

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R (P2A0) *POST SECTIO*
CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB)
DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:
IWANG TRIYANTI
KHGA23103



**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT**

2026

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN KTI

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R (P2A0)
POST SECTIO CAESAREA POD 0 ATAS
INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) DI
RUANG AGATE BAWAH RSUD DR. SLAMET
GARUT
Nama Mahasiswa : IWANG TRIYANTI
NIM : KHGA23103

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melakukan sidang dan perbaikan
Karya Tulis Ilmiah

Garut, Juli 2026
Menyetujui,

Penelaah I

Penelaah II



K. Dewi Budiarti, M.Kep.



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

Mengetahui,

Ketua Program Studi
D III Keperawatan

Pembimbing



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



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

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R (P2A0) *POST SECTIO*
CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB)
DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT**

Disusun Oleh:

IWANG TRIYANTI

KHGA23103

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini telah di sidangkan dihadapan tim penguji Program Studi
D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

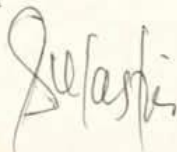
Menyetujui,
Pembimbing



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

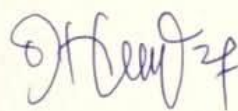
Tugas akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan
Kebidanan



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

Mengetahui
Ketua Prodi D III Keperawatan



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

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

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

Garut, September 2026

Iwang Triyanti

KHGA23103

ABSTRAK

IV BAB, 110 Halaman, 17 Tabel, 2 Bagan, 4 Lampiran

Preeklampsia berat (PEB) merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang menjadi penyebab utama kematian dan kesakitan ibu, baik di dunia maupun di Indonesia, dan sering memerlukan penanganan persalinan melalui *Sectio Caesarea* (SC) untuk menyelamatkan ibu dan janin. Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada Ny. R (P2A0) *Post SC POD 0* atas indikasi PEB, meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual dengan pendekatan proses keperawatan. Metode yang digunakan adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus, dengan pengumpulan data melalui wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, studi dokumentasi, dan studi kepustakaan. Hasil pengkajian menunjukkan nyeri pada luka operasi skala 7, nyeri saat bergerak, dan ketidakmampuan melakukan perawatan diri. Ditemukan lima diagnosa keperawatan prioritas: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, risiko infeksi dibuktikan adanya prosedur invasif, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik pasca operasi dan menyusui tidak efektif berhubungan dengan kecemasan maternal. Intervensi meliputi manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, dan dukungan perawatan diri. Implementasi dilakukan selama 5 hari, dengan evaluasi menunjukkan nyeri menurun, kemampuan mobilisasi meningkat, dan pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Simpulannya, penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. R. Disarankan perlunya edukasi deteksi dini tanda bahaya PEB dan perawatan mandiri *post SC* kepada pasien dan keluarga guna mencegah komplikasi.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Preeklampsia Berat, *Post Sectio Caesarea*, Nifas

Daftar Pustaka: 51 buah sumber.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny. R (P2A0) dengan *Post Sectio Caesarea Post Opporative Day 0* atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut" dengan baik dan tepat waktu.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut 2026. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mendapat bimbingan, arahan, serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan penuh ketulusan hati penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan Hidayah-Nya Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai dengan baik.
2. Kepada Bapak Dr. H. Hadiat selaku ketua pembina yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Kepada Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku ketua Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Kepada Ibu Sulastini, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Kepada Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd, selaku ketua Prodi D III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, dan pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan, bimbingan, saran serta bantuan dengan sabar dan kooperatif sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai dengan baik.
6. Kepada staff dosen Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga dan mendidik penulis selama 3 tahun.

7. Kepada kepala ruangan beserta staff ruangan dan CI di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan dalam melakukan asuhan keperawatan
8. Kepada klien Ny. R dan keluarganya selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerja sama selama melakukan asuhan keperawatan
9. Kepada kedua orang tua tercinta, support system terbaik Ibu Uka dan Bapak Hamim. Yang senantiasa mengusahakan anak terakhirnya ini menempuh pendidikan yang layak dan setinggi-tingginya. Terimakasih karena selalu memberikan dukungan baik moral maupun material serta doa yang tiada putusnya demi kelancaran dan kemudahan penulis, selalu menjadi penyemangat dan tempat pulang utama yang memberikan sandaran terkuat dari kerasnya dunia. Terimakasih karena tanpa restu, pengorbanan, dan kasih sayang kalian, penulis tidak akan pernah sampai di titik ini. Semoga Allah SWT selalu memberikan kesehatan dan keberkahan kepada beliau karna sudah menjadi orang tua yang terbaik bagi penulis
10. Teruntuk keluarga besar tercinta, kakak-kaka dan keponakan tersayang, penulis ucapkan terimakasih atas do'a dan dukungan yang telah diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.
11. Kepada Zacky Maeisa Rimbawan, S.E, terimakasih atas segala dukungan serta doa dan kesabaran yang senantiasa di berikan kepada penulis selama menempuh pendidikan hingga sampai pada titik ini. Terimakasih karena selalu ada di setiap suka maupun duka, memberikan semangat disaat penulis merasa lelah dan ragu serta tak pernah lelah mengingatkan penulis untuk berjuang menyelesaikan studi ini. Semoga kebaikan dan ketulusan yang telah diberikan menjadi berkah dan mendapatkan balasan yang terbaik.
12. Terimakasih kepada Ibu Ai dan Ayah Deni yang sudah penulis anggap sebagai orang tua sendiri atas doa dan dukungan yang selalu diberikan kepada penulis baik moral maupun material.
13. Kepada teman seperjuangan terbaik Dewi Astri Nirwana, terimakasih karena telah menemani penulis sejak awal semester hingga sampai saat ini.

Terimakasih atas segala kebersamaan, dukungan, bantuan, serta segala cerita yang telah dilalui bersama selama perkuliahan.

14. Kepada teman yang sudah seperti saudara sendiri Ai Tia Nurhasanah, terimakasih sudah menjadi teman yang baik dari sebelum perkuliahan di mulai hingga saat ini, terimakasih sudah selalu ada mendengarkan keluhan kesah selama perkuliahan, dan saling menguatkan satu sama lain.
15. Seluruh teman-teman kelas 3C D III Keperawatan yang menjadi keluarga kedua di masa perkuliahan, teman seperjuangan yang mempunyai kegigihan dan semangat yang luar biasa untuk mencapai gelar bersama.
16. Kepada diri saya sendiri Iwang Triyanti, terimakasih telah kuat melewati perjalanan dan perjuangan sampai titik ini. Terimakasih karena tidak pernah lelah berdoa dan meyakinkan bahwa semuanya akan terlewati dan yakin bahwa perjuangan dan perjalanan ini tidak akan sia-sia.
17. Semua pihak yang tidak dapat di sebutkan satu per satu yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna baik secara penyajian maupun isinya, penulis menyambut baik terhadap kritik dan saran dari semua pihak. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembacanya.

Garut, Juli 2026

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR BAGAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan	5
C. Metode Telaahan	6
D. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN TEORI	9
A. Konsep Dasar Preeklampsia.....	9
1. Definisi preeklampsia	9
2. Klasifikasi Preeklampsia	10
3. Etiologi Preeklampsia dan Faktor Risiko	10
4. Tanda dan Gejala Preeklampsia	11
5. Patofisiologi Preeklampsia	13
6. Komplikasi preeklampsia	13
7. Pemeriksaan Penunjang preeklampsia.....	15
8. Penatalaksanaan Preeklampsia	16
B. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	17
1. Definisi <i>Sectio Caesarea</i>	17
2. Klasifikasi <i>Sectio Caesarea</i>	18
3. Indikasi <i>Sectio Caesarea</i>	20
4. Komplikasi <i>Sectio Caesarea</i>	22
5. Pemeriksaan Penunjang <i>Sectio Caesarea</i>	24
6. Penatalaksanaan <i>Sectio Caesarea</i>	25
7. Keuntungan dan kerugian <i>Sectio Caesarea</i>	26
8. Dampak <i>Sectio Caesarea</i> terhadap kebutuhan dasar manusia	28
9. Pathway <i>Sectio Caesarea</i>	31

C. Konsep Dasar <i>Post partum</i>	32
1. Definisi <i>Post partum</i>	32
2. Tahapan Masa <i>Post partum</i>	32
3. Perubahan Fisiologis pada masa <i>post partum</i>	33
4. Perubahan Psikologis Setelah Melahirkan	37
5. Kebutuhan ibu <i>post partum</i>	38
D. Konsep Asuhan Keperawatan	40
1. Pengkajian Keperawatan	40
2. Analisa Data	47
3. Diagnosa Keperawatan.....	50
4. Intervensi Keperawatan	50
5. Implementasi Keperawatan	57
6. Evaluasi Keperawatan	58
BAB III TINJAUAN KASUS.....	59
A. Pengkajian	59
B. Analisa Data	72
C. Diagnosa Keperawatan Menurut Prioritas	74
D. Proses Asuhan keperawatan	76
E. Catatan Perkembangan.....	88
F. Pembahasan.....	94
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	108
A. Kesimpulan	108
B. Rekomendasi	109

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 presentase Sectio caesarea dengan berbagai indikasi dari bulan Januari – Mei 2026 di RSUD Dr. Slamet Garut	4
Tabel 2. 1 perbandingan preeklampsia ringan dan berat.....	13
Tabel 2. 2 Perubahan uterus	33
Tabel 2. 3 Analisa data.....	47
Tabel 2. 4 Intervensi keperawatan diagnosa 1	50
Tabel 2. 5 Intervensi keperawatan diagnosa 2	52
Tabel 2. 6 Intervensi keperawatan diagnosa 3	53
Tabel 2. 7 Intervensi keperawatan diagnosa 4	54
Tabel 2. 8 Intervensi keperawatan diagnosa 5	55
Tabel 3. 1 Riwayat kehamilan yang lalu	63
Tabel 3. 2 Pola Aktivitas sehari-hari.....	68
Tabel 3. 3 Hasil Laboratorium 1	70
Tabel 3. 4 Hasil Laboratorium 2	70
Tabel 3. 5 Terapi Medis	71
Tabel 3. 6 Analisa Data	72
Tabel 3. 7 Perencanaan Keperawatan	76
Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan.....	88

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway SC atas indikasi preeklampsia berat	31
Bagan 3. 1 Genogram keluarga Ny. R	61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SATUAN ACARA PENYULUHAN

Lampiran 2 LEAFLET

Lampiran 3 LEMBAR BIMBINGAN

Lampiran 4 DAFTAR RIWAYAT HIDUP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator fundamental dalam mengukur derajat kesehatan masyarakat dan kualitas sistem pelayanan kesehatan suatu negara. Secara global, *World Health Organization* menyatakan bahwa sebagian besar kematian ibu disebabkan oleh komplikasi langsung selama masa kehamilan dan persalinan. Penyebab utama meliputi perdarahan obstetri sebesar 27% dan gangguan hipertensi dalam kehamilan termasuk preeklampsia dan eklampsia sebesar 16% dari total kematian ibu di seluruh dunia. Angka tersebut menempatkan preeklampsia sebagai penyebab kematian ibu terbesar kedua secara global, yang menjadikannya prioritas intervensi klinis dan kebijakan kesehatan di berbagai tingkatan. (WHO, 2025).

AKI masih menjadi tantangan serius dalam pembangunan kesehatan Indonesia. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI, tercatat 4.482 kasus kematian ibu pada tahun 2023, yang kemudian mengalami penurunan menjadi 4.150 kasus pada tahun 2024. Meskipun terdapat tren penurunan, jumlah tersebut masih tergolong tinggi dan memerlukan penguatan yang berkelanjutan melalui deteksi dini faktor risiko, pelayanan *Antenatal Care* (ANC) berkualitas minimal enam kali kunjungan, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, serta sistem rujukan maternal yang responsif dan efektif.

Provinsi Jawa Barat tercatat sebagai salah satu daerah dengan beban kematian ibu yang signifikan. Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat, pada tahun 2023 tercatat 792 kasus kematian ibu atau sekitar 96,89 per 100.000 kelahiran hidup, meningkat dibandingkan tahun 2022 sebanyak 678 kasus (Dinkes Prov. Jabar, 2024). Pada tahun 2024, angka tersebut mengalami penurunan menjadi 749 kasus dengan rasio sekitar 98,60 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Prov. Jabar, 2025). Di tingkat kabupaten, Kabupaten Garut mencatat 50 kasus kematian ibu pada tahun 2024, dengan puncak tertinggi dalam tiga tahun terakhir mencapai 56 kasus pada tahun sebelumnya (Pembab

Garut, 2024). Data ini menunjukkan bahwa Kabupaten Garut masih membutuhkan perhatian khusus dalam upaya penurunan AKI, termasuk peningkatan mutu tatalaksana kasus obstetri risiko tinggi seperti preeklampsia.

Salah satu penyebab utama kematian ibu yang perlu mendapat perhatian khusus adalah preeklampsia berat (PEB). Preeklampsia merupakan sindrom spesifik kehamilan yang ditandai dengan hipertensi (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau diastolik ≥ 90 mmHg) yang timbul pertama kali setelah usia kehamilan 20 minggu pada wanita yang sebelumnya normotensi serta disertai peningkatan protein urin pada pemeriksaan laboratorium (Lokki & Heikkinen-Eloranta, 2021). Secara patofisiologis, preeklampsia terjadi akibat kegagalan invasi trofoblas pada arteri spiral uteri yang menyebabkan iskemia plasenta, aktivasi disfungsi endotel sistemik, vasospasme, dan peningkatan resistensi vaskular perifer (Shahid et al., 2021). Kondisi ini selanjutnya memicu disfungsi multiorgan yang melibatkan sistem kardiovaskular, ginjal, hepar, dan sistem saraf pusat. Preeklampsia berat didefinisikan apabila tekanan darah mencapai $\geq 160/110$ mmHg disertai satu atau lebih tanda kegawatan seperti nyeri epigastrik, gangguan penglihatan, oliguria, trombositopenia, atau peningkatan enzim hati yang seluruhnya mengindikasikan ancaman komplikasi serius berupa eklampsia, sindrom HELLP, hingga kematian maternal dan perinatal apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat.

Pada kasus preeklampsia berat dengan kondisi serviks yang tidak menguntungkan atau terdapat indikasi kegawatdaruratan maternal maupun fetal, *Sectio Caesarea (SC)* menjadi pilihan tindakan persalinan yang utama. *Sectio caesarea* merupakan prosedur persalinan melalui pembedahan dengan membuat insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi) guna melahirkan janin dan plasenta dalam upaya penyelamatan jiwa ibu dan bayi.

Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, angka persalinan dengan metode SC di Indonesia mencapai 25,9%, meningkat secara signifikan dibandingkan data Riskesdas 2018 sebesar 17,6%. Peningkatan ini perlu mendapat perhatian serius dalam pelayanan kesehatan harus selalu

berdasarkan indikasi medis yang tepat untuk mencegah risiko komplikasi. Pasien *post sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat pada *Post Operative Day 0 (POD 0)* menghadapi risiko komplikasi yang berlapis dan memerlukan pemantauan intensif berbasis bukti ilmiah. Komplikasi yang harus diantisipasi meliputi: perdarahan pasca operasi akibat atonia uteri atau koagulopati terkait sindrom HELLP, eklampsia pasca persalinan di mana 25–30% kejadian eklampsia terjadi dalam 48 jam pertama *postpartum*, krisis hipertensi yang berisiko memicu stroke hemoragik, disfungsi ginjal akut, edema paru akut akibat perpindahan cairan pasca SC, serta nyeri akut pada luka insisi yang mempengaruhi mobilisasi dini dan meningkatkan risiko trombosis vena dalam (TVD).

Berdasarkan *evidence-based practice*, tatalaksana keperawatan yang telah terbukti efektif pada populasi ini mencakup: pemberian magnesium sulfat (MgSO_4) intravena sebagai profilaksis eklampsia selama minimal 24 jam *postpartum* sesuai panduan WHO dan POGI; pemberian antihipertensi pilihan pertama seperti nifedipin oral atau labetalol intravena untuk mempertahankan tekanan darah sistolik <150 mmHg dan diastolik <100 mmHg; pemantauan urine output ketat (target $\geq 0,5$ mL/kgBB/jam) sebagai indikator fungsi ginjal; manajemen nyeri multimodal paSCaoperasi dengan kombinasi analgesik non-opioid (parasetamol dan NSAID) untuk mendukung mobilisasi dini; serta pemantauan tanda-tanda sindrom HELLP melalui pemeriksaan trombosit, enzim hepar (SGOT/SGPT), dan laktat dehidrogenase (LDH) secara berkala. Pendekatan asuhan keperawatan yang komprehensif, sistematis, dan berbasis bukti menjadi kunci dalam meminimalkan morbiditas dan mortalitas ibu pada fase kritis ini.

Berdasarkan data rekam medis RSUD Dr. Slamet Garut pada periode Januari–Mei 2026, terdapat 166 kasus persalinan dengan tindakan *sectio caesarea* dari berbagai indikasi medis. Distribusi kasus tersebut disajikan pada Tabel 1.1 berikut:

Tabel 1. 1 presentase *Sectio caesarea* dengan berbagai indikasi dari bulan Januari – Mei 2026 di RSUD Dr. Slamet Garut

No.	KASUS	JUMLAH	PRESENTASE
1.	SC Indikasi Gagal Induksi	32	27,2%
2.	SC Indikasi Kala II Lama	19	16,4%
3.	SC Indikasi Preeklampsia Berat	11	9,5%
4.	SC Indikasi Gawat Janin	11	9,5%
5.	SC Indikasi Hipertensi Gestasional	8	6,9%
6.	SC Indikasi KPD	8	6,9%
7.	SC Indikasi Plasenta Previa Total	8	6,9%
8.	SC Indikasi CPD	7	6,0%
9.	SC Indikasi Letak Lintang	6	5,2%
10.	SC Indikasi Letak Sungsang	6	5,2%
	Jumlah	166	100%

Sumber: Rekam Medis Pasien RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2026

Berdasarkan Tabel 1.1, kasus *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat menempati urutan ketiga terbanyak dengan 11 kasus (9,5%) dari total 166 kasus SC selama periode Januari–Mei 2026. Angka ini mencerminkan bahwa preeklampsia berat masih menjadi indikasi medis yang signifikan dalam tindakan SC di RSUD Dr. Slamet Garut, sekaligus menegaskan bahwa pengelolaan pasien *post SC* dengan kondisi PEB memerlukan pendekatan asuhan keperawatan yang terstandarisasi, komprehensif, dan berbasis bukti ilmiah, terutama pada *POD 0* yang merupakan periode kritis dengan risiko komplikasi tertinggi.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus mendalam mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan *post sectio caesarea* dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R (P2A0) *Post Sectio caesarea Post Operative Day 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB) di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada Ny. R (P2A0) *Post SC POD 0* atas indikasi preeklampsia berat meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan di Ruang Agate bawah RSUD Dr. Slamet Garut tahun 2026.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus yang ingin dicapai penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah agar penulis mampu:

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. R (P2A0) *Post Sectio caesarea POD 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB) di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. R (P2A0) *Post Sectio caesarea POD 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB) di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny. R (P2A0) *Post Sectio caesarea POD 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB) di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut
- d. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. R (P2A0) *Post Sectio caesarea POD 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB) di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. R (P2A0) *Post Sectio caesarea POD 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB) di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. R (P2A0) *Post Sectio caesarea POD 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat (PEB) di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaahan

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

1. Wawancara

Wawancara adalah kegiatan komunikasi timbal balik bentuk tanya jawab antara perawat dengan pasien/keluarga/orang di sekitar pasien terkait masalah Kesehatan (Lilis & Maesaroh, 2022).

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan pemeriksaan yang dilakukan pada tubuh pasien, baik secara keseluruhan maupun hanya pada bagian tertentu yang dianggap perlu. Tujuannya adalah untuk mendapatkan data yang sistematis dan komprehensif, mengonfirmasi serta membuktikan hasil anamnesis (wawancara), menentukan masalah keperawatan, serta merencanakan tindakan yang tepat bagi pasien.

Menurut Lilis & Maesaroh (2022), terdapat empat teknik dalam pemeriksaan fisik:

- a. Inspeksi, yaitu pemeriksaan dengan memanfaatkan indera penglihatan, pendengaran, dan penciuman. Inspeksi umum dilakukan pada pertemuan pertama dengan pasien untuk membentuk gambaran atau kesan awal mengenai kondisi pasien.
- b. Palpasi, yaitu pemeriksaan menggunakan indera peraba dengan menempatkan tangan pada bagian tubuh yang dapat terjangkau. Teknik ini mendeteksi berbagai parameter seperti suhu, kelembaban, tekstur, gerakan, vibrasi, pertumbuhan atau massa, edema, krepitasi, dan sensasi.
- c. Perkusi, yaitu pemeriksaan dengan mengetuk permukaan tubuh untuk menghasilkan bunyi yang membantu menentukan densitas, lokasi, dan posisi struktur di bawahnya. Perkusi dilakukan dengan mengetuk bagian tertentu permukaan tubuh dan membandingkan

dengan bagian tubuh lain (kiri/kanan) untuk mengidentifikasi batas/lokasi serta konsistensi jaringan.

- d. Auskultasi, yaitu pemeriksaan fisik dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh organ dan jaringan tubuh, biasanya menggunakan alat bernama stetoskop.

3. Observasi

Observasi adalah tahap kedua dalam proses pengumpulan data keperawatan. Pada tahap ini, perawat melakukan pengamatan terhadap perilaku pasien serta memantau perkembangan kondisi kesehatan mereka. Observasi dilaksanakan dengan memanfaatkan lima indera, yaitu penglihatan (*sight*), penciuman (*smell*), pendengaran (*hearing*), perabaan (*feeling*) dan pengecap (*taste*). Pengamatan yang dilakukan mencakup berbagai aspek, meliputi fisik, mental, sosial, dan spiritual pasien (Lilis & Maesaroh, 2022)

4. Studi Dokumentasi

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

5. Studi Kepustakaan

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

6. Partisipasi Aktif

Partisipan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah Ny. R (P2A0), seorang pasien *post Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi preeklampsia berat, yang berpartisipasi secara aktif dan sukarela dalam pemberian asuhan keperawatan komprehensif selama periode pengamatan berlangsung.

D. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini disusun secara sistematis dalam 4 bab, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan yang berisi latar belakang masalah yang mendasari pengambilan judul, tujuan penulisan, metode penelitian serta sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan teoritis yang berisi konsep dasar preeklampsia berat, konsep dasar *post sectio caesarea*, konsep *postpartum*, dampak *post sectio caesarea* terhadap kebutuhan dasar manusia, serta proses keperawatan maternitas.

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

BAB IV Kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Preeklampsia

1. Definisi preeklampsia

Preeklampsia merupakan gangguan serius pada kehamilan yang umumnya muncul setelah kehamilan memasuki usia 20 minggu. Penyakit ini ditandai dengan meningkatnya tekanan darah disertai proteinuria. Tanpa penanganan yang memadai, preeklampsia berpotensi merusak organ seperti ginjal, hati, dan otak, serta meningkatkan risiko kematian bagi ibu dan janin (Agustina et al., 2022). Preeklampsia adalah peningkatan tekanan darah yang baru ada setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu, disertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak (Shahid et al., 2021).

Preeklampsia menjadi penyebab utama kematian dan kesakitan pada ibu, kelahiran prematur, angka kematian perinatal, serta hambatan pertumbuhan janin intrauterin. Kriteria preeklampsia berat meliputi tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan/atau diastolik ≥ 110 mmHg yang disertai proteinuria sebesar 5 g per 24 jam, oliguria, peningkatan kreatinin plasma, gangguan visual atau neurologi, nyeri epigastrium, edema paru dengan sianosis, serta manifestasi hemolisis mikروangiopatik, trombositopenia berat, atau sindrom HELLP (Rahmadhanti dkk., 2022).

Dari ketiga definisi diatas dapat disimpulkan bahwa preeklampsia adalah meningkatnya tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg dan biasa terjadi pada usia kehamilan diatas 20 minggu dengan ditandai penambahan berat badan yang cepat akibat adanya pembengkakan di area tubuh dan adanya protein urin. Apabila tidak segera ditangani maka preeklampsia ini akan beresiko tinggi bagi ibu dan janin.

2. Klasifikasi Preeklampsia

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

a. Preeklampsia Ringan

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

b. Preeklampsia Berat

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

3. Etiologi Preeklampsia dan Faktor Risiko

a. Etiologi

Etiologi preeklampsia hingga saat ini belum dapat dipastikan secara tunggal, sehingga kondisi ini sering disebut sebagai *disease of theories* (Cunningham et al., 2022). Secara patofisiologi, preeklampsia diawali oleh kegagalan invasi trofoblas pada arteri spiralis uterus pada trimester pertama kehamilan, yang menyebabkan arteri spiralis tetap dalam kondisi vasokonstriksi dan tidak mengalami *remodeling* secara sempurna (Prawirohardjo, 2020). Akibatnya, terjadi iskemia plasenta yang memicu pelepasan berbagai mediator inflamasi dan faktor antiangiogenik, seperti soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1) dan soluble endoglin (sEng), ke dalam sirkulasi maternal (Phipps et al., 2019). Ketidakseimbangan faktor angiogenik tersebut menyebabkan disfungsi endotel sistemik yang bermanifestasi sebagai hipertensi, proteinuria, dan kerusakan organ target (POGI, 2023).

b. Faktor risiko

Terdapat beberapa faktor risiko yang berkaitan dengan kejadian preeklampsia, yang dapat dibedakan menjadi faktor risiko maternal dan faktor risiko obstetrik (Kemenkes RI, 2023). Faktor risiko maternal meliputi

riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, primigravida, usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, obesitas dengan indeks massa tubuh (IMT) ≥ 30 kg/m², riwayat hipertensi kronis, penyakit ginjal, diabetes melitus, serta penyakit autoimun seperti sindrom anti fosfolipid (Cunningham et al., 2022). Adapun faktor risiko obstetrik mencakup kehamilan ganda, kehamilan dengan mola hidatidosa, dan jarak kehamilan lebih dari 10 tahun (Prawirohardjo, 2020). Selain itu, faktor genetik juga berperan, ditunjukkan dengan peningkatan risiko preeklampsia pada ibu yang memiliki riwayat keluarga dengan kondisi serupa (Poon et al., 2019).

4. Tanda dan Gejala Preeklampsia

a. Preeklampsia Ringan

Menurut Prawirohardjo (2020) dan POGI (2023), preeklampsia ringan ditegakkan apabila ditemukan kriteria berikut:

1) Tekanan Darah

Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg tetapi < 160 mmHg, dan/atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg tetapi < 110 mmHg, yang diukur dua kali dalam selang waktu minimal 4 jam pada ibu hamil usia gestasi ≥ 20 minggu.

2) Proteinuria

Ditemukan protein dalam urine sebesar ≥ 300 mg dalam urine tampung 24 jam, atau hasil pemeriksaan dipstick menunjukkan $+1$ secara persisten.

3) Gejala Subjektif

Pada preeklampsia ringan, gejala subjektif umumnya belum menonjol atau bahkan tidak dirasakan sama sekali oleh pasien. Edema ringan pada ekstremitas bawah dapat ditemukan, namun bukan merupakan kriteria diagnostik utama.

b. Preeklampsia Berat

Menurut POGI (2023) dan Cunningham et al. (2022), diagnosis PEB ditegakkan apabila ditemukan salah satu atau lebih kriteria berikut:

1) Tekanan Darah

Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan/atau diastolik ≥ 110 mmHg, yang diukur dua kali dalam selang waktu minimal 4 jam dalam kondisi istirahat.

2) Proteinuria Berat

Proteinuria ≥ 5 gram dalam urine tampung 24 jam, atau dipstick menunjukkan +3 hingga +4.

3) Gangguan Fungsi Ginjal

Kreatinin serum $> 1,1$ mg/dL atau peningkatan kreatinin dua kali lipat dari nilai normal tanpa adanya penyakit ginjal sebelumnya, disertai oliguria (produksi urine < 500 mL/24 jam atau $< 0,5$ mL/kgBB/jam).

4) Gangguan Fungsi Hati

Peningkatan enzim hati (AST/ALT) hingga dua kali nilai normal, disertai nyeri epigastrium atau nyeri kuadran kanan atas yang berat dan menetap, yang tidak dapat dijelaskan oleh penyebab lain.

5) Gangguan Hematologi

Trombositopenia dengan jumlah trombosit $< 100.000/\mu\text{L}$, yang dapat berkembang menjadi sindrom HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count*).

6) Gangguan Neurologis

Nyeri kepala berat yang persisten dan tidak membaik dengan analgesik, serta gangguan visus berupa skotoma, pandangan kabur, atau fotofobia, yang mencerminkan adanya vasospasme serebral.

7) Edema Paru

Sesak napas mendadak akibat akumulasi cairan di paru-paru sebagai dampak dari disfungsi endotel dan hipoalbuminemia.

8) Pertumbuhan Janin Terhambat

Ditemukan restriksi pertumbuhan janin intrauterin (IUGR) yang berkaitan dengan insufisiensi plasenta akibat iskemia kronik.

Tabel 2. 1 Perbandingan preeklampsia ringan dan berat.

Parameter	Preeklampsia Ringan	Preeklampsia Berat
Tekanan darah sistolik	≥ 140 - < 160 mmHg	≥ 160 mmHg
Tekanan darah diastolic	≥ 90 - < 110 mmHg	≥ 110 mmHg
Proteinuria	≥ 300 mg/24 jam (+1)	≥ 5 g/24 jam (+3/+4)
Nyeri kepala	Tidak ada / ringan	Berat, persisten
Gangguan visus	Tidak ada	Ada (kabur, skotoma)
Fungsi ginjal	Normal	Kreatinin $> 1,1$ mg/dL, oliguria
Fungsi hati	Normal	AST/ALT $\uparrow 2$ x nilai normal
Trombosit	Normal	$< 100.000/\mu\text{L}$
Edema paru	Tidak ada	Dapat terjadi
Kondisi janin	Umumnya baik	Dapat terjadi IUGR

5. Patofisiologi Preeklampsia

Pada kehamilan normal, sel plasenta membantu membentuk pembuluh darah yang cukup agar aliran darah dan oksigen ke janin terpenuhi. Namun pada preeklampsia, proses pembentukan pembuluh darah ini tidak berjalan dengan baik sehingga aliran darah ke plasenta berkurang. Akibatnya, plasenta mengalami kekurangan oksigen dan dapat mengganggu pertumbuhan janin.

Preeklampsia juga menyebabkan gangguan sistem kekebalan tubuh. Ketidakseimbangan sel imun memicu peningkatan peradangan dan stres oksidatif yang dapat memperburuk kerusakan pembuluh darah serta gangguan fungsi plasenta.

Kondisi ini terjadi akibat kombinasi antara pembentukan plasenta yang tidak normal dan kurangnya aliran darah, sehingga tubuh ibu melepaskan zat yang menyebabkan kerusakan pembuluh darah. Akibatnya muncul gejala preeklampsia seperti tekanan darah tinggi. Pada kondisi ini, kadar sFlt-1 meningkat dan PlGF menurun, sehingga pembentukan pembuluh darah baru terganggu (Veri, N.,dkk, 2024).

6. Komplikasi preeklampsia

Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi pada kehamilan yang dapat menyebabkan gangguan pada berbagai organ ibu maupun janin. Apabila tidak

ditangani dengan baik, preeklampsia dapat berkembang menjadi kondisi berat seperti eklampsia dan meningkatkan risiko kesakitan serta kematian maternal maupun perinatal.

a. Eklampsia

Pre-eklampsia berat dan eklampsia berhubungan dengan peningkatan risiko komplikasi serius seperti perdarahan *postpartum*, gagal ginjal akut, edema paru, kejang, serta kematian maternal (Kurniawati et al., 2023)

b. Edema paru

Edema paru merupakan komplikasi berat dari pre-eklampsia. Kondisi ini memerlukan tatalaksana terminasi kehamilan, ventilasi mekanik, dan pemberian diuretik (Setiawan, Airlangga&Rahardjo, JAI-Jurnal Anestesiologi indonesia, n.d.)

c. Gagal ginjal akut

Preeklampsia dan eklampsia merupakan penyebab dari 30–40% kematian perinatal dan menjadi salah satu komplikasi obstetri yang dapat menyebabkan gagal ginjal akut (Acute Kidney Injury/AKI), termasuk kondisi anuria yang mengancam jiwa (Zasra et al., 2018).

d. Sindrom HELLP

Sindrom HELLP adalah komplikasi preeklampsia yang ditandai dengan hemolisis (pecahnya sel darah merah), peningkatan enzim hati akibat kerusakan hati, penurunan jumlah trombosit. Kondisi tersebut dapat menyebabkan gangguan pembekuan darah, perdarahan, hingga kegagalan fungsi hati.

e. Gangguan fungsi ginjal

Preeklampsia dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah ginjal sehingga aliran darah ke ginjal berkurang. Akibatnya dapat terjadi peningkatan kadar kreatinin, penurunan produksi urin, bahkan gagal ginjal akut pada kondisi berat.

f. Gangguan Sistem Saraf dan Penglihatan

Preeklampsia dapat menyebabkan gangguan pada pembuluh darah otak dan retina sehingga ibu dapat mengalami sakit kepala berat, gangguan penglihatan, pandangan kabur, risiko stroke pada kondisi berat.

g. Solusio Plasenta

Preeklampsia meningkatkan risiko terlepasnya plasenta sebelum waktunya (solusio plasenta). Kondisi ini dapat menyebabkan perdarahan pada ibu serta kekurangan oksigen pada janin.

h. Gangguan Pertumbuhan Janin (IUGR)

Gangguan aliran darah menuju plasenta pada preeklampsia dapat menyebabkan janin kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga pertumbuhan janin terhambat (*Intrauterine Growth Restriction / IUGR*).

i. Persalinan Prematur

Preeklampsia sering menyebabkan persalinan harus dilakukan lebih awal untuk menyelamatkan ibu dan janin. Hal ini dapat meningkatkan risiko bayi lahir prematur dan mengalami komplikasi neonatal.

j. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan Asfiksia Neonatorum

Bayi dari ibu dengan preeklampsia memiliki risiko mengalami berat badan lahir rendah, gangguan pertumbuhan, dan kekurangan oksigen saat lahir akibat gangguan fungsi plasenta.

k. Risiko Penyakit Kardiovaskular Jangka Panjang

Ibu yang mengalami preeklampsia memiliki peningkatan risiko mengalami penyakit kardiovaskular di masa depan, seperti hipertensi kronis, penyakit jantung, gagal jantung, dan stroke.

7. Pemeriksaan Penunjang preeklampsia

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada preeklampsia adalah sebagai berikut (Tampubolon et al., 2021).

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Protein Urine: Pemeriksaan urine 24 jam (2300 mg protein) adalah standar utama untuk deteksi proteinuria. Jika sulit dilakukan, dipstick

+2 atau rasio protein kreatinin $>0,3$ bisa digunakan. Sekitar 10% pasien preeklampsia mungkin tidak mengalami proteinuria.

- 2) Darah Lengkap: Trombosit $<100.000 \mu\text{L}$ menunjukkan risiko sindrom HELLP. Kenaikan AST $>70 \text{ U/L}$ menandakan gangguan hati.
- 3) Fungsi Ginjal: Kreatinin $1,1 \text{ mg/dL}$ atau asam urat $5,6 \text{ mg/dL}$ menunjukkan insufisiensi ginjal.
- 4) Sindrom HELLP: Peningkatan waktu prothrombin, aPTT, D-dimer, dan LDH $>600 \text{ U/L}$ serta bilirubin indirek $>1,2 \text{ mg/dl}$ menunjukkan hemolisis dan koagulopati.

b. USG dan Kardiotokografi

USG dengan Doppler memantau pertumbuhan janin (IUGR) dan aliran darah arteri umbilikal. Evaluasi pertumbuhan janin dilakukan setiap dua minggu. Kardiotokografi menilai kesehatan janin.

c. Radiologi (Opsional)

CT Scan /MRI: Digunakan jika ada gejala neurologis berat untuk mendeteksi edema serebri, infark, perdarahan intrakranial, atau leukoensefalopati posterior.

8. Penatalaksanaan Preeklampsia

Penatalaksanaan preeklampsia bertujuan untuk mencegah komplikasi pada ibu dan janin, seperti eklampsia, stroke, gagal organ, gangguan pertumbuhan janin, hingga kematian maternal maupun perinatal. Prinsip utama penanganan meliputi pemantauan kondisi ibu dan janin, pengontrolan tekanan darah, pencegahan kejang, serta menentukan waktu persalinan yang tepat.

a. Penatalaksanaan Preeklampsia Tanpa Gejala Berat

Pada ibu dengan preeklampsia tanpa tanda kegawatan, dilakukan:

- 1) Pemantauan ibu
 - a) Pemeriksaan tekanan darah secara berkala.
 - b) Pemeriksaan proteinuria.
 - c) Pemantauan tanda bahaya seperti nyeri kepala hebat, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, atau sesak napas.

- d) Pemeriksaan laboratorium meliputi trombosit, fungsi hati, fungsi ginjal, dan evaluasi kondisi janin (ACOG, 2020).
- 2) Pemantauan janin
 - a) USG untuk menilai pertumbuhan janin dan jumlah cairan ketuban.
 - b) Pemeriksaan kesejahteraan janin seperti non-stress test (NST) atau profil biofisik bila diperlukan.
- 3) Terminasi kehamilan
 - a) Pada kehamilan ≥ 37 minggu, persalinan dianjurkan karena risiko komplikasi meningkat.
 - b) Jika usia kehamilan < 37 minggu dan kondisi ibu serta janin stabil, dapat dilakukan pemantauan konservatif.
- b. Penatalaksanaan Preeklampsia dengan Gejala Berat (*Severe Features*)
 Preeklampsia dengan tanda berat memerlukan perawatan rumah sakit dan pemantauan ketat.
 - 1) Pemberian Antihipertensi
 Tujuannya untuk menurunkan risiko komplikasi serebral dan kardiovaskular pada ibu. Obat yang dapat digunakan antara lain:
 - a) Labetalol
 - b) Nifedipine
 - c) Hydralazine
 Terapi diberikan terutama bila tekanan darah mencapai kategori berat ($\geq 160/110$ mmHg).

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea (SC) merupakan metode persalinan melalui prosedur pembedahan dengan melakukan sayatan pada dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerotomi) untuk mengeluarkan janin (Prawirohardjo, 2020). Tindakan *sectio caesarea* dilakukan sebagai upaya medis dalam kondisi tertentu yang berisiko terhadap keselamatan ibu maupun janin, seperti gawat janin, preeklampsia berat, plasenta previa, serta kegagalan kemajuan persalinan.

Menurut Manuaba (2021), *sectio caesarea* adalah tindakan operatif untuk melahirkan janin melalui pembuatan insisi pada dinding perut dan rahim berdasarkan indikasi medis tertentu dengan tujuan menjaga keselamatan ibu dan bayi. Sejalan dengan pendapat Cunningham (2018), persalinan melalui *sectio caesarea* dilakukan apabila terdapat kondisi medis yang berasal dari faktor ibu maupun janin yang berpotensi menyebabkan komplikasi serius.

Berdasarkan beberapa definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* merupakan tindakan persalinan buatan melalui prosedur pembedahan dengan membuat sayatan pada dinding abdomen dan uterus untuk mengeluarkan janin. Tindakan ini dilakukan atas dasar indikasi medis tertentu yang dapat membahayakan kondisi ibu maupun janin apabila persalinan normal tetap dilakukan.

2. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea dapat dibedakan berdasarkan metode insisi dan teknik pembedahan yang dilakukan. Menurut Takyi et al., (2024), *sectio caesarea* merupakan prosedur persalinan melalui tindakan operasi dengan membuat sayatan pada dinding abdomen dan uterus untuk mengeluarkan janin. Pemilihan metode operasi dilakukan berdasarkan keadaan klinis ibu, kondisi janin, serta indikasi medis yang menjadi dasar dilakukannya tindakan tersebut.

Klasifikasi *sectio caesarea* berdasarkan lokasi dan teknik insisi pada uterus terdiri dari beberapa jenis, yaitu:

a. *Sectio caesarea* klasik (*Classical Caesarean Section*)

Sectio caesarea klasik merupakan prosedur operasi dengan membuat insisi berbentuk vertikal pada bagian korpus uteri atau bagian atas rahim. Teknik ini memungkinkan akses yang lebih luas dalam proses pengeluaran janin, namun memiliki risiko komplikasi yang lebih besar seperti perdarahan dan ruptur uterus pada kehamilan selanjutnya. Oleh karena itu, metode ini hanya dilakukan pada kondisi tertentu, seperti kehamilan prematur, plasenta previa tertentu, atau apabila bagian bawah uterus sulit dilakukan tindakan operasi (Kan, 2020).

b. *Sectio caesarea Transperitoneal Profunda (Low Transverse Caesarean Section)*

Sectio caesarea transperitoneal profunda merupakan teknik operasi yang paling umum digunakan, yaitu dengan melakukan sayatan melintang pada segmen bawah rahim. Teknik ini memiliki beberapa kelebihan, seperti jumlah perdarahan yang relatif lebih sedikit, proses penyembuhan luka yang lebih optimal, serta risiko terjadinya ruptur uterus yang lebih rendah dibandingkan dengan teknik insisi klasik (Takyyi et al., 2024).

c. *Sectio caesarea Ekstraperitoneal*

Sectio caesarea ekstraperitoneal adalah prosedur pembedahan dengan melakukan sayatan pada uterus tanpa membuka rongga peritoneum. Teknik ini sebelumnya banyak digunakan untuk mengurangi kemungkinan penyebaran infeksi pada kondisi tertentu, terutama infeksi dalam rahim. Namun, seiring berkembangnya teknik pembedahan modern, metode ini sudah jarang digunakan (Cunningham et al., dalam William Obstetrics, 2023).

d. *Sectio caesarea dengan Histerektomi (Caesarean Hysterectomy)*

Sectio caesarea dengan histerektomi merupakan tindakan operasi persalinan yang dilanjutkan dengan pengangkatan uterus setelah bayi dilahirkan. Prosedur ini dilakukan pada kondisi tertentu yang mengancam keselamatan ibu, seperti perdarahan yang tidak terkontrol, plasenta akreta, atau adanya gangguan pada rahim yang memerlukan pengangkatan uterus (Takyyi et al., 2024).

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* memiliki beberapa jenis berdasarkan teknik insisi dan prosedur lanjutan yang dilakukan. Penentuan jenis *sectio caesarea* bergantung pada kondisi ibu, keadaan janin, serta indikasi medis dengan tujuan meningkatkan keselamatan.

3. Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Wathina dkk, (2023) indikasi *sectio caesarea* antara lain sebagai berikut:

a. Indikasi dari faktor ibu

1) Usia Ibu

Ibu yang hamil dengan usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun cenderung berisiko tinggi jika melahirkan secara normal, sehingga perlu dilakukan operasi untuk mencegah kemungkinan terburuk. Usia menjadi faktor terpenting dalam menentukan tingkat risiko serta jenis persalinan yang akan dilakukan.

2) Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum inpartu yaitu pembukaan kurang dari 4 cm atau fase laten. KPD menyebabkan infeksi mudah masuk karena adanya kontak langsung antara dunia luar. Ibu dengan KPD memerlukan penanganan cepat dan tepat, termasuk pertimbangan terminasi kehamilan.

3) Preeklampsia Berat (PEB)

Pre-eklampsia berat terjadi karena kurangnya perfusi organ akibat penyempitan pembuluh darah dan aktivasi endotel. Ibu dengan preeklampsia berat harus dilakukan operasi *sectio caesarea* cito karena dapat mengancam nyawa ibu maupun janin

4) Riwayat SC sebelumnya

Riwayat *sectio caesarea* menjadi indikasi relatif dilakukannya operasi. Ibu dengan riwayat SC sebelumnya tidak bisa melahirkan secara normal. Ibu yang pada persalinan sebelumnya menjalani operasi karena usia, paritas, panggul sempit, atau adanya komplikasi penyakit penyerta, pada persalinan berikutnya akan dilakukan tindakan pembedahan kembali

5) *Cephalopelvic Disproportion (CPD)*

CPD adalah suatu keadaan di mana ukuran kepala janin terlalu besar untuk melewati panggul sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan persalinan melalui vagina.

b. Indikasi dari faktor janin

1) Gawat Janin (*Fetal Distress*)

Gawat janin merupakan suatu kondisi di mana kurangnya pasokan oksigen atau asupan nutrisi yang dibutuhkan janin selama dalam kandungan. Kondisi ini ditandai dengan perubahan detak jantung dan gerakan janin, dan harus segera mendapat penanganan karena dapat mengancam nyawa janin.

2) Malpresentasi Janin

Malpresentasi janin merupakan keadaan di mana bagian janin yang masuk pintu atas panggul (PAP) bukan puncak kepala janin, melainkan presentasi wajah, bokong, tangan, atau kaki.

3) Malposisi Janin

Malposisi janin merupakan posisi janin yang tidak normal sebelum lahir dan dapat terjadi ketika kepala janin berputar sehingga tidak berorientasi ke anterior di panggul ibu.

4) Kehamilan *post term*

Kehamilan *post term* atau serotinus adalah kehamilan yang lebih dari 42 minggu. Pada kehamilan lewat waktu, fungsi plasenta sangat berkurang dalam memberikan nutrisi dan oksigen kepada janin, sehingga setiap saat janin akan terancam gawat janin dan diikuti asfiksia neonatorum yang memerlukan perawatan khusus.

5) Bayi kembar (gemeli)

Bayi kembar atau *multiple pregnancy* juga menjadi salah satu indikasi dari faktor janin untuk dilakukannya *sectio caesarea*.

c. Indikasi dari faktor plasenta

1) Plasenta Previa

Plasenta yang menutupi atau berada di dekat jalan lahir

2) Solusio Plasenta

Pelepasan plasenta sebelum waktunya yang mengancam suplai oksigen ke janin.

3) Plasenta Akreta

Implantasi plasenta yang abnormal dan menempel terlalu dalam ke dinding uterus

4) Prolaps Tali Pusat

Prolaps tali pusat adalah keadaan dimana tali pusat turun dan menutupi jalan lahir atau bahkan keluar terlebih dahulu sebelum bagian presentasi janin. Kondisi ini sangat membahayakan jika tidak segera tertangani.

4. **Komplikasi *Sectio Caesarea***

Sectio caesarea adalah tindakan bedah mayor yang paling umum dilakukan dalam obstetri. Meskipun merupakan tindakan penyelamat hidup, SC memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan persalinan pervaginam, baik pada periode segera pasca operasi maupun jangka panjang. (ACOG, 2024).

a. Komplikasi jangka pendek

Berikut komplikasi jangka pendek pasca operasi *sectio caesarea* menurut Darmawan (2025):

1) Perdarahan

Perdarahan merupakan komplikasi yang paling sering terjadi pasca *sectio caesarea*, baik secara langsung maupun secara lambat (*delayed*). Faktor risiko yang dapat meningkatkan kejadian perdarahan tersebut antara lain plasenta previa, distosia, perdarahan antepartum, fibroid uterus, obesitas, serta penggunaan anestesi umum, dengan penyebab utama berupa atonia uteri, trauma jaringan dan trauma kandung kemih.

2) Infeksi

Komplikasi infeksi yang paling umum terjadi meliputi endometritis, infeksi luka operasi, dan tromboflebitis akibat pemasangan akses intravena (Darmawan, 2025). Hal ini didukung oleh hasil survei nasional di Spanyol pada tahun 2025 terhadap 744 dokter spesialis kandungan, yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden memperkirakan angka kejadian infeksi luka operasi berada di bawah 3%.

3) Gangguan *tractus urinarius* dan gastrointestinal

Pada sistem traktus urinarius, komplikasi yang dapat timbul berupa trauma kandung kemih atau ureter yang meskipun relatif jarang terjadi, dapat berakibat fatal. Pada sistem gastrointestinal, ileus pasca operasi dilaporkan terjadi pada sekitar 12% kasus dan umumnya berkaitan dengan sindrom Ogilvie (Darmawan, 2025). Di samping itu, risiko tromboemboli, khususnya deep vein thrombosis, dilaporkan empat kali lebih tinggi pada persalinan melalui *sectio caesarea* dibandingkan dengan persalinan pervaginam.

4) Disrupsi luka dan komplikasi anestesi

Disrupsi atau kegagalan penutupan luka operasi lebih sering ditemukan pada pasien dengan obesitas, diabetes mellitus, serta riwayat insisi vertikal. Pada aspek anestesi, teknik regional dinilai lebih aman dibandingkan anestesi umum, meskipun teknik ini tetap berisiko menimbulkan komplikasi seperti hematoma dan nyeri kepala pasca pungsi spinal

b. Komplikasi jangka Panjang

Selain komplikasi yang bersifat akut, *sectio caesarea* juga dapat menimbulkan komplikasi jangka panjang. Komplikasi ini dapat muncul segera setelah masa nifas berakhir, atau bahkan beberapa bulan hingga tahun setelah operasi (Thomaidi dkk., 2025).

- 1) Keloid di bekas insisi
- 2) Ruptur uteri, terutama pada ibu yang terutama pada ibu yang menjalani persalinan pervaginam pasca operasi SC.
- 3) Risiko gangguan letak plasenta seperti plasenta previa, plasenta akreta, atau plasenta previa. Plasenta previa merupakan gangguan yang paling sering terjadi, dengan risiko tiga hingga empat kali lebih tinggi dibandingkan ibu tanpa riwayat *sectio caesarea*.
- 4) Risiko histerektomi atau pengangkatan rahim meningkat.

- 5) Risiko kelahiran prematur, yaitu bayi lahir sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu, juga lebih tinggi pada kehamilan dengan riwayat section caesarea berulang.
- 6) Risiko kehamilan ektopik pada luka bekas operasi meningkat, yaitu kondisi ketika embrio menempel dan tumbuh pada jaringan parut bekas sayatan operasi sebelumnya, bukan pada dinding rahim seperti kehamilan normal. Kondisi ini tergolong berbahaya karena jaringan parut tersebut tidak dapat menopang pertumbuhan embrio sehingga beresiko menyebabkan perdarahan hebat.

5. Pemeriksaan Penunjang *Sectio Caesarea*

Pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk tindakan *sectio caesarea* adalah:

- a. Pemeriksaan Laboratorium darah lengkap, meliputi:
 - 1) Hemoglobin (Hb) dengan nilai normal 11-14 g/dL bertujuan untuk mendeteksi anemia akibat perdarahan *intraoperative*.
 - 2) Hematokrit (Ht) dengan nilai normal 33-47% untuk menilai hemokonsentrasi yang menandakan vasopasme berat.
 - 3) Trombosit, nilai normal 150.000-400.000/ μ L untuk mengetahui adanya trombositopenia (<100.000) yang menandakan adanya risiko HELLP Syndrome yang bisa mengancam jiwa khususnya pada preeclampsia.
 - 4) Leukosit, nilai normal 5.000-10.000/ μ L untuk menilai respons inflamasi/ infeksi *post* operasi.
- b. Pemeriksaan Fungsi Hati
 - 1) SGOT/AST, nilai normal <35 U/L. jika terjadi peningkatan >2x batas normal maka di khawatirkan adanya tanda syndrome HELLP yang dapat mengancam jiwa khususnya pada preeclampsia.
 - 2) SGPT/ALT, nilai normal <40 U/L, pemeriksaan ini berfungsi untuk menemukan adanya kerusakan hepatoselular akibat vasopasme
 - 3) LDH, nilai normal <200 U/L untuk mengetahui adanya hemolisis dan kerusakan jaringan hati.

c. Pemeriksaan Fungsi Ginjal

- 1) Ureum, nilai normal 10-50 mg/dL biasanya akan meningkat pada gangguan filtrasi glomerulus
- 2) Kreatinin serum, nilai normal 0,5-1,1 mg/dL. Jika lebih dari >1,1 mg/dL mengindikasikan AKI (*Acute Kidney Injury*)
- 3) Asam urat, nilai normal 2,4-6,0 mg/dL. Jika lebih dari nilai normal maka mengindikasikan hiperurisemia tanda khas preeklampsia berat

d. Pemeriksaan Urine

- 1) Proteinuria, nilai normal Negatif / <0,3 g/ 24 jam. Peningkatan proteinuria $\geq 2+$ (dipstick) atau ≥ 300 mg/24 jam mengindikasikan preeklampsia berat
- 2) Warna urin normal kuning jernih. Urin berwarna keruh/ merah menandakan hematuria atau hemoglobinuria
- 3) Urine output monitoring, target $\geq 0,5$ ml/kgBB/jam (minimal 30 ml/jam)
- 4) Oliguria (<400 ml/24 jam) menandakan adanya tanda gangguan ginjal serius

6. Penatalaksanaan *Sectio Caesarea*

Menurut Rahmadhanti et al, (2023) penatalaksanaan *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

a. Pemberian cairan

Pada 24 jam pertama klien puasa pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya Dextrose 10 %, garam fisiologi (NaCl) dan Ringer Laktat secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat di mulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi. Hari kedua operasi, klien dapat berlatih duduk selama 5 menit dan diminta untuk nafas dalam untuk

mengurangi rasa nyeri ketika bergerak. Selanjutnya selama berturut-turut klien dianjurkan untuk belajar duduk, berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

c. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada klien, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan pendarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam atau lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan klien.

d. Pemberian obat-obatan

Pemberian antibiotik dan analgetik sesuai indikasi, untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum klien dapat diberikan caborsia seperti neurobion/vitamin C.

e. Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan.

f. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dapat dilihat pada hari ke-3 *post* operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti untuk mengurangi resiko infeksi.

g. Perawatan Payudara

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

7. Keuntungan dan kerugian *Sectio Caesarea*

a. Keuntungan *Sectio Caesarea*

- 1) Membantu menyelamatkan kondisi ibu dan bayi pada keadaan tertentu
Sectio caesarea merupakan metode persalinan yang dilakukan apabila persalinan normal memiliki risiko tinggi, misalnya pada kasus plasenta previa, tanda kegawatan janin, atau proses persalinan yang mengalami

hambatan. Tindakan ini bertujuan untuk mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi yang membahayakan ibu maupun bayi.

2) Menurunkan kemungkinan terjadinya komplikasi saat persalinan

Pada kondisi medis tertentu, tindakan *sectio caesarea* dapat menjadi alternatif untuk mencegah masalah yang dapat muncul selama persalinan normal, seperti cedera jalan lahir yang berat, perdarahan akibat persalinan lama, maupun persalinan yang tidak mengalami kemajuan.

3) Proses kelahiran dapat dipersiapkan dan dijadwalkan

Pada tindakan *sectio caesarea* yang telah direncanakan, waktu persalinan dapat ditentukan sebelumnya sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan persiapan yang lebih optimal dan mengurangi risiko keadaan darurat.

4) Tidak merasakan nyeri kontraksi persalinan secara langsung

Ibu yang menjalani *sectio caesarea* tidak melalui proses kontraksi dan mengejan seperti persalinan normal karena tindakan dilakukan dengan bantuan anestesi untuk mengurangi rasa sakit selama operasi.

5) Mengurangi risiko transmisi penyakit tertentu kepada bayi

Pada beberapa kondisi khusus, seperti infeksi herpes genital aktif pada ibu, persalinan melalui *sectio caesarea* dapat membantu mengurangi kemungkinan penularan infeksi dari ibu kepada bayi.

b. Kerugian *Sectio Caesarea*

1) Memiliki risiko seperti prosedur pembedahan lainnya

Sectio caesarea termasuk operasi besar yang melibatkan sayatan pada dinding perut dan rahim. Oleh karena itu, tindakan ini memiliki kemungkinan risiko seperti perdarahan, infeksi luka, cedera pada organ sekitar, serta efek samping akibat pemberian anestesi.

2) Membutuhkan waktu pemulihan yang lebih Panjang

Dibandingkan persalinan normal, ibu setelah *sectio caesarea* memerlukan waktu penyembuhan lebih lama karena adanya luka operasi yang membutuhkan proses pemulihan jaringan.

3) Berpotensi mengalami komplikasi setelah operasi

Setelah tindakan SC, ibu dapat mengalami beberapa komplikasi seperti rasa nyeri pada area luka, infeksi, keterbatasan aktivitas, pembekuan darah, serta terbentuknya jaringan perlengketan pada organ tubuh.

4) Dapat memberikan dampak pada kehamilan berikutnya

Riwayat *sectio caesarea* dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi pada kehamilan selanjutnya, seperti kelainan letak plasenta (plasenta previa), plasenta yang melekat terlalu dalam (plasenta akreta), serta risiko robekan rahim.

5) Berisiko menyebabkan gangguan adaptasi pernapasan pada bayi

Bayi yang dilahirkan melalui *sectio caesarea*, terutama jika dilakukan sebelum usia kehamilan cukup bulan, memiliki kemungkinan lebih besar mengalami gangguan pernapasan karena proses penyesuaian fungsi paru belum maksimal.

6) Dapat menghambat pemberian ASI awal

Rasa nyeri akibat luka operasi dan keterbatasan pergerakan ibu setelah SC dapat menyebabkan proses menyusui pertama kali menjadi lebih sulit atau tertunda.

8. Dampak *Sectio Caesarea* terhadap kebutuhan dasar manusia

Dalam konteks keperawatan, dampak SC terhadap kebutuhan dasar manusia dikaji menggunakan teori kebutuhan dasar Virginia Henderson sebagai landasan utama. Teori Virginia Henderson menjadi dasar bagi perawat dalam mengembalikan kemandirian pasien.

a. Kebutuhan rasa aman dan nyaman (bebas dari nyeri)

Proses inflamasi akut dan nyeri yang menyebabkan ketidaknyamanan dan keterbatasan gerak adalah salah satu masalah keperawatan yang paling banyak terjadi pada pasien yang menjalani operasi *sectio caesarea*. Pasien menjadi terbatas dalam bergerak setelah operasi karena nyeri. Hal tersebut dapat menyebabkan beberapa dampak yang kurang baik, di antaranya suplai darah yang menurun, hipoksia sel, dan peningkatan sekresi mediator kimiawi nyeri, yang menyebabkan peningkatan intensitas nyeri.

b. Kebutuhan mobilisasi dan aktivitas

Dampak paling banyak yang dialami oleh ibu *post sectio caesarea* adalah *impaired*, yaitu suatu kondisi di mana terjadi nyeri akut pada lokasi operasi yang mengakibatkan adanya ketakutan untuk segera mobilisasi, keterbatasan lingkup gerak sendi dan *functional limitation*. Kondisi *functional limitation* mengakibatkan pasien tidak mampu untuk duduk, berdiri, serta berjalan, dan terdapat keterbatasan gerak akibat nyeri dan prosedur medis. Kondisi keterbatasan kemampuan ibu dalam melakukan aktivitas sehari-hari mengakibatkan ibu tidak mampu untuk duduk, berdiri, serta berjalan, dan adanya keterbatasan gerak akibat nyeri karena pembedahan (Santoso et al., 2022; Armayanti et al., 2024)

c. Kebutuhan nutrisi

Pemenuhan kebutuhan gizi pada pasien *post* operasi dan trauma adalah suatu perihal khusus yang unik. Proses penyembuhan luka *post SC* yang normal adalah 6–7 hari *post partum*. Penyembuhan luka secara normal memerlukan nutrisi yang tepat; ibu *post SC* harus lebih banyak mengonsumsi makanan kaya protein, karbohidrat, lemak, dan vitamin. Nutrisi yang tepat dapat mempercepat proses penyembuhan luka pasca operasi *sectio caesarea* serta meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. Penting untuk memberi tubuh waktu yang cukup untuk pulih sambil memastikan asupan nutrisi yang optimal (Masnia, 2021).

d. Kebutuhan eliminasi

Tindakan persalinan *post partum sectio caesarea* dapat menimbulkan masalah hambatan eliminasi urine dan konstipasi. Hal ini disebabkan oleh efek anestesi, penggunaan kateter urine selama operasi, serta keterbatasan mobilisasi pasca pembedahan yang mempengaruhi fungsi kandung kemih dan usus. Berdasarkan SDKI (PPNI, 2017), gangguan eliminasi urine pada pasien *post SC* dapat dipicu oleh efek tindakan medis dan diagnostik seperti operasi, anestesi, dan obat-obatan, serta ketidakmampuan mengakses toilet akibat imobilisasi (PPNI, 2017).

e. Kebutuhan tidur dan istirahat

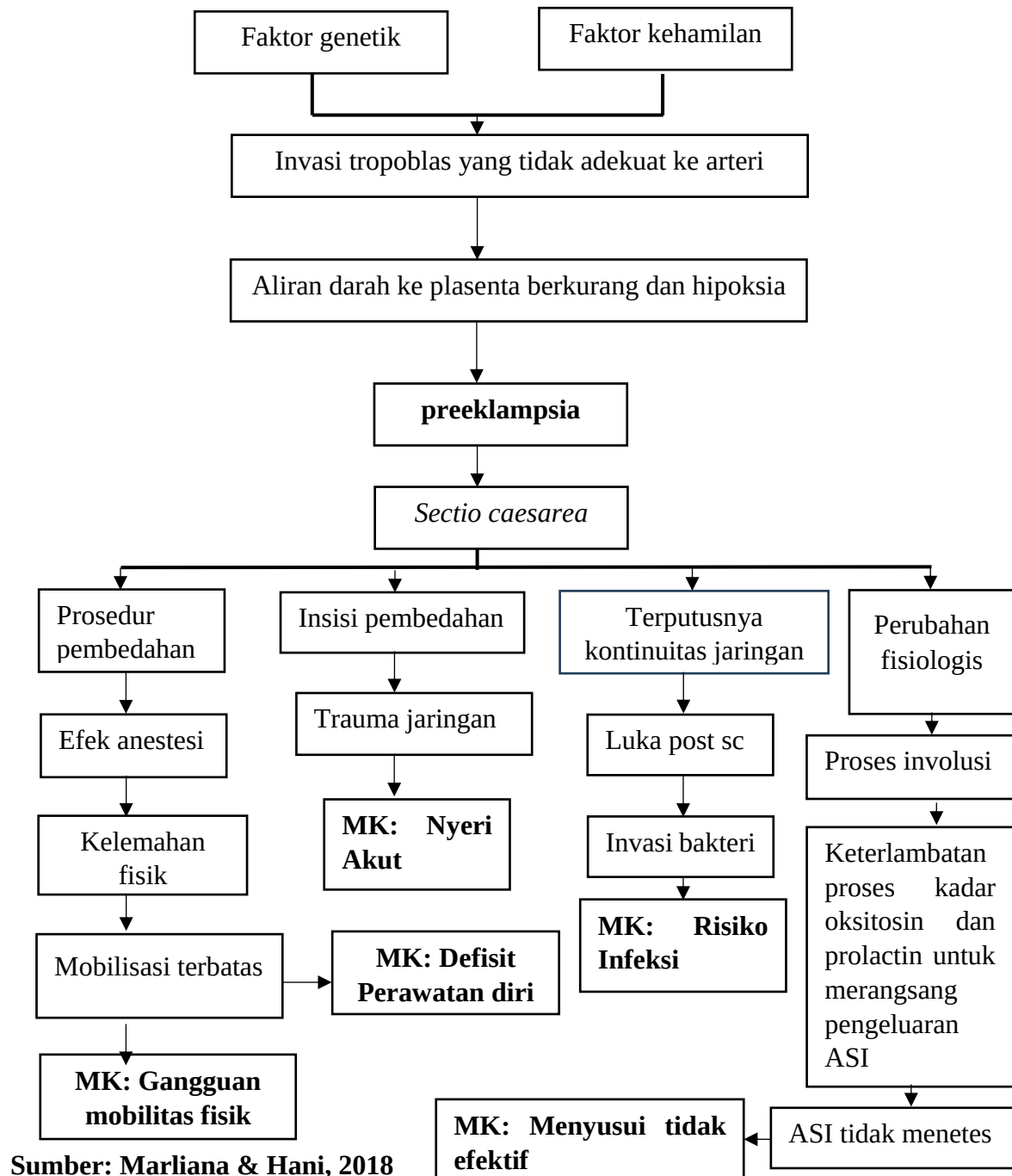
Manajemen nyeri yang baik sangat penting karena apabila nyeri tidak tertangani akan menimbulkan dampak yang merugikan bagi pasien seperti keputusasaan, menghambat respons pasien terhadap pengobatan, dan berdampak negatif pada kualitas hidup (Rahmadhanti et al., 2023). Nyeri yang menetap pasca SC menyebabkan ibu sulit untuk memperoleh istirahat yang cukup, yang berujung pada gangguan pola tidur. Berdasarkan SDKI, gangguan pola tidur (D.0055) dapat terjadi akibat hambatan lingkungan dan nyeri yang tidak terkontrol (PPNI, 2017).

f. Kebutuhan kebersihan diri

Masalah keperawatan yang dapat muncul pada pasien *post sectio caesarea* salah satunya adalah defisit perawatan diri berupa hambatan dalam melakukan aktivitas mandi dan kebersihan diri, yang disebabkan oleh nyeri akut dan keterbatasan gerak pasca pembedahan.

9. Pathway *Section Caesarea*

Bagan 2. 1 Pathway SC atas indikasi preeklampsia berat



C. Konsep Dasar *Post partum*

1. Definisi *Post partum*

Masa setelah melahirkan adalah periode yang dilalui ibu melahirkan dimulai dari hari pertama kelahiran hingga 6 minggu setelahnya. Dalam fase ini adanya perubahan fisik, alat reproduksi, disertai dengan perubahan mental karena kehadiran anggota keluarga baru dan periode menyusui. Bayi yang baru lahir memerlukan perawatan yang optimal, termasuk pemberian makanan. Air Susu Ibu sangat penting karena berkontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan Bayi.

ASI kaya Protein, laktosa, serta lemak, yang juga mengandung senyawa organik yang menjadi partikel kecil dan semua berfungsi untuk membantu kelenjar payudara ibu (Pujiati et al., 2021). Masa nifas (*post partum*) adalah masa periode setelah melahirkan hasil konsepsi dan terjadi perubahan fisiologis dan anatomi ibu kembali ke keadaan tidak hamil. Masa *post partum* dimulai setelah pengeluaran plasenta sampai pemulihan fisiologis dari sistem organ. Periode *post partum* dibagi menjadi tiga fase, yaitu fase akut yaitu 24 jam pertama setelah plasenta lahir, fase awal yaitu hingga 7 hari, dan fase akhir yaitu hingga 6 minggu hingga 6 bulan periode ini merupakan masa transisi dimana terjadi perubahan secara fisik dan psikologi (Ernawati et al, 2022).

2. Tahapan Masa *Post partum*

Beberapa tahap-tahap ibu *post partum* pada ibu *post partum* menurut (Ernawati et al, 2022) sebagai berikut:

- a. Periode *immediate post partum* masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, suhu.
- b. Periode *early postpartum* yaitu pada 24 jam – 7 hari, pada fase ini di pastikan involusio uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik. Fase ini juga

adalah fase pemulihan awal, mulai terjadi penurunan berat badan, keluarnya kolostrum.

- c. Periode *late post partum* pada periode ini perawat tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling keluarga berencana (KB).

3. Perubahan Fisiologis pada masa *post partum*

Menurut Risa dan Rika, (2019) Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi *post partum*. Organ-organ tubuh ibu akan mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain seperti:

- a. Involusi uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uteri (TFU). Pada akhir kala III persalinan, uterus akan berada digaris tengah kira-kira 2 cm dibawah umbilicus dengan fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira-kira sama dengan besar uterus pada waktu kehamilan usia 16 minggu dengan berat 1000 gram. Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan massif uterus selama masa hamil.

Tabel 2. 2 Perubahan uterus

Waktu	TFU	Berat ukuran
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Plasenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 Minggu	½ pusat symphysis	500 gr
2 Minggu	Tidak teraba	350 gr
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 Minggu	Normal	50 gr

b. *Lochea*

Lochea adalah ekstresi cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* berbau amis dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita, *Lochea* yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. *Lochea* mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Ada beberapa macam *Lochea* berdasarkan warna dan waktu pengeluarannya yaitu diantaranya:

1) *Lochea Rubra*

Lochea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-empat masa *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

2) *Lochea sanguinolenta*

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Pengeluaran *Lochea* ini berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 masa *post partum*.

3) *Lochea serosa*

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Pengeluaran *Lochea* ini pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) *Lochea alba*

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. *Lochea alba* ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*. *Lochea alba* atau serosa yang berlanjut akan dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi akan keluar cairan nanah berbau yang disebut dengan *Lochea purulenta*. Pengeluaran *lochea* yang tidak lancar disebut “*Lochea stasis*”.

c. Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva

dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil; dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

d. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena kurangnya aktivitas tubuh karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada *post partum* hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

e. Perubahan 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 pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurang aktivitas tubuh.

f. Perubahan sistem perkemihan

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

g. Perubahan sistem muskuloskeletal

Pada saat setelah partus otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan pendarahan ligament-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang. Pada waktu persalinan secara berangsur-angsur menjadi kecil dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada waktu 6-8 minggu setelah persalinan.

h. Perubahan sistem kardiovaskuler

Setelah pasca persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba, volume darah bertambah sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordial. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokompensasi sehingga volume darah kembali seperti semula. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 *post partum*.

i. Perubahan tanda-tanda vital

Pada masa nifas ini tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu tubuh

Pada waktu 24 jam *post partum*, suhu tubuh akan naik sedikit kurang lebih (37,5-38 C) hal ini akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Lalu pada hari ke-3 suhu tubuh akan meningkat dikarenakan adanya pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak menurun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Denyut Nadi

Denyut nadi normal pada dewasa adalah 60-80x per menit. Biasanya denyut nadi setelah melahirkan akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 x/menit, dan harus waspada kemungkinan ibu mengalami dehidrasi, infeksi atau pendarahan *post partum*.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah kemungkinan tidak berubah dan mungkin akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena adanya pendarahan. Tekanan darah yang tinggi pada saat melahirkan yang menandakan terjadinya preeklampsia *post partum*.

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu tidak normal maka pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran pernapasan. Bila pernapasan pada masa *post partum* lebih cepat kemungkinan adanya tanda-tanda syok.

4. Perubahan Psikologis Setelah Melahirkan

Setelah persalinan yang merupakan pengalaman unik yang dialami ibu, masa nifas juga merupakan salah satu fase yang memerlukan adaptasi psikologis. Ikatan antara ibu dan bayi yang sudah lama terbentuk sebelum kelahiran akan semakin mendorong wanita untuk menjadi ibu yang sebenarnya. Inilah pentingnya rawat gabung atau rooming in pada ibu nifas agar ibu dapat leluasa menumbuhkan rasa kasih sayang kepada bayinya tidak hanya dari segi fisik seperti menyusui, mengganti popok saja tapi juga dari segi psikologis seperti menatap, mencium, menimang sehingga kasih sayang ibu dapat terus terjaga dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut:

a. Fase *taking in*: periode ketergantungan

Fase ini dimulai hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Pada fase ini Ibu juga membutuhkan perlindungan dan pelayanan.

b. Fase *taking hold*

Fase yang berlangsung antara 3 - 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c. Fase *letting go*

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya ini dimulai 10 hari setelah kelahirannya, ibu sudah mulai menyesuaikan diri denganketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan percaya diri dalam menjalani peran barunya. Sistem keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggotanya yang baru. Tubuh pasien telah

sembuh, perasaan rutinnya telah kembali dan kegiatan hubungan seksualnya telah dilakukan kembali (Permatasari, 2023).

5. **Kebutuhan ibu *post partum***

Menurut Wahyuningsih (2019) kebutuhan masa *post partum* yaitu sebagai berikut:

a. Nutrisi dan cairan

Kebutuhan nutrisi perlu diperhatikan karena apabila kebutuhan nutrisi terpenuhi dan baik akan dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi pengelolaan ASI. Berikut adalah kebutuhan gizi yang baik saat ibu menyusui:

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori setiap hari.
- 2) Diet seimbang, protein, mineral dan vitamin.
- 3) Minum sedikitnya 2 liter/hari (kurang lebih 8 gelas).
- 4) Konsumsi tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan.
- 5) Konsumsi vitamin A 200.000 unit.

b. Ambulasi Dini

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah proses penyembuhan dengan cara tenaga kesehatan membimbing ibu *post partum* untuk bangun dari tidur sampai berjalan. Ibu *post partum* sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam pasca persalinan. Hal ini harus dilakukan secara bertahap. Ambulasi dini tidak disarankan pada ibu *post partum* dengan masalah misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan lainnya.

1) Tahapan Ambulansi

- a) Hari 1, pemberian informasi dan ambulasi awal di tempat tidur
- b) Hari 2, pengaturan posisi semi fowler, membantu perpindahan, Latihan keseimbangan, berdiri, dan berjalan
- c) Hari 3, pasien melakukan aktivitas mandiri tanpa bantuan, dilanjutkan penyuluhan perawatan dirumah setelah operasi *sectio caesarea*.

- 2) Adapun keuntungan dari ambulasi dini yaitu:
 - a) Ibu merasa lebih sehat
 - b) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik
 - c) Memungkinkan untuk mengajarkan ibu cara merawat bayi
 - d) Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses pasca persalinan, tidak mempengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan pendarahan, tidak memperbesar kemungkinan prolapsus uteri.
- c. Eliminasi Setelah 6 jam *post partum*, diharapkan ibu dapat berkemih. Jika kandung kemih belum penuh atau lebih dari 8 jam belum berkemih disarankan melakukan kateringisasi. Hal-hal ini yang menyebabkan kesulitan berkemih (retensi urine) pada *post partum* seperti:
 - 1) Berkurangnya tekanan intracranial
 - 2) Otot-otot perut masih lemah
 - 3) Edema dan uretra
 - 4) Dinding kandung kemih kurang sensitive
 - 5) Ibu *post partum* diharapkan bias defekasi atau buang air besar setelah hari ke-2 *post partum*, jika hari ke-3 belum bias defekasi bisa diberi obat pencabar oral atau rektal.
- d. Kebersihan diri

Pada masa *post partum* seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi, oleh karena itu keberhasilan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan yang sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah-langkah yang dilakukan adalah:

 - 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum
 - 2) Mengajarkan ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang.
 - 3) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.
 - 4) Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi luka jahit pada kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

e. Istirahat dan Tidur

Ibu *post partum* dianjurkan beristirahat cukup dan melakukan kegiatan rumah secara bertahap. Kurangnya istirahat dapat mengurangi produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi pasca persalinan.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah pendekatan sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi, mendiagnosis, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi perawatan terhadap klien agar mencapai hasil optimal. Rinawati (2018) mendefinisikannya sebagai aktivitas praktik keperawatan yang dilakukan secara sistematis dengan tujuan mengatasi masalah kesehatan pasien.

Pendekatan proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Hal ini bisa disebut sebagai suatu pendekatan problem solving yang memerlukan ilmu, teknik dan keterampilan interpersonal dan di tunjukan untuk memenuhi kebutuhan klien atau keluarga. Dalam proses keperawatan ada 5 tahapan dipisahkan dan saling berhubungan, tahap ini secara bersama-sama membentuk suatu pemikiran dan tindakan continue. Adapun langkah-langkah proses keperawatan:

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Klien

Terdiri dari identitas klien, pengkajian identitas meliputi: nama, umur, jenis kelamin, alamat, tanggal masuk, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal pengkajian, diagnosa medis, nomor rekam medik.

b. Identitas Penanggung Jawab

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

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan pada ibu dengan *post operasi sectio caesarea* hari ke-1 biasanya akan mengeluh nyeri pada luka *post*

operasi yaitu dibagian abdomen. Selain itu, biasanya ditemukan juga keluhan pusing, nyeri ulu hati, badan terasa lemah dan keluhan lainnya yang mungkin muncul pada pasien *post sectio caesarea* 24 jam pertama.

2) Riwayat penyakit sekarang

Pada bagian ini menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien *post* operasi *sectio caesarea* dengan menggunakan PQRST. Dengan keterangan:

P : *Provokatus-Paliatif* yaitu kualitas keluhan yang dirasakan klien. Pada klien *post* operasi SC keluhan yang dirasakan nyeri pada luka *post* operasi SC.

Q : *Quality-Quantity* yaitu kualitas keluhan yang dirasakan klien. Pada klien *post* operasi SC keluhan yang dirasakan nyeri pada luka *post* operasi *sectio caesarea*.

R : *Region-Radiation* yaitu daerah mana yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran ke daerah lain. Pada klien *post* SC keluhan yang dirasakan nyeri pada bagian abdomen bawah.

S : *Severity or Scale* yaitu intensitas nyeri yang dirasakan pada klien SC dari rentang 0-10. Dengan keterangan: tidak nyeri (0), nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), nyeri berat (7-10).

T : *Time*, yaitu kapan mulai timbulnya nyeri, bisa kadang-kadang, terus menerus, bahkan sampai beberapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul atau konstan.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Berisi tentang penyakit yang pernah di derita sebelumnya dan ada hubungan dengan penyakitnya yang sekarang, pernah di rawat di rumah sakit atau tidak, kaji tentan alergi terhadap makanan dan obat-obatan. Pada klien *post sectio caesarea* biasanya memiliki riwayat *post* sebelumnya.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dalam keluarga pasien mungkin di temukan adanya penyakit yang sama dengan penyakit dengan pasien penyakit yang diderita pasien saat ini, atau adanya penyakit menular atau turunan dalam keluarga.

5) Riwayat Obstetric dan Ginekologi

a) Riwayat Obstetric

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, riwayat persalinan sebelumnya, kehamilan beberapa, usia melahirkan, usia kehamilan, BB/PB, anak beberapa, tempat persalinan.

b) Riwayat Ginekologi

Mengkaji kandungan diluar kehamilan seperti *Menarche* atau menstruasi, siklus haid, banyaknya haid, keluhan apakah ada dismenore atau tidak, sifat darah, kemudia riwayat pernikahan, lamanya pernikahan, pernikahan beberapa, riwayat kontrasepsi, apakah sebelumnya pernah memakai KB atau belum, dan jenis KB apa yang digunakan (Atin, 2016).

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Pada umumnya pada klien dengan *post operasi* tidak dijumpai dengan penurunan kesadaran, kemungkinan ditemui klien tampak meringis, gelisah karena nyeri serta penampilan biasanya lemah.

2) Tanda-tanda vital

Pada klien *post sectio caesarea*, terkadang tekanan darah menurun akibat SC, nadi kemungkinan cepat apabila klien cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi.

a) Nadi dan suhu diatas normal dapat menunjukan kemungkinan adanya infeksi.

b) Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan kelelahan, tekanan darah yang menurun perlu di waspadai adanya perdarahan.

3) Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

a) Kepala

Kaji terhadap bentuk kepala, kesimetrisan, adanya benjolan atau nyeri tekan. Kaji warna rambut, keadaan rambut, kebersihan, adanya alopesia atau kerontokan akibat perubahan hormonal pasca persalinan, distribusi rambut merata atau tidak.

b) Wajah

Kaji kesimetrisan bentuk wajah, warna kulit, edema pada wajah, dan ekspresi wajah meringis atau tidak.

c) Mata

Kaji kesimetrisan kedua mata, bentuk mata, konjungtiva anemis atau tidak tanda perdarahan / anemia *post* operasi. Sklera ikterik atau anikterik, pupil isokor/anisokor, reflex cahaya +/-, penglihatan kabur atau tidak, pada *post SC* dengan PEB gangguan penglihatan (skotoma, pandangan kabur) dapat menetap pada *POD 0*

d) Hidung

Kaji bentuk dan kesimetrisan hidung, ada tidaknya sekret, epistaksis, atau napas cuping hidung. Kaji kepatenan jalan napas hidung, pada pasien dengan anestesi spinal/umum kaji apakah masih ada sisa efek anestesi.

e) Mulut dan bibir

Kaji warna bibir: pucat, sianosis atau normal. Kelembaban mukosa mulut kering (dehidrasi) atau lembab, kondisi gigi dan gusi, kebersihan rongga mulut, lidah kotor atau bersih, kering atau lembab. Mual/muntah sering terjadi pada *POD 0* akibat efek anestesi.

f) Telinga

Kaji bentuk dan kesimetrisannya telinga, ada tidaknya serumen berlebih, fungsi pendengaran, tanda-tanda tinnitus (dapat muncul sebagai efek samping MgSO₄ pada pasien PEB)

g) Leher

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

h) Dada

(1) Jantung

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

(2) Paru-paru

Mengkaji irama nafas, bunyi nafas, frekuensi nafas, biasanya pada ibu *post* operasi *sectio casarea* dengan tidak adanya penyakit penyerta akan ditemukan bunyi paru jelas dan vesikuler.

(3) Payudara

Mengkaji keadaan payudara meliputi bentuk simetris kemungkinan terdapat tanda-tanda pembengkakan pada payudara atau bahkan belum. Biasanya ditemukan keluaran kolostrum pada 6 jam pertama, puting susu tampak menonjol, aerola warna hitam atau coklat kehitaman. Payudara tampak bersih atau tidak, palpasi ada tidaknya nyeri tekan, 6 jam pertama setelah *post sectio caesarea* belum ditemukan adanya pembengkakan dan nyeri tekan pada payudara.

i) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen kaji bentuk abdomen dan kebersihannya, terlihat striae dan linea nigra. Pada pasien *post sectio caesarea* terlihat luka bekas operasi apakah ada tanda-tanda infeksi disekitar luka insisi dan tanda pendarahan atau hematoma. Involusi uteri: kemajuan involusi yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, diukur kembali dengan mengkaji tinggi fundus uteri, masase, dan peremasan fundus. Pada hari pertama tinggi fundus uteri (TFU)

setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga 2 jari dibawah pusat, pada hari keempat 2 jari diatas simfisis, pada hari ke tujuh 1 jari diatas simfisis, pada hari kesepuluh setinggi simfisis. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus, fundus yang lembek atau kendur menunjukkan atonia/subinvolusi, kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus. Kaji bising usus pada pasien *post sectio caesarea* biasanya kurang dari normal (5-35 kali per menit) karena efek dari anestesi pasca operasi yang dapat menyebabkan distensi abdomen (Permatasari, 2023).

j) Genetalia

Mengkaji apakah ada kelainan, pembengkakan atau lesi tidak, lihat kebersihan vulva, lalu cek pengeluaran *lochea* rubra yang meliputi karakter, jumlah, warna, bekuan darah yang keluar dan baunya. *Lochea* rubra pada hari ke 1-3, *lochea* sanguinolenta pada hari ke 3-7, *lochea* serosa pada hari ke 7-14 dan *lochea* rubra lebih dari hari ke 14, biasanya pada pasien *post sectio caesarea* terpasang kateter.

k) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Kaji terhadap kesimetrisan, *Range Of Motion (ROM)* , ada tidaknya edema, klien dengan post operasi biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak.

(2) Ekstremitas bawah

Kaji kesimetrisan kaki, ada atau tidaknya edema pada area kaki, biasanya keterbatasan gerak atau enggan gerak karena masih terasa sakit akibat luka *post operasi sectio caesarea*, Mengkaji refleks patella untuk menentukan integritas

fungsi neurologis dan mengkaji human sign untuk mendeteksi thrombosis vena dalam (DVT).

e. Pola Aktivitas Sehari-hari (ADL)

Pola aktivitas sehari-hari akan mengalami perubahan dan gangguan. Biasanya terjadi insomnia, kelelahan atau keletihan, perubahan frekuensi berkemih, defekasi kurang dari biasanya, mengeluh rasa penuh abdomen, adanya mual. Dan biasanya mempunyai keterbatasan aktivitas sehingga tidak dapat melakukan aktivitas sendiri.

f. Aspek Psikologis, Sosial, Spiritual

1) Aspek psikologis

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

2) Aspek sosial

Memperhatikan segala kelebihan yang dimiliki klien, dan menanyakan bagaimana sosialisasi dengan anggota keluarga, masyarakat yang lain (Permatasari, 2023).

3) Aspek spiritual

Mencari tahu atau menanyakan kepercayaan agama yang dianut klien (Permatasari, 2023).

g. Data Penunjang

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

1) Hemoglobin

Dalam pemeriksaan ini mungkin hasil akan rendah dari nilai normal karena akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.

2) Leukosit

Dalam pemeriksaan ini tujuannya untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis.

3) Trombosit

Dalam pemeriksaan ini tujuannya untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.

2. Analisa Data

Analisa data merupakan tingkat akhir dalam tahap pengkajian setelah dilakukan validasi data, melalui identifikasi pola atau masalah dapat diketahui gangguan atau masalah keperawatan yang terdapat pada fungsi kesehatan, seperti pada persepsi, tatalaksana kesehatan, pada aktivitas, pola nutrisi metabolisme, dll.

Tabel 2. 3 Analisa data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	Kriteria mayor: Subjektif: Mengeluh nyeri Objektif: a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri) c. Gelisah d. Frekuensi napas meningkat e. Sulit tidur Kriteria minor: Subjektif: Objektif: a. Tekanan darah meningkat	<i>Sectio caesarea</i> adalah tindakan insisi jaringan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang reseptor nyeri untuk kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri.	(D. 0077) Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Problem
	b. Pola napas berubah c. Proses berfikir terganggu d. Menarik diri e. Berfokus pada diri sendiri f. Diaphoresis		
2.	Kriteria mayor: Subjektif: a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif: a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun Kriteria minor: Subjektif: a. Nyeri saat bergerak b. Enggan melakukan pergerakan c. Merasa cemas saat bergerak Objektif: a. Sendi kaku b. Gerakan tidak terkoordinasi c. Gerakan terbatas d. Fisik lemah	Tindakan <i>Sectio caesarea</i> menggunakan anastesi spinal dan adanya penurunan syaraf ekstremitas bawah sehingga menyebabkan gangguan mobilitas fisik.	(D. 0054) Gangguan mobilitas fisik
3.	Kriteria mayor Subjektif: a. Kelelahan maternal b. Kecemasan maternal Objektif: a. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu b. ASI tidak menetes atau memancar c. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam	Tindakan <i>Sectio caesarea</i> ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitosin dan prolactin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga ASI tidak keluar dan terjadi Menyusui Tidak Efektif.	(D. 0029) Menyusui Tidak Efektif

No	Data	Etiologi	Problem
	d. Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Kriteria minor Subjektif: Objektif: a. Intake bayi tidak adekuat b. Bayi menghisap tidak terus menerus c. Bayi menangis saat disusui d. Bayi rewel dan menangis dalam jam-jam pertama setelah menyusui e. Menolak untuk menghisap		
4.	DS: - DO: -	Luka <i>post op Sectio caesarea</i> menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang, lalu terjadi invasi bakteri yang menimbulkan risiko infeksi.	(D. 0142) Risiko Infeksi
5.	Kriteria Mayor Subjektif: 1. Menolak melakukan perawatan diri Objektif: 1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ke toilet/ berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang Kriteria Minor Subjektif: Objektif:	Kelemahan fisik pasca pembedahan SC, nyeri luka insisi, efek residual anestesi, serta pembatasan mobilisasi (bed rest) akibat <i>post SC</i> atas indikasi PEB menyebabkan klien belum mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri.	(D. 0109) Defisit perawatan diri

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (SDKI, 2017).

Menurut SDKI (2017) kemungkinan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan *post operasi Sectio caesarea* adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
- d. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive.
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik pasca pembedahan *sectio caesarea* dan efek residual anestesi

4. Intervensi Keperawatan

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
 Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:
 - 1) Keluhan nyeri menurun
 - 2) Tampak meringis menurun
 - 3) Sikap protektif menurun (SLKI, 2018)

Tabel 2. 4 Intervensi keperawatan diagnosa 1

Intervensi	Rasional
Manajemen nyeri (I. 08238) Tindakan Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	Observasi a. Untuk menentukan dan membedakan karakteristik khususnya nyeri.

Intervensi	Rasional
b. Identifikasi skala nyeri. c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. f. Identifikasi budaya terhadap respon nyeri. g. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan obat Terapeutik a. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. b. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara berkala d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri	b. Untuk mengetahui tingkat nyeri c. Untuk mengetahui bagaimana respon nyeri non verbal d. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. e. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. f. Untuk mengetahui budaya terhadap respon nyeri. g. Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup. h. Untuk mengetahui dan menilai keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. i. Untuk melihat dan mengetahui efek samping penggunaan obat. Terapeutik a. Mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang di rasakan. b. Agar lingkungan dapat terkontrol dan dapat memberikan kenyamanan. c. Untuk memberikan istirahat dan tidur d. Untuk mengetahui perbedaan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi a. Untuk mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri. b. Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri. c. Dapat mempercepat dan konsisten dalam proses terapi. d. Untuk mempercepat dalam mengurangi nyeri e. Dapat mengetahui Teknik untuk meredakan nyeri secara non farmakologis. - f.

Intervensi	Rasional
kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. (SIKI, 2018)	Kolaborasi a. Untuk membantu meredakan nyeri

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kekuatan otot meningkat
- 2) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 3) Nyeri menurun
- 4) Kelemahan fisik menurun
- 5) gerakan terbatas menurun (SLKI, 2018).

Tabel 2. 5 Intervensi keperawatan diagnosa 2

Intervensi	Rasional
Dukungan mobilisasi (I. 05173) Tindakan Observasi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu misal pagar, tempat tidur. b. Fasilitasi melakukan pergerakan c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien. dalam meningkatkan pergerakan Edukasi a. Jelaskan tujuan mobilisasi dini	Observasi a. untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien. b. untuk mengetahui toleransi aktivitas fisik dalam melakukan pergerakan. c. untuk melihat dan mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum aktivitas. d. untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik a. Dapat memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu. b. Dapat mempermudah dalam melakukan pergerakan c. Agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan Edukasi a. Agar klien mengetahui tujuan dalam mobilisasi

Intervensi	Rasional
b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis; susuk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (SIKI 2018)	b. Untuk mempercepat proses penyembuhan c. Agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri

- c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidadaadekuatan suplai ASI

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Tetesan atau pancaran ASI meningkat.
- 2) Suplai ASI adekuat meningkat.
- 3) Intake bayi meningkat (SLKI, 2018)

Tabel 2. 6 Intervensi keperawatan diagnosa 3

Intervensi	Rasional
Edukasi Menyusui (I. 12393) Tindakan Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik a. Sediakan pendidikan kesehatan materi dan media sesuai kesepakatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya d. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui e. Libatkan system pendukung suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat	Observasi a. Untuk mengetahui kesiapan klien untuk menerima informasi b. Untuk menjelaskan tujuan dan manfaat menyusui Terapeutik a. Untuk memberikan edukasi kepada klien b. Untuk mengetahui kesediaan klien menerima informasi c. Untuk memberikan kesempatan untuk klien jika ada yang belum mengerti mengenai materi yang sudah dipaparkan d. Untuk memberi motivasi ibu dalam menyusui e. Untuk membantu ibu dalam melakukan proses menyusui.

Intervensi	Rasional
Edukasi a. Berikan konseling menyusui b. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi c. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>lacth on</i>) dengan benar d. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa e. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis; memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitoksin)	Edukasi a. Untuk memberikan informasi kepada ibu tentang menyusui b. Untuk memberikan informasi kepada ibu mengenai manfaat menyusui bagi ibu dan bayi c. Untuk mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar d. Untuk mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara e. Mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara untuk merangsang pengeluaran ASI

- d. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Nyeri menurun
- 2) Kultur area luka membaik
- 3) Kerusakan jaringan menurun
- 4) Kadar sel darah putih membaik (slki, 2018)

Tabel 2. 7 Intervensi keperawatan diagnosa 4

Intervensi	Rasional
Perawatan luka: I.14564 Tindakan Observasi a. Monitor karakteristik luka b. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Observasi a. Untuk mengetahui karakteristik luka b. Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi Terapeutik a. Untuk membantu proses perawatan luka b. Untuk membantu membersihkan luka

Intervensi	Rasional
c. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu d. Pasang balutan sesuai jenis luka e. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.	c. Untuk membantu proses pemulihan luka d. Untuk membantu melindungi luka e. Untuk mencegah infeksi pada area luka Edukasi a. Untuk memberikan informasi mengenai infeksi b. Untuk membantu proses pemulihan c. Untuk membantu perawatan luka secara mandiri Kolaborasi a. Untuk membantu mengurangi infeksi bakteri

- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik pasca pembedahan *sectio caesarea* dan efek residual anestesi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam di harapkan perawatan diri klien meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan perawatan diri secara mandiri meningkat

Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan Diagnosa 5

Intervensi	Rasional
Dukungan perawatan diri (I. 05173) Tindakan Observasi a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia b. Monitor tingkat kemandirian	Observasi a. Mengetahui kebiasaan perawatan diri pasien sebelum sakit sehingga intervensi yang diberikan dapat disesuaikan dengan pola kebiasaan yang sudah ada dan tidak bertentangan dengan kebiasaan pasien sehari-hari. b. Penilaian tingkat kemandirian secara berkala diperlukan untuk mengevaluasi perkembangan

Intervensi	Rasional
c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik a. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) b. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi). c. Dampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri d. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri, terutama pada pasien <i>post SC</i> yang mengalami keterbatasan mobilisasi akibat nyeri luka operasi, sehingga perawat dapat menentukan kapan bantuan dapat dikurangi secara bertahap c. Identifikasi kebutuhan alat bantu penting untuk memastikan seluruh sarana yang dibutuhkan pasien tersedia sebelum aktivitas perawatan diri dilakukan, sehingga proses perawatan diri dapat berjalan efektif dan tidak menimbulkan kesulitan tambahan bagi pasien yang masih dalam kondisi <i>POD 0</i>. Terapeutik a. Lingkungan yang nyaman dan menjaga privasi dapat meningkatkan rasa aman dan percaya diri pasien saat melakukan perawatan diri, serta mengurangi rasa malu atau canggung yang dapat menghambat proses perawatan diri. b. Ketersediaan alat-alat kebersihan diri yang lengkap memudahkan pasien atau perawat dalam melaksanakan kegiatan perawatan diri secara efisien. c. Pendampingan yang konsisten memberikan rasa aman bagi pasien sekaligus memungkinkan perawat memantau perkembangan kemampuan pasien secara langsung. d. Dukungan psikologis diperlukan agar pasien dapat menerima kondisi ketergantungan sementara <i>paSCa</i> operasi tanpa menimbulkan perasaan rendah diri atau frustrasi, sehingga pasien lebih kooperatif dalam menjalani proses pemulihan.

Intervensi	Rasional
e. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri f. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi a. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan	e. Pemberian bantuan yang proporsional, yaitu hanya pada aspek yang benar-benar tidak mampu dilakukan pasien, mendorong pasien untuk tetap berusaha semaksimal mungkin secara mandiri sesuai kemampuannya, sehingga tidak terjadi ketergantungan berlebihan. f. Penjadwalan rutinitas perawatan diri membantu membentuk pola aktivitas yang teratur dan terstruktur, sehingga pasien dapat lebih mudah beradaptasi dan secara bertahap membangun kembali kemandiriannya dalam perawatan diri. Edukasi a. Edukasi ini bertujuan untuk memotivasi pasien agar tetap berlatih melakukan perawatan diri secara bertahap dan konsisten sesuai kemampuannya, sehingga proses pemulihan kemandirian dapat tercapai secara optimal dan berkelanjutan setelah pasien pulang dari rumah sakit.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Menurut Manullang, (2023) Pelaksanaan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi masalah medis yang dialami. Implementasi keperawatan membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal, dan psikomotor. Pekerjaan tenaga kesehatan secara interprofessional dituntut untuk mampu menambah penanggulangan hipertensi dan meningkatkan kemampuan khusus

dalam memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dengan mengikutsertakan peran keluarga sebagai support system.

6. Evaluasi Keperawatan

Potter, Perry, Stockert & Hall (Fundamentals, 2021) Evaluasi dipandang sebagai tahap akhir sekaligus berkelanjutan dari proses keperawatan, di mana perawat membandingkan respons klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun untuk memutuskan apakah rencana dilanjutkan, dimodifikasi, atau diakhiri.

a. Jenis Evaluasi

- 1) Evaluasi formatif (proses) dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dan dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang ditentukan tercapai.
- 2) Evaluasi sumatif (hasil) fokusnya pada perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan, dilaksanakan secara paripurna sebagai rekapitulasi dan kesimpulan akhir.

b. Format Dokumentasi Evaluasi (SOAP)

S (Subjektif): keluhan pasien

O (Objektif): data hasil pemeriksaan

A (Analisa data)

P (Planning): rencana keperawatan selanjutnya

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Klien

Nama : Ny. R
Umur : 26 tahun
Alamat : Kp. Genteng Tarogong Kidul
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Suku/Bangsa : Sunda / Indonesia
Status perkawinan : Sudah menikah
Tanggal masuk : 8 Mei 2026
Tanggal operasi : 8 Mei 2026
Tanggal pengkajian : 9 Mei 2026 Pukul : 05.00 WIB
Diagnosa medis : *Post SC* atas indikasi Preeklampsia Berat
No Rekam medis : 01491598
Gravida : P2A0

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. A
Umur : 31 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Buruh
Agama : Islam
Alamat : Kp. Genteng Desa. Sukajaya Tarogong Kidul
Pendidikan : SMA
Status perkawinan : Sudah menikah
Hub dengan klien : Suami

2. Riwayat Kesehatan

a. Alasan masuk Rumah Sakit

Pada tanggal 8 Mei 2026 pukul 08.00 klien mengatakan pusing dan sudah merasa ada kontraksi, lalu klien dibawa oleh keluarga ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan. Setelah dilakukan pemeriksaan, di dapatkan tekanan darah klien 170/100 mmHg, sehingga bidan puskesmas menyarankan untuk dibawa ke rumah sakit. Pada tanggal 8 Mei 2026 pukul 17.00 klien datang ke RSUD Dr. Slamet Garut dan dilakukan pemeriksaan di ponex, hasil pemeriksaan tekanan darah 170/110, usia gestasi 37 minggu ukuran janin lebih kecil dari usia kehamilan akibat hipertensi sehingga harus segera dilakukan tindakan persalinan dengan *sectio caesarea*. Pada tanggal 8 Mei 2026 klien dilakukan tindakan *Sectio caesarea* pada pukul 21.30 WIB.

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada luka *post SC* di bagian perut bawah.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 9 Mei 2026 pukul 05.00 WIB, klien mengeluh nyeri pada area luka bekas operasi di perut bagian bawah, nyeri dirasakan seperti di sayat-sayat dan perih. klien mengatakan nyeri bertambah saat batuk, bersin atau mengubah posisi dan berkurang saat berbaring dan tidak melakukan banyak pergerakan. klien menunjukkan lokasi nyeri pada area insisi SC dan mengatakan nyeri tidak menjalar. Klien menilai skala nyeri 7 dari 0-10, nyeri dirasakan hilang timbul, mulai dirasakan sekitar 6 jam pasca operasi dan berlangsung beberapa menit saat pergerakan.

d. Riwayat Kesehatan dahulu

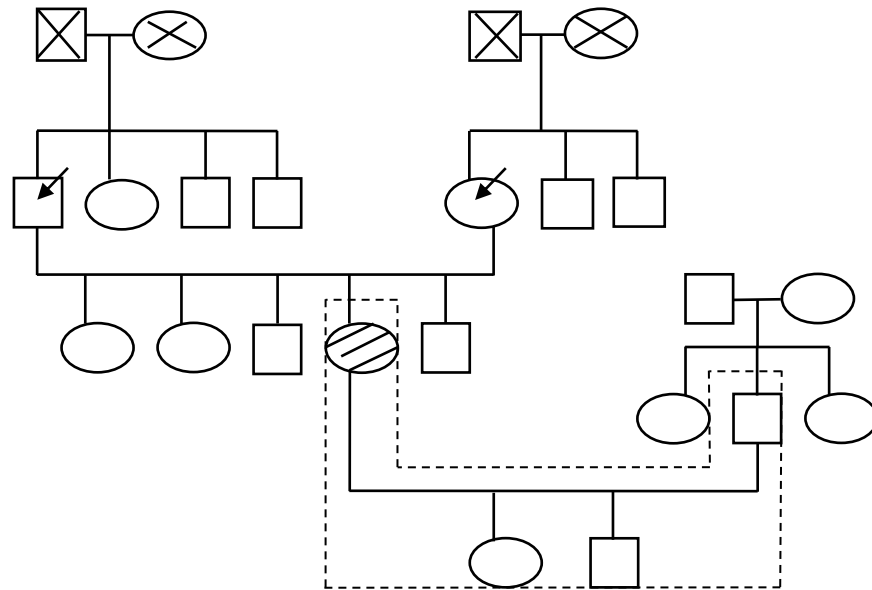
Klien tidak memiliki penyakit kronis diluar kehamilan, dan klien tidak memiliki riwayat penyakit penyerta seperti Diabetes Melitus, TBC, penyakit jantung atau hepatitis.

e. Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan kedua orangtuanya memiliki penyakit Hipertensi dan rutin meminum obat anti hipertensi.

3. Genogram

Bagan 3. 1. Genogram keluarga Ny. R



Keterangan:

- : Laki – laki
- : Perempuan
- ◐ : Klien
- ✕ : Meninggal
- | : Garis keturunan
- : Garis Perkawinan
- ↙ : Riwayat Hipertensi
- : Tinggal serumah

4. Riwayat Obstetri & Ginekologi

a. Riwayat Menstruasi

Menarche	: 14 Tahun
Lama haid	: 5-7 hari
Siklus	: 28 hari dan teratur
Banyaknya	: Normal
HPHT	: 25 Agustus 2025
Taksiran Partus	: 01 Juni 2026

b. Riwayat Perkawinan

Pernikahan ke-	: 1
Lama pernikahan	: 7 tahun
Usia suami	: 31 tahun
Usia istri	: 26 tahun

c. Riwayat Kontrasepsi

KB sebelum hamil	: IUD
Lama penggunaan	: 5 tahun
Masalah	: tidak ada masalah
KB sekarang	: IUD

d. Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang G2P1A0 dengan usia kehamilan 9 bulan atau 37 minggu. Kehamilan yang di rencanakan. Berat badan sebelum hamil 76 kg dan berat badan saat hamil 84 kg. klien mengalami kenaikan berat badan sekitar 8 kg dan tinggi badan klien 155 cm. Klien melakukan pemeriksaan rutin ke Puskesmas

e. Keluhan saat hamil

- 1) Trimester I : klien mengatakan adanya keluhan pusing dan mual
- 2) Trimester II : klien mengatakan tidak ada keluhan
- 3) Trimester III : klien mengatakan pada trimester ini mengalami nyeri kepala bagian belakang (*regio oksipital*), nyeri kepala hilang timbul, pandangan tidak kabur, adanya pembengkakan pada kedua kaki,

adanya keluhan nyeri pada ulu hati disertai mual dan muntah serta penurunan nafsu makan.

f. Riwayat *Antenatal Care*

Klien mengatakan 6 kali melakukan *anc*, satu kali di trimester 1, dua kali di trimester 2, dan tiga kali di trimester 3.

g. Riwayat obstetric

1) Riwayat persalinan yang lalu

Tabel 3. 1 Riwayat kehamilan yang lalu

Anak ke-	Tanggal lahir	Penolong	Persalinan	BB Lahir	JK	Usia saat ini	Keadaan
1	15-01-2020	Bidan	Spontan	2.900 gr	P	6 tahun	Sehat

2) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 8 Mei 2026 pukul 21.15 WIB klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat dan ukuran bayi lebih kecil dari usia kehamilan. Tindakan SC dilakukan pada pukul 21.30 dengan teknik transperitoneal segmen bawah rahim dengan anestesi spinal. Tindakan SC dilakukan sekitar 1 jam, kemudian di pindahkan ke ruang rawat inap pukul 01.30 WIB dengan kondisi stabil. Bayi yang lahir berjenis kelamin laki-laki dengan berat 2.300gram dan panjang 48 cm dengan skor *APGAR* 9. Sejak bayi lahir belum memberikan bayi nya ASI karena bayi di rawat di ruang *perinatology* dan ibu di ruang nifas.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Kesadaran : Compos mentis
 GCS : 15 (E:4 V:5 M:6)
 Keadaan umum : lemah
 BB saat hamil : 84 kg
 Tinggi Badan : 155 cm

b. Tanda – tanda vital

Tekanan Darah	: 140/80 mmHg
Nadi	: 85x/menit
Suhu	: 36,3°C
Respirasi	: 22x/menit
Saturasi O2	: 97%

c. Pemeriksaan fisik *Head to toe*

1) Kepala

Kepala simetris antara sisi kiri dan kanan, bentuk kepala bulat, tidak ada lesi, warna rambut hitam pekat dan panjang, penyebaran rambut merata, rambut terlihat kusut, kulit kepala dan rambut berminyak, dan tidak ada tanda-tanda trauma kepala, tidak teraba benjolan atau masa abnormal pada kepala, tidak ada nyeri tekan saat di palpasi.

2) Wajah

Bentuk wajah simetris, warna kulit sawo matang, tidak ada edema pada wajah, ekspresi wajah meringis, tidak ada kloasma gravidarium.

3) Mata

Bentuk kedua mata bulat (*round eyes*) simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sclera berwarna putih, bola mata dapat di gerakan ke segala arah, pupil bereaksi terhadap rangsangan cahaya (mengecil), klien dapat membaca papan nama perawat, mata bersih, tidak ada edema pada area periorbital, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan pada mata.

4) Hidung

Lubang hidung simetris antara kiri dan kanan, tidak ada secret, tidak ditemukan pernapasan cuping hidung, tidak ada benjolan, mukosa hidung tampak berwarna merah muda dan lembab, keadaan hidung bersih, tidak ada nyeri tekan pada sinus frontalis maupun sinus maksilaris, tidak teraba masa atau benjolan, klien mampu mencium aroma terbukti klien dapat membedakan aroma minyak kayu putih dan minyak wangi.

5) Mulut dan gigi

Mukosa bibir lembab, warna bibir merah muda kehitaman, gigi bersih, jumlah gigi 32, gusi berwarna merah muda, tidak ada perdarahan pada gusi, tidak ada karies gigi, langit-langit tidak ada kelainan dan bersih, lidah bersih, lidah dapat digerakan, dapat menelan dengan baik.

6) Telinga

Bentuk daun telinga simetris antara kiri dan kanan, tidak ada serumen, telinga bersih, daun telinga dapat di gerakkan dengan bebas dan tidak menimbulkan nyeri, tidak ada nyeri tekan, mampu menjawab pertanyaan perawat.

7) Leher

Leher simetris, tidak ada deviasi trakea, tidak ada pembesaran ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

8) Dada dan Paru-paru

Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, pergerakan dinding dada simetris pada saat inspirasi dan ekspirasi, tidak ada retraksi dinding dada, tidak tampak penggunaan otot bantu napas, frekuensi napas 22x/menit dengan irama teratur. *Vocal fremitus* teraba sama antara kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan pada dinding dada. Pada perkusi seluruh lapang paru terdengar bunyi sonor merata, baik pada paru kiri maupun paru kanan. Bunyi napas vesikuler.

9) Jantung

Tidak tampak pulsasi ictus cordis secara visual pada dinding dada, tidak ada sianosis pada bibir maupun ujung jari. Nadi teraba kuat dan teratur 85x/menit, tekanan darah 140/80 mmHg. Irama jantung regular, terdengar bunyi S1 dan S2 (lup dup).

10) Payudara

Letak payudara simetris antara kiri dan kanan, bentuk puting *inverted* (tenggelam), payudara bersih, aerola *hiperpigmentasi* (kehitaman), tidak ada kemerahan, tidak teraba benjolan, ASI sudah keluar sedikit, tidak

ada nyeri tekan. Klien sudah mengerti cara menyusui dan perlekatan, belum rawat gabung, belum melakukan inisiasi menyusui dini, belum melakukan perlekatan.

11) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat linea nigra, tidak terdapat striae gravidarum, tampak luka operasi dengan panjang ± 10 cm pada abdomen kuadran bawah regio suprapubik/ hipogastrik, luka tertutup perban dengan sayatan horizontal, tidak ada rembesan pada perban. Bising usus 4x/menit, tinggi fundus uteri (TFU) 2 jari dibawah pusat dan uterus teraba bulat dan keras, tidak ada distensi abdomen. Terdengar bunyi timpani di sebagian besar area abdomen.

12) Genetalia dan anus

Terpasang *folley* kateter, menggunakan diapers, terdapat *Lochea rubra*, vulva kotor, tidak ada hemoroid, urin berwarna kuning pekat sebanyak 100cc pada *urine bag*.

13) Ekstremitas

a) Ekstremitas Atas

Kedua tangan simetris antara kiri dan kanan, dapat di gerakan, tidak ada edema, tangan kiri terpasang infus RL 20 Tpm, area pemasangan infus bersih tidak ada flebitis, kekuatan otot 4 (mampu melawan tahanan), akral teraba hangat, *Capillary Refill Time (CRT)* kurang dari 2 detik.

b) Ekstremitas Bawah

Kedua kaki simetris antara kiri dan kanan, tidak ada edema, pergerakan sedikit kaku, tidak ada nyeri tekan, tidak ada varises, rentang gerak (ROM) menurun (4), human sign (-), releks patella +/+.

5	5
4	4

14) Integumen

Tubuh berkeringat dan lengket, kuku pendek.

6. Konsep diri

a. Identitas diri

Klien seorang perempuan berusia 26 tahun, klien beragama islam dan klien merasa senang dengan kelahiran anak keduanya.

b. Peran diri

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

c. Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin cepat bertemu dengan anak-anaknya.

d. Harga diri

Klien merasa dihargai oleh suaminya, keluarganya maupun lingkungan di sekitarnya, terbukti banyak yang menengok dan peduli kepada klien.

e. Gambaran diri

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

7. Aspek psikologis

a. Persepsi diri

Klien berharap agar segera sembuh dan segera pulang kerumah, klien belum bertemu bayi karena tidak rawat gabung.

b. Pola pikir dan kognitif

Klien mengatakan kurang tahu cara perawatan luka operasi dirumah, dan makanan yang tidak di perbolehkan untuk pasca operasi. Klien sudah tau caranya menyusui, klien mengatakan bingung karena belum pernah melakukan perlekatan karena tidak rawat gabung dengan bayinya.

c. Respon ibu terhadap kelahiran bayi

Klien mengatakan sangat bahagia dan bersyukur atas kelahiran bayi laki-laki yang sehat. Klien masih pada dalam masa ketergantungan dibantu oleh keluarga.

8. Aspek sosial

Hubungan klien dengan keluarganya baik, terbukti keluarga selalu menjaga klien, pola komunikasi klien baik dan sopan

9. Aspek spiritual dan kultural

Dari aspek spiritual, klien adalah seorang muslim dan selalu beribadah sesuai dengan kepercayaannya, klien selalu berdoa untuk kesehatannya. Dari aspek kultural, klien berasal dari lingkungan budaya sunda Jawa Barata. Tidak ditemukan pantangan tertentu yang bertentangan dengan program perawatan medis maupun asuhan keperawatan yang di berikan.

10. Kecemasan

Klien mengatakan khawatir tidak bisa memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya, dikarenakan tidak bisa menyusui bayinya secara langsung karena tidak rawat gabung.

11. Pola coping

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

12. Kebiasaan seksual

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam hubungan suami istri sebelum dan selama kehamilan. Saat ini klien dalam masa nifas dan sudah dipasang alat kontrasepsi IUD pasca operasi SC.

13. Pola aktivitas sehari-hari (ADL)

Tabel 3. 2 Pola Aktivitas sehari-hari

No.	ADL	SAAT HAMIL	SAAT INI
1.	Nutrisi Makan - Jenis menu - Frekuensi - Porsi - Pantangan	Nasi + lauk pauk 3x sehari 2 porsi	Saat ini klien masih puasa <i>post</i> operasi

No.	ADL	SAAT HAMIL	SAAT INI
	- Keluhan Minum - Jenis minuman - Frekuensi - Jumlah - Pantangan - Keluhan	Makanan tinggi gula & garam Terjadi penurunan nafsu makan saat trimester 3 Air mineral 6-8 x 6-8 gelas Tidak ada Tidak ada	Klien masih puasa
2.	Istirahat & tidur Malam - Lama tidur - Dari jam...s/d jam... - Kesukaran tidur Siang - Lama tidur - Dari jam...s/d jam... - Kesukaran tidur	± 8 jam 22.00 – 05.00 WIB Tidak ada ± 1 jam 12.30-13.30 Tidak ada	± 4 jam 23.00 – 03.00 Sering terbangun karena nyeri pada luka ± 2 jam 10.00-12.00 Tidak ada
3.	Eliminasi BAK - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Kesulitan BAB - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Kesulitan	± 4-6 x sehari Normal Kuning jernih Khas urin Tidak ada 2x / hari Normal Kuning kecoklatan Khas feses Tidak ada	Terpasang kateter 100 cc Kuning pekat Khas urin Tidak ada Belum BAB
4.	Personal Hygiene Mandi		

No.	ADL	SAAT HAMIL	SAAT INI
	- Frekuensi - Menggunakan sabun - Frekuensi gosok gigi - Gangguan Berpakaian - Frekuensi ganti pakaian	2x/hari Ya 2x sehari Tidak ada 2x	Klien mengatakan belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri karena mengalami keterbatasan gerak 1x
5.	Mobilitas dan Aktivitas - Aktivitas yang dilakukan - Kesulitan	Normal Tidak ada	Mobilisasi dini setelah dipindahkan ke rawat inap Keterbatasan gerak Klien tampak lemah

14. Data penunjang

Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 08 Mei 2026 jam 19.00 WIB

Tabel 3. 3 Hasil Laboratorium 1

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL
Leukosit	+1 (25/ ul) / 12.700	Negatif
Protein	+1 (30 mg/dl)	Negatif
Hemoglobin	11,4 g/dl	13-18 g/dl
Hematokrit	34 %	35-47 %

Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 09 Mei 2026 13.15 WIB

Tabel 3. 4 Hasil Laboratorium 2

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL
Hemoglobin	12,7 g/dl	13-18
Hematokrit	41 %	35-47
Leukosit	9.780 / mm ³	3.800-10.600

15. Terapi medis

Terapi medis yang diberikan pada Ny. R tanggal 9-13 Mei 2026

Tabel 3. 5 Terapi Medis

JENIS OBAT	DOSIS	RUTE	GOLONGAN	KEGUNAAN	TANGGAL
Infus Ringer Laktat	20 Tpm	IV	Kristaloid	Mengganti cairan tubuh pada pasien dehidrasi, perdarahan, atau pasca operasi.	9 – 13 Mei
Cefotaxime	3x1 gr/vial	IV	Antibiotik Sefalosforin	Untuk mencegah infeksi bakteri	9 – 13 Mei
Ketorolac	3x30 mg/ml	IV	Analgetik (NSAID)	Untuk nyeri sedang hingga berat.	9 – 13 Mei
Bisoprolol	1x2,5 mg	Oral	Anti hipertensi	Menurunkan tekanan darah	9 – 10 Mei
Captopril	3x12,5 mg	Oral	Anti hipertensi	Menurunkan tekanan darah	10 – 13 Mei
Cefadroxil	2x500 mg	Oral	Antibiotik	Untuk infeksi bakteri pada kulit dan luka operasi	9 – 13 Mei
Asam Mefenamat	3x500 mg	Oral	Analgetik	Anti nyeri dan anti inflamasi untuk nyeri ringan-sedang seperti nyeri luka operasi, nyeri haid atau nyeri gigi.	9 – 13 Mei
Metronidazole	3x5 mg/ml	IV	Antibiotik	Untuk infeksi berat akibat bakteri anaerob, terutama pada pasien pasca operasi.	9 – 13 Mei

B. Analisa Data

Tabel 3. 6 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: a. Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bawah yang terdapat luka <i>post SC</i> b. Skala Nyeri 7 (0-10) c. Nyeri seperti di sayat-sayat d. Nyeri hilang timbul e. Pasien mengatakan sering terbangun karena nyeri DO: a. Klien tampak meringis b. Klien bersikap protektif terhadap nyeri c. Klien tampak gelisah d. Terdapat luka <i>post SC</i> $\pm$ 10 cm horizontal di bagian bawah abdomen e. TTV: TD: 140 mmHg N : 85x/menit R : 22X/menit f. <i>POD</i> 0 6 jam	<i>Sectio caesarea</i> adalah tindakan insisi jaringan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang reseptor nyeri untuk kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri.	Nyeri Akut (D. 0077)
2.	DS: a. Klien mengatakan nyeri saat bergerak b. Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah c. Klien mengatakan enggan mengubah posisi karena takut nyeri bertambah DO: a. Klien tampak lemah b. Rentang gerak (ROM) menurun / terbatas pada ekstremitas bawah c. Gerakan klien terbatas	Tindakan <i>Sectio caesarea</i> menggunakan anastesi spinal dan adanya penurunan syaraf ekstremitas bawah sehingga menyebabkan gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik (D. 0054)

No.	Data	Etiologi	Masalah
	d. Kekuatan otot ekstremitas bawah menurun (4) e. Tampak berhati-hati saat bergerak f. Terpasang kateter urin g. Klien <i>post sc</i> dengan anestesi spinal <i>POD</i> 0 (6 jam) h. Aktivitas dibantu keluarga		
3.	DS: klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena keterbatasan gerak DO: a. Tampak lemah b. Rambut terlihat kusut c. Kulit kepala dan rambut berminyak d. Tubuh berkeringat dan lengket e. Vulva kotor	Kelemahan fisik pasca pembedahan SC, nyeri luka insisi, efek residual anestesi, serta pembatasan mobilisasi (bed rest) akibat <i>post SC</i> atas indikasi PEB menyebabkan klien belum mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri.	Defisit perawatan diri (D. 0109)
4.	DS: DO: a. Terdapat luka di bagian bawah abdomen ± 10 cm b. Luka tertutup verban c. Sayatan luka horizontal d. Tidak ada rembesan darah Leukosit +1 (25 ul) atau 12.700 mm^3	Luka <i>post op Sectio caesarea</i> menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang, lalu terjadi invasi bakteri yang menimbulkan risiko infeksi.	Risiko infeksi (D. 0142)
5.	DS: a. klien mengatakan khawatir tidak bisa memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya b. klien mengatakan belum pernah melakukan perlekatan dengan bayinya DO:	Tidak dilakukan rawat gabung menyebabkan ketidakadekuatan suplai ASI sehingga ASI bisa berkurang dan menyebabkan proses menyusui menjadi tidak efektif.	Menyusui tidak efektif (D. 0029)

No.	Data	Etiologi	Masalah
	a. Putting klien tenggelam (<i>inverted</i>) b. ASI keluar sedikit c. Tidak rawat gabung dengan bayinya d. BB bayi 2300 gr		

C. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan:

DS:

- a. Klien mengatakan nyeri pada abdomen bawah yang terdapat luka *post SC*
- b. Skala nyeri 7 (0-10)
- c. Nyeri seperti di sayat-sayat
- d. Nyeri hilang timbul
- e. Klien mengatakan sering terbangun karena nyeri

DO:

- a. Klien tampak meringis
- b. Klien bersikap protektif terhadap nyeri
- c. Terdapat luka *post SC* di bagian abdomen bawah
- d. TTV: TD = 140 mmHg

N = 85x/menit

S = 36,3 C

R = 22x/menit

SpO₂ = 97%

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan:

DS: klien mengatakan nyeri pada saat bergerak dan enggan melakukan pergerakan

DO:

- a. Klien tampak lemah
- b. Rentang gerak (ROM) menurun

- c. Kekuatan otot menurun (4)
 - d. Gerakan terbatas
 - e. Terpasang kateter
 - f. Aktivitas dibantu keluarga
3. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur *invasive*
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik pasca pembedahan *sectio caesarea* dan efek residual anestesi ditandai dengan:
DS: klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena keterbatasan gerak
- a. Tampak lemah
 - b. Rambut terlihat kusut
 - c. Kulit kepala dan rambut berminyak
 - d. Tubuh berkeringat dan lengket
 - e. Vulva kotor
5. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kecemasan maternal dibuktikan dengan:
DS:
- a. klien mengatakan khawatir tidak bisa memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya
 - b. klien mengatakan belum pernah melakukan perlekatan dengan bayinya
- DO:
- a. Putting klien tenggelam (*inverted*)
 - b. ASI keluar sedikit
 - c. Tidak rawat gabung dengan bayinya
 - d. BB bayi 2.300 gr

D. Proses Asuhan keperawatan

Nama : Ny. R

No. RM : 01491598

Usia : 26 tahun

Ruangan : Agate Bawah

Tanggal operasi : 9 Mei 2026

Tanggal pengkajian : 9 Mei 2026

Tabel 3. 7 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik akibat prosedur operasi ditandai dengan: DS: - Klien mengatakan nyeri pada abdomen bawah yang terdapat luka <i>post SC</i> - Skala nyeri 7 (0-10) - Nyeri seperti di sayat-sayat - Nyeri hilang timbul - Klien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun - Tampak meringis menurun - Sikap protektif menurun - Sulit tidur menurun	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri	Observasi - Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. - Mengetahui tingkat nyeri	Tanggal 9 Mei 2026 Pukul 05.00 WIB - Mengidentifikasi nyeri Respon: nyeri dirasakan pada abdomen bawah, nyeri terasa seperti di sayat-sayat Pukul 05.05 WIB - Mengkaji skala nyeri Respon: skala nyeri 7(0-10) klien tampak meringis	Tanggal 9 Mei 2026 Pukul 10.30 WIB S: klien mengatakan nyeri pada luka <i>post SC</i> O: - klien tampak meringis - skala nyeri 6 (0-10) - klien tampak protektif terhadap nyeri pada luka <i>post SC</i> - TTV: TD 140/80 N 80X/mnt R 21x/mnt S 36,5 C

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
sering terbangun karena nyeri DO: 1. Klien tampak meringis 2. Klien bersikap protektif terhadap nyeri 3. Terdapat luka <i>post SC</i> di bagian abdomen bawah 4. TTV : TD = 140 mmHg N = 85x/menit S = 36,3 C R = 22x/menit		3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 4. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 5. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri (Teknik nafas dalam)	3. Mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik 4. Untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas tidur. Edukasi 5. mengurangi nyeri dan meningkatkan relaksasi.	Pukul 05.10 WIB 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon: klien mengatakan nyeri bertambah apabila banyak bergerak dan berkurang apabila istirahat dan tidak banyak bergerak Pukul 05.15 WIB 4. Menganjurkan klien istirahat Respon: klien mengerti Pukul 05.30 WIB 5. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam Respon: klien mengatakan merasa lebih rileks	Spo2 98% A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 2,3,4,5

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian analgesic	kolaborasi 6. Untuk mengurangi nyeri	Pukul 06.00 WIB 6. Memberikan terapi obat intravena ketorolak 30 mg/ml Ttd Iwang	
Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d: DS: klien mengatakan nyeri saat bergerak dan enggan melakukan pergerakan DO: 1. Klien tampak lemah 2. Rentang gerak (ROM) menurun 3. Gerakan terbatas 4. Kekuatan otot menurun (4) 5. Terpasang selang kateter 6. Aktivitas dibantu keluarga	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Gerakan terbatas menurun	Dukungan mobilisasi (I. 05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Observasi 1. Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lain 2. Untuk mengetahui kondisi umum pasien	Pukul 05.30 1. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik yang lain Respon: klien mengatakan nyeri pada luka <i>post SC</i> di abdomen bawah Pukul 05.45 WIB 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Pukul 10.45 WIB S: Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak dan masih enggan melakukan pergerakan O: - klien masih tampak lemah - kekuatan otot menurun -ROM menurun - Gerakan masih terbatas karena nyeri A: masalah belum teratasi

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		Terapeutik 3. Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan	Terapeutik 3. Keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan klien	Respon: klien mengatakan nyeri pada luka post sc 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon: keluarga sangat berantusias dalam membantu klien mobilisasi	P: lanjutkan intervensi 2,3,5
		Edukasi 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Edukasi 4. Klien mengetahui tujuan dari mobilisasi	Pukul 06.00 WIB 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Respon: klien mengerti setelah diberi tahu pentingnya mobilisasi untuk proses penyembuhan	

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan <i>post SC</i> a. 0-6 jam menggerakkan tangan, kaki, dan jari-jari b. 6-12 jam miring kanan kiri c. 12-24 jam duduk semi fowler d. >24 jam berjalan	5. Klien mampu melakukan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasca <i>SC</i>	pukul 06.10 WIB 5. mengajarkan mobilisasi sederhana pada 8 jam pertama pasca <i>SC</i> (menggerakkan kaki, tangan dan jari, miring kanan dan miring kiri) Respon: klien dapat menggerakkan kaki, tangan, dan jari jari tetapi masih kesulitan untuk miring kanan dan miring kiri. Ttd Iwang	
Risiko infeksi d.d prosedur infasive DS: DO:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan derajat	Perawatan luka (I. 14564) Observasi 1. Monitor tanda-tanda infeksi	Observasi 1. Untuk mengetahui	Pukul 06.30 WIB 1. mengkaji tanda – tanda infeksi	Pukul 11.00 WIB S:Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post SC</i>

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
1. Terdapat luka dibagian bawah abdomen 2. Luka tertutup verban 3. Sayatan luka horizontal 4. Leukosit 12.700	tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Nyeri menurun 2. Kultur area luka membaik 3. Kerusakan jaringan menurun 4. Kadar sel darah putih membaik	2. Monitor karakteristik luka Terapeutik 3. Lakukan perawatan luka pada <i>POD</i> 2 Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	adanya tanda infeksi 2. untuk mengetahui karakteristik luka Terapeutik 3. untuk membantu proses perawatan luka dan membantu proses penyembuhan Edukasi 4. untuk memberikan informasi kepada klien dan keluarga.	respon: tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, area luka tertutup perban, tidak ada rembesan darah ataupun cairan pukul 06.40 WIB 2. memonitor karakteristik luka respon: luka tertutup perban 3. perawatan luka dilakukan pada <i>POD</i> 2 pukul 06.45 WIB 4. menjelaskan tanda dan gejala infeksi kepada klien dan keluarga	O: - Terdapat luka <i>post SC</i> tertutup verban - tidak ada rembesan darah atau cairan A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		5. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian antibiotic	5. untuk mempercepat proses pemulihan Kolaborasi 6. untuk menghindari infeksi akibat bakteri	respon: klien dan keluarga mengerti 5. menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein respon: klien mengerti dan memahami nutrisi yang baik untuk pemulihan pukul 06.55 WIB 6. memberikan terapi antibiotik Metronidazole 500 mg Ttd Iwang	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik pasca pembedahan <i>sectio caesarea</i> dan efek	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam di harapkan perawatan diri klien	Dukungan perawatan diri (I. 11348)			Pukul 11.05 WIB S: klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan diri

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
residual anestesi ditandai dengan: DS: klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena keterbatasan gerak DO: 1. Tampak lemah 2. Rambut terlihat kusut 3. Kulit kepala dan rambut berminyak 4. Tubuh berkeringat dan lengket 5. Vulva kotor	meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan perawatan diri secara mandiri meningkat	Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan.	Observasi 1. Mengetahui kebiasaan perawatan diri yang biasa dilakukan 2. Mengetahui tingkat kemandirian 3. Mengetahui alat kebersihan yang di perlukan	Pukul 07.00 WIB 1. Mengidentifikasi kebiasaan perawatan diri Respon: sebelum masuk rumah sakit, klien biasa mandi pagi dan sore. Pukul 07.05 WIB 2. Menilai tingkat kemandirian Respon: perawatan diri dibantu oleh perawat dan keluarga Pukul 07.10 WIB 3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan Respon: alat kebutuhan yang diperlukan tersedia dan siap pakai Pukul 07.15 WIB	O: - rambut klien rapi - vulva bersih A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 2, 4, 6, dan 9

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, dan privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi, sabun mandi).	Terapeutik 4. Memberikan kenyamanan pada klien 5. Memudahkan dalam melakukan perawatan diri	4. Menyediakan lingkungan yang nyaman (menutup sampiran dan jendela pada saat melakukan perawatan diri) Respon: klien merasa nyaman Pukul 07.18 WIB 5. Menyiapkan keperluan perawatan diri Respon: keluarga membantu menyiapkan keperluan perawatan diri seperti waslap, air hangat, diapers, dan pakaian ganti Pukul 07.20 WIB	

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		6. Lakukan perawatan vulva hygiene, mandi, ganti pakaian, dan menyisir rambut. 7. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. 8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	6. Meningkatkan kenyamanan klien 7. Meningkatkan tingkat kemandirian klien 8. Agar perawatan diri dapat teratasi	6. Melakukan vulva hygiene dan mewaslap klien serta membantu ganti pakaian dan menyisir rambut klien. Respon: klien tampak segar dan nyaman Pukul 07.30 WIB 7. Memfasilitasi kemandirian dan membantu klien melakukan perawatan diri Respon: perawatan diri dibantu Pukul 07.40 WIB 8. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri setiap 2x sehari pagi dan sore Respon: klien dan keluarga sepakat	

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
		Edukasi 9. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Edukasi 9. Agar kebersihan diri meningkat	Pukul 07.45 WIB 9. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten Respon: klien bersedia Ttd iwang	
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kecemasan maternal dibuktikan dengan: DS: 1. klien mengatakan khawatir tidak bisa memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya 2. klien mengatakan belum pernah melakukan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil: 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Berat badan bayi meningkat	Edukasi menyusui (I. 12393) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Terapeutik 2. Sediakan materi pendidikan	Observasi 1. Mengetahui kesiapan dan kemampuan klien dalam menerima informasi. Terapeutik 2. Memudahkan klien dalam	Pukul 07.50 WIB 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon: klien bersedia menerima informasi. Pukul 08.00 WIB	Pukul 11.10 WIB S: klien mengatakan belum pernah melakukan perlekatan dengan bayinya dan khawatir tidak bisa memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya. O: 1. Putting tenggelam (<i>inverted</i>)

Diagnosa keperawatan	Perencanaan keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
perlekatan dengan bayinya DO: 1. Putting tenggelam (<i>inverted</i>) 2. ASI keluar sedikit 3. Tidak rawat gabung dengan bayinya 4. BB bayi 2.300 gr	3. Tetesan asi meningkat 4. Kecemasan maternal menurun	Kesehatan perawatan payudara Edukasi 3. Ajarkan perawatan payudara postpartum (memerah ASI, pijat payudara)	memahami informasi yang diberikan Edukasi 3. Untuk melatih kemandirian klien	2. Menyiapkan materi Pendidikan Kesehatan Respon: klien bersedia diberikan penkes besok Pukul 08.05 WIB 3. Mengajarkan perawatan payudara (<i>breast care</i>) dan memerah ASI Respon: ASI keluar sedikit Ttd Iwang	2. ASI keluar sedikit 3. Tidak rawat gabung dengan bayinya 4. BB bayi 2.300 gr A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 2&3.

E. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. R
 Usia : 26 Tahun
 Tanggal : 10 Mei 2026 s/d 13 Mei 2026
 Diagnosa medis : *Post SC* atas indikasi PEB

Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	paraf
10 Mei 2026	Dx I	Pukul 07.45 S: Klien mengatakan nyeri yang dirasakan masih terasa namun mulai berkurang O: 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri 5 (0-10) 3. Klien masih bersikap protektif terhadap nyeri 4. sulit tidur menurun A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Anjurkan Teknik non farmakologis (Teknik nafas dalam) 3. Kolaborasi pemberian analgetik: ketorolac 30 mg/ml intravena I: pukul 08.00 1. Mengkaji tanda-tanda vital Hasil: TD 120/90 mmHg N 85x/menit R 22X/menit S 36,4 C SPO2 98% 2. Mengkaji skala nyeri Hasil: skala nyeri 3 (0-10) 3. Menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam Hasil: klien tampak rileks 4. 08.15 WIB memberikan injeksi ketorolac 30 mg/ml E: Masalah teratasi Sebagian	Iwang
Pukul 08.17 WIB			
10 Mei 2026	Dx II	Pukul 08.20 WIB S:1. klien mengatakan nyeri saat bergerak tetapi sudah bisa melakukan pergerakan 2. klien mengatakan sudah bisa sikat gigi dan mencuci muka di kamar mandi	Iwang

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	paraf
10 Mei 2026 Pukul 09.45 WIB	Dx IV	Pukul 09.15 WIB S: klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri untuk sikat gigi dan mencuci muka, namun masih merasa kesulitan untuk mandi sendiri O: 1. Klien merasa masih kesulitan mandi sendiri 2. klien tampak berkeringat A: defisit perawatan diri teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. anjurkan melakukan perawatan diri secara mandiri I: pukul 09.50 WIB 1. menganjurkan melakukan perawatan secara mandiri Hasil: klien sudah bias melakukan perawatan diri secara mandiri, mandi di toilet E: masalah teratasi	Iwang
10 Mei 2026	Dx V	Pukul 10.00 WIB S: 1. klien mengatakan ASI keluar sedikit 2. klien mengatakan khawatir bayi tidak mau menyusu pada putting ibu karena terbiasa memakai dot O: 1. Klien tidak dirawat gabung dengan bayinya 2. ASI sudah keluar sedikit 3. Putting tenggelam (<i>inverted</i>) 4. Bayi belum pernah melakukan perlekatan A: Menyusui tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Berikan penkes perawatan payudara 2. Ajarkan teknik perawatan payudara (<i>breast care</i>) dan cara mengoreksi putting tenggelam 3. Anjurkan ibu memerah ASI secara manual untuk menjaga suplai ASI dan melatih putting I: Pukul 10.15 WIB 1. Memberikan penkes perawatan payudara	Iwang

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	paraf
Pukul 09.25 WIB		2. Tidak ada rembesan 3. Leukosit normal (9.780 mm ³) A: risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda infeksi 2. Lakukan perawatan luka 3. Penyuluhan kesehatan mengenai perawatan luka dirumah dan nutrisi untuk membantu proses pemulihan pasca SC I: pukul 09.00 WIB 1. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: tidak ada tanda – tanda infeksi 2. Melakukan perawatan luka Hasil: luka tampak baik, tidak ada kemerahan, tidak ada pengeluaran atau rembesan darah atau pus, tidak ada bengkak pada luka, luka menutup dan tidak ada celah terbuka pada permukaan kulit, sayatan luka ±10 cm horizontal atau memanjang 3. Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai perawatan luka dirumah dan nutrisi untuk membantu proses pemulihan luka pasca SC Hasil: klien dan keluarga memahami materi penyuluhan E: masalah teratasi	
11 Mei 2026	Dx V	Pukul 10.00 WIB S: klien mengatakan ASI sudah keluar O: 1. Putting susu tampak sedikit lebih menonjol 2. ASI keluar saat diperah A: Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Anjurkan melakukan perawatan payudara dan menarik putting secara rutin 2. Anjurkan memerah ASI secara mandiri I: pukul 10.10 WIB	

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	paraf
Pukul 10.50 WIB		S: klien mengatakan ASI sudah keluar dan sudah diberikan kepada bayinya O: 1. ASI keluar lancar 2. ASI ditampung pada plastik ASI untuk diberikan pada bayi di ruang perinatologi karena belum rawat gabung A: Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan edukasi menyusui secara mandiri dirumah I: pukul 10.45 WIB Memberikan edukasi mengenai teknik menyusui, perawatan putting dirumah E: masalah teratasi sebagian, edukasi dilanjutkan secara mandiri dirumah	

F. Pembahasan

Pada bagian ini penulis menguraikan hasil asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Ny. R dengan diagnosa medis *post sectio caesarea (POD 0)* atas indikasi preeklampsia berat, yang dilakukan selama 5 hari terhitung mulai tanggal 9 Mei 2026 sampai dengan tanggal 13 Mei 2026 di ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Pembahasan disusun dengan membandingkan antara konsep teori yang telah diuraikan pada BAB II dengan kenyataan yang penulis temukan di lapangan, meliputi tahap pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan, sehingga dapat diketahui kesenjangan maupun kesesuaian antara teori dan praktik nyata dalam pemberian asuhan keperawatan.

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dari keseluruhan proses keperawatan, karena ketepatan dalam merumuskan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi sangat bergantung pada kelengkapan data yang diperoleh pada tahap ini. Data pada Ny. R diperoleh penulis melalui wawancara langsung dengan klien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi rekam medis di ruangan, sehingga data yang terkumpul berupa data subjektif dan data objektif yang saling melengkapi.

Secara teori, preeklampsia berat dapat disebabkan oleh beberapa faktor risiko, di antaranya primigravida, obesitas, usia kehamilan, riwayat hipertensi, dan faktor genetik/riwayat keluarga (Khairani, 2017). Hasil pengkajian pada Ny. R menunjukkan kesesuaian dengan teori tersebut, yaitu ditemukan adanya riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya, berat badan klien yang berlebih (obesitas), serta riwayat keluarga dengan hipertensi, yakni orang tua Ny. R. Hal ini memperkuat bahwa faktor risiko yang dimiliki Ny. R bukan tunggal melainkan multifaktorial, sehingga penulis menilai kombinasi faktor tersebut turut memperberat kondisi preeklampsia yang dialami klien.

Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium turut mendukung data pengkajian, di mana ditemukan peningkatan leukosit $12.700/\text{mm}^3$ dan protein urine +1 (30 mg/dl) pada pemeriksaan awal, serta kadar hemoglobin 11,4 g/dl yang berada sedikit di bawah rentang normal. Leukositosis pada kondisi pasca pembedahan merupakan respons fisiologis tubuh terhadap trauma jaringan, namun tetap perlu dipantau ketat mengingat klien juga memiliki luka operasi yang berisiko mengalami infeksi. Penurunan kadar hemoglobin sejalan dengan kondisi kehilangan darah selama proses persalinan *sectio caesarea*, sehingga data ini menjadi dasar penting bagi penulis dalam memantau status hemodinamik klien selama perawatan.

Pada pengkajian keluhan utama, Ny. R mengeluh nyeri pada luka operasi dengan skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dan hilang timbul. Secara teori, nyeri pada pasien *post* operasi terjadi akibat terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang reseptor nyeri untuk melepaskan neurotransmitter seperti bradikinin, serotonin, dan histamin, kemudian rangsangan tersebut dihantarkan ke talamus dan dipersepsikan sebagai nyeri (Permatasari, 2023). Data yang ditemukan pada Ny. R sejalan dengan teori ini, di mana nyeri paling dirasakan pada hari pertama pasca operasi setelah efek anestesi mulai menghilang.

Selain nyeri, pengkajian juga menemukan bahwa Ny. R enggan bergerak karena nyeri dan aktivitasnya sepenuhnya dibantu oleh keluarga.

Menurut Pujiati dkk, (2021), pasien pasca sectio caesarea umumnya merasa takut dan malas untuk melakukan mobilisasi dengan alasan khawatir jahitan operasi terlepas, sehingga timbul keterbatasan gerak. Kondisi ini sesuai dengan apa yang ditemukan pada Ny. R, sehingga rasa takut bergerak yang bersifat psikologis turut memperberat keterbatasan fisik yang sebenarnya disebabkan oleh nyeri.

Pada area luka operasi ditemukan sayatan horizontal sepanjang ± 10 cm di bagian abdomen bawah, tertutup verban, tidak tampak pus, tidak ada kemerahan, dan tidak ada rembesan darah, namun hasil laboratorium menunjukkan peningkatan leukosit sebagaimana telah diuraikan sebelumnya. Menurut Permatasari (2023), persalinan dengan sectio caesarea memiliki risiko lima kali lebih besar mengalami infeksi pasca persalinan dibandingkan persalinan normal, dan infeksi daerah operasi dapat muncul dalam kurun waktu 24-48 jam pertama hingga 30 hari pasca operasi. Data ini menjadi dasar bagi penulis untuk tetap mengangkat risiko infeksi sebagai salah satu masalah keperawatan meskipun secara klinis tanda infeksi belum tampak, sebagai bentuk kewaspadaan dini (*early warning*).

Pengkajian pada kebutuhan perawatan diri menemukan bahwa Ny. R tampak lemah, rambut terlihat kusut serta berminyak, wajah berkeringat dingin dan lengket, serta area vulva tampak kotor. Klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena keterbatasan gerak. Berdasarkan SDKI (PPNI, 2017), defisit perawatan diri merupakan kondisi ketidakmampuan seseorang untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri, yang pada pasien pasca *sectio caesarea* dapat disebabkan oleh nyeri akut, kelemahan fisik pasca pembedahan, dan efek residual anestesi. Temuan pada Ny. R sesuai dengan konsep tersebut, sehingga masalah kebersihan diri yang teridentifikasi pada tahap pengkajian menjadi dasar kuat bagi penulis untuk mengangkat diagnosa ini.

Pengkajian pada menyusui, menemukan bahwa putting Ny. R tenggelam (*inverted*), klien merasa khawatir nutrisi bayi tidak terpenuhi karena belum pernah menyusui secara langsung dan belum melakukan perlekatan, berat bayi lahir rendah 2.300 gram sehingga penulis mengangkat diagnosa ini.

2. Tahapan Diagnosa Keperawatan

Pada kasus *sectio caesarea*, tidak semua diagnosa keperawatan yang terdapat dalam teori akan muncul pada setiap klien, karena perumusan diagnosa keperawatan harus berdasarkan pada data aktual yang diperoleh dari hasil pengkajian dan pemeriksaan, bukan berdasarkan seluruh kemungkinan masalah yang tercantum dalam buku teori. Prinsip ini menegaskan bahwa asuhan keperawatan bersifat individual (*individualized care*), sehingga setiap klien dapat memiliki rumusan diagnosa yang berbeda meskipun memiliki diagnosa medis yang sama. Berdasarkan hasil analisa data pada Ny. R, penulis merumuskan empat diagnosa keperawatan menurut prioritas sebagai berikut.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Asuhan keperawatan pada Ny. R *post sectio caesarea POD 0* ditemukan data klien mengatakan nyeri pada luka *post SC*, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dengan skala nyeri 7 (0-10). Nyeri yang dirasakan ibu *post sectio caesarea* berasal dari luka pada dinding abdomen, dan *post sectio caesarea* umumnya menimbulkan nyeri yang lebih hebat serta proses pemulihan yang lebih lama dibandingkan persalinan normal (Permatasari, 2023). Keluhan utama klien *post operasi sectio caesarea* yang paling dominan adalah nyeri pada luka operasi, sehingga penulis menetapkan nyeri akut sebagai diagnosa prioritas pertama karena berpotensi menghambat proses pemulihan lain apabila tidak segera ditangani.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Pada Ny. R *post sectio caesarea POD 0* ditemukan data klien mengatakan enggan bergerak karena nyeri, gerakan terbatas, rentang

gerak (ROM) menurun, dan aktivitas dibantu sepenuhnya oleh keluarga. Sejalan dengan SDKI (PPNI, 2017), gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Oleh karena keluhan utama yang muncul adalah keengganan bergerak akibat nyeri dan ketergantungan penuh terhadap keluarga dalam beraktivitas, penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik sebagai prioritas kedua.

c. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur *invasive*

Pada Ny. R ditemukan luka operasi di bagian abdomen bawah umbilikus dengan sayatan horizontal sepanjang ± 10 cm, disertai peningkatan jumlah leukosit $12.700/\text{mm}^3$. Risiko infeksi merupakan kondisi berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik, dengan faktor risiko antara lain penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, serta ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan sekunder (SDKI, PPNI 2017). Adanya luka operasi disertai peningkatan leukosit pada Ny. R menjadi dasar bagi penulis untuk mengangkat diagnosa risiko infeksi, meskipun secara klinis belum ditemukan tanda infeksi aktif, sebagai bentuk tindakan pencegahan (preventif).

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik pasca pembedahan *sectio caesarea* dan efek residual anestesi

Pada Ny. R ditemukan data klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena keterbatasan gerak, disertai data objektif klien tampak lemah, rambut kusut dan berminyak, wajah berkeringat dingin dan lengket, serta vulva tampak kotor. Berdasarkan SDKI (PPNI, 2017), defisit perawatan diri ditegakkan apabila klien menunjukkan ketidakmampuan mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet secara mandiri yang disebabkan oleh gangguan muskuloskeletal, kelemahan, atau nyeri. Kondisi kelemahan fisik pasca pembedahan dan efek residual anestesi pada Ny. R menyebabkan ketergantungan penuh terhadap bantuan perawat dan keluarga dalam

pemenuhan kebutuhan kebersihan diri, sehingga penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas keempat.

e. Menyusui tidak efektif

Klien tidak rawat gabung dengan bayinya, putting klien tenggelam, namun ASI sudah keluar dan klien sudah bisa melakukan perlekatan dan sudah ada pengalaman menyusui pada anak sebelumnya. Penulis mengangkat masalah ini karena asi yang keluar baru sedikit dikhawatirkan karena disebabkan oleh efek dari anestesi pasca operasi dan agar masalah ini dapat di atasi.

Apabila dibandingkan dengan teori, terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang secara teoritis mungkin muncul pada pasien *post sectio caesarea* dengan indikasi preeklampsia berat, seperti ansietas, risiko perdarahan, gangguan pola tidur, maupun ketidakefektifan pemberian ASI, namun tidak seluruhnya ditegakkan oleh penulis pada kasus Ny. R. Hal ini terjadi karena pada saat pengkajian tidak ditemukan data subjektif maupun objektif yang cukup kuat untuk mendukung batasan karakteristik diagnosa-diagnosa tersebut. Kesenjangan ini menegaskan bahwa perumusan diagnosa keperawatan harus senantiasa berbasis bukti data (*evidence based*) hasil pengkajian aktual pada klien, bukan sekadar mengacu pada seluruh kemungkinan diagnosa yang tercantum dalam buku SDKI untuk suatu kasus medis tertentu

3. Tahap perencanaan (intervensi)

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) dengan menetapkan tujuan dan kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018), yang secara umum menetapkan target waktu 3x8 jam untuk setiap diagnosa. Berikut analisis intervensi yang disusun penulis untuk masing-masing diagnosa keperawatan pada Ny. R.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Intervensi utama yang diberikan adalah manajemen nyeri nonfarmakologi berupa teknik nafas dalam, yaitu menarik napas melalui

hidung dan menghembuskannya secara perlahan melalui mulut untuk menurunkan intensitas nyeri. Teknik relaksasi nafas dalam dapat dilakukan oleh hampir semua orang dan terbukti mampu menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan setelah diberikan. Intervensi ini dikombinasikan dengan terapi farmakologis kolaboratif berupa pemberian analgetik ketorolac secara intravena sesuai advis dokter, sehingga penanganan nyeri dilakukan secara komprehensif baik farmakologis maupun nonfarmakologis.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Intervensi utama yang diberikan adalah dukungan mobilisasi dengan melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan secara bertahap. Mobilisasi merupakan kemampuan menggerakkan anggota tubuh secara bebas dan normal sebagai hasil dari energi dan kebutuhan dasar manusia (Permatasari, 2023). Tahapan mobilisasi *post SC* yang diterapkan meliputi 0-6 jam menggerakkan tangan, kaki, dan jari; 6-12 jam miring kanan-kiri; 12-24 jam duduk semi fowler; dan lebih dari 24 jam berjalan. Intervensi ini diterapkan karena menurut Permatasari (2023), mobilisasi dini membantu mempercepat proses penyembuhan luka, dengan rata-rata penyembuhan luka pada klien yang melakukan mobilisasi 4 hari, dibandingkan 7 hari pada klien tanpa mobilisasi.

c. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive

Intervensi utama yang diberikan adalah perawatan luka, meliputi pelepasan balutan dan plester secara perlahan, pembersihan luka dengan cairan NaCl, pembersihan jaringan nekrotik, pemberian salep sesuai kondisi kulit, serta mempertahankan teknik steril selama tindakan. Perawatan luka bertujuan membersihkan, mengobati, dan menutup luka dengan balutan yang tepat agar terhindar dari infeksi. Intervensi ini diterapkan karena menurut Devi & Wijayanti (2013) serta Handi et al. (2017), semakin baik perawatan luka dilakukan maka semakin kecil kemungkinan terjadinya infeksi dan perdarahan pada luka *post operasi*,

dan sebaliknya. Intervensi ini juga didukung kolaborasi pemberian antibiotik intravena dan oral sesuai advis dokter.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik pasca pembedahan

Intervensi utama yang diberikan adalah dukungan perawatan diri (I.11348), meliputi identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri, pemantauan tingkat kemandirian, penyediaan lingkungan yang terapeutik dan menjaga privasi klien, pelaksanaan vulva hygiene, memandikan, serta membantu mengganti pakaian dan menyisir rambut, hingga menganjurkan klien untuk melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Menurut SIKI (PPNI, 2018), dukungan perawatan diri bertujuan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien sekaligus mendorong kemandirian secara bertahap. Intervensi ini penting diberikan mengingat kebersihan diri yang tidak terjaga pada klien *post* operasi berisiko memperbesar peluang kolonisasi mikroorganisme dan menurunkan rasa nyaman klien.

- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kecemasan maternal

Pada asuhan keperawatan Ny. R intervensi utama yang diberikan penulis yaitu edukasi menyusui dengan melakukan tindakan identifikasi kesiapan dan kemampuan klien menerima informasi, sediakan materi dan media penyuluhan Kesehatan, serta ajarkan perawatan payudara dan memerah ASI.

Secara umum, perencanaan intervensi yang disusun penulis telah sesuai dengan standar SIKI dan SLKI. Namun demikian, tidak seluruh komponen intervensi yang tercantum dalam buku standar diterapkan secara penuh di lapangan; penulis melakukan pemilihan (seleksi) intervensi yang paling relevan dan realistis untuk dilaksanakan mengingat keterbatasan waktu dinas, ketersediaan alat, serta kondisi klien pada saat itu. Hal ini menunjukkan bahwa perencanaan keperawatan di lapangan bersifat fleksibel dan disesuaikan dengan kondisi nyata pelayanan di ruangan, tanpa mengurangi esensi tujuan asuhan yang ingin dicapai.

4. Tahap Implementasi

Implementasi merupakan rangkaian tindakan nyata yang dilakukan perawat untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan yang dialami, sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya (Manullang, 2023). Implementasi pada Ny. R dilaksanakan selama 5 hari perawatan, mulai tanggal 9 Mei 2026 hingga 13 Mei 2026, dengan intensitas tindakan yang lebih padat pada dua hari pertama sesuai dengan kondisi klien yang masih *POD* 0 dan berangsur berkurang seiring perbaikan kondisi klien menjelang hari rawat kelima.

Pada diagnosa nyeri akut, implementasi yang dilakukan meliputi pengkajian tanda-tanda vital dan skala nyeri secara berkala, pengajaran teknik nafas dalam, serta kolaborasi pemberian analgetik, mulai dari ketorolac 30 mg/ml intravena pada tiga hari pertama hingga beralih ke asam mefenamat 500 mg per oral pada hari keempat dan kelima seiring rencana persiapan pulang klien. Klien menunjukkan respons yang baik terhadap teknik nafas dalam, terlihat dari klien yang tampak lebih rileks setelah diajarkan, meskipun penurunan skala nyeri berlangsung secara bertahap, bukan instan.

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik, implementasi dilaksanakan sesuai tahapan mobilisasi dini pasca *sectio caesarea*, dimulai dari menggerakkan tangan, kaki, dan jari pada 8 jam pertama, dilanjutkan miring kanan-kiri, duduk semi fowler, hingga akhirnya klien mampu berjalan secara mandiri. Keluarga dilibatkan secara aktif dalam proses ini dan menunjukkan antusiasme tinggi dalam membantu klien, yang menurut penulis menjadi salah satu faktor pendukung utama keberhasilan pencapaian target mobilisasi lebih cepat dari yang diperkirakan. Pelepasan kateter urine juga dilakukan pada hari pertama setelah klien dinilai mampu memulai mobilisasi bertahap, yang turut mendukung peningkatan rasa nyaman dan kemandirian klien.

Pada diagnosa risiko infeksi, implementasi awal difokuskan pada pemantauan tanda-tanda infeksi serta pemberian antibiotik kolaboratif,

sementara tindakan perawatan luka secara langsung (membuka balutan dan mengganti verban) baru dilakukan pada *POD* 2, karena pada hari-hari awal balutan primer dipertahankan tertutup rapat untuk mencegah kontaminasi selama fase inflamasi awal penyembuhan luka. Pada saat perawatan luka dilakukan, kondisi luka ditemukan baik, tanpa tanda kemerahan, edema, maupun rembesan darah atau pus, yang mengindikasikan bahwa proses penyembuhan luka berjalan sesuai harapan.

Pada diagnosa defisit perawatan diri, implementasi meliputi *vulva hygiene*, memandikan klien dengan waslap, membantu mengganti pakaian, menyisir rambut, serta secara bertahap mendorong klien untuk mulai melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti menyisir rambut dan menggosok gigi. Implementasi ini dilakukan secara intensif pada dua hari pertama, kemudian klien mampu mengambil alih sebagian besar aktivitas perawatan dirinya sendiri pada hari ketiga.

Pada diagnosa menyusui tidak efektif dilakukan tindakan keperawatan perawatan payudara dengan hasil, ASI keluar lancar dan ditampung pada plastik ASI untuk kemudian diberikan kepada bayi di ruang perinatology.

Dibandingkan dengan rencana yang telah disusun, implementasi di lapangan pada dasarnya sejalan dengan intervensi yang direncanakan, namun terdapat penyesuaian pelaksanaan berdasarkan kondisi klien harian, jadwal shift dinas, serta hasil kolaborasi dengan tim medis, seperti perubahan jenis dan rute pemberian analgetik dari intravena menjadi oral menjelang hari rawat terakhir. Penyesuaian semacam ini merupakan hal yang wajar dan justru menunjukkan bahwa asuhan keperawatan bersifat dinamis, responsif terhadap perkembangan kondisi klien dari hari ke hari, bukan sekadar menjalankan rencana yang bersifat kaku.

5. Tahap Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan yang bertujuan menilai keberhasilan tindakan keperawatan yang telah dilakukan dalam mengatasi masalah keperawatan klien. Evaluasi pada Ny. R dilakukan setiap

hari menggunakan metode SOAP selama masa perawatan berlangsung, yaitu mulai tanggal 9 Mei 2026 hingga klien dinyatakan boleh pulang pada tanggal 13 Mei 2026, sehingga hasil evaluasi akhir yang diuraikan berikut merupakan hasil pada hari perawatan terakhir untuk setiap diagnosa keperawatan.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Skala nyeri klien menurun secara bertahap dari 7 pada hari pertama menjadi 3 pada hari kelima (0-10), disertai sikap protektif, kegelisahan, dan gangguan tidur yang juga berangsur menurun. Meskipun demikian, hingga hari rawat terakhir nyeri belum sepenuhnya hilang, sehingga masalah dinyatakan teratasi sebagian. Menurut Permatasari (2023), penyembuhan luka *sectio caesarea* berlangsung sekitar satu minggu, namun rasa nyeri masih dapat dirasakan hingga enam bulan dengan intensitas ringan akibat simpul benang pada fasia, sedangkan proses penyembuhan luka secara keseluruhan dapat berlangsung lebih dari satu tahun. Hal ini menjelaskan mengapa nyeri pada Ny. R belum tuntas teratasi dalam waktu 5 hari perawatan, dan menegaskan pentingnya edukasi manajemen nyeri mandiri di rumah sebagai bagian dari *discharge planning*.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Diagnosa ini merupakan diagnosa yang paling cepat teratasi, yaitu pada hari perawatan ketiga (12 Mei 2026), ditandai dengan klien telah mampu duduk, berjalan, serta melakukan BAB dan BAK secara mandiri di toilet, kekuatan otot meningkat menjadi skala 5, dan rentang gerak (ROM) meningkat. Pencapaian ini sedikit melebihi target teoritis SLKI yang umumnya menetapkan 3x8 jam (setara kurang lebih 1 hari), namun pada praktiknya pemulihan mobilitas fungsional penuh baru tercapai pada hari ketiga. Penulis menilai keterlibatan aktif keluarga dalam mendampingi dan memotivasi klien selama proses mobilisasi menjadi faktor pendukung utama tercapainya hasil ini, mobilisasi dini yang konsisten mempercepat pemulihan fungsional pasien *post operasi*.

c. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur infasive

Hingga hari perawatan terakhir, luka operasi tampak baik tanpa tanda kemerahan, edema, maupun rembesan darah atau pus, dan hasil pemeriksaan leukosit membaik dari $12.700/\text{mm}^3$ menjadi $9.780/\text{mm}^3$ (dalam rentang normal). Meskipun secara klinis kondisi luka membaik, diagnosa ini tetap dinyatakan teratasi sebagian karena klien masih dalam kategori berisiko hingga proses penyembuhan luka benar-benar tuntas. Menurut Permatasari (2023), proses penyembuhan luka pada rentang 3 hari pasca operasi baru memasuki fase koagulasi dan inflamasi, yang membutuhkan waktu 2-24 hari untuk memasuki fase proliferasi atau rekonstruksi, dan dapat berlanjut hingga fase remodeling atau maturasi selama 24 hari sampai 1 tahun apabila tidak terjadi infeksi maupun kontaminasi pada fase inflamasi. Oleh karena Ny. R masih berada pada rentang fase awal penyembuhan luka saat pulang, penulis memandang penting dilakukannya discharge planning berupa edukasi perawatan luka mandiri di rumah untuk mencegah terjadinya infeksi pasca rawat inap.

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik pasca pembedahan

Diagnosa ini teratasi pada hari perawatan ketiga (11 Mei 2026), ditandai dengan klien telah mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, termasuk mengganti pakaian sendiri, serta tampak bersih dan rapi. Pencapaian ini tergolong cepat dibandingkan diagnosa lain, yang menurut penulis didukung oleh kondisi umum klien yang relatif membaik pasca pemberian analgetik dan keterlibatan aktif keluarga dalam memfasilitasi kebutuhan perawatan diri klien pada hari-hari awal, sehingga klien memiliki kesempatan dan dorongan yang cukup untuk segera melatih kemandiriannya kembali.

e. Menyusui tidak efektif

Evaluasi dari masalah ini yaitu masalah teratasi sebagian karena meskipun pengeluaran ASI klien sudah lancar namun klien belum rawat gabung dengan bayi serta belum melakukan perlekatan dengan bayi, di

khawatirkan bayi tidak mengenal dan tidak mau menyusu dari puting. Bayi sudah diberikan ASI namun belum melakukan perlekatan secara langsung dan implementasi pada ibu dilanjutkan dengan edukasi mandiri dirumah sebelum klien pulang.

Secara keseluruhan, dari lima diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada Ny. R, dua diagnosa dinyatakan teratasi penuh (gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri), sedangkan tiga diagnosa lainnya (nyeri akut, risiko infeksi dan menyusui tidak efektif) dinyatakan teratasi sebagian hingga akhir masa perawatan. Apabila dianalisis lebih mendalam, pola ini menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang berkaitan dengan fungsi dan perilaku klien (mobilitas dan kemandirian perawatan diri) cenderung lebih cepat teratasi karena sangat dipengaruhi oleh motivasi klien dan dukungan keluarga yang dapat dioptimalkan sejak dini. Sebaliknya, masalah yang berkaitan dengan proses fisiologis penyembuhan jaringan (nyeri akibat luka dan risiko infeksi) memerlukan waktu penyembuhan biologis yang secara alami tidak dapat dipercepat hanya dengan intervensi keperawatan, sehingga wajar apabila kedua diagnosa tersebut belum teratasi tuntas dalam kurun waktu rawat inap yang relatif singkat, yaitu 5 hari.

Faktor individu Ny. R turut memengaruhi kecepatan pemulihan, di antaranya status obesitas yang secara teori dapat memperlambat proses penyembuhan luka akibat vaskularisasi jaringan lemak yang kurang optimal, serta riwayat hipertensi/preeklampsia berat yang berdampak pada perfusi jaringan. Kondisi-kondisi ini menjadi salah satu penjelasan mengapa proses pemulihan nyeri dan penyembuhan luka pada Ny. R berlangsung lebih lambat dibandingkan pemulihan fungsi mobilitas dan kemandirian perawatan diri. Temuan ini menegaskan pentingnya perawat memandang setiap klien secara holistik dan individual, tidak hanya berdasarkan diagnosa medis semata, melainkan juga mempertimbangkan kondisi komorbid dan karakteristik fisik klien dalam menetapkan target waktu pencapaian asuhan keperawatan yang realistis.

Keterbatasan yang dihadapi penulis dalam pelaksanaan asuhan ini adalah rentang waktu pengelolaan kasus yang terbatas pada masa rawat inap klien selama 5 hari, sehingga evaluasi terhadap dua diagnosa yang belum teratasi tuntas (nyeri akut dan risiko infeksi) tidak dapat dipantau lebih lanjut oleh penulis setelah klien diperbolehkan pulang. Oleh karena itu, discharge *planning* berupa edukasi manajemen nyeri mandiri, tanda bahaya infeksi, serta perawatan luka di rumah menjadi bagian penting yang penulis sampaikan kepada klien dan keluarga sebagai bentuk kesinambungan asuhan keperawatan di luar lingkup rawat inap.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. R (P2A0) *Post Sectio Caesarea POD 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut pada tanggal 9 Mei 2026 sampai dengan 11 Mei 2026, maka penulis dapat mengambil kesimpulan secara umum bahwa asuhan keperawatan klien dengan *post sectio caesarea POD 0* memerlukan tindakan yang cermat cepat dan tepat. Beberapa kesimpulan yang dapat diambil sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif pada Ny. R (P2A0) *Post Sectio caesarea POD 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. R (P2A0) *Post Sectio Caesarea POD 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. R (P2A0) *Post Sectio Caesarea POD 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. R (P2A0) *post sectio caesarea POD 0* Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut mampu mengevaluasi dari setiap tindakan keperawatan yang diberikan berdasarkan pada perkembangan kondisi klien terlihat adanya kemajuan secara bertahap dari setiap diagnose keperawatan yang muncul.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. R (P2A0) *post sectio caesarea* atas indikasi Preeklampsia Berat di ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut dalam bentuk studi kasus.

6. Penulis mampu melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada Ny. R (P2A0) *post sectio caesarea* atas indikasi Preeklampsia Berat di ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

B. Rekomendasi

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rekomendasi yaitu:

1. Bagi mahasiswa

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan hendaknya di pandang secara menyeluruh baik meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual, agar dapat menentukan masalah baik aktual maupun potensial. Dan lebih dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penambahan buku-buku sumber terbaru yang khususnya buku tentang keperawatan maternitas sehingga wawasan dan pengetahuan mahasiswa meningkat dan mempermudah dalam menyelesaikan karya tulis ini.

3. Bagi Rumah Sakit

Bagi perawat dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kesterilan dan kebersihan alat harus terjaga dan diharapkan dapat ditingkatkan, pelaksanaan asuhan keperawatan harus memandang standar operasional prosedur (SOP).

4. Bagi keluarga

Bagi keluarga dapat memberikan support kepada klien untuk membantu mempercepat proses pemulihan.

DAFTAR PUSTAKA

- ACOG, 2024. (2025). Perbandingan Angka Kejadian Seksio Sesarea dan Asfiksia Neonatorum pada Ibu Hamil PEB dengan Obesitas dan Tanpa Obesitas ANNISA FITRIANI, dr. Ahsanudin Attamimi, SpOG, Subsp.KFm, M Med Ed; Dr. dr. Moh. Nailul Fahmi, SpOG, Subsp. 74–84. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i3.6>.
- ACOG, 2024. (n.d.). Quality-Improvement Strategies for Safe Reduction of Primary Cesarean Birth.pdf.
- ACOG. 2020. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice
- Agustina, Ilmiah, J., Batanghari, U., Malinda, P., Sukarni, D., & Amalia, R. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklamsia di RSUD Martapura Okut Tahun 2020. 22(3), 1389–1394. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i3.2513>.
- Agustina, P. M., Sukarni, D., & Amalia, R. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklamsia di RSUD Martapura Okut Tahun 2020. Jurnal Imiah Universitas Batanghari Jambi, 22(3), 1389.1.
- Alomedika. (2025). Komplikasi Sectio Caesarea. Alomedika. Diakses pada 10 Agustus 2026, dari <https://general.alomedika.com/tindakan-medis/obstetrik-dan-ginekologi/sectio-caesarea/komplikasi>.
- Andriani, R., Rahmadhani, S. P., Kebidanan, S., Keperawatan, K., & Bangsa, U. K. (2022). HUBUNGAN KARAKTERISTIK IBU DENGAN KEJADIAN PREEKLAMPSIA PADA IBU HAMIL
- Anggraita, S., Kurniawati, D., & Septiyono, E. A. (2023). An Overview Of The Risk
- Armeyanti, L. Y., Nataningrat, A. A. I., & Sumiari Tangkas, N. M. K. (2024). Hubungan Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Sectio Caesarea (SC) di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah Klungkung. Jurnal Riset Kesehatan Nasional, 8(1), 69–74.
- Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. 2020 Jun;135(6):e237-e260.

Cunningham f. g. et al. (2018). williams obstetrics (25th ed.). mcgraw-hill education

Darmawan, J. (2025, Maret 17). Komplikasi sectio caesarea. Alomedika. <https://www.alomedika.com/tindakan-medis/obstetrik-dan-ginekologi/sectio-caesarea/komplikasi>

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2024). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2023. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2025). Data Angka Kematian Ibu Provinsi Jawa Barat Tahun 2024. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.

Ernawati. et al, 2022. (2021). No Title. 8–26. Factors For Preeclampsia In Women With A History Of Preeclampsia In Previous

Kan, A. (2020). Classical cesarean section. Surgery Journal (New York, N.Y.), 6(Suppl 2), S98–S103.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023: Data dan Informasi. Kementerian Kesehatan RI

Kurniawati, D., Azubah, A. M., Septiyono, E. A., & Rahmawati, I. (2023). Tanda dan Gejala pada Kehamilan dengan Preeklampsia di Wilayah Pertanian Jember. 2(4), 1064–1072. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i4.2578>.

Lilis & Maesaroh, 2022 Lilis & Maesaroh, 2022. (n.d.). METODE. 54–60.

Lokki AI, Heikkinen-Eloranta JK, Laivuori H. The immunogenetic conundrum of Lokki AI Heikkinen, 2021. (n.d.). No Title. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.02630>

Manuaba, 2021. (n.d.). Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan.pdf.

Manullang, 2020. (2023). Implementasi keperawatan.

Marliana & Hani, T. (2018). WOC Preeklampsia. Retrieved from <https://www.scribd.com/document/381045484/130854856-Pathway-Preeklamsi-doc>

Masnia. (2021). Meningkatkan kejadian operasi sectio caesarea di Indonesia: Peran pola makan dalam proses penyembuhan. Universitas Airlangga. https://unair.ac.id/post_fetcher/fakultas-vokasi-meningkatnya-kejadian-operasi-sectio-caesarea-di-indonesia-peran-pola-makan-dalam-proses-penyembuhan/

Pemkab Garut, 2024 satudata.garutkab.go.id

Permatasari Rani. (2023). ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y (P₂ A₀) 30 MENIT POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) DI RUANG DELIMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS. Sumber: Repository STIKes Karsa Husada Garut <https://share.google/bwVJqcJz94BWIRnz9>

POGI. (2023). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Preeklampsia. POGI.

Poon, L. C., dkk. (2019) 'The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention', International Journal of Gynecology & Obstetrics, 145(S1), hlm. 1–33.

Prawirohardjo, 2020. (n.d.). No Title.preeclampsia. Front Immunol. 2018;9(NOV):1-8. doi:10.3389/fimmu.2021.02630 Pregnancies In Jember Agricultural Area. UNEJ e-Proceeding, 371-379.

Prawirohardjo, S. (2020). Ilmu Kebidanan. PT Bina Pustaka.

Pujiati, W., Sartika, L., Wati, L., & Ramadinta, R. A. (2021). Teknik marmet terhadap kelancaran ASI pada ibu post partum. Wiraraja Medika: Jurnal Kesehatan, 11(2), 78–85.

Rahmadhanti, VA, & Siyam, N. (2023). Kejadian Kematian Ibu di Kabupaten Grobogan Tahun 2022 Triwulan 3. HIGEIA (Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat) , 7 (1), 135-144.

Rahyani, 2020. (2023). GAMBARAN LUARAN MATERNAL DAN PERINATAL. 19(1), 9–21. <https://doi.org/10.26753/jikk.v19i1.1042>

Rekam medis pasien RSUD DR SLAMET GARUT, 2026

Risa & Rika. (2019). Perubahan Fisiologis Post Partum. Diakses dari <http://repository.poltekkesdenpasar.ac.id/7749/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>

Santoso, A. I., Firdaus, A. D., & Mumpuni, R. Y. (2022). Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Operasi Sectio Caesarea dengan Teknik Mobilisasi Dini. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 11(1), 97–104.

SDKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia

Setiawan, Airlangga&Rahardjo, JAI-Jurnal Anestesiologi indonesia, 2019. (n.d.). Komplikasi Edema Paru pada Kasus Preeklampsia Berat dan Eklampsia Pulmonary Edema Complication In Severe Preeclampsia and Eclampsia. 11, 136–144.

Shahid et al, 2021. KONSEP PREEKLAMPSIA PADA IBU HAMIL DI INDONESIA. <https://doi.org/23.34521/imhsj.v3i4.2021.231-340>

SIKI DPP PPNI. (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia

SLKI DPP PPNI. (2017) . Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria hasil. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia

Takyi, C., Sefogah, P. E., & Bonsaffoh, K. A. (2024). Surgical techniques in caesarean section. In G. Androutsopoulos (Ed.), *Advances in Caesarean Section – Techniques, Complications, and Future Considerations*. IntechOpen.

Tampubolon, 2021. (2019). PERAN MAP , ROT , IMT DALAM SKRINING PREEKLAMPSIA DI INDONESIA THE ROLE OF MAP , ROT , BMI IN PREECLAMPSIA tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Surabaya dari tahun 2013-2017 sebesar Tingginya angka preeklampsia bisa dicegah

dengan dilakukannya skrining. 3(4), 331–340.
<https://doi.org/10.20473/imhsj.v3i4.2019.331-340>

Tampubolon, DPR, Herawati, L., & Ernawati, E. (2021). PERAN MAP, ROT, IMT DALAM SKRINING PREEKLAMPSIA DI INDONESIA. *Jurnal Kebidanan dan Ilmu Kesehatan Indonesia* , 3 (4), 331–340.
<https://doi.org/10.20473/imhsj.v3i4.2019.331-340>

Thomaidi, S., dkk. (2025). The rising global cesarean section rates and their impact on maternal and child health: A scoping review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(22), 8102. <https://doi.org/10.3390/jcm14228102>

Veri, N., Lajuna, L., Mutiah, C., Halimatussakdiah, H., & Dewita, D. (2024). Preeklamsia : patofisiologi, diagnosis, skrining, pencegahan dan penatalaksanaan. *Femina: Jurnal Ilmiah Kebidanan* , 4 (1), 283-296.

Wathina, Z., Fajrin, S. L., Qurrotul'aini, D. S., & Alif, A. D. H. (2023). Faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan sectio caesarea. *Prosiding Seminar Nasional Hi-Tech (Humanity, Health, Technology)*, 1(2), 797–818.
<https://ejournal.unuja.ac.id/index.php/hitech/article/view/7531>

World Health Organization. (2025). *Maternal and reproductive health: Maternal mortality*. Geneva: World Health Organization.

Zasra, R., Harun, H., & Azmi, S. (2018). Indikasi dan Persiapan Hemodialisis Pada Penyakit Ginjal Kronis. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(Supplement 2), 183.

LAMPIRAN

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
PERAWATAN LUKA POST SC**



Oleh:

IWANG TRIYANTI

KHGA23103

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

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Perawatan Luka <i>Post</i> Operasi di Rumah
Sasaran	: Ny. R dan Keluarga
Hari / Tanggal	: Selasa, 12 Mei 2026
Waktu	: 30 menit
Penyuluh	: Iwang Triyanti

A. Latar Belakang

Luka *post* operasi *sectio caesarea* memerlukan perawatan yang tepat agar proses penyembuhan berlangsung optimal dan komplikasi dapat dicegah. Penyembuhan luka dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti status gizi, mobilisasi dini, personal hygiene, kepatuhan terhadap prosedur perawatan luka, adanya infeksi, serta penggunaan antibiotik yang tepat (Delvina, et al. 2024). Penelitian terbaru menunjukkan bahwa mobilisasi dini dan istirahat memiliki hubungan signifikan terhadap proses penyembuhan luka *post sectio caesarea*. Selain itu, infeksi dan ketidaktepatan perawatan luka juga menjadi faktor penting yang dapat memperlambat penyembuhan (Yuliana dkk, 2025).

Kurangnya pengetahuan ibu mengenai cara merawat luka operasi sering menyebabkan munculnya masalah seperti luka lembab, nyeri, infeksi, hingga terbukanya luka jahitan. Oleh karena itu, diperlukan edukasi kesehatan melalui kegiatan penyuluhan mengenai perawatan luka *post* operasi *sectio caesarea* agar ibu mampu melakukan perawatan secara mandiri, menjaga kebersihan luka, mengenali tanda infeksi, serta mempercepat proses pemulihan. Penyuluhan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu *post sectio caesarea* dalam melakukan perawatan luka secara benar sehingga komplikasi dapat diminimalkan (Febrianti dkk, 2025).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan tentang perawatan luka *post* operasi di harapkan ibu dapat lebih mengerti dan memahami cara perawatan luka *post* operasi

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti proses penyuluhan selama 25 menit peserta di harapkan dapat:

- a. Menjelaskan definisi luka operasi dan pengertian operasi
- b. Mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka
- c. Mampu menjelaskan cara merawat luka *post* operasi
- d. Mampu menjelaskan apa saja makanan yang baik untuk mempercepat proses penyembuhan luka *post* operasi

Setelah di berikan penyuluhan tentang perawatan luka *post* operasi diharapkan ibu dan keluarga dapat mengetahui cara merawat luka *post* operasi setelah samapi dirumah.

C. Sasaran

Ny. R dan keluarga

D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Diskusi

E. Media

Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

Tahapan dan Waktu	Kegiatan Pendidik	Kegiatan Peserta	Metode	Media
Pembukaan (5 menit)	1. Membuka dengan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan maksud dan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan 4. Menjawab pertanyaan	Ceramah	-

Tahapan dan Waktu	Kegiatan Pendidik	Kegiatan Peserta	Metode	Media
	tujuan penyuluhan 4. Melakukan kontrak waktu 5. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang akan di sampaikan			
Penyajian (15 menit)	1. Menjelaskan definisi luka operasi 2. Mampu menjeaskan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka 3. Mampu menjelaskan cara merawat luka <i>post</i> operasi dirumah 4. Mampu menjeaskan apa saja makanan yang baik untuk mempercepat proses penyembuhan luka <i>post</i> operasi 5. Memberikan kesempatan bertanya 6. Menjawab pertanyaan	1. Mendengarkan, memberikan tanggapan dan pertanyaan mengenai hal yang kurang di mengerti 2. Memberikan pemaparan dan penjelasan dengan baik	Ceramah, Tanya jawab	Leaflet
Penutup (15 menit)	1. Menanyakan pengetahuan pada peserta setelah dilakukan penyuluhan 2. Menyimpulkan hasil kegiatan penyuluhan	1. Menjawab pertanyaan 2. Memberikan tanggapan baik	Ceramah, Tanya jawab	Leaflet

Tahapan dan Waktu	Kegiatan Pendidik	Kegiatan Peserta	Metode	Media
	3. Menutup dengan salam			

MATERI PERAWATAN LUKA *POST* OPERASI DIRUMAH

A. Definisi

Menurut penelitian Farisma dkk. (2025), luka *post* sectio caesarea merupakan bekas luka operasi caesar yang timbul akibat tindakan pembedahan pada ibu bersalin, dengan proses penyembuhan yang berlangsung melalui tiga tahap utama yaitu inflamasi, proliferasi (epitelisasi), dan maturasi (remodeling).

Sementara itu, Delvina dkk. (2024) menjelaskan bahwa luka *post* operasi sectio caesarea merupakan luka pembedahan yang memiliki risiko infeksi apabila tidak dilakukan perawatan luka secara optimal, sehingga diperlukan edukasi dan perawatan yang baik agar proses penyembuhan berlangsung normal.

B. Tujuan perawatan luka

1. Untuk mencegah infeksi.
2. Untuk memberikan perasaan nyaman pasien.
3. Mempercepat proses penyembuhan pasien.

C. Faktor yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

1. Nutrisi yang cukup.
2. Perawatan luka yang baik
3. Istirahat

D. Prinsip-Prinsip Dalam Perawatan Luka

1. Gunakan tehnik aseptik
2. Ganti balutan bila balutan basah.
3. Awasi adanya tanda-tanda infeksi seperti gatal, kemerahan, bengkak, panas, nyeri, dan penurunan fungsi (Novita, 2011).

E. Cara Perawatan Luka *Post Operasi*

1. Jagalah kebersihan pada luka bekas operasi

Pada dasarnya, luka bekas operasi harus kita jaga kebersihan area bekas luka, kebersihan lingkungan, serta penggunaan benda atau peralatan yang steril agar luka tersebut tidak terinfeksi karena perkembangbiakan bakteri.

2. Rutin membersihkan luka

- a. Cucilah dan bersihkan luka dengan cairan saline (seperti NaCl).
- b. Gantilah verban bila verban terkena basah.
- c. Oleskan salep antibiotik yang dianjurkan oleh dokter.
- d. Anda bisa membersihkan luka dengan kapas atau cotton bud yang steril dengan menggunakan cairan antiseptik.

3. Gunakan pakaian yang longgar dan juga nyaman

Untuk menghindari iritasi sebaiknya Anda menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman dipakai, seperti piyama, baby doll atau daster. Selain itu untuk menghindari iritasi ini juga disarankan dalam membungkus luka bekas operasi sebaiknya juga jangan terlalu ketat.

4. Konsumsi obat-obatan dan vitamin sesuai saran dokter

Tetap konsumsi obat-obatan yang diresepkan oleh dokter Anda untuk mempercepat penyembuhan luka bekas operasi. Berkonsultasilah dengan dokter jika diperlukan obat untuk menghilangkan rasa nyeri.

5. Minum air putih yang banyak

Dengan mengkonsumsi banyak cairan selama proses penyembuhan, maka akan menggantikan volume cairan yang hilang saat melahirkan dan menyusui dan tentu ini dapat mencegah sembelit.

6. Cukupi kebutuhan gizi dan nutrisi yang seimbang

Selain melakukan perawatan luka dari luar sebaiknya Anda juga memperhatikan perawatan luka dari dalam dengan mengkonsumsi makanan sehat yang mengandung banyak gizi serta nutrisi yang seimbang yang dapat membantu mempercepat kesembuhan luka bekas operasitersebut. Makanan yang dianjurkan adalah makanan yang tinggi akan kandungan protein, mineral, zinc, dan juga vitamin A & C. Apabila Anda dalam masa nifas tidak

cukup mengonsumsi makanan berprotein seperti telur, ikan, tahu, tempe, daging dan susu, maka penyembuhan luka bekas operasi akan berlangsung lama dan berpotensi infeksi akibat kekurangan gizi.

7. Lakukan kegiatan olahraga yang ringan

Bukan berarti pasca melakukan operasi Anda diharuskan berdiam diri (istirahat total) tanpa melakukan aktifitas sama sekali. Lakukanlah olahraga ringan seperti berjalan santai dipagi hari untuk mempercepat proses penyembuhan ini. Kenapa demikian? Karena olahraga ringan dapat mencegah konstipasi serta penggumpalan darah sehingga membuat sirkulasi darah pada tubuh meningkat. Olahraga juga bisa membuat sistem imun menjadi meningkat dan membantu untuk mencegah terjadinya pneumonia atau terjadinya gangguan pada kesehatan umum yang di akibatkan oleh operasi.

8. Lakukan pemeriksaan secara berkala

Lakukan kontrol sesuai jadwal untuk memastikan perkembangan dari kesembuhan luka bekas operasi Caesar tersebut, tetapi jangan tunda waktu kunjungan ke dokter jika terdapat gejala-gejala sebagai berikut:

- a. Luka bekas operasi terlihat kemerahan, bengkak atau terdapat cairan yang keluar.
- b. Demam lebih dari 38 derajat Celsius.
- c. Nyeri hebat pada luka bekas operasi.

F. Makanan Yang Baik Untuk Mempercepat Proses Penyembuhan Luka Post Operasi

Makanan yang baik untuk mempercepat penyembuhan luka *post* operasi *sectio caesarea* (SC) adalah makanan yang tinggi protein, vitamin, mineral, dan cukup cairan. Nutrisi yang baik membantu pembentukan jaringan baru, meningkatkan daya tahan tubuh, dan mencegah infeksi.

Berikut beberapa makanan yang dianjurkan:

1. Sumber Protein Tinggi

Protein sangat penting untuk memperbaiki jaringan luka.

- a. Telur

- b. Ikan
- c. Ayam
- d. Daging tanpa lemak
- e. Tahu dan tempe
- f. Susu dan yogurt
- g. Kacang-kacangan

2. Makanan Kaya Vitamin C

Vitamin C membantu pembentukan kolagen dan mempercepat penyembuhan luka.

- a. Jeruk
- b. Jambu biji
- c. Stroberi
- d. Kiwi
- e. Tomat
- f. Brokoli

3. Makanan Kaya Zat Besi

Membantu pembentukan sel darah merah setelah kehilangan darah saat operasi.

- a. Hati ayam/sapi
- b. Bayam
- c. Daging merah
- d. Kacang merah
- e. Sayuran hijau

4. Makanan Kaya Zinc (Seng)

Zinc membantu regenerasi jaringan dan sistem imun.

- a. Seafood
- b. Daging
- c. Telur
- d. Biji labu
- e. Kacang-kacangan

5. Sayur dan Buah Berserat

Membantu mencegah sembelit setelah operasi, terutama karena efek obat dan kurang bergerak.

- a. Pepaya
- b. Pisang
- c. Oatmeal
- d. Wortel
- e. Sayuran hijau

6. Air Putih yang Cukup

Minum sekitar 2–3 liter per hari membantu metabolisme tubuh dan mempercepat pemulihan.

Makanan yang Sebaiknya Dibatasi

- 1. Makanan tinggi gula dan junk food
- 2. Minuman bersoda
- 3. Alkohol
- 4. Makanan terlalu berminyak atau terlalu pedas bila menyebabkan gangguan pencernaan.

Ada juga beberapa pantangan makanan yang sering dipercaya di masyarakat setelah operasi SC, seperti telur atau ikan menyebabkan luka gatal. Secara medis, justru makanan tinggi protein seperti telur dan ikan membantu penyembuhan luka, selama tidak ada alergi.

DAFTAR PUSTAKA

- Delvina V, Miharti SI, Fitri N, Meilani NF. Faktor yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka *Post* Operasi Sectio Caesarea. Human Care Journal. 2024.
- Febrianti URI, Agustina M, Merry M, dkk. Penggunaan Transparent Film Dressing untuk Pencegahan Infeksi Luka *Post* Operasi Sectio Caesarea. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu. 2024.
- Febrianti URI, Agustina M, Merry M, dkk. Penggunaan Transparent Film Dressing untuk Pencegahan Infeksi Luka *Post* Operasi Sectio Caesarea. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu. 2024.
- Yuliana SA, Wahyuni S. Status Gizi Merupakan Faktor Paling Utama dalam Proses Penyembuhan Luka *Post* Sectio Caesarea. An-Najat. 2025.

Makanan Yang Baik Untuk Mempercepat Proses Penyembuhan Luka Post Operasi

Berikut beberapa makanan yang dianjurkan:

Sumber Protein Tinggi

Protein sangat penting untuk memperbaiki jaringan luka.

- a. Telur
- b. Ikan
- c. Ayam
- d. Daging tanpa lemak
- e. Tahu dan tempe
- f. Susu dan yogurt
- g. Kacang-kacangan

Makanan Kaya Vitamin C

Vitamin C membantu pembentukan kolagen dan mempercepat penyembuhan luka.

- a. Jeruk
- b. Jambu biji
- c. Stroberi
- d. Kiwi
- e. Tomat
- f. Brokoli

Makanan Kaya Zat Besi

Membantu pembentukan sel darah merah setelah kehilangan darah saat operasi.

- a. Hati ayam/sapi
- b. Bayam
- c. Daging merah
- d. Kacang merah
- e. Sayuran hijau

Sayur dan Buah Berserat

Membantu mencegah sembelit setelah operasi, terutama karena efek obat dan kurang bergerak.

- a. Pepaya
- b. Pisang
- c. Oatmeal
- d. Wortel
- e. Sayuran hijau

Air Putih yang Cukup

Minum sekitar 2-3 liter per hari membantu metabolisme tubuh dan mempercepat pemulihan.

MAKANAN YANG SEBAIKNYA DIBATASI

1. Makanan tinggi gula dan junk food
2. Minuman bersoda
3. Alkohol
4. Makanan terlalu berminyak atau terlalu pedas bila menyebabkan gangguan pencernaan

Ada juga beberapa pantangan makanan yang sering dipercaya di masyarakat setelah operasi SC, seperti telur atau ikan menyebabkan luka gatal. Secara medis, justru makanan tinggi protein seperti telur dan ikan membantu penyembuhan luka, selama tidak ada alergi.



PERAWATAN LUKA PASCA OPERASI DIRUMAH

Oleh :
IWANG TRIYANTI
KHGA23103



Pengertian

Luka post operasi sectio caesarea merupakan luka pembedahan yang memiliki risiko infeksi apabila tidak dilakukan perawatan luka secara optimal, sehingga diperlukan edukasi dan perawatan yang baik agar proses penyembuhan berlangsung normal. (Delvina.dkk, 2024)



Tujuan Perawatan Luka

1. Untuk mencegah infeksi.
2. Untuk memberikan perasaan nyaman pasien.
3. Mempercepat proses penyembuhan pasien.

Faktor yang mempengaruhi penyembuhan Luka

1. Nutrisi yang cukup.
2. Perawatan luka yang baik
3. Istirahat

Prinsip - prinsip dalam perawatan Luka

1. Gunakan tehnik aseptik
2. Ganti balutan bila balutan basah.
3. Awasi adanya tanda-tanda infeksi seperti gatal, kemerahan, bengkak, panas, nyeri, daan penurunan fungsi

Cara Perawatan Luka pasca Operasi

Jagalah kebersihan pada luka bekas operasi

Pada dasarnya, luka bekas operasi harus kita jaga kebersihan area bekas luka, kebersihan lingkungan, serta penggunaan benda atau peralatan yang steril agar luka tersebut tidak terinfeksi karena perkembangbiakan bakteri.

Rutin membersihkan luka

- Cucilah dan bersihkan luka dengan cairan saline (seperti NaCl).
- Gantilah verban bila verban terkena basah.
- Oleskan salep antibiotik yang dianjurkan oleh dokter.
- Anda bisa membersihkan luka dengan kapas atau cotton bud yang steril dengan menggunakan cairan NaCl.

Gunakan pakaian yang longgar dan juga nyaman

Untuk menghindari iritasi sebaiknya Anda menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman dipakai, seperti piyama, baby doll atau daster. Selain itu untuk menghindari iritasi ini juga disarankan dalam membungkus luka bekas operasi sebaiknya juga jangan terlalu ketat.

Konsumsi obat-obatan dan vitamin sesuai saran dokter

Tetap konsumsi obat-obatan yang diresepkan oleh dokter Anda untuk mempercepat penyembuhan luka bekas operasi. Berkonsultasilah dengan dokter jika diperlukan obat untuk menghilangkan rasa nyeri.

MINUM AIR PUTIH YANG CUKUP

Dengan mengkonsumsi banyak cairan selama proses penyembuhan, maka akan menggantikan volume cairan yang hilang saat melahirkan dan menyusui dan tentu ini dapat mencegah sembelit.

Cukupi kebutuhan gizi dan nutrisi yang seimbang

Makanan yang dianjurkan adalah makanan yang tinggi akan kandungan protein, mineral, zinc, dan juga vitamin A & C. Apabila Anda dalam masa nifas tidak cukup mengkonsumsi makanan berprotein seperti telur, ikan, tahu, tempe, daging dan susu, maka penyembuhan luka bekas operasi akan berlangsung lama dan berpotensi infeksi akibat kekurangan gizi.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

NAMA : Iwang Triyanti
NIM : KHGA23103
Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 20 Februari 2004
Agama : Islam
Alamat : Kp. Rancakaso
Email : iwangtriyanti645@gmail.com

B. Riwayat pendidikan:

- | | |
|--|-----------|
| 1. PAUD PADAMUKTI | 2009-2010 |
| 2. SDN BOJONGBUBU II | 2010-2016 |
| 3. SMP Negeri 2 Solokanjeruk | 2016-2019 |
| 4. SMK Bhakti Kencana Majalaya | 2019-2022 |
| 5. Institut Kesehatan Karsa Husada Garut | 2023-2026 |