Caesarea (SC) merupakan suatu tindakan pengeluaran janin dan plasenta melalui tindakan insisi pada dinding perut dan dinding rahim (Ratnawati, 2016).

Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) merupakan proses untuk melahirkan janin melalui sayatan pada dinding abdomen dan rahim. Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) dilakukan atas indikasi medis, baik

dari sisi ibu maupun janin yang dapat membahayakan nyawa ibu ataupun bayinya (Cunningham et al, 2018).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Satria, 2020).

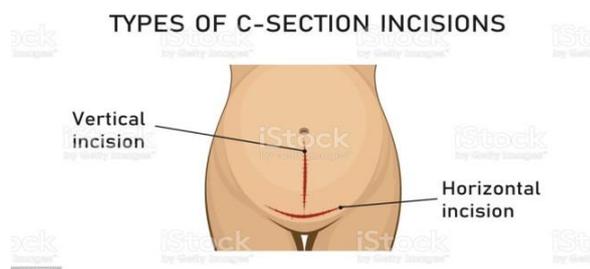
Dari beberapa defisini diatas dapat disimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* (SC) merupakan tindakan pengeluaran janin dengan melakukan sayatan pada dinding abdomen dan dinding rahim.

2. Jenis-Jenis Sayatan Bedah *Sectio Caesarea* (SC)

Jenis-jenis sayatan bedah *Sectio Caesarea* (SC) menurut Akmal M dkk, 2016 adalah sebagai berikut:

- a. *Caesar* jenis klasik, yaitu membuat sayatan pada dinding abdomen dan rahim dengan sayatan yang tegak lurus.
- b. *Caesar* dengan sayatan mendatar diatas kandung kemih.

Gambar 2.1 Jenis-Jenis Sayatan SC



Sumber : nmfotograf, 2019

3. Indikasi *Sectio Caesarea* (SC)

Indikasi *Sectio Caesarea* (SC) menurut Maryunani A(2016):

a. Indikasi Ibu

- 1) Cephalopelvic Disproportion (CPD)
- 2) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulus
- 3) Tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi
- 4) *Plasenta previa*
- 5) *Rupture uteri*
- 6) *Pre eklamsi*
- 7) Penyakit penyerta (HIV, Hipertensi Kronik)

b. Indikasi Janin

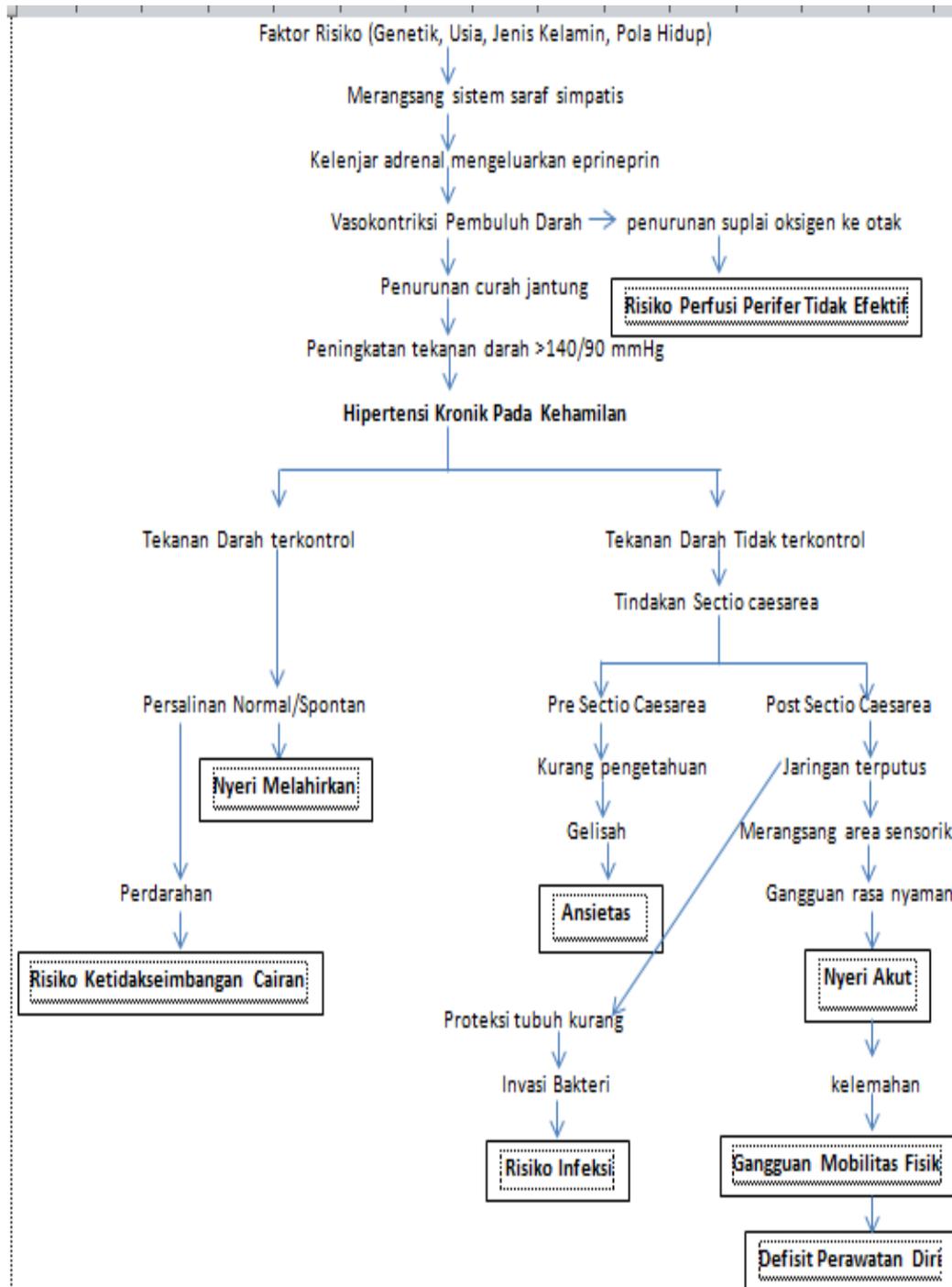
- 1) Malpresentasi janin
- 2) Gawat janin

4. Kontra Indikasi *Sectio Caesarea* (SC)

Dalam praktik kebidanan modern, tidak ada kontra indikasi terhadap *Sectio Caesarea* (SC), namun tindakan ini jarang dilakukan pada kasus janin mati atau *Intra Uterin Fetak Death* (IUFD), infeksi pada dinding abdomen, dan kurangnya fasilitas yang mendukung proses *Sectio Caesarea* (SC) (Fitri,2017).

5. Pathway Hipertensi Kronik pada Kehamilan

Bagan 2.1 Pathway Hipertensi Kronik pada Kehamilan



(Sukma Amore, 2019)

6. Komplikasi *Sectio Caesarea* (SC)

Beberapa komplikasi yang paling banyak terjadi dalam *Sectio Caesarea* (SC) adalah akibat tindakan anastesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, *Endometriosis* (radang *endometrium*), *Tromboplebitis* (gangguan pembekuan darah pembuluh balik), *Embolisme* (penyumbatan pembuluh darah paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna. Komplikasi serius pada tindakan *Sectio Caesarea* (SC) adalah perdarahan karena *atonia uteri*, pelebaran insisi *uterus*, kesulitan mengeluarkan *plasenta*, *hematoma ligamentum latum* (*Broad Ligamen*), infeksi pada saluran genitalia, pada daerah insisi, dan pada saluran perkemihan (Prawiroharjo, 2013).

C. Konsep Dasar *Post Partum*

1. Definisi *Post Partum*

Post Partum adalah suatu keadaan yang terjadi setelah *plasenta* lahir dan alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa *Post Partum* berlangsung selama \pm 6 minggu (Siti Saleha, 2013).

Post Partum merupakan periode waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ-organ reproduksi kembali pada keadaan semula (tidak hamil) yang lamanya 6 minggu setelah bayi dilahirkan dapat juga disebut dengan masa nifas (*peurperium*) (Rahmi, 2019).

Masa nifas (*Post Partum*) adalah masa di mulai setelah kelahiran *plasenta* dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal *Post Partum*, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *Post Partum* adalah suatu keadaan yang dimulai setelah plasenta lahir dan organ-organ reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil yang terjadi selama \pm 6 minggu.

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Wulandari (2020) Ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- a. *Immediate puerperium*, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan, ibu telah diperbolehkan berdiri atau jalan-jalan.
- b. *Early puerperium*, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan, pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi.
- c. *Later puerperium*, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun.

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi *Post Partum*. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain:

a. Sistem Reproduksi

1) *Uterus*

Setelah *plasenta* keluar, secara bertahap uterus akan kembali ke keadaan sebelum hamil yang disebut *involusi uterus*. Involusi dapat terjadi akibat adanya kontraksi *uterus* (Armini et al., 2016).

Tabel. 2.1 Involusi Uterus

No	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
1	Bayi Lahir	Setinggi pusat	100 gr	12,5 cm
2	Plasenta Lahir	Dua jari dibawah pusat	750 gr	12,5 cm
3	1 Minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gr	7,5 cm
4	2 Minggu	Tidak teraba diatas simfisis	300 gr	15 cm
5	6 Minggu	Bertambah kecil	60 gr	2,5 cm

Sumber : Suliyawati, 2019

2) *Lochea*

Lochea merupakan ekskresi cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* juga mengalami proses *involusi*. Perubahan *lochea* menurut W. L. S. Putri (2020) sebagai berikut :

a) *Lochea Rubra*

Terjadi pada hari 1-3 *Post Partum*, berwarna merah kehitaman karena berisi darah dan sisa-sisa selaput ketuban.

b) *Lochea Sanguilenta*

Warnanya putih bercampur merah, berisi sisa darah bercampur lendir, waktunya 3 sampai 7 hari pasca persalinan.

c) *Lochea Serosa*

Terjadi hari ke-7 sampai hari ke-14, warna kekuningan, mengandung lebih sedikit darah.

d) *Lochea Alba*

Muncul setelah minggu ke-2 sampai minggu ke-6, warnanya putih, terdiri dari leukosit.

Gambar 2.2 *Lochea*



(sumber : Nurse Key, 2016)

3) *Perineum, Vagina, Vulva*, dan Anus

Berkurangnya sirkulasi *progesteron* dapat membantu pemulihan otot panggul, *perineum*, *vagina*, dan *vulva* ke arah elastisitas dari ligamentum otot rahim. Pada awal masa nifas, *vagina* dan

muara *vagina* membentuk suatu lorong luas berdinding licin yang akan berangsur-angsur mengecil ukurannya tapi jarang kembali ke bentuk nulipara. Mukosa vagina tetap atrofi pada ibu menyusui sekurang-kurangnya sampai kembali dimulainya masa menstruasi. Mukosa vagina membutuhkan waktu sekitar 2-3 minggu untuk kembali sembuh, tetapi pemulihan luka submukosa akan membutuhkan waktu lebih lama yaitu 4-6 minggu. Luka *perineum* akan sembuh setelah 7 hari dan otot *perineum* akan pulih pada hari ke 5 sampai 6. Pada anus biasanya akan terlihat hemoroid, dan ditambah adanya gejala gatal, kurang nyaman, dan perdarahan pada saat defekasi yang berwarna merah terang. Ukuran hemoroid akan mengecil beberapa minggu masa nifas (Suliyawati, 2019).

b. Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan waktu persalinan, kurang asupan makanan, dan kurangnya aktivitas tubuh (F. A. Putri, 2019).

c. Sistem Perkemihan

Terjadi diuresis yang sangat banyak dalam hari-hari pertama pasca persalinan. Diuresis fisiologis terjadi akibat

pengurangan volume darah dan peningkatan produk sisa yang dimulai pasca persalinan sampai 5 hari *Post Partum* (Aprilianti, 2019).

d. Sistem Muskuloskeletal

Pada saat persalinan, ligamen, fasia, dan diafragma pelvis akan meregang dan setelah bayi lahir berangsur-angsur akan akan menciut dan pulih kembali, sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, dikarenakan rotundum yang menjadi kendor. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 pasca persalinan.

e. Sistem Kardiovaskuler

Setelah bayi dilahirkan, jantung akan bekerja mengalami peningkatan 80% lebih tinggi dibanding sebelum melahirkan, dikarenakan auto transfusi dari uteroplaster dan akan kembali normal pada akhir minggu ketiga (Rahmadenti, 2020).

f. Tanda-Tanda Vital

Pada ibu *Post Partum*, perubahan tanda-tanda vital menurut (Amiatin, 2019) yaitu :

- 1) Temperatur : Selama 24 jam pasca persalinan, suhu badan akan meningkat sampai 38°C sebagai akibat efek dehidrasi persalinan.
- 2) Nadi : Setelah melahirkan biasanya denyut nadi akan meningkat lebih cepat. Setelah minggu ke-8 sampai ke-10

pasca persalinan, denyut nadi akan kembali ke frekuensi sebelum hamil yaitu 60-80 kali per menit.

- 3) Pernafasan : Pernafasan selalu berkaitan dengan suhu tubuh dan denyut nadi, jika suhu badan tidak normal, maka pernafasan akan mengikutinya. Bila pernafasan pada masa nifas menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.
- 4) Tekanan Darah : Biasanya tekanan darah tidak berubah. Bila tekanan darah lebih rendah pasca persalinan, dikarenakan ada perdarahan.

4. Perubahan Psikologis Masa Nifas

a. Tahap Ketergantungan (*The Taking-In Phase*)

Bagi beberapa ibu baru, tahap ini terjadi pada hari ke-1 dan ke-2 setelah melahirkan. Fase “*taking-in*” ini merupakan periode dimana ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan. Tahap ini merupakan tahap refleksi bagi ibu, dimana ibu memikirkan tentang peran barunya sebagai orang tua dan sering mengingat tentang pengalamannya saat melahirkan. Pada tahap ini ibu juga merasakan rasa tidak nyaman (nyeri) setelah melahirkan dan merupakan tahap pengembalian tenaga setelah persalinan. Perhatian ibu pada tahap ini masih tertuju pada kebutuhan dirinya sendiri. Jika kebutuhan fisik dan emosional ibu terpenuhi dengan baik pada tahap ini, maka ibu siap untuk bergerak ke tahap berikutnya (Nastiti, 2016).

b. Tahap Ketergantungan-Ketidakketergantungan (*The Taking-Hold Phase*)

Tahap kedua mulai pada sekitar hari ketiga setelah melahirkan dan berakhir pada minggu keempat sampai kelima. Pada fase “*taking-hold*” ibu siap untuk menerima peran barunya dan belajar tentang semua hal-hal baru. Perhatian ibu tertuju pada perawatan dirinya dan bayinya. Ibu sering merasa cemas, apakah segala sesuatunya berjalan dengan normal. Pada tahap ini, ibu berniat untuk menjadi ibu yang sempurna, oleh karena itu sistem pendukung menjadi sangat bernilai bagi ibu muda yang membutuhkan sumber informasi dan penyembuhan fisik sehingga ia dapat beristirahat dengan cukup. Mekanisme pertahanan diri ibu sangat penting pada fase ini karena *baby blues* merupakan hal yang biasa terjadi (Nastiti, 2016).

c. Tahap Saling Ketergantungan (*The Letting-Go Phase*)

Ibu telah melepaskan bayangan mengenai bayi yang sempurna serta perannya yang dulu, dan ibu menerima bayinya apa adanya serta peran barunya sebagai orang tua. Keluarga besar dan teman-teman yang pada awalnya sangat membantu sebagai sistem pendukung, tidak lagi turut campur dalam interaksi keluarga, dan kegiatan sehari-hari telah kembali dilakukan. Secara fisik ibu telah siap menerima tanggung jawab normal (Nastiti, 2016).

5. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Instalasi Promosi Kesehatan RSUD Dr. Soetomo (2022) beberapa tanda bahaya pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- a. Perdarahan berlebihan pasca melahirkan
- b. Demam tinggi lebih dari 38°C
- c. Sakit kepala hebat
- d. Nyeri pada dada
- e. Nyeri pada betis
- f. Sesak nafas
- g. Gangguan buang air kecil
- h. Darah nifas berbau menyengat

D. Dampak *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Hipertensi Kronik Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Siti Nunung (2013) dampak *Post Sectio Caesarea* terhadap kebutuhan dasar manusia adalah sebagai berikut:

1. Nyeri

Nyeri dirasakan pada area abdomen akibat luka operasi.

Untuk mengatasi rasa sakit pada pasien maka anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi atau napas dalam, serta therapy obat analgetik.

2. Nutrisi dan Cairan

Pada pasien *Post Sectio Caesarea* masih dianjurkan untuk puasa apabila belum flatus dan bising usus belum terdengar.

Sebagai pengganti dari makanan dan cairan, maka pasien diberi cairan infus, apabila pasien sudah flatus dan bising usus normal maka pasien diperbolehkan untuk minum 1 sendok secara bertahap, kemudian dicoba untuk diet lunak Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP).

3. Aktivitas

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

4. Eliminasi

Kebanyakan pasien dapat berkemih spontan 8 jam pasca bedah. Selama kehamilan terjadi peningkatan volume cairan, dan setelah melahirkan cairan tersebut dieliminasi sebagai urine.

5. Istirahat Tidur

Pada pasien *Post Sectio Caesarea* biasanya mengalami gangguan istirahat tidur, ini terjadi karena ada rasa tidak nyaman dan nyeri yang ditimbulkan akibat luka operasi.

6. Personal Hygiene

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada pasien. upaya yang harus dilakukan diantaranya:

- a. Mandi
- b. Perawatan luka *Sectio Caesarea*
- c. Ganti pakaian
- d. Perawatan mulut

7. Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan setelah masa nifas selesai, hendaknya hubungan seksual ditunda hingga hari ke 40 pasca persalinan, diharapkan pada masa nifas organ-organ telah kembali seperti sebelum hamil.

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dari tahapan proses keperawatan, informasi yang didapatkan dari pasien, keluarga pasien, informasi atau laporan laboratoriu, pemeriksaan diagnostik atau hasil pengkajian dari tim kesehatan merupakan pengkajian dasar (Hidayat, 2014). Adapun pengkajian yang perlu dilakukan pada pasien adalah sebagai berikut:

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, umur/tanggal lahir, alamat, agama, pendidikan, pekerjaan, No. RM, tanggal pengkajian.

Pada pasien *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi

Kronik sangat penting mengkaji usia karena salah satu faktor risiko dari Hipertensi Kronik adalah usia (Aspiani, 2015).

2) Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab terdiri dari nama, umur, alamat, pendidikan, agama, pekerjaan, dan hubungan dengan pasien.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang berkaitan dengan masa nifas, pada pasien 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik biasanya mengeluh tidak nyaman, nyeri pada area bekas operasi, pusing dan nyeri tengkuk (Yuli, 2017).

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Menjelaskan terkait keluhan utama pasien. Disusun dengan menyantumkan PQRST, dimana P (*provokes, palliative*) menjabarkan perihai yang memperingan dan memperberat keluhan nyeri, seperti nyeri bertambah saat bergerak dengan aktif dan nyeri berkurang saat beristirahat. Q (*quality*) kualitas keluhan yang dirasakan, seperti kualitas nyeri seperti ditusuk atau disayat. R (*region*) penyebaran dari keluhan yang dirasakan, seperti nyeri dirasakan menjalar hingga ke punggung dan kaki. S (*severity*) keparahan bisa diukur dengan skala seperti skala nyeri 7 dari 0-10. T (*time*) waktu timbulnya

keluhan, seperti apakah nyeri timbul secara tiba-tiba, apakah nyeri menetap, atau nyeri hilang timbul (Wijayanti, 2014).

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Untuk mengetahui tentang pengalaman perawatan kesehatan pasien mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat rawat inap atau rawat jalan, riwayat alergi obat, kebiasaan, dan gaya pola hidup. Riwayat kesehatan dahulu juga penting dikaji seperti pola hidup, mengingat pola hidup merupakan salah satu faktor risiko terjadinya Hipertensi Kronik (Aspiani, 2015).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengetahui apakah ada penyakit keturunan atau penyakit menular dilingkup keluarga. Perlu dikaji riwayat penyakit keluarga mengingat salah satu faktor risiko dari Hipertensi Kronik adalah genetik (Aspiani, 2015).

c. Riwayat Perkawinan

Pada riwayat perkawinan yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah sah atau tidak karena bila melahirkan tanpa status akan berkaitan dengan psikologis ibu sehingga dapat mempengaruhi proses nifas (Yuli, 2017)

d. Riwayat Obstetri

- 1) Riwayat menstruasi : umur menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyak ataupun karakteristik darah yang keluar,

keluhan yang dirasakan saat menstruasi, dan mengetahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).

- 2) Riwayat pernikahan : jumlah pernikahan dan lamanya pernikahan.
- 3) Riwayat kelahiran, persalinan, dan nifas yang lalu : riwayat kehamilan sebelumnya (umur kehamilan dan faktor penyulit), riwayat persalinan sebelumnya (jenis, penolong, dan penyulit), komplikasi nifas (laserasi, infeksi, dan perdarahan), serta jumlah anak yang dimiliki.
- 4) Riwayat keluarga berencana : jenis akseptor KB dan lamanya menggunakan KB (Yuli, 2017).

e. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : tingkat kesadaran, jumlah GCS, tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh), berat badan, tinggi badan, dan lingkaran lengan atas (LILA)). Pada kasus ini pasien mungkin akan tampak lemah, gelisah dan pucat (Yuli, 2017).
- 2) Tanda-Tanda Vital: Pada pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik suhu biasanya naik hingga 38°C karena pengeluaran energi, dehidrasi, denyut nadi meningkat, tekanan darah akan meningkat karena Hiperetnsi Kronik, pernapasan lebih cepat (Yuli, 2017).

3) Pemeriksaan Head To Toe

a) Kepala : Pada pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* umumnya bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat lesi, penyebaran rambut merata, ekspresi wajah akan tampak meringis.

b) Mata : Pada pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* fungsi penglihatan baik, biasanya konjungtiva menjadi anemis karena terjadi perdarahan pada saat tindakan pembedahan, sklera kuning, kemungkinan adanya oedema periorbital bila pasien mengalami preeklamsi.

c) Leher : Pada pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada peningkatan vena jugularis, dan tidak terdapat nyeri tekan. Pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik akan mengalami nyeri/pegal pada tengkuk hal ini terjadi karena pembuluh darah cenderung kaku dan menyempit dimana hal tersebut dapat menghambat aliran darah (Setyawan, 2014).

d) Dada :

(1) Jantung : Pada pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik tekanan darah cenderung tinggi, frekuensi nadi meningkat, saat diperkusi redup/tympani dan saat diauskultasi bunyi jantung S1 S2 lup dup.

- (2) Paru-Paru : Pada pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik pengembangan dada simetris, tidak terdapat nyeri tekan pada dada, saat diperkusi suaranya sonor, dan saat diauskultasi suara napas vesikuler.
- (3) Payudara : Pada pasien *Post Sectio Caesarea* payudara simetris antara kiri dan kanan, areola gelap, puting menonjol, biasanya ASI sudah keluar, pada beberapa kasus *Post Sectio Caesarea* mengalami pembengkakan pada payudara namun kondisi ini bersifat sementara sekitar 24 jam.
- e) Abdomen : Pada pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* terdapat luka post operasi yang tertutup verban, terdapat *linea nigra, striae gravidarum*, terdapat nyeri tekan pada area bekas operasi, TFU pada 6 jam pertama berada di atas pusar, kontraksi uterus kuat, kandung kemih tidak teraba penuh, saat diperkusi bunyinya tympani dan bising usus mengalami penurunan karena efek anestesi.
- f) Genetalia : Pada pasien *Post Sectio Caesarea* *vulva, vagina* dan *periniun* tidak mengalami pembengkakan, hari ke 1-3 akan keluar *lochea rubra*, genetalia tampak kotor karena banyak darah yang belum dibersihkan, dan biasanya pasien

masih terpasang dower kateter dengan urine yang bercampur dengan darah.

g) Anus : Pada pasien *Post Sectio Caesarea* tidak ada pelebaran vena pada anus atau hemoroid.

h) Ekstremitas :

(1) Ekstremitas atas: Pada pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* biasanya terpasang infus, kekuatan otot menurun, ROM menurun, terkadang mengganggu kenyamanan dan aktivitas pasien.

(2) Ekstremitas bawah: Pada pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* kekuatan otot akan menurun, ROM juga penurun karena adanya nyeri hal ini mengakibatkan pasien mengalami kelemahan dan keterbatasan gerak. Reflek *patella*(+), Human sign(-), jika Human Sign(+) mengindikasikan pasien mengalami tromboflebitis.

f. Konsep Diri

Terdiri dari pengkajian identitas dan peran pasien saat ini.

g. Aspek Psikologis

Pada pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* mengalami fase “*taking-in*” ini merupakan periode dimana pasien membutuhkan perlindungan dan pelayanan, pada fase ini pasien sangat membutuhkan bantuan dari keluarga maupun dari tim medis guna membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien (Nastiti, 2016).

h. Aspek Sosial

Pengkajian mengenai hubungan sosial dan komunikasi pasien dengan keluarga, tenaga medis maupun orang lain.

i. Aspek Spiritual

Pengkajian mengenai persepsi keagamaan/religi.

j. Pola Koping

Pengkajian mengenai bagaimana cara pasien memecahkan masalah yang terjadi.

k. Aktivitas Sehari-Hari (ADL)

Pengkajian mengenai kebutuhan nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, juga personal hygiene di rumah dan selama perawatan di pelayanan kesehatan. Pada pasien 6 jam *Post Sectio Caesarea* akan mengalami peningkatan ketergantungan terhadap orang lain, untuk ADL pun pasien akan membutuhkan bantuan baik secara total maupun parsial.

l. Data Penunjang

Pemeriksaan hemoglobin 12-24 jam *Post Partum* (jika Hb < 10g/dL dibutuhkan suplemen FE), leukosit biasanya mengalami peningkatan karena pasien *Post Sectio Caesarea* berisiko terpapar infeksi, trombosit mengalami peningkatan dimana perannya dalam pembekuan darah sehingga tidak terjadi banyak perdarahan.

m. Analisa Data

Tabel 2.2 Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	2	3
<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh nyeri <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak meringis Bersikap protektif Gelisah Frekuensi nadi meningkat Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah meningkat Pola napas berubah Nafsu makan berubah Proses berfikir terganggu 	<p>Hipertensi Kronik pada kehamilan, tekanan darah tidak terkontrol mengakibatkan pasien harus menjalani tindakan <i>Seccio Caesarea</i> (SC) tindakan ini mengakibatkan jaringan terputus dan merangsang area sensorik mengakibatkan gangguan rasa nyaman dan menimbulkan masalah nyeri akut.</p>	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>
<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kekuatan otot menurun Rentang gerak menurun <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri saat bergerak Enggan melakukan pergerakan 	<p>Hipertensi Kronik pada kehamilan, tekanan darah tidak terkontrol mengakibatkan pasien harus menjalani tindakan <i>Seccio Caesarea</i> (SC) tindakan ini mengakibatkan jaringan terputus dan merangsang area sensorik mengakibatkan gangguan rasa nyaman, pasien merasa nyeri, terjadi kelemahan sehingga</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p>

1	2	3
Objektif: 1. Sendi kaku 2. Gerakan terbatas 3. Fisik lemah	menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik.	
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Menolak melakukan perawatan Objektif: 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ketilet/be rhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang	Hipertensi Kronik pada kehamilan, tekanan darah tidak terkontrol mengakibatkan pasien harus menjalani tindakan <i>Sectio Caesarea</i> (SC) tindakan ini mengakibatkan jaringan terputus dan merangsang area sensorik mengakibatkan gangguan rasa nyaman, pasien merasa nyeri, terjadi kelemahan dan gangguan mobilitas fisik, sehingga menimbulkan masalah defisit perawatan diri.	Defisit Perawatan Diri (D.0109)
Gejala dan Tanda Mayor Objektif: 1. Tekanan darah meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Nyeri/kelemahan pada ekstremitas	Faktor pencetus Hipertensi Kronik (genetik, usia, jenis kelamin, pola hidup) mengakibatkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, adanya penyumbatan pembuluh darah sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah dan terjadi gangguan sirkulasi pada otak, suplai oksigen pada	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)

1	2	3
	otak menurun sehingga menyebabkan perfusi perifer tidak efektif	
Faktor Risiko: 1. Penyakit Kronis 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh.	Tindakan Sectio Caesarea (SC) menimbulkan luka terbuka, kurangnya proteksi dalam tubuh bisa mengakibatkan invasi bakteri sehingga berisiko terjadinya infeksi	Risiko Infeksi (D. 0142)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien nifas dengan tindakan *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan
- d. Perfusi Perifer tidak efektif ditandai dengan Peningkatan tekanan darah
- e. Risiko Infeksi ditandai dengan tindakan invasif (prosedur operasi)

3. Intervensi

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi) (D.0077)

1) Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun.

2) Kriteria Hasil:

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Kesulitan tidur menurun
- d) Frekuensi nadi menurun
- e) Pola napas membaik
- f) Tekanan darah membaik

Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
1	2
<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Latih teknik napas dalam <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ajarkan teknik napas dalam <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian therapy obat analgetik 	<p>Untuk mengetahui seberapa berat nyeri yang dirasakan Agar meminimalisir terjadinya nyeri</p> <p>Untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur Agar pasien rileks dan nyaman</p> <p>Agar pasien tahu cara melakukan teknik napas dalam</p> <p>Untuk membantu mengurangi nyeri</p>

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

1) Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama >24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat.

2) Kriteria Hasil:

- a) Pergerakan ekstremitas meningkat
- b) Kekuatan otot meningkat
- c) Rentang gerak meningkat
- d) Nyeri menurun
- e) Kelemahan fisik menurun

Tabel 2.4 Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi	Rasional
1	2
<p>Dukungan Mobilitas (I.05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau tidak 2. Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tujuan mobilisasi 7. Anjurkan mobilisasi dini 	<p>Untuk mengetahui penyebab gangguan mobilitas.</p> <p>Untuk mengetahui keadaan umum pasien apakah memungkinkan untuk mobilisasi atau tidak</p> <p>Untuk mengetahui keadaan pasien, apakah mobilisasi perlu dihentikan atau dilanjutkan</p> <p>Untuk menjadi pegangan pasien saat melakukan mobilisasi. Biasanya dengan bantuan dan dukungan keluarga membuat pasien lebih bersemangat.</p> <p>Agar pasien mengetahui tujuan mobilisasi.</p> <p>Agar pasien terbiasa, bisa beradaptasi dengan keadaan saat ini.</p>

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

1) Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat.

2) Kriteria Hasil:

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Verbalisasi keinginan perawatan diri meningkat
- 4) Mempertahankan kebersihan diri meningkat

Tabel 2.5 Intervensi Defisit Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
1	2
<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Siapkan keperluan pribadi 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<p>Untuk mengetahui apakah pasien membutuhkan alat bantu untuk melakukan perawatan diri agar lebih mudah</p> <p>Agar memudahkan pasien dalam melakukan perawatan diri</p> <p>Agar mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dan jika sewaktu waktu pasien membutuhkan bantuan</p> <p>Agar pasien selalu dalam keadaan bersih, terhindar dari infeksi dan meningkatkan kenyamanan</p>

d. Perfusi Perifer Tidak Efektif ditandai dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)

1) Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat.

2) Kriteria Hasil:

- a) Tekanan darah sistolik membaik
- b) Tekanan darah diastolik membaik
- c) Frekuensi nadi membaik

Tabel 2.6 Intervensi Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif

Intervensi	Rasional
1	2
Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi: 1. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik: 2. Berikan diet yang sesuai (TKTP rendah garam) Edukasi: 3. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah Kolaborasi: 4. Pemberian obat Hipertensi	Untuk mengetahui penyebab dari gangguan sirkulasi Untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien dan memperbaiki sirkulasi. Untuk mengontrol tekanan darah agar tidak terjadi gangguan sirkulasi Untuk mengontrol tekanan darah

e. Risiko Infeksi ditandai dengan tindakan invasif (Prosedur Operasi) (D.0142)

1) Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun.

2) Kriteria Hasil:

- a) Kebersihan badan meningkat
- b) Nyeri menurun
- c) Kadar sel darah putih menurun

Tabel 2.7 Intervensi Risiko Infeksi

Intervensi	Rasional
1	2
<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Lepaskan perban secara perlahan</p> <p>3. Bersihkan dengan NaCl</p> <p>4. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>Edukasi :</p> <p>5. Jelaskan tandan dan gejala infeksi</p> <p>6. Anjurkan pasien untuk melakukan personal hygiene</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>7. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	<p>Untuk mengetahui adanya infeksi, mencegah terjadinya infeksi</p> <p>Membersihkan dan mengganti perban luka agar meminimalisir terjadinya infeksi</p> <p>Agar bila ada infeksi bisa segera ditangani</p> <p>Untuk menjaga kebersihan dan kenyamanan</p> <p>Untuk mencegah terjadinya infeksi</p>

Sumber : Tim Pokja SDKI, SLKI, SIKI PPNI, 2017

4. Implementasi

Implementasi merupakan rencana tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil yang dibuat. Berdasarkan terminologi SIKI, pada tahap implementasi perawat mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi. Perawat

melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan, evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses, dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif menghasilkan umpan balik selama program berlangsung, sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk Subjektif, Objektif, Assessment, Planning (SOAP) (Yustiana dan Ghofur, 2016).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama	: Ny. E
Usia	: 32 tahun
Alamat	: Dusun Margasari rt/rw 01/09, Ciamis
Agama	: Islam
Pendidikan	: SLTP
Suku bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
No. RM	: 100.82.34.30
Tanggal masuk	: 2 April 2023
Tanggal operasi	: 3 April 2023
Tanggal pengkajian	: 3 April 2023
Diagnosa	: <i>Post Sectio Caesarea</i> atas indikasi Hipertensi Kronis

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. A
Umur : 40 tahun
Alamat : Dusun Margasari rt/rw 01/09,
Ciamis
Agama : Islam
Pendidikan : SLTP
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Hub. Dengan pasien : Kakak

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada area bekas operasi (bagian perut).

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji tanggal 3 April 2023 13.30 WIB pasien mengeluhkan nyeri pada bekas operasi. Nyeri timbul saat pasien bergerak, nyeri berkurang saat pasien beristirahat. Kualitas nyeri seperti disayat-sayat, nyeri hanya dirasakan di area perut, dengan skala 7 dari 0-10. Nyeri dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan pasien, pasien belum pernah dirawat di rumah sakit, pasien memiliki riwayat penyakit darah

tinggi sejak 5 tahun yang lalu. Pasien belum pernah operasi apapun sebelumnya, termasuk *Sectio Caesarea* karena ini merupakan persalinan pertama.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penuturan pasien ayahnya memiliki riwayat darah tinggi hingga stroke ringan. Diantara anggota keluarga tidak ada riwayat melahirkan dengan *Sectio Caesarea*.

5) Riwayat Obstetrik dan Ginekologi

a) Riwayat Mestruasi

Menarche	: 12 tahun
Lama	: 6-7 hari
Siklus	: 28 hari
Banyaknya	: 4x mengganti pembalut
HPHT	: 5 September 2022
Taksiran persalinan	: 12 Juni 2023

b) Riwayat Perkawinan

Pasien mengatakan ini pernikahan pertama. Usia suami saat menikah 26 tahun, usia istri saat menikah 20 tahun dan lama pernikahan 12 tahun.

c) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat persalinan P1A0, usia kehamilan 32 minggu. Berat badan sebelum hamil 62 kg, berat badan

saat hamil 71 kg. Pasien mengalami kenaikan berat badan selama hamil 9 kg dengan tinggi badan 150cm.

d) Keadaan Saat Hamil

(1)Trimester I :Pasien mengatakan pada awal kehamilan mengalami mual, dan muntah.

(2)Trimester II :Pasien mengatakan keluhan berkurang.

(3)Trimester III :Pasien mengatakan tidak ada keluhan.

(4)Riwayat ANC :Pasien rutin pemeriksaan ke bidan sudah dilakukan pemeriksaan sebanyak 5x.

e) Riwayat Keluarga Berencana

Awal pernikahan pasien menggunakan pil KB selama 1 tahun, tidak ada keluhan selama penggunaan pil KB namun penggunaannya dihentikan karena pasien ingin segera memiliki momongan.

f) Riwayat Persalinan Sekarang

Data kelahiran: pada tanggal 3 April 2023, pasien dibawa keruang bedah untuk dilakukan tindakan *Sectio Caesarea*. Bayi berjenis kelamin laki-laki dengan BB 1500 gr dengan TB 42 cm.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Composmentis
GCS : 15 (E4 V5 M6)
Keadaan : Pasien tampak lemah

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 160/100mmHg
Nadi : 118x/menit
Respirasi : 20x/menit
Suhu : 36,5°C

3) Kepala

Rambut, Kulit Kepala

Warna rambut hitam, rambut panjang, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, kepala simetris dengan bahu kanan dan kiri, bentuk kepala bulat, tidak terdapat benjolan, atau nyeri tekan di kepala.

4) Wajah

Ekspresi wajah tampak meringis, tidak tampak adanya kloasma, tidak ada pembengkakan pada wajah.

5) Mata

Kedua mata simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, bola mata dapat digerakkan kesegala arah, reflek pupil baik saat diberi rangsangan cahaya pupil

mengecil, pasien dapat membaca papan nama perawat dengan baik, tidak ada nyeri tekan pada bola mata.

6) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak ada kotoran ataupun sekret, pasien dapat membedakan bau kayu putih dengan sabun, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada nyeri pada hidung.

7) Telinga

Telinga simetris antara kanan dan kiri, telinga dalam keadaan bersih, fungsi pendengaran baik, pasien dapat menjawab pertanyaan perawat dengan baik tanpa meminta perawat untuk mengulang pertanyaan.

8) Mulut dan Gigi

Mukosa bibir lembab, gigi tampak bersih, lidah tampak bersih, tidak terdapat stomatitis, tidak terdapat caries.

9) Leher

Leher tampak bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada peningkatan vena jugularis, fungsi menelan baik.

10) Dada

a) Paru-Paru

Pengembangan dada simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka, respirasi 20x/menit, suara napas vesikuler.

b) Jantung

Tekanan darah 160/100mmHg, nadi 118x/menit. Suara jantung S1 dan S2 lup dup dengan irama yang cepat.

c) Payudara

Payudara simetris antara kiri dan kanan, puting menonjol, payudara tampak bersih, areola berwarna gelap, ASI sudah keluar, payudara tidak bengkak.

11) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat linea nigra tidak nampak adanya striae gravidarum, terdapat luka *Post Sectio Caesarea* ± 10cm tertutup verban, area sekitar luka bersih, tidak terdapat kemerahan. Terdapat nyeri tekan di area abdomen kuadran 5 dan 8, TFU diatas pusar, kontraksi kuat, kandung kemih tidak teraba penuh, bising usus 5x/ menit.

12) Genetalia

Vulva, *vagina*, dan *perinium* tidak mengalami pembengkakan, pasien terpasang dower kateter, urine yang bercampur darah tertampung 100cc dalam urine bag, terdapat lochea rubra, daerah sekitar genitalia bersih.

13) Anus

Tidak terdapat hemoroid pada anus.

14) Ekstremitas

a) Ekstremitas Atas

Warna kulit sawo matang, tidak terdapat oedema, tidak terdapat lesi, terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri, kuku tampak pendek dan bersih, warna kuku transparan, CRT <2 detik, turgor kulit kembali kesemula <2 detik.

Kekuatan otot:

5	5
3	3

b) Ekstremitas Bawah

Tidak terdapat oedema, aktivitas dibantu keluarga, tidak terdapat varises. Kuku tampak bersih dan pendek. *Human Sign(-)*, *Reflek Patella(+)*. Abdomen terasa nyeri saat ekstremitas bawah digerakkan berlebihan.

Kekuatan otot:

5	5
3	3

d. Konsep Diri

1) Identitas Diri

Pasien seorang perempuan berusia 32 tahun, pasien beragama Islam, pasien senang dengan kelahiran anak pertamanya.

2) Peran Diri

Pasien berperan sebagai istri, sekarang perannya bertambah menjadi seorang istri dan seorang ibu.

3) Ideal Diri

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

4) Harga Diri

Pasien merasa dihargai dan disayangi oleh keluarganya, terbukti banyak yang silih berganti untuk menengok dan menjaganya.

5) Gambaran Diri

Pasien merasakan perubahan pada dirinya, seperti bertambahnya berat badan, perubahan bentuk tubuh, dan bertambahnya peran, tetapi apapun perubahannya pasien tetap bahagia karena kedatangan sosok yang ditunggu-tunggu, yaitu putranya.

e. Aspek Psikologis

1) Taking in, pada hari ke 1-2 aktivitas pasien masih bergantung pada keluarga dan perawat.

2) Persepsi diri, pasien berharap bisa segera pulang bersama anaknya ke rumah dan berkumpul dengan keluarga.

- 3) Pola pikir, pasien mengatakan sudah tahu cara perawatan bayi karena banyak belajar dari orang-orang terdekat. Hanya saja pasien belum tahu cara perawatan luka operasi di rumah.
- 4) Respon ibu terhadap kelahiran bayi, pasien mengatakan senang, sangat bahagia dan bersyukur atas kelahiran anaknya.
- 5) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi, keluarga mengatakan ikut bahagia atas kelahiran anggota keluarga baru, dimana ibu dan bayi nya dalam keadaan selamat.

f. Aspek Sosial

Hubungan pasien dan keluarga sangat baik, terbukti keluarganya silih berganti menjaga, komunikasipun terjalin dengan baik.

g. Aspek Spiritual

Pasien seorang muslim, selalu berdo'a untuk kebaikan dirinya dan anaknya.

h. Pola Koping

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

i. Kebiasaan Seksual

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

j. Aktivitas Sehari-Hari

Tabel 3.1 Data ADL

NO	Jenis aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	Jenis	Nasi + lauk pauk	Nasi + lauk pauk
	Porsi	1 Porsi	1 porsi
	Cara	Mandiri	Di bantu
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Minum		
	Jenis	Air Putih	Air Putih
	Porsi	6-7 gelas/hari	6-7 gelas/hari
	Cara	Mandiri	Di bantu
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1x/hari	Belum BAB
	Konsistensi	Padat	-
	Warna	Kuning khas feses	-
	Bau	Khas feses	-
	b. BAK		
	Frekuensi	5-6x/hari	Terpasang Dower kateter (100cc)
	Warna	Kuning jernih	Kuning bercampur darah
	Bau	Khas urine	Khas urine
3	Pola Istirahat		
	a. Tidur Siang	1 jam/hari	30 menit
	Kualitas	Nyenyak	Kurang nyenyak
	b. Tidur Malam	6-7 jam/hari	5-6 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	Kurang nyenyak
	Keluhan	Tidak ada	Sering terbangun karena nyeri dan kurang nyaman

4	Personal Hygiene		
	a. Mandi	2x/hari	Dilap 1x/hari
	b. Gosok Gigi	2x/hari	1x/hari
	c. Keramas	3x/minggu	Belum pernah
	Cara	Mandiri	Dibantu

k. Data Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Nama : Ny. E

Usia : 31 tahun

No. RM : 100.82.34.30

Tanggal periksa : 03.04.2023

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	12,6 g/dL	P: 12-14 g/dL
Hematokrit	35,7%	P: 35-45%
Leukosit	17.500 sel/mm ³	5.000-10.000 sel/mm ³
Trombosit	224.000 sel/mm ³	150.000-450.000 sel/mm ³
Protein urine	Negatif	Negatif

l. Therapy Medis

Tabel 3.3 Therapy Obat

NO	Nama Obat	Dosis	Rute	Fungsi Obat
1	Cefotaxime	2x1gr	IV	Antibiotik untuk mengobati sejumlah infeksi
2	Kaltrofen	2x1supp	Oral	Analgetik, obat anti nyeri
3	Metronidazole	2x500mg	IV	Antibiotik, untuk mencegah infeksi
4	Dopamet	3x500mg	Oral	Obat hipertensi

m. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah						
1	2	3						
<p>DS:</p> <p>(1) Pasien mengeluh nyeri pada area bekas operasi</p> <p>(2) Pasien mengeluh tidur tidak nyaman</p> <p>DO:</p> <p>(1) Pasien tampak meringis Terdapat luka <i>Post Sectio Caesarea</i> ± 10cm tertutup verban</p> <p>(2) Terdapat nyeri tekan pada abdomen kuadran 5 dan 8</p> <p>(3) Hasil observasi TTV TD: 160/100mmHg N: 118x/menit RR:20x/menit Suhu: 36,5°C</p>	<p>Tindakan <i>Sectio Caesarea</i> (SC) menyebabkan jaringan terputus dan merangsang area sensorik mengakibatkan gangguan rasa nyaman dan menimbulkan masalah nyeri akut.</p>	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>						
<p>DS:</p> <p>(1) Pasien mengatakan perut terasa nyeri saat kaki digerakkan</p> <p>DO:</p> <p>(1) Pasien tampak lemah</p> <p>(2) kekuatan otot:</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">—</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>(3) Gerakan terbatas</p>	5	5	—	—	3	3	<p>Tindakan <i>Sectio Caesarea</i> (SC) menyebabkan jaringan terputus dan merangsang area sensorik mengakibatkan gangguan rasa nyaman, pasien merasa nyeri, terjadi kelemahan sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik.</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p>
5	5							
—	—							
3	3							
<p>DS:</p> <p>(1) Pasien mengatakan memiliki riwayat darah tinggi</p> <p>DO:</p> <p>(1) Tekanan darah 160/100mmHg</p> <p>(2) Nadi 118x/menit</p> <p>(3) Terdapat kelemahan pada ekstremitas</p>	<p>Faktor pencetus Hipertensi Kronik (genetik, usia, jenis kelamin, pola hidup) mengakibatkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, adanya penyumbatan pembuluh darah sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah dan terjadi gangguan sirkulasi pada otak, suplai oksigen pada otak menurun sehingga</p>	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)</p>						

1	2	3
bawah	menyebabkan perfusi perifer tidak efektif	
DS: (1) Pasien mengatakan nyeri pada area bekas operasi DO: (1) Terdapat luka <i>Post Sectio caesarea</i> ± 10cm tertutup verban (2) Leukosit 17.500 sel/mm ³	Tindakan <i>Sectio Caesarea</i> (SC) menimbulkan luka terbuka, kurangnya proteksi dalam tubuh bisa mengakibatkan invasi bakteri sehingga berisiko terjadinya infeksi	Risiko Infeksi (D.0142)

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan *Sectio Caesarea*) dibuktikan dengan:

DS:

- (1) Pasien mengeluh nyeri pada area bekas operasi
- (2) Pasien mengeluh tidur tidak nyenyak

DO:

- (1) Pasien tampak meringis
- (2) Terdapat luka *Post Sectio Caesarea* ± 10cm tertutup verban
- (3) Terdapat nyeri tekan pada abdomen kuadran 5 dan 8
- (4) Hasil observasi TTV:

TD: 160/100mmHg

N: 118x/menit

RR:20x/menit

Suhu: 36,5°C

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan

dengan:

DS:

(1) Pasien mengatakan perut terasa nyeri saat kaki digerakkan

DO:

(1) Pasien tampak lemah

(2) Kekuatan otot:

5	5
3	3

(3) Gerakan terbatas

c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan

tekanan darah ditandai dengan:

DS:

(1) Pasien mengatakan memiliki riwayat darah tinggi

DO:

(1) Tekanan darah 160/100mmHg

(2) Nadi 118x/menit

d. Risiko infeksi ditandai dengan:

DS:

(1) Pasien mengatakan nyeri pada area bekas operasi

DO:

(1) Terdapat luka *Post Sectio caesarea* ± 10cm tertutup verban

(2) Leukost 17.500 sel/mm³

3. Proses Asuhan Keperawatan

Nama : Ny. E

No.RM : 100.82.34.30

Usia : 32 Tahun

Ruangan : Delima/4

Tgl Operasi : 03 April 2023

Tgl Pengkajian : 03 April 2023

Tabel 3.5 Proses Asuhan Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan sectio caesarea) dibuktikan dengan:</p> <p>DS:</p> <p>(1) Pasien mengeluh nyeri pada area bekas operasi</p> <p>(2) Pasien mengeluh tidur tidak nyenyak</p> <p>DO:</p> <p>(1) Pasien tampak meringis</p> <p>(2) Terdapat luka <i>Post Sectio Caesarea</i> ± 10cm tertutup verban</p> <p>(3) Terdapat nyeri tekan pada abdomen kuadran 5 dan 8</p> <p>(4) Hasil observasi TTV:</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil:</p> <p>(1) Keluhan nyeri menurun</p> <p>(2) Meringis menurun</p> <p>(3) Kesulitan tidur menurun</p> <p>(4) Frekuensi nadi menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Monitor skala nyeri</p> <p>2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p>	<p>Untuk mengetahui seberapa berat nyeri yang dirasakan</p> <p>Agar meminimalisir terjadinya nyeri</p>	<p>Observasi</p> <p>03/04/2023 18.00WIB</p> <p>1. Memonitor skala nyeri</p> <p>Respon: skala nyeri 7, nyeri yang mengganggu, pasien meringis kesakitan</p> <p>Siti Sofia Rahma</p> <p>18.00 WIB</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Respon: pasien mengatakan nyeri terasa saat bergerak dan nyeri berkurang saat pasien beristirahat</p> <p>Siti Sofia Rahma</p>	<p>03/04/2023 20.20WIB</p> <p>S:</p> <p>(1) Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada area bekas operasi, namun nyeri berkurang.</p> <p>(2) Pasien mengatakan tidur tidak nyenyak</p> <p>O:</p> <p>(1) Pasien masih tampak meringis</p> <p>(2) Skala nyeri 6 dari 0-10</p> <p>(3) Hasil tanda-tanda vital: TD:140/100mmHg N :115x/menit RR:20x/menit</p>

1	2	3	4	5	6
TD: 160/100mmHg N: 118x/menit RR:20x/menit Suhu: 36,5°C		Terapeutik: 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Latih teknik napas dalam Edukasi : 5. Ajarkan teknik napas dalam	Untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur Agar pasien rileks dan nyaman Agar pasien tahu cara melakukan teknik napas dalam.	Terapeutik: 20.40WIB 3. Memfasilitasi istirahat tidur a. Membatasi jumlah pengunjung b. Mengatur pencahayaan c. Memposisikan pasien senyaman mungkin Respon: pasien merasa lingkungan cukup nyaman Siti Sofia Rahma 18.25 WIB 4. Melatih teknik napas dalam Respon: pasien merasa lebih nyaman, namun nyeri belum berkurang Siti Sofia Rahma Edukasi: 18.25 WIB 5. Mengajarkan teknik napas dalam Respon: pasien paham dan mampu menerapkannya Siti Sofia Rahma	S :36,5°C A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 6, 7 Siti Sofia Rahma

1	2	3	4	5	6
		Kolaborasi : 6. Kolaborasi pemberian therapy obat a. Kaltrofen 2x1 supp/anal	Untuk mengurangi nyeri	Kolaborasi: 21.00WIB 6. Memberikan therapy obat a. Kaltrofen 1 supp/anal Respon: pasien mengikuti arahan perawat Siti Sofia Rahma	
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan: DS: (1) Pasien mengatakan perut terasa nyeri saat kaki digerakkan DO: (1) Pasien tampak lemah (2) Kekuatan otot: 5 + 5 3 + 3 (3) Gerakan terbatas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama >24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat. Dengan kriteria hasil: (1) Pergerakan ekstremitas bawah meningkat (2) Kekuatan otot meningkat (3) Nyeri menurun (4) Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi : 1. Monitor adanya nyeri atau keluhan fisik 2. Monitor frekuensi nadi, TD, sebelum melakukan mobilitas fisik	Untuk mengetahui penyebab gangguan mobilitas. Untuk mengetahui keadaan umum pasien apakah memungkinkan untuk mobilisasi atau tidak.	Observasi: 03/04/2023 18.00WIB 1. Memonitor keluhan nyeri dan keluhan fisik Respon: pasien mengatakan nyeri diarea perut bila bergerak Siti Sofia Rahma 18.15 WIB 2. Memonitor tanda-tanda vital sebelum mobilisasi Respon: TD:140/100mmHg N :115x/menit RR :20x/menit S :36,5°C Siti Sofia Rahma	03/04/2023 20.20 WIB S: (1) Pasien mengatakan masih merasa nyeri jika bergerak (2) Pasien mengatakan belum mampu banyak bergerak O: (1) Pasien nampak kesulitan dan kesakitan saat berusaha bergerak (2) Pasien tampak lemah (3) Pasien mampu duduk semifowler

1	2	3	4	5	6
		<p>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik:</p> <p>4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</p> <p>5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	<p>Untuk mengetahui keadaan pasien, apakah mobilisasi perlu dihentikan atau dilanjutkan</p> <p>Untuk menjadi pegangan pasien saat melakukan mobilisasi</p> <p>Biasanya dengan bantuan dan dukungan keluarga membuat pasien lebih bersemangat.</p>	<p>18.35WIB</p> <p>3. Memonitor kondisi umum selama mobilisasi Respon: pasien nampak kesulitan, dan kesakitan Siti Sofia Rahma</p> <p>Terapeutik:</p> <p>18.35WIB</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Respon: selama melakukan pergerakan, pasien mencoba untuk memanfaatkan pagar tempat tidur Siti Sofia Rahma</p> <p>19.05WIB</p> <p>5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon: keluarga turut membantu dalam proses peningkatan pergerakan pasien. pasien tampak berusaha untuk bergerak</p>	<p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 7 Siti Sofia Rahma</p>

1	2	3	4	5	6
		<p>Edukasi :</p> <p>6. Jelaskan tujuan mobilisasi dan tahapan mobilisasi dini <i>Post SC</i></p> <p>7. Anjurkan mobilisasi dini</p> <p>a. 0-6 jam post SC pasien masih tidur telentang dengan menggerakkan jar-jari kaki</p> <p>b. 6-12 jam post SC pasien dapat miring kanan miring kiri, duduk semi fowler</p> <p>c. 12-24 jam latihan berdiri</p> <p>d. >24 jam berjalan mengelilingi tempat tidur/ ke kamar mandi</p>	<p>Agar pasien mengetahui tujuan mobilisasi, dan tahapan mobilisasi <i>Post SC</i></p> <p>Agar pasien terbiasa, bisa beradaptasi dengan keadaan saat ini.</p>	<p>Siti Sofia Rahma Edukasi:</p> <p>18.25 WIB</p> <p>6. Menjelaskan tujuan mobilisasi Respon: pasien dapat menyebutkan kembali tujuan mobilisasi dan tahapan mobilisasi <i>Post SC</i></p> <p>Siti Sofia Rahma 18.35 WIB</p> <p>7. Menganjurkan mobilisasi dini miring kanan miring kiri, duduk semifowler Respon: pasien nampak kesulitan dan kesakitan saat miring kanan miring kiri, pasien mau mencoba untuk duduk semifowler)</p> <p>Siti Sofia Rahma</p>	

1	2	3	4	5	6
<p>Perfusi perifer tidak efektif ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <p>(1) Pasien mengatakan memiliki riwayat darah tinggi</p> <p>DO:</p> <p>(1) Tekanan darah 160/100mmHg</p> <p>(2) Nadi 118x/menit</p> <p>(3) Terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <p>(1) Tekanan darah sistolik membaik</p> <p>(2) Tekanan darah diastolik membaik</p> <p>(3) Frekuensi nadi membaik</p>	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi</p> <p>Terapeutik:</p> <p>2. Berikan diet yang sesuai (TKTP rendah garam)</p> <p>Edukasi:</p> <p>3. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah</p>	<p>Untuk mengetahui penyebab dari gangguan sirkulasi</p> <p>Untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien dan memperbaiki sirkulasi.</p> <p>Untuk mengontrol tekanan darah agar tidak terjadi gangguan sirkulasi</p>	<p>Observasi: 03/04/2023 18.00WIB</p> <p>1. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Respon: pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit darah tinggi. Siti Sofia Rahma</p> <p>Terapeutik: 20.00WIB</p> <p>2. Memberikan diet TKTP rendah garam Respon: pasien memakan makanan yang telah disediakan Siti Sofia Rahma</p> <p>Edukasi: 20.45WIB</p> <p>3. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah Respon: pasien mengatakan akan meminum obat sesuai arahan perawat Siti Sofia Rahma</p>	<p>03/04/2023 20.20WIB</p> <p>S:-</p> <p>O:</p> <p>(1) Tekanan darah 140/100mmHg</p> <p>(2) Frekuensi nadi 115x/menit</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 2,4 Siti Sofia Rahma</p>

1	2	3	4	5	6
		Kolaborasi: 4. Kolaborasi pemberian therapy medis a. Dopamet 3x500mg/oral	Untuk mengontrol tekanan darah	Kolaborasi: 21.00WIB 4. Memberikan therapy medis a. Dopamet 500mg/oral Respon: pasien mengatakan akan mengikuti arahan perawat Siti Sofia Rahma	
Risiko infeksi ditandai dengan: DS: (1) Pasien mengatakan nyeri pada area bekas operasi DO: (1) Terdapat luka <i>Post Sectio caesarea</i> ± 10cm tertutup verban (2) Leukost 17.500 sel/mm ³	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil: (1) Nyeri menurun (2) Kadar sel darah putih menurun	Perawatan Luka (I.14564) Observasi : 1. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik: 2. Lakukan perawatan luka post SC setelah memasuki POD 2 (05 April 2023)	Untuk mengetahui adanya infeksi, mencegah terjadinya infeksi Untuk mencegah terjadinya infeksi, untuk menjaga agar luka tetap bersih, dan memberikan rasa	Observasi: 03/04/2023 11.00WIB 1. Memonitor tanda-tanda infeksi Respon: luka masih tertutup verban, area disekitar luka tidak tampak kemerahan, tidak terasa panas, tidak ada bengkak, terasa nyeri, dengan leukosit 17.500 sel/mm ³ Siti Sofia Rahma	03/04/2023 20.20WIB S: Pasien mengatakan masih merasa nyeri O: (1) Luka masih tertutup verban (2) Leukosit 17.500 sel/mm ³ A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1,7 Siti Sofia Rahma

1	2	3	4	5	6
		<p>Edukasi :</p> <p>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>5. Pemberian therapy medis a. Cefotaxime 1gr/IV b. Metronidazole 500mg/IV</p>	<p>nyaman pada pasien</p> <p>Agar bila ada infeksi bisa segera ditangani</p> <p>Untuk mempercepat penyembuhan luka</p> <p>Untuk mengobati infeksi</p>	<p>Edukasi :</p> <p>12.00WIB</p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon: pasien dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala infeksi. Siti Sofia Rahma</p> <p>20.00WIB</p> <p>4. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein. Respon: pasien mengkonsumsi makanan yang dianjurkan. Siti Sofia Rahma</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>21.00WIB</p> <p>5. Memberikan therapy medis a. Cefotaxime 1gr/IV b. Metronidazole 500mg/IV Respon: pasien mengatakan nyeri pada saat obat dimasukkan Siti Sofia Rahma</p>	

4. Catatan Perkembangan

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan Hari ke 1

Catatan Perkembangan Hari ke 1		
Diagnosa Keperawatan	Waktu	Catatan Perkembangan
1	2	3
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan sectio caesarea) dibuktikan dengan:</p> <p>DS:</p> <p>(1) Pasien mengeluh nyeri pada area bekas operasi</p> <p>(2) Pasien mengeluh tidur tidak nyenyak</p> <p>DO:</p> <p>(1) Pasien tampak meringis</p> <p>(2) Terdapat luka <i>Post Sectio caesarea</i> ± 10cm tertutup verban</p> <p>(3) Terdapat nyeri tekan pada abdomen kuadran 5 dan 8</p> <p>(4) Hasil observasi TTV:</p> <p>TD: 160/100mmHg</p> <p>N: 118x/menit</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>Suhu: 36,5°C</p>	04 April 2023 08.00 WIB	<p>S:</p> <p>(1) Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada area bekas operasi</p> <p>(2) Pasien mengatakan nyerinya berkurang, tidak seperti kemarin</p> <p>(3) Pasien mengatakan tidur tidak nyenyak</p> <p>O:</p> <p>(1) Pasien tampak meringis</p> <p>(2) Skala nyeri 5 dari 0-10</p> <p>(3) Hasil tanda-tanda vital: TD: 150/100mmHg N :110x/menit RR: 20x/menit S : 36,5°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Rencana tindakan 2 dihentikan Rencana tindakan 1, 3, 4, 6, 7 dilanjutkan</p> <p>I:</p>
	09.00	(1) Memonitor skala nyeri Respon: pasien mengatakan masih merasa nyeri, pasien tampak meringis
	12.00	(2) Memfasilitasi istirahat tidur Respon: pasien merasa ruangan sudah cukup nyaman
	13.00	(3) Melatih teknik napas dalam Respon: pasien dapat melakukan teknik napas dalam
	12.00	(4) Memberikan therapy medis (a) Kaltrofen 1supp/anal Respon: pasien mengikuti arahan perawat
	20.20	E: (1) Pasien mengatakan nyerinya masih terasa

1	2	3						
		(2) Skala nyeri 4 dari 0-10 (3) Hasil tanda-tanda vital: TD: 145/90mmHg N : 100x/menit RR: 20x/menit S : 36,5°c <p style="text-align: right;">Siti Sofia Rahma</p>						
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan: DS: (1) Pasien mengatakan perut terasa nyeri saat kaki digerakkan DO: (1) Pasien tampak lemah (2) Kekuatan otot: <div style="text-align: center;"> <table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; text-align: center; vertical-align: middle;">+</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; text-align: center; vertical-align: middle;">+</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> </div> (3) Gerakan terbatas	5	+	5	3	+	3	04 April 2023 08.00 WIB	S: (1) Pasien mengatakan sudah bisa berjalan-jalan (2) Pasien masih merasa nyeri saat bergerak O: (1) Dower kateter sudah dilepas, infus sudah dilepas (2) Pasien masih tampak lemah dan kesakitan A: Masalah teratasi P: Hentikan Intervensi <p style="text-align: right;">Siti Sofia Rhhma</p>
5	+	5						
3	+	3						
Perfusi perifer tidak efektif ditandai dengan: DS: (1) Pasien mengatakan memiliki riwayat darah DO: (1) Tekanan darah 160/100mmHg (2) Nadi 118x/menit (3) Terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah	04 April 2023 08.00 WIB 11.30 12.00 20.20	S: - O: (1) Tekanan darah 150/100mmHg (2) Frekuensi nadi 110x/menit A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 2,4 I: (1) Memberikan diet TKTP rendah garam Respon: pasien makan makanan yang telah disediakan (2) Memberikan therapy medis (a) Dopamet 500mg/oral Respon: pasien mengikuti arahan perawat E: (1) TD: 145/90mmHg						

1	2	3
		(2) N : 100x/menit Siti Sofia Rahma
Risiko infeksi ditandai dengan: DS: (1) Pasien mengatakan nyeri pada area bekas operasi DO: (1) Terdapat luka <i>Post Sectio caesarea</i> ± 10cm tertutup verban (2) Leukost 17.500 sel/mm ³	04 April 2023 08.00 WIB 09.00 12.00 12.00 20.20	S: (1) Pasien mengatakan masih merasa nyeri O: (1) Luka masih tertutup verban (2) Leukosit 16.000 sel/mm ³ A: Masalah teratasi sebagian P: Rencana tindakan 3, 4 dihentikan Rencana tindakan 1, 5 dilanjutkan I: (1) Memonitor tanda-tanda infeksi Respon: luka masih tertutup verban, diarea sekitar luka tidak nampak adanya kemerahan, tidak terasa panas, tidak ada bengkak, ada nyeri dengan leukosit 16.000 sel/mm ³ (2) Memberikan therapy obat antibiotik (a) Cefotaxime 1gr/IV (b) Metronidazole 500mg/IV Respon: pasien mengatakan terasa perih saat obat dimasukkan E: (1) Pasien mengatakan masih merasa nyeri (2) Luka masih tertutup verban Siti Sofia Rahma

Tabel 3.7 Catatan Perkembangan Hari ke 2

Catatan Perkembangan Hari ke 2		
Diagnosa Keperawatan	Waktu	Catatan Perkembangan
1	2	3
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan sectio caesarea) dibuktikan dengan: DS: (1) Pasien mengeluh nyeri pada	05 April 2023 08.00 WIB	S: (1) Pasien mengatakan masih merasa nyeri, namun sudah berkurang (2) Pasien mengatakan tidur dengan nyenyak O:

<p>area bekas operasi</p> <p>(2) Pasien mengeluh tidur tidak nyenyak</p> <p>DO:</p> <p>(1) Pasien tampak meringis</p> <p>(2) Terdapat luka <i>Post Sectio caesarea</i> ± 10cm tertutup verban</p> <p>(3) Terdapat nyeri tekan pada abdomen kuadran 5 dan 8</p> <p>(4) Hasil observasi TTV TD: 160/100mmHg N: 118x/menit RR:20x/menit Suhu: 36,5°C</p>	<p>10.00</p> <p>11.00</p>	<p>(1) Pasien tidak meringis</p> <p>(2) Skala nyeri 4 dari 0-10</p> <p>(3) Hasil tanda-tanda vital: TD: 140/100mmHg N :100x/menit RR: 20x/menit S : 36,5°C</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Rencana tindakan 1, 3, 4, 6 dihentikan Rencana tindakan 7 dilanjutkan</p> <p>I:</p> <p>(1) Memberikan therapy medis (a) Kaltrofen 1supp/anal Respon: pasien mengikuti arahan perawat</p> <p>E:</p> <p>(1) Pasien mengatakan nyerinya masih terasa</p> <p>(2) Skala nyeri 4 dari 0-10</p> <p>(3) Hasil tanda-tanda vital: TD: 130/100mmHg N : 100x/menit RR: 20x/menit S : 36,5°C</p> <p style="text-align: right;">Siti Sofia Rahma</p>
<p>Perfusi perifer tidak efektif ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <p>(1) Pasien mengatakan memiliki riwayat darah</p> <p>DO:</p> <p>(1) Tekanan darah 160/100mmHg</p> <p>(2) Nadi 118x/menit</p> <p>(3) Terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah</p>	<p>05 April 2023 08.00 WIB</p> <p>12.00</p> <p>10.00</p>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <p>(1) Tekanan darah 140/100mmHg</p> <p>(2) Frekuensi nadi 110x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 2,4</p> <p>I:</p> <p>(1) Memberikan diet TKTP rendah garam Respon: pasien makan makanan yang telah disediakan</p> <p>(2) Memberikan therapy medis (a) Dopamet 500mg/oral</p>

1	2	3
	11.00	<p>Respon: pasien mengikuti arahan perawat</p> <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) TD: 130/100mmHg (2) N : 100x/menit <p style="text-align: right;">Siti Sofia Rahma</p>
<p>Risiko infeksi ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Pasien mengatakan nyeri pada area bekas operasi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Terdapat luka <i>Post Sectio caesarea</i> ± 10cm tertutup verban (2) Leukost 17.500 sel/mm³ 	<p>05 April 2023 08.00 WIB</p> <p>09.00</p> <p>09.00</p> <p>10.00</p> <p>11.00</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Luka masih tertutup verban (2) Leukosit 14.000 sel/mm³ <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi 1,2,5 dilanjutkan, ganti therapy medis dengan Cefadroxil 500mg/oral</p> <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Memonitor tanda dan gejala infeksi <p>Respon: tidak ada kemerahan, area sekitar tidak teraba panas, tidak ada bengkak, masih terasa nyeri, luka tampak bersih dan kering.</p> <ul style="list-style-type: none"> (2) Melakukan ganti verban <p>Respon: pasien merasa nyaman setelah verban diganti</p> <ul style="list-style-type: none"> (3) Memberikan therapy medis (a) Cefadroxil 500mg/oral <p>Respon: pasien mengikuti arahan perawat</p> <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Pasien mengatakan nyeri berkurang (2) Skala nyeri 4 dari 0-10 (3) Luka dalam keadaan bersih, kering, tidak terdapat kemerahan, panas, bengkak. (4) Leukosit 14.000 sel/mm³ <p style="text-align: right;">Siti Sofia Rahma</p>
	13.30	Pasien pulang dengan ACC dokter

B. Pembahasan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik di ruang Delima RSUD Ciamis yang dilaksanakan pada 3 April 2023 sampai 5 April 2023, penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan antara teori dengan yang terjadi di lapangan. Adapun pembahasan dibagi berdasarkan tahapan asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, dimana dalam tahap ini penulis mengumpulkan data-data yang berkaitan dengan kondisi klinis pasien. Pada saat pengumpulan data, penulis tidak mengalami banyak kendala karena Ny. E dan keluarga sangat kooperatif yang ditunjang dengan terbinanya hubungan saling percaya antara penulis dengan Ny. E dan keluarga. Menjawab pertanyaan penulis tanpa ragu, mulai dari identitas hingga keadaan psikologisnya serta bersedia dilakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh.

Saat dilakukan pengkajian, pasien mengeluh nyeri pada area bekas operasi, nyeri timbul saat pasien bergerak, nyeri berkurang saat pasien beristirahat. Kualitas nyeri seperti disayat, nyeri hanya dirasakan diarea perut, dengan skala 7 dari 0-10. Nyeri dirasakan hilang timbul. Ekspresi wajah meringis, tekanan darah dan frekuensi nadi meningkat.

Nyeri terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikanin, serotin dan histamine, rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan mempersepsikan sebagai nyeri (Nurarif, 2015). Respon pasien terhadap nyeri biasanya ditunjukkan dengan peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, secara verbal pasien akan mengungkapkan ketidak nyamanan. Pasien juga akan menunjukan respon emosi dan perilaku seperti meringis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah, atau menyeringai dan berusaha melindungi area yang terasa nyeri (Sulistyo Andamoyo, 2013).

Menurut Alfin Nurrido (2022) proses penyembuhan luka terdiri dari 3 fase, yaitu fase inflamasi, proliferasi, dan maturasi. Fase inflamasi terjadi pada hari pertama hingga hari ke 5 pasca operasi. Dimana tanda fase inflamasi adalah adanya kemerahan (rubor), panas (kalor), bengkak (tumor), nyeri (dolor) dan hilangnya fungsi (functio laesa). Pada pasien timbul salah satu tanda inflamasi yaitu nyeri. Pada fase penyembuhan luka membutuhkan perawatan yang baik, karena dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Perawatan luka yang tidak baik dapat berisiko mengalami infeksi, pada pasien terjadi peningkatan leukosit sebagai salah satu respon tubuh untuk melawan patogen penyebab infeksi.

Fase proliferasi terjadi pada hari ke 6 hingga ke 21, serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka.

Fase ini mulai terjadi granulasi, kontaminasi mikroorganisme. Fase maturasi dimulai sejak hari ke 22 hingga berbulan-bulan pasca operasi.

Selain nyeri, efek yang ditimbulkan pasca operasi yaitu gangguan mobilisasi, dimana terjadi penurunan kekuatan otot dan kelemahan fisik. Pasien juga mengalami peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi yang selain diakibatkan oleh nyeri, itu juga merupakan efek dari riwayat penyakit Hipertensi Kronik yang pasien alami.

2. Diagnosa Keperawatan

Tidak semua diagnosa yang mungkin muncul pada teori dapat diangkat pada diagnosa keperawatan secara nyata, karena harus ditunjang dengan data-data yang muncul pada pasien. adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan *Sectio Caesarea*)

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) Nyeri akut terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan yang merangsang reseptor kimia kemudian disampaikan ke thalamus dan korteks serebri dan dipersepsikan menjadi nyeri. Adapun tanda dan gejala mayor nyeri akut subjektif mengeluh nyeri. Objektif tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat. Tanda dan gejala minor objektif tekanan

darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri.

Tanda dan gejala yang muncul pada Ny. E, pasien mengeluh nyeri pada area bekas luka, pasien tampak meringis, terdapat luka operasi tertutup verban, nyeri tekan pada abdomen kuadran 5,8, tidur tidak nyenyak terjadi peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi.

Masalah ini penulis prioritaskan karena pasien merasakan nyeri yang sangat mengganggu, apabila masalah tidak segera diselesaikan akan menimbulkan ketidaknyamanan dan mengganggu aktivitas pasien.

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri

Gangguan mobilitas fisik pada ibu *post partum* diakibatkan oleh trauma. Trauma yang dimaksud adalah luka post operasi yang membuat mobilitas fisik terganggu. Selain nyeri, gangguan mobilitas fisik juga disebabkan karena kurangnya terpapar informasi mengenai manfaat dari mobilisasi terhadap penyembuhan luka.

Adapun batasan karakteristik dari gangguan mobilitas fisik yaitu, tanda dan gejala mayor subjektif pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Objektif kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun. Tanda dan gejala minor subjektif nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat

bergerak. Objektif sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

Tanda dan gejala yang muncul pada Ny. E, nyeri pada area bekas operasi, kekuatan otot ekstremitas bawah kanan dan kiri menurun kekuatan otot 3, pasien tampak lemah, ADL dibantu.

- c. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

Perfusi perifer tidak efektif dapat terjadi karena penurunan sirkulasi darah yang diakibatkan oleh penyempitan pembuluh darah dan peningkatan tekanan darah.

Pada Ny. E mengalami perfusi perifer tidak efektif karena memiliki riwayat penyakit Hipertensi Kronik, tekanan darah 160/100mmHg dan frekuensi nadi 118x/menit.

- d. Risiko Infeksi ditandai dengan efek tindakan invasif (tindakan *Sectio Caesarea*)

Risiko infeksi dapat terjadi karena adanya luka pembedahan *Sectio Caesarea*. Ini disebabkan oleh meningkatnya leukosit karena adanya mikroorganisme yang masuk dalam tubuh dan dianggap musuh dalam tubuh.

Adapun faktor risiko dari risiko infeksi yaitu, penyakit kronis, efek prosedur invasif, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

Pada Ny. E diagnosa risiko infeksi ditegakkan karena adanya faktor risiko yaitu efek prosedur invasif. Pasien telah menjalani operasi *Sectio Caesarea*, yang kemungkinan besar adanya patogen penyebab infeksi masuk kedalam luka.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Perencanaan yang penulis tetapkan berdasarkan diagnosa yang telah ditegakkan, yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan *Sectio Caesarea*) intervensi yang ditetapkan terkait dengan distraksi dan relaksasi karena berdasarkan beberapa penelitian salah satunya penelitian yang dilakukan oleh Mulyadi, Rusubala dan Kumaat (2017) menyimpulkan bahwa tindakan distraksi dan relaksasi bila dilakukan dengan baik dan maksimal hasilnya efektif dalam menurunkan intensitas nyeri.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri intervensi yang ditetapkan adalah dukungan mobilisasi yang difokuskan pada mobilisasi dini sesuai dengan tahapan mobilisasi pada pasien *Post Sectio Caesarea* tindakan ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Vellyana dan Rahmawati (2021) mobilisasi pada pasien Post Operasi dapat meningkatkan kekuatan otot serta

mencegah kontraktur sehingga dapat memulihkan kondisi pasien pasca operasi.

- c. Perfusi perifer tidak efektif ditandai dengan peningkatan tekanan darah intervensi yang ditetapkan adalah perubahan pola hidup dimana pasien dianjurkan untuk mengonsumsi makanan TKTP rendah garam dan pemberian therapy medis untuk mengontrol tekanan darah agar tidak terjadi masalah yang lebih berat.
- d. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasif (tindakan *Sectio Caesarea*) intervensi yang ditetapkan adalah perawatan luka, didukung dengan beberapa penelitian yang menunjukkan efektifitas perawatan luka terhadap penurunan risiko infeksi.

4. Implementasi

Dalam tahap implementasi ini penulis melakukan tindakan yang telah direncanakan sebelumnya dalam intervensi. Untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan *Sectio Caesarea*) adalah dengan melakukan teknik distraksi dan relaksasi, mengajarkan dan melatih teknik napas dalam pada pasien, pasien mampu melakukan teknik napas dalam dan merasa lebih nyaman setelah rutin melakukannya.

Pada diagnosa kedua, yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yang dilakukan penulis adalah mobilisasi dini sesuai dengan tahapan mobilisasi pada pasien *Post Sectio Caesarea*, mengajarkan dan menganjurkan pasien untuk mobilisasi

dini, pasien paham mengenai tahapan mobilisasi dini dan mampu melakukannya sesuai tahapan.

Untuk diagnosa ketiga, yaitu perfusi perifer tidak efektif ditandai dengan peningkatan tekanan darah, yang penulis lakukan adalah perubahan pola hidup, diawali dengan memberikan diet TKTP rendah garam dan memberikan therapy medis Dopamet 500mg/oral untuk mengontrol tekanan darah, pasien mengikuti anjuran dan arahan perawat.

Terakhir pada diagnosa keempat, yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasif (tindakan *Sectio Caesarea*) yang penulis lakukan adalah perawatan luka, dengan memonitor tanda dan gejala infeksi dan melakukan ganti verban pada POD 2 untuk menjaga kebersihan luka dan memastikan luka kering. Luka masih tertutup verban, pasien merasa nyeri pada area bekas operasi namun tidak ada kemerahan, bengkak, panas pada area sekitar luka.

5. Evaluasi

Pada tahap ini penulis melakukan evaluasi terhadap keadaan pasien setelah seluruh tindakan dilakukan. Penulis melakukan observasi secara langsung. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari di ruang perawatan, pasien menunjukkan kemajuan dalam pemulihan keadaanya. Pada diagnosa pertama, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan *Sectio Caesarea*), masalah teratasi sebagian dengan hasil evaluasi pasien mengatakan

nyerinya masih terasa, skala nyeri 4 dari 0-10, Hasil tanda-tanda vital: TD: 130/100mmHg, N : 100x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C.

Pada diagnosa kedua, yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, masalah teratasi dengan hasil evaluasi pasien mengatakan bisa bergerak lebih leluasa, tidak tampak adanya kelemahan fisik, pasien lebih sering bergerak dan jalan-jalan, pasien masih tampak dipapah oleh keluarganya.

Pada diagnosa ketiga, yaitu perfusi perifer tidak efektif ditandai dengan peningkatan tekanan darah, masalah teratasi sebagian dengan hasil evaluasi tekanan darah 130/100xmmHg dan frekuensi nadi 100x/menit.

Pada diagnosa keempat, yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasif (tindakan *Sectio Caesarea*), masalah teratasi sebagian dengan hasil evaluasi Pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 4 dari 0-10, luka dalam keadaan bersih, kering, tidak terdapat kemerahan, panas, bengkak, leukosit 14.000 sel/mm³.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik di Ruang Delima RSUD Ciamis pada tanggal 3 April-5 April 2023 penulis dapat menyimpulkan:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik.
3. Penulis mampu menetapkan rencana keperawatan pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik.
4. Penulis mampu mengimplementasikan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik.

6. Penulis mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada Ny. E 6 Jam *Post Sectio Caesarea* atas indikasi Hipertensi Kronik.

B. Rekomendasi

1. Untuk Pasien dan Keluarga

Diharapkan keluarga sebagai support system mampu memberikan dukungan pada pasien untuk beradaptasi dengan keadaan *Post Sectio Caesarea*. Dan mampu menerapkan apa yang telah disampaikan selama perawatan.

2. Untuk Perawat

Diharapkan dapat melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur. Khususnya dalam hal ini melakukan perawatan luka dan mobilisasi dini *Post Sectio Caesarea*, guna mengurangi komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien.

3. Untuk Rumah Sakit

Diharapkan dapat membuat dan menerapkan SOP terkait tindakan keperawatan, memfasilitasi alat yang diperlukan dalam melakukan tindakan keperawatan dalam hal ini alat untuk perawatan luka dan SOP untuk melakukan mobilisasi dini sesuai dengan tahapan mobilisasi *Post Sectio Caesarea*.

DAFTAR PUSTAKA

- Akmal M dkk, 2016. “Jenis-Jenis Sayatan Sectio Caesarea”.
<http://repository.ump.ac.id/9275/3>, diakses pada 2 Mei 2023
- Amiatin, 2019. “Perubahan Fisiologis Pada Ibu Post Partum”.
<http://repository.unissula.ac.id/23513/1>, diakses pada 3 Mei 2023
- Amore, Sukma. 2019. “Pahtway Hipertensi Kronik pada Kehamilan”.
<http://repository.pkr.ac.id>, diakses pada 31 Mei 2023
- Andamoyo, Sulisty. 2013. “Konsep Nyeri Akut”.
<http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id>, diakses pada 15 Juni 2023
- Aprilianti, 2019. “Post Partum”.
<http://repository.universitalirsyad.ac.id/61/3>, diakses pada 3 Mei 2023
- Armini et al., 2016 “Involusi Uterus”. <http://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/53/6/6>, diakses pada 3 Mei 2023
- Aspiani. 2015. “Konsep Dasar Hipertensi”.
<http://repositori.unimus.ac.id/473814>, diakses pada 1 Mei 2023
- Cunningham at al, 2018. *Obstetri Williams*. Edisi 23. Volume 1. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Ciamis. 2019. “Angka Kematian Ibu (AKI) di Ciamis masih Tinggi”. <http://jabarnews.com>, diakses pada 25 Mei 2023
- F. A. Putri, 2019. “Post Partum” <http://repository.poltekkes-kdi.ac.id/3034>, diakses pada 3 Mei 2023
- Fitri, 2017. “Sectio Caesarea”. <http://repository.poltekkes-smg.ac.id/index.php>, diakses pada 2 Mei 2023
- Gerald. 2020. “Dampak *Sectio Caesarea* pada Pasien Hipertensi Kronik”,
<http://repository.unhas.ac.id>, diakses pada 26 Mei 2023
- Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit RSUD Dr. Soetomo. 2022. “Tanda Bahaya Masa Nifas”. <http://rsudsoetomo.jatimprov.go.id>, diakses pada 3 Mei 2023
- Irianto. 2014. “Konsep Dasar Hipertensi”. <http://eprints.umpo.ac.id/7110/4>, diakses pada 1 Mei 2023
- KEMENKES RI. 2015. “Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia”.
<http://kesmas.kemkes.go.id>, diakses pada 25 Mei 2023

- Maryunani A. 2016. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*.
- Mulyadi, Rusubala, & Kumaat. 2017. *Pengaruh Distraksi dan Relaksasi dalam menurunkan Intensitas Nyeri*". *Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan Volume 1 Nomor 2*. Diakses pada 15 Juni 2023
- Nastiti, 2016. "Perubahan Psikologis Masa Nifas". <http://onesearch.id/INSILIS00000877602>, diakses pada 3 Mei 2023
- nmfotograf, 2019. "Jenis Sayatan Operasi Sectio Caesarea". <http://nmfotograf.sectio.caesarea>, diakses pada 2 Mei 2023
- Nunung, Siti. 2013. "Dampak *Post Sectio Caesarea* terhadap Kebutuhan Dasar Manusia" diakses pada 30 Mei 2023
- Nurarif. 2015. "Nyeri Akut". <http://bku.ac.id>, diakses pada 15 juni 2023
- Nurse Key. 2016. "Macam-Macam Lochea". <http://Scribd-macam-macam-lochea>, diakses pada 3 Mei 2023
- Prawiroharjo. 2013. "Konsep SC (Sectio Caesarea)". <http://eprints.umm.ac.id/89737>, diakses pada 2 Mei 2023
- Putri, W L S. 2020. "Ilmu Keperawatan". <http://www.studocu.com/id/document/universitas-swadaya-gunung-jati>, diakses pada 3 Mei 2023
- Rahmadenti. 2020. "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum". <http://repository.bku.ac.id/123456789/899>, diakses pada 3 Mei 2023
- Rahmi. 2019. "Post Partum". <http://repository.unissula.ac.id.23513/1>, diakses pada 3 Mei 2023
- Ratnawati. 2016. "Sectio Caesarea". <http://www.studocu.com/id/document/universitas-muhammadiyah-surabaya/nursing>, diakses pada 2 Mei 2023
- Setyawan. 2014. "Pengkajian pada Pasien Hipertensi Kronik" diakses pada 6 Mei 2023
- Siloam Hospital. 2019. "Komplikasi *Sectio Caesarea*". <http://www.siloamhospitals.com>, diakses pada 26 Mei 2023
- Siti Saleha, 2013. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum*. Sleman: Deepublish
- Suliyawati. 2019. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1, Cetakan III (Revisi)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1, Cetakan II*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1, Cetakan II*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Triyanto. 2014. “Komplikasi Hipertensi Kronik”. <http://perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id>, diakses pada 26 Mei 2023
- Vellyana, Rahmawati. 2021. “Dukungan Mobilisasi Dini pada Pasien Post Sectio Caesarea”. *HealthCare Nursing Journal* Vol.5 No.1. diakses pada 15 Juni 2023
- WHO (*World Health Organization*). 2019. “Angka Kematian Ibu”. <http://media.neliti.com> diakses pada 25 Mei 2023
- Wijaya. 2013. “Konsep Dasar Hipertensi”. <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/4441>, diakses pada 1 Mei 2023.
- Wijayanti, 2014. “Kefektifan Pembelajaran Mengidentifikasi Informasi” diakses pada 6 Mei 2023
- Wulandari. 2020. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas*. Batu: Literasi Nusantara
- Yuli. 2017. “Pengkajian Post Sectio Caesarea” diakses pada 5 Juni 2023
- Yuliana & Hakim, 2020. “Konsep Nifas”. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/29111>, diakses pada 3 Mei 2023
- Nurriddo, Alfin. 2022. “Jenis dan Fase Penyembuhan Luka”. <http://yankes.kemkes.go.id>, diakses pada 20 Juni 2023

RIWAYAT HIDUP



IDENTITAS PENULIS

Nama : Siti Sofia Rahma

Alamat : Jln. Ciledug Gg. Hidmah

Agama : Islam

RIWAYAT PENDIDIKAN

SD Muhammadiyah IV Garut (2007-2013)

MTs. Mu'allimin Mu'allimat Muhammadiyah Garut (2013-2016)

MA. Mu'allimin Mu'allimat Muhammadiyah Garut (2016-2017)

SMK Bhakti Kencana Garut (2017-2020)

Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut (2020-Sekarang)

FORMAT BIMBINGAN

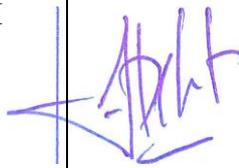
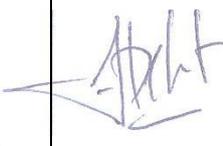
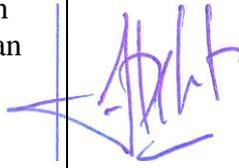
NAMA : Siti Sofia Rahma

NIM : KHGA20090

Judul :Asuhan Keperawatan Pada Ny. E P1A0 6 Jam *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Hipertensi Kronik Diruang Delima RSUD Ciamis

Pembimbing : K. Dewi Budiarti, M.Kep.

NO	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf
	Masuk	Keluar			
1	25/05/2023	25/05/2023	BAB I	Perbaiki Latar Belakang	
2	26/05/2023	26/05/2023	BAB I	Perbaiki Latar Belakang	
3	30/05/2023	30/05/2023	BAB I	Lanjut BAB II	
4	31/05/2023	31/05/2023	BAB II	Revisi BAB II	
5	05/06/2023	05/06/2023	BAB II	1.Perbaiki penulisan 2.Perbaiki Diagnosa	

				Keperawatan	
6	07/06/2023	08/06/2023	BAB II	Perbaiki Pengkajian	
7	09/06/2023	09/06/2023	BAB II	Lanjut BAB III	
8	12/06/2023	12/06/2023	BAB III	1.Perbaiki pengkajian 2.Perbaiki Proses Keperawatan	
9	13/06/2023	13/06/2023	BAB III	1.Perbaiki Analisa Data 2.Perbaiki Diagnosa Keperawatan	
10	14/06/2023	14/06/2023	BAB III	1.Perbaiki intervensi gangguan mobilisasi 2.Perbaiki Intervensi Risiko Infeksi 3.Lanjut pembahasan	
11	15/06/2023	15/06/2023	Pembahasan	1. Implementasi, sesuaikan dengan waktu 2. Pembahasan perbaiki dan sesuaikan dengan petunjuk	
12	16/06/2023	16/06/2023	Pembahasan	Pengkajian dan intervensi perbaiki sesuai petunjuk	

13	22/06/2023	22/06/2023	Pembahasan	ACC BAB III Lanjut BAB IV	
14	23/06/2023	23/06/2023	BAB IV	1. Kesimpulan dibuat dengan singkat 2. Rekomendasi sesuaikan dengan pembahasan	
15	24/06/2023	24/06/2023	BAB IV	Buat Draft	
16	25/06/2023	25/06/2023	DRAFT	Revisi Abstrak ACC Sidang	

PERAWATAN LUKA POST OP SC



DI SUSUN OLEH
SITI SOFIA RAHMA
KHGA20090

PROGRAM STUDI DIPLOMA III
KEPERAWATAN
STIKES KARSA HUSADA GARUT
2023

APA ITU PERAWATAN LUKA???



Perawatan luka adalah perawatan yang dilakukan untuk meningkatkan proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri dengan cara merawat luka serta memperbaiki asupan makanan tinggi protein. (Riyadi dan Harmoko, 2013)

LALU, APA TUJUAN DARI PERAWATAN LUKA?

1. MENCEGAH INFEKSI
2. MEMBERIKAN RASA NYAMAN
3. MEMPERCEPAT PENYEMBUHAN
4. MENJAGA AGAR LUKA TETAP BERSIH



Bagaimana langkah-langkah mencegah infeksi??

1. SELALU MENCUCI TANGAN
2. KUKU HARUS BERSIH DAN PENDEK
3. MINUM OBAT SECARA TERATUR
4. MENJAGA KEBERSIHAN LUKA
5. JAGA AGAR LUKA TETAP KERING
6. JANGAN MEMEGANG AREA LUKA
7. TETAP MELAKUKAN PERSONAL HYGIENE, AGAR TETAP BERSIH DAN NYAMAN. TIDAK PERLU KHAWATIR KARENA LUKA DITUTUP PERBAN ANTI AIR.



APA SAJA TANDA-TANDA INFEKSI???

TANDA- TANDA INFEKSI MENURUT MUTTAQIEN,2014:

- 1.TERDAPAT NYERI DAN PUS PADA AREA LUKA**
- 2.KEMERAHAN DAN BENGGAK PADA LUKA**
- 3.TERJADI PENINGKATAN SUHU TUBUH**
- 4.TERJADI PENINGKATAN SEL DARAH PUTIH**



PENGELOLAAN LUKA SECTIO CAESAREA

Selama luka masih tertutup perban, yang harus dilakukan adalah:

- 1.Jangan memegang luka, apalagi tangan dalam keadaan kotor
- 2.Mandi seperti biasa, hindari menggosok, mengoleskan sabun pada area yang ditutupi perban, cukup dialiri dengan air
- 3.Hindari berendam tanpa persetujuan dokter yang bersangkutan
- 4.Makan makanan yang tinggi protein, ditambah sayur dan buah
(Iera Sipahutar, 2019)



SUMBER

- Maryunani. 2013. Tujuan perawatan luka
- Muttaqien. 2014. SAP Perawatan Luka
- Riyadi dan Harmoko. 2013. Perawatan Luka Post Op
- Sipahutar, Iera. 2019. Prosedur Perawatan Luka Bedah Caesar

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PERAWATAN LUKA



Disusun Oleh :

SITI SOFIA RAHMA

KHGA20090

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

STIKes KARSA HUSADA GARUT

2023

Pokok Bahasan : Perawatan Luka
Sasaran : Pasien dan Keluarga
Hari/ Tanggal : 03 April 2023
Waktu : 30 menit
Tempat : Ruang Delima kamar IV RSUD Ciamis
Penyuluh : Siti Sofia Rahma

A. TUJUAN

1. Tujuan Intruksional Umum
Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 25 menit diharapkan pasien dan keluarga mampu melakukan personal hygiene.
2. Tujuan Intruksional Khusus
Setelah diberikan penyuluhan tentang perawatan luka diharapkan mampu
 - a. Menyebutkan Pengertian Perawatan Luka
 - b. Menyebutkan Tujuan Perawatan Luka
 - c. Menyebutkan Langkah-Langkah Pencegahan Infeksi Pada Luka Post Operasi Sectio Caesarea
 - d. Menyebutkan Tanda-Tanda Infeksi pada Luka
 - e. Menyebutkan Pengelolaan Luka Sectio Caesarea di Rumah

B. MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian Perawatan Luka
2. Tujuan Perawatan Luka
3. Langkah-Langkah Pencegahan Infeksi Pada Luka Post Operasi Sectio Caesarea
4. Tanda-Tanda Infeksi
5. Pengelolaan Luka Sectio Caesarea di Rumah

C. KEGIATAN

No.	Tahapan	Waktu	Kegiatan	
			Penyuluhan	Sasaran
1.	Pembuka	3 Menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Mendengarkan
2.	Inti	20 Menit	<p>Menjelaskan tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian Perawatan Luka 2. Tujuan Perawatan Luka 3. Langkah-Langkah Pencegahan Infeksi Pada Luka Post Operasi Sectio Caesarea 4. Tanda-Tanda Infeksi 5. Pengelolaan Luka Sectio Caesarea di Rumah 6. Memberikan kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimak 2. Mendengarkan dan memperhatikan 3. Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan
3.	Penutup	7 Menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi materi yang telah diberikan 2. Menyimpulkan materi 3. Menutup penyuluhan dan memberikan salam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan 4. Menjawab salam

D. EVALUASI

1. Bentuk : Langsung
2. Jenis pertanyaan : Lisan
3. Jumlah pertanyaan : 2 pertanyaan
4. Waktu : 5 menit

EVALUASI

1. Apa saja tanda infeksi?
2. Bagaimana pengelolaan luka yang dapat dilakukan di Rumah?

Jawaban

1. Tanda-Tanda Infeksi

Tanda-tanda infeksi pada luka menurut Muttaqien, 2014):

- a. Terdapat nyeri dan pus pada area sekitar luka
- b. Terdapat kemerahan dan bengkak di area sekitar luka
- c. Terjadi peningkatan suhu tubuh
- d. Terjadi peningkatan sel darah putih

2. Pengelolaan Luka di Rumah

Selama luka masih tertutup perban, yang harus dilakukan adalah

- a. Jangan memegang area luka, apalagi dalam keadaan tangan kotor.
- b. Mandi seperti biasa, hindari menggosok, mengoleskan sabun pada area yang tertutup perban, cukup aliri dengan air.
- c. Hindari mandi berendam sebelum mendapatkan persetujuan dari dokter.
- d. Makan makanan yang tinggi protein, ditambah sayur dan buah.
(Iera Sipahutar, 2019).

LAMPIRAN MATERI PENYULUHAN

PERAWATAN LUKA

1. Pengertian Perawatan Luka

Perawatan luka adalah perawatan yang dilakukan untuk meningkatkan proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri dengan cara merawat luka serta memperbaiki asupan makanan tinggi protein. (Riyadi dan Harmoko, 2013)

2. Tujuan Perawatan Luka

Tujuan dilakukan perawatan luka adalah sebagai berikut:

- a. Untuk mencegah infeksi
- b. Untuk memberikan rasa nyaman pada pasien
- c. Mempercepat proses penyembuhan
- d. Menjaga luka tetap bersih

(Maryunani, 2013)

3. Langkah-langkah Pencegahan Infeksi pada Luka Post Operasi

- a. Selalu mencuci tangan
- b. Kuku harus dibersihkan dan tidak panjang
- c. Minum obat secara teratur
- d. Jaga kebersihan luka
- e. Jaga agar luka tetap kering
- f. Tidak boleh memegang area luka
- g. Tetap melakukan personal hygiene, seperti mandi, keramas, dll. Jangan khawatir karena luka sudah tertutup perban yang tahan air.

4. Tanda-Tanda Infeksi

Tanda-tanda infeksi pada luka menurut Muttaqien, (2014):

- a. Terdapat nyeri dan pus pada area sekitar luka
- b. Terdapat kemerahan dan bengkak di area sekitar luka
- c. Terjadi peningkatan suhu tubuh
- d. Terjadi peningkatan sel darah putih

5. Pengelolaan Luka Sectio Caesarea di Rumah

Selama luka masih tertutup perban, yang harus dilakukan adalah

- a. Jangan memegang area luka, apalagi dalam keadaan tangan kotor.
- b. Mandi seperti biasa, hindari menggosok, mengoleskan sabun pada area yang tertutup perban, cukup aliri dengan air.

- c. Hindari mandi berendam sebelum mendapatkan persetujuan dari dokter.
- d. Makan makanan yang tinggi protein, ditambah sayur dan buah. (Iera Sipahutar, 2019).

Daftar Pustaka

- Maryunani, 2013. *Tujuan Perawatan Luka*. (online) tersedia di: <http://id.scribd.com/tujuanperawatanluka>. (diakses pada 03 April 2023)
- Muttaqien, 2014. *SAP Perawatan Luka*. (online) tersedia di: <http://id.scribd.com/SAPPerawatanluka>. (diakses pada 03 April 2023)
- Riyadi dan Harmoko, 2013. *Perawatan Luka Post Op*. (online) tersedia di: <http://www.ners.unsir.ac.id/Perawatanlukapostop>. (diakses pada 03 April 2023)
- Sipahutar, Iera. 2019. *Prosedur Perawatan Luka Bedah Caesar di Rumah*. (online) tersedia di: <http://amp-sehat-com.cnd.amproject./org/v/s/prosedur-perawatan-luka-bedah-caesar-dirumah>. (diakses pada 03 April 2023)