

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R (P1A0) POST *SECTIO*
CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT DI
RUANG JADE RSUD DR SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh:

NENG FARIDA

KHGA22038



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R (P1A0) POST
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA
BERAT (PEB) DIRUANG JADE RSUD dr SLAMET
GARUT.

NAMA : NENG FARIDA
NIM : KHGA22038

Telah disetujui untuk disidangkan
Pada Sidang Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing



K.Dewi Budiarti, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R (P1A0) POST
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA
BERAT (PEB) DIRUANG JADE RSUD dr SLAMET
GARUT.**

NAMA : NENG FARIDA

NIM : KHGA22038

Garut, Juli 2025
Menyetujui,

Penguji I



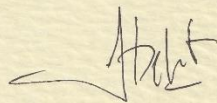
Eva Daniati, S.Kep.,Ners., M.Pd

Penguji II



Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Mengetahui,
Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Mengesahkan,
Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

ABSTRAK

IV Bab, 120 Halaman, 17 Tabel, 1 Bagan, 5 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini dilatarbelakangi oleh tingginya angka kejadian preeklampsia berat (PEB) sebagai salah satu penyebab utama tindakan *sectio caesarea* di Indonesia, khususnya di RSUD dr. Slamet Garut. Berdasarkan data rekam medis tahun 2025, dari 794 tindakan SC, sebanyak 327 kasus (41,18%) dilakukan atas indikasi preeklampsia berat. Preeklampsia berat merupakan komplikasi kehamilan serius yang dapat membahayakan ibu dan janin, sehingga membutuhkan penanganan yang cepat dan tepat, salah satunya melalui tindakan operasi caesar. Tujuan dari penulisan karya ilmiah ini adalah agar penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif terhadap Ny.R (P1A0) pada hari pertama pasca operasi SC (POD 0) akibat preeklampsia berat, yang dirawat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Metode yang digunakan dalam penulisan ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara, pemeriksaan fisik, dokumentasi medis, dan studi kepustakaan. Hasil studi kasus menunjukkan bahwa setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, terjadi penurunan intensitas nyeri luka post operasi, peningkatan kemampuan mobilisasi, namun menyusui masih belum efektif karena belum adanya kontak dengan bayi, serta risiko infeksi menurun. Kesimpulan dari studi kasus ini adalah pentingnya pemberian asuhan keperawatan secara holistik dan berkesinambungan pada pasien post *sectio caesarea* dengan indikasi preeklampsia berat, terutama dalam penanganan masalah nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik untuk mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi lanjutan.

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan, Sectio caesarea , Post Partum, Preeklampsia Berat*

Daftar Pustaka: 46 buah (2020-2024)

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis sampaikan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan berkat Rahmat serta hidayah-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan keperawatan Pada Ny. R (P1A0) Post *Sectio caesarea* POD 0 Atas Indikasi Preeklampsia Berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut”. Kesempatan kali ini, penulis sampaikan terimakasih sebesar – besarnya dan penghargaan setinggi – tingginya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketus STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep selaku Ketua Program studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut Teruma Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberi ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti Pendidikan.
7. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.

8. Seluruh staf dan CI klinik ruangan Jade di rumah sakit Dr. Slamet Garut yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.
9. Ny. R dan keluarga selaku klien, yang sudah sangat kooperatif sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Cinta pertama dan panutanku, Bapak Toto Hidayat dan pintu surgaku Mamah Nining. Terimakasih atas segala pengorbanan dan tulus kasih yang diberikan. Beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan bangku perkuliahan, namun mereka mampu senan tiasa memberikan yang terbaik, tak kenal lelah mendoakan serta memberikan perhatian dan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya. Semoga mamah dan bapak sehat, Panjang umur dan Bahagia selalu.
11. Kepada seseorang yang tak kalah penting kehadirannya, Prada Muhammad Fahrul Rizal. Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup saya. Berkontribusi banyak dalam penulisan karya tulis ini, baik tenaga, waktu maupun materi kepada saya. Telah menjadi rumah, pendamping dalam segala hal yang menemani, mendukung ataupun menghibur dalam kesedihan, mendengar keluh kesah, memberi semangat untuk pantang menyerah. Semoga allah selalu memberi keberkahan dalam segala hal yang kita lalui.
12. Adikku tercinta, Febby Aulia. Terimakasih atas semangat, doa, dan cinta yang selalu diberikan kepada penulis. Tumbuhlah menjadi versi paling hebat, adikku.

13. Kepada Warga Tulip Part 2, Tsania, Rachel, Mely, Leli, Triyani, selaku sahabat terbaik penulis, yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan dalam pembuatan karya tulis ilmiah, serta memberikan kenangan dan dukungan kepada penulis sejak tingkat awal sampai akhir untuk bertahan Bersama.
14. Saya ingin mengucapkan terima kasih kepada diri saya sendiri atas keberanian untuk memulai, keteguhan untuk bertahan, dan ketulusan untuk terus belajar. Di Tengah lelah, ragu, bahkan saat hampir menyerah, saya memilih untuk melangkah, meski pelan. Terima kasih telah tetap percaya, bahwa setiap usaha memiliki makna, dan bahwa setiap proses, betapapun beratnya, akan menemui akhirnya. Perjalanan ini tidak mudah, tetapi saya bangga telah sampai sejauh ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun. Akhir kata penulis berharap semoga karya tulis ini bermanfaat bagi penulis maupun pembaca.

Garut, juli 2025

Penulis

Neng Farida

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Metode Telaahan.....	5
D. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	7
A. Konsep Dasar Preeklampsia	7
1. Definisi.....	7
2. Klasifikasi.....	8
3. Etiologi.....	9
4. Tanda dan Gejala	9
5. Patofisiologi	10
6. Komplikasi	10
7. Pemeriksaan Penunjang.....	12
8. Penatalaksanaan.....	13
B. Konsep Teori <i>Seccio caesarea</i>	14
1. Definisi.....	14
2. Klasifikasi.....	15
3. Patofisiologi	16
4. Indikasi.....	16

5. Komplikasi	19
6. Pemeriksaan Penunjang.....	20
7. Penatalaksanaan <i>Sectio caesarea</i>	20
8. Pathway.....	23
C. Konsep Dasar Post Partum.....	24
1. Definisi Post Partum	24
2. Tahapan-Tahapan Post Par tum.....	24
3. Perubahan Fisiologis Post Partum.....	25
4. Perubahan Psikologis Post Partum.....	29
5. Patofisiologi	30
6. Perubahan Tanda-Tanda Vital Post Partum	31
7. Kebutuhan Masa Post Partum.....	32
8. Tanda-Tanda bahaya post partum.....	34
D. Dampak <i>Sectio caesarea</i> Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	35
E. Konsep Asuhan Keperawatan	37
1. Pengkajian	37
2. Diagnosa Keperawatan	53
3. Intervensi Keperawatan	53
4. Implementasi Keperawatan.....	62
5. Evaluasi.....	62
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	65
A. Tinjauan Kasus	65
1. Pengkajian	65
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas.....	79
3. Proses Keperawatan	82
4. Catatan Perkembangan	95
B. Pembahasan	100
1. Tahap pengkajian.....	101
2. Tahapan diagnosa	103
3. Tahapan perencanaan	106
4. Tahap implementasi.....	108
5. Tahap evaluasi.....	109

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	112
A. Kesimpulan.....	112
B. Rekomendasi	113
DAFTAR PUSTAKA.....	115
LAMPIRAN.....	120

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Presentasi angka kejadian kasus SC atas indikasi preeklampsia dengan indikasi lainnya di RSUD dr Slamet Garut Periode Januari-April 2025.....	3
Tabel 2.1	Standar Kadar Kekeruhan Urine.....	12
Tabel 2.2	Involusi Uterus.....	24
Tabel 2.3	Analisa data.....	48
Tabel 2.4	Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 1.....	52
Tabel 2.5	Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 2.....	55
Tabel 2.6	Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 3.....	56
Tabel 2.7	Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 4.....	58
Tabel 2.8	Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 5.....	59
Tabel 2.9	Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 6.....	61
Tabel 3.1	Pola Aktivitas Sehari-hari.....	74
Tabel 3.2	Pemeriksaan Labolatorium.....	75
Tabel 3.3	Pengobatan/Program Theraphy.....	76
Tabel 3.4	Analisa Data.....	76
Tabel 3.5	Proses Keperawatan.....	83
Tabel 3.6	Catatan Perkembangan POD 1.....	96
Tabel 3.7	Catatan Perkembangan POD 2.....	99

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Post SC Atas Indikasi Preeklampsia Berat.....	22
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP Teknik Menyusui Yang Baik Dan Benar.

Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Mobilisasi Dini

Lampiran 3 Lefleat

Lampiran 4 Lembar Bimbingan

Lampiran 5 Daftra Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu ukuran penting yang dapat menggambarkan keadaan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Menurut data dari World Health Organization (WHO), AKI terjadi karena berbagai masalah yang muncul selama atau setelah kehamilan, termasuk pada saat persalinan. Komplikasi yang paling sering terjadi dan berkontribusi hampir 75% dari kematian ibu adalah pendarahan (28%), infeksi (11%), preeklampsia, dan eklampsia (24%) (World Health Organization, 2020). Pada tahun 2020, jumlah kematian ibu di provinsi Jawa Barat tercatat sebanyak 745 orang. (Dinkes Jabar, 2020). Data mengenai kematian ibu di Kabupaten Garut pada tahun 2021 tercatat 112 kasus, yang menjadikannya sebagai yang tertinggi di antara 27 kabupaten atau kota yang berada di Provinsi Jawa (Dinkes Garut, 2021).

Preeklampsia berat adalah suatu masalah yang muncul dalam masa kehamilan, ditandai dengan tekanan darah yang tinggi mencapai 160/110 mmHg atau lebih, disertai dengan adanya protein dalam urine dan/atau pembengkakan, yang terjadi pada kehamilan di usia 20 minggu atau lebih (Hipson & Musriah, 2020). Preeklampsia dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu preeklampsia tingkat ringan dan preeklampsia tingkat berat. Pada preeklampsia, penyebabnya terkait dengan kendala dalam pertumbuhan dan kinerja plasenta, yang berakibat pada penyempitan pada pembuluh darah serta respons tubuh ibu hamil yang

berbeda terhadap perubahan hormonal, sehingga mengakibatkan masalah bagi ibu dan bayinya (Allianz, 2023).

Adapun penanganan preeklampsia dilakukan dengan memberikan obat antihipertensi untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah terjadinya komplikasi pada sistem saraf otak ibu. Penanganan secara konservatif bisa dilakukan secara rawat jalan, tetapi harus disertai dengan pengamatan yang ketat terhadap keadaan ibu dan janin serta pemantauan melalui pengukuran tekanan darah, detak jantung janin (DJJ), dan pemeriksaan USG. Jika kondisi ibu dan janin semakin memburuk, persalinan harus segera dilaksanakan setelah kondisi ibu stabil. Persalinan pervaginam menjadi prioritas, kecuali ada indikasi lain yang mengharuskan bisa dilakukan *sectio caesarea* (Karrar S, 2023).

Sectio caesarea (SC) merupakan persalinan janin melalui sayatan terbuka pada perut (laparotomi) dan sayatan pada rahim (histerotomi). (Noviyani, 2023) Metode *Sectio caesarea* telah muncul sebagai pilihan alternatif bagi beberapa wanita yang menjalani proses persalinan dan melahirkan karena persalinan normal telah dianggap sebagai metode persalinan yang berisiko (Sudarsih *et al.*, 2023). Persalinan *sectio caesarea* memiliki risiko kematian 25 kali lebih besar dibandingkan dengan persalinan pervaginam (Sugito, 2023).

Berdasarkan data Informasi dari Kesehatan Dasar (RISKESDAS) yang dilakukan pada tahun 2021, proporsi persalinan yang dilakukan dengan cara *sectio caesarea* di Indonesia sebesar 19,8%. Sementara di Jawa Barat prevalensi dari metode *sectio caesarea* sebesar 17,6%. Data mengenai kejadian *sectio caesarea*

dari Rekam Medis RSUD dr Slamet Garut untuk tahun 2025 adalah sebagai berikut:

**Tabel 1.1 Presentasi angka kejadian kasus SC atas indikasi preeklampsia dengan indikasi lainnya di RSUD dr Slamet Garut
Periode Januari-April 2025**

No	Kasus	Jumlah	Presentase
1	SC Indikasi PEB	327	41,18%
2	SC Indikasi KPD	214	26,95%
3	SC Indikasi Letak Sungsang	102	12,84%
4	SC Indikasi Partus Lama	77	9,69%
5	SC Indikasi PPT	38	4,78%
6	SC Indikasi Gawat Janin	33	4,15%
7	SC Indikasi Plasenta Previa Marginalis	2	0,25%
8	SC Indikasi Presentasi Dagup	1	0,12%
Total		794	100%

Sumber: Rekam Medis di RSUD dr Slamet Garut Tahun 2025

Berdasarkan informasi dari Rekam Medis RSUD dr Slamet Garut angka persalinan melalui operasi Caesar tercatat sebesar 794 dan operasi Caesar yang dilakukan karena preeklampsia berat menduduki posisi teratas dengan presentase 41,18% (Rekam medis RSUD dr Slamet Garut). Mengingat tingginya jumlah kasus caesar akibat PEB terdapat risiko komplikasi yang bisa muncul pasca operasi, seperti infeksi pada luka, pendarahan, gangguan pada saluran kemih, serta terjadinya tromboemboli. Untuk mencegah terjadinya komplikasi ini peran perawat sangat penting, diharapkan dapat memberikan perawatan yang menyeluruh melalui asuhan keperawatan bagi ibu setelah melahirkan (Rusniati, 2020).

Berdasarkan uraian diatas saya sangat tertarik untuk melakukan penelitian pada kasus asuhan keperawatan yang berjudul “ **Asuhan Keperawatan Pada Ny.**

R (P1A0) Post *Sectio caesarea* Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat memberikan perawatan perawatan yang langsung dan menyeluruh pada Ny. R yang telah menjalani operasi cesar karena mengalami preeklampsia berat, mencakup aspek fisik, mental, sosial, dan spiritual dengan memanfaatkan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.R (P1A0) post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklampsia berat di ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu menyusun diagnosis keperawatan pada Ny.R (P1A0) yang telah menjalani Post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklampsia berat di ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut
- c. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny.R (P1A0) post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklampsia berat di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.R (P1A0) post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklampsia berat di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut

- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.R (P1A0) post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklampsia berat di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.R (P1A0) post *sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi preeklampsia berat di Ruang Jade Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaahan

Metode yang diterapkan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif yang dikembangkan melalui studi kasus dengan menggunakan proses keperawatan. Sementara itu, teknik yang di pakai untuk pengumpulan data adalah:

1. Wawancara

Penulis berkomunikasi langsung dengan metode tanya jawab atau diskusi yang dilakukan dengan klien, keluarga dan perawat yang memberikan informasi yang dibutuhkan.

2. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

3. Dokumentasi

Mempelajari status klien yang bersumber dari catatan buku status pasien seperti catatan dokter dan perawat.

4. Study Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah cara mendapatkan informasi dan teori-teori yang relevan dari literatur buku dan internet yang berhubungan dengan kasus sebagai dasar acuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, saya menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN meliputi latar belakang masalah, tujuan umum dan tujuan khusus, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORITIS landasan teori yang menguraikan tentang konsep dasar teori-teori yang relevan dengan judul *post sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat.

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN tinjauan kasus dan pembahasan menguraikan dokumentasi asuhan keperawatan meliputi: Pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

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

Dan bagian terakhir diisi dengan daftar Pustaka, riwayat hidup dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Preeklampsia

1. Definisi

Preeklampsia berat adalah suatu masalah yang muncul dalam masa kehamilan, ditandai dengan tekanan darah yang tinggi mencapai 160/110 mmHg atau lebih, disertai dengan adanya protein dalam urine dan/atau pembengkakan, yang terjadi pada kehamilan di usia 20 minggu atau lebih (Hipson & Musriah, 2020).

Preeklampsia adalah sekumpulan tanda yang muncul pada perempuan hamil, saat melahirkan, dan setelah melahirkan. Tanda-tanda ini meliputi tekanan darah tinggi, pembengkakan, dan adanya protein dalam urine, yang terjadi mulai dari usia kehamilan 20 minggu hingga selesai minggu pertama setelah melahirkan. (Rakhmawati, Nur & Wulandari, 2021)

Preeklampsia adalah kondisi tekanan darah tinggi yang terjadi selama masa kehamilan, biasanya muncul setelah minggu ke-20, disertai dengan adanya protein dalam urin. Preeklampsia ini digolongkan menjadi dua jenis, yaitu preeklampsia ringan dan preeklampsia berat. (Yusuf, 2020).

Dari ketiga definisi diatas dapat disimpulkan bahwa preeklampsia adalah komplikasi kehamilan yang muncul setelah usia kehamilan 20 minggu, ditandai dengan hipertensi dan proteinuria, serta dapat disertai edema. Kondisi ini dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, hingga masa nifas, dan dibedakan

menjadi preeklampsia ringan dan preeklampsia berat. Preeklampsia berat ditandai dengan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg.

2. Klasifikasi

Klasifikasi Preeklampsia (Arifah, 2022) adalah sebagai berikut:

a. Preeklampsia ringan

Diagnosis preeklampsia ringan dapat ditentukan dengan kriteria sebagai berikut ini :

- 1) Tekanan darah sistolik mencapai 140 mmHg atau meningkat 30 mmHg dalam pemeriksaan yang dilakukan dalam interval 6 jam.
- 2) Tekanan darah diastolik 90 mmHg atau meningkat 15 mmHg dalam pengukuran yang dilakukan setiap 6 jam.
- 3) Peningkatan berat badan sebesar 1 kg atau lebih dalam waktu seminggu.
- 4) Proteinuria mencapai 0,3 gram atau lebih dengan hasil kualitatif plus 1 hingga 2 pada sampai urin dari kateterisasi atau urin aliran tengah.

b. Preeklampsia berat

Preeklampsia berat didiagnosis apabila pada kehamilan > 20 minggu didapatkan satu atau lebih gejala atau tanda berikut ini:

- 1) Tekanan darah $> 160/110$ mmHg dengan syarat diukur dalam keadaan relaksasi (pengukuran minimal setelah istirahat 10 menit) dan tidak dalam keadaan his.
- 2) Proteinuria > 5 g/24 jam atau 4+ pada pemeriksaan secara kuantitatif.
- 3) Oliguria, produksi urin < 500 cc/24 jam yang disertai kenaikan kreatinin plasma.

- 4) Gangguan visus dan serebral.
- 5) Nyeri epigastrium /hipokondrium kanan.
- 6) Edema paru dan sianosis
- 7) Gangguan pertumbuhan janin intrauteri.
- 8) Adanya HELLP Syndrome (hemolisis, peningkatan enzim hati, dan hitung trombosit rendah)

3. Etiologi

Penyebab pasti terjadinya Pre eklampsia masih belum diketahui atau dijelaskan secara ilmiah. Salah satu teori yang hingga kini masih dianggap relevan adalah adanya gangguan pada aliran darah ke plasenta dan kinerja sel endotel. Secara global, Pre eklampsia terjadi pada 4,6% dari seluruh kehamilan. Meskipun penyebab Pre eklampsia belum benar-benar teridentifikasi, terdapat beberapa faktor yang bisa meningkatkan risiko terjadinya kondisi ini. Faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan Pre eklampsia mencakup riwayat Pre eklampsia sebelumnya, kelebihan berat badan, serta usia ibu yang kurang dari 19 tahun atau lebih dari 40 tahun. (Rika, 2023).

4. Tanda dan Gejala

Menurut (Dini et al., 2023) tanda dan gejala preeklampsia berat yaitu adanya:

- a. Hipertensi
- b. Edema
- c. Proteinuria
- d. Penglihatan menjadi kabur

- e. Sakit kepala
- f. Nyeri pada bagian epigastrium.

5. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya preeklampsia terjadi dua tahap. Tahap pertama penyebab terjadinya preeklampsia yaitu faktor genetik, faktor imunologi dan faktor lingkungan yang terjadi pada trimester pertama dan trimester kedua. Ketiga faktor ini dapat menyebabkan terjadinya abnormal plasenta-plasenta yang akan menurunkan fungsi perfungsi plasenta. Pada tahap kedua terjadi peningkatan *sFlt1*, berkurangnya peredaran *PIGF*, peningkatan sng dan faktor ibu lainnya seperti (riwayat kesehatan pembuluh darah yang buruk, obesitas, dan usia lanjut). Hal ini menyebabkan terjadinya disfungsi vaskuler sistemik yang berakibat pada beberapa organ dan jaringan yang ditandai dengan adanya proteinuria, hipertensi, abnormal sistem koagulasi dan edema (Namira, 2023).

6. Komplikasi

Komplikasi yang terberat dari preeklampsia adalah kematian ibu dan janin, namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi adalah sebagai berikut (Mariati, 2020):

a. Bagi ibu

- 1) Sindrom HELLP (*Haemolysis, elevated liver enzymes, and low platet count*) adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver dan rendahnya jumlah trombosit.

- 2) Eklampsia, pada preeklampsia ini bisa berkembang menjadi eklampsia yang ditandai dengan kejang kejang.
- 3) Penyakit kardiovaskuler, risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat preeklampsia.
- 4) Kegagalan organ, preeklampsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti ginjal, paru dan hati.
- 5) Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul ini dapat berupa perdarahan karena kurangnya protein yang diperlukan untuk pembekuan darah, atau sebaliknya terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.
- 6) Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum kelahiran dapat mengakibatkan pendarahan serius dan kerusakan plasenta yang akan membahayakan keselamatan wanita hamil dan janin.
- 7) Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan darah di dalam pembuluh tersebut. Ketika seseorang mengalami pendarahan di otak, sel-sel otak akan mengalami kerusakan karena adanya penekanan dari gumpalan darah dan juga karena tidak mendapatkan pasokan oksigen akibat terputusnya aliran darah, kondisi inilah yang menyebabkan kerusakan otak atau bahkan kematian.

b. Bagi janin

- 1) Prematuritas

- 2) Kematian janin
- 3) Terhambatnya pertumbuhan janin
- 4) Asfiksia neonatorum.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Indrieni 2020, Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada preeklampsia adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan Laboratorium

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

Ditemukan protein dalam urine.

Tabel 2.1
Standar Kadar Kekeruhan Urine

No	Hasil	Kadar Kekeruhan Protein	Keterangan
1.	Positif 1 (+)	Ada kekeruhan	Menunjukkan gejala kebocoran protein dalam urine, yang disebabkan adanya gangguan ginjal.
2.	Positif 2 (++)	Kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan	Menunjukkan adanya kebocoran pada ginjal karena darah tinggi.
3.	Positif 3 (+++)	Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas	Menunjukkan proses penyaringan pada ginjal menurun.
4.	Positif 4 (++++)	Urine sangat keruh dan disertai endapan	Menunjukkan ginjal sudah dalam kondisi kronis

No	Hasil	Kadar Kekeruhan Protein	Keterangan
		yang menggumpal	karena hanya bisa menjalankan fungsinya sebatas 15 hingga 29 persen
5.	Negatif	Urine jernih	-

Sumber: Indrieni 2020

3) Pemeriksaan fungsi hati

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

4) Tes kimia darah

Asam urat meningkat

b. Radiologi

1) Ultrasonografi

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

2) Kardiotografi

Diketahui denyut jantung janin lemah.

8. Penatalaksanaan

Menurut (Pratiwi, 2021) Penatalaksanaan pada preeklampsia adalah :

Tirah baring miring ke satu posisi

- a. Monitor tanda-tanda vital, reflex dan DJJ.
- b. Diet tinggi kalori, tinggi protein, rendah karbohidrat lemak dan garam.
- c. Pemenuhan kebutuhan cairan: jika jumlah urine < 30 ml/jam pemberian cairan infuse ringer laktat 60-125 ml/jam.
- d. Pemberian obat-obatan sedatif, anti hipertensi dan diuretic
- e. Monitor keadaan janin dengan melakukan pemeriksaan aminoscopy dan USG.
- f. Monitor tanda-tanda kelahiran persiapan kelahiran dengan induksi partus pada usia kehamilan diatas 37 minggu.

B. Konsep Teori *Sectio caesarea*

1. Definisi

Sectio caesarea (SC) merupakan persalinan janin melalui sayatan terbuka pada perut (laparotomi) dan sayatan pada rahim (histerotomi) (Noviyani, 2023). *Sectio caesarea* (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus sehingga janin dapat lahir secara utuh dan sehat (Wacikadewi, 2021). *Sectio caesarea* (SC) adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Isnaeni, Ana Pertiwi, And Iriantom, 2020)

Dari ketiga definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* (SC) adalah persalinan buatan melalui sayatan pada dinding perut dan rahim untuk melahirkan janin secara utuh dan sehat.

2. Klasifikasi

Menurut (Hafi, 2023) terdapat tiga klasifikasi *sectio caesarea* yaitu:

a. *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Sectio caesarea ini yaitu dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Kelebihan dari prosedur pembedahan ini :

- 1) Perdarahan pada luka insisi tidak banyak
- 2) Risiko peritonitis kecil
- 3) Umumnya bagian uterus kuat sehingga risiko terjadinya ruptur uteri dikemudian hari kecil karena saat nifas segmen bawah uterus tidak begitu banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

b. *Sectio caesarea corporal/klasik*

Pada *Sectio caesarea* ini tindakan pembedahannya dengan membuat insisi di bagian tengah korpus uteri sekitar 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vasio uterine. Pembedahan ini dilakukan apabila ada kendala untuk melakukan *sectio caesarea transperitonealis profunda*, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat *sectio caesarea* sebelumnya.

c. *Sectio caesarea ekstraperitoneal*

Sectio caesarea ini dahulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi puerpureal, akan tetapi dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan ini sekarang jarang dilakukan, karena proses pembedahannya sulit.

3. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio caesarea* (Ramadanty, 2022).

4. Indikasi

Menurut (Beno *et al.*, 2022) terdapat beberapa indikasi dilakukannya tindakan *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

a. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

Chepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul

merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

b. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

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

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

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

d. Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami

sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Faktor hambatan jalan lahir

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

f. Kelainan letak janin

1) Letak kepala tengadah

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

2) Presentasi muka

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

3) Presentasi dahi

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

4) Letak sungsang

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

5) Kelainan letak lintang

Lintang mengacu pada posisi bayi di dalam rahim di mana sumbu tubuh bayi tegak lurus dengan sumbu rahim. Lintang sejati mengacu pada orientasi sumbu tubuh bayi dalam kaitannya dengan rahim, ketika membentuk sudut 90° . Bahu biasanya diposisikan di atas pintu atas panggul dalam hal garis lintang, dengan kepala terletak di satu fossa iliaka dan bokong di fossa iliaka lainnya. Biasanya, dalam skenario ini, janin diposisikan di sekitar bahu atau akromion.

5. Komplikasi

Persalinan *sectio caesarea* memiliki resiko lima kali lebih besar terjadi komplikasi dibandingkan persalinan normal. Faktor yang paling banyak adalah faktor anestesi, pengeluaran darah oleh ibu selama proses operasi, komplikasi penyulit, endometritis (radang endometrium) tromboflebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah) dan pemulihan bentuk letak rahim menjadi tidak sempurna (Septiana & Sapitri, 2023)

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Nisa, 2023) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada ibu *sectio caesaria* adalah sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan darah lengkap
- b. Pemeriksaan Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa,
- c. Pemeriksaan ECG
- d. Pemeriksaan elektrolit
- e. Pemeriksaan Ultrasonografi: untuk melokasikan plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin,
- f. Pemeriksaan Amniosintesis: untuk mengkaji maturitas paru janin.

7. Penatalaksanaan *Sectio caesarea*

Menurut (Ramadanty, 2022) Penatalaksanaan *Sectio caesarea* adalah:

- a. Pemberian cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

- b. Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatulensi lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian

minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

d. Kateterisasi

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

e. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

f. Perawatan payudara

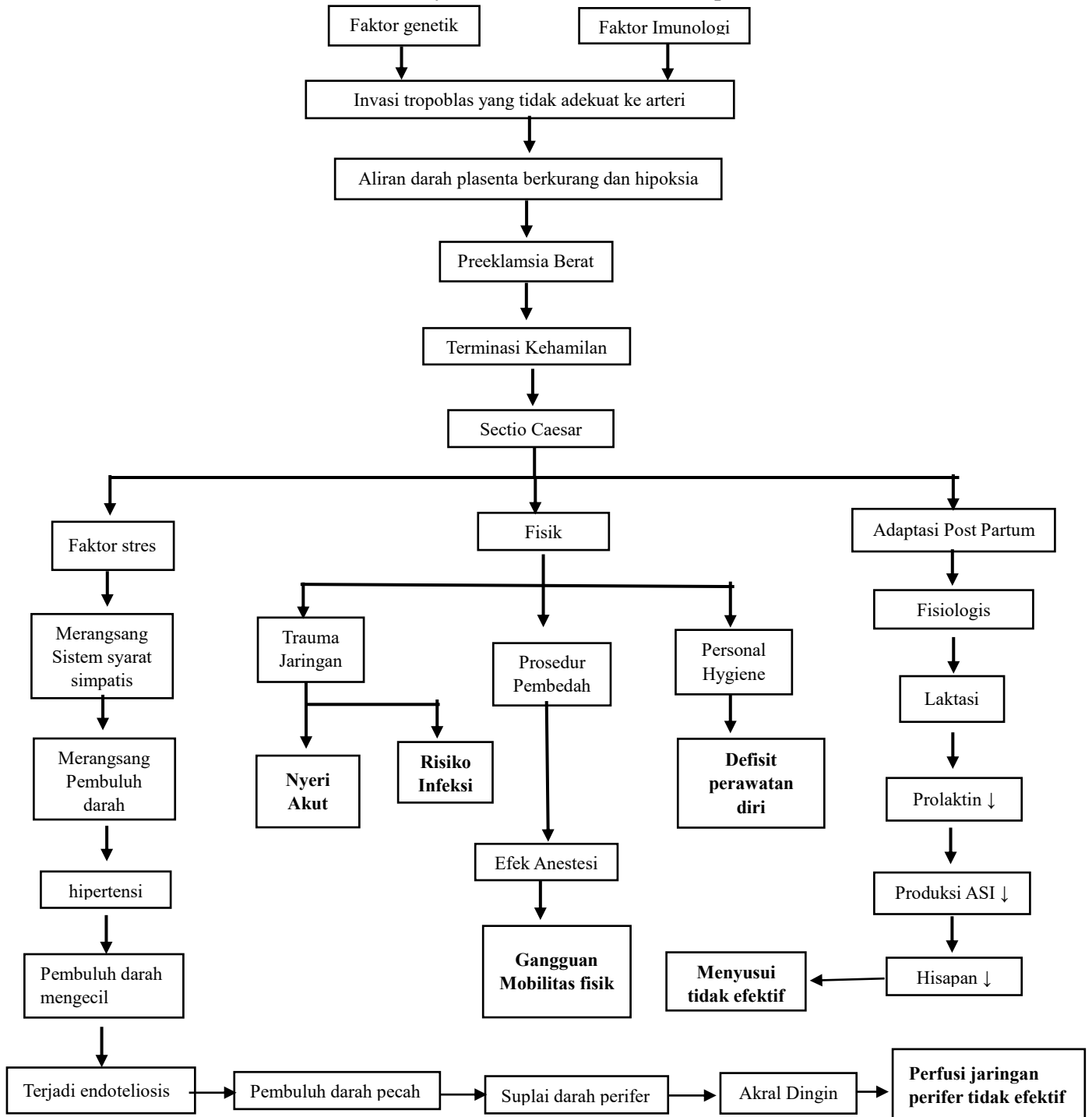
Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan

payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

8. Pathway

Bagan 2.1

Pathway SC Atas Indikasi Preeklampsia Berat



(Sumber: Arya 2022)

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi Post Partum

Masa pasca persalinan adalah periode setelah melahirkan bayi dan pengeluaran plasenta dari Rahim. Proses ini memerlukan waktu sekitar 6 minggu, di mana organ-organ terkait dengan kehamilan mengalami pemulihan setelah mengalami berbagai perubahan, termasuk luka dan hal-hal lain yang berhubungan dengan proses melahirkan (Li *et al.*, 2022).

Postpartum disebut juga masa nifas atau puerperium adalah masa dimana ibu baru saja melahirkan dari sejak plasenta lahir sampai saat ketika organ-organ reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil (Anggarani, 2023)

Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun psikologis (Dewi, 2021)

Postpartum atau masa nifas adalah masa pemulihan selama sekitar 6 minggu setelah kelahiran plasenta, di mana organ reproduksi ibu kembali seperti sebelum hamil, disertai perubahan fisik dan psikologis.

2. Tahapan-Tahapan Post Partum

Tahapan-tahapan yang terjadi pada post partum menurut (Rika, 2023) adalah sebagai berikut:

a. Periode *immediate* postpartum

Tahapan yang dalam waktu 24 jam pertama setelah persalinan.

b. Periode *earaly* postpartum

Tahapan yang terjadi setelah 24 jam setelah persalinan sampai akhir minggu pertama postpartum.

c. Periode *late* postpartum

Tahapan yang terjadi pada minggu kedua sampai minggu keenam setelah persalinan

3. Perubahan Fisiologis Post Partum

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi postpartum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan Menurut (Ii *et al.*, 2022) antara lain :

a. Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU).

Tabel 2.2
Involusi Uterus

Involusi Uterus	TFU
Hari ke 1	Setinggi pusat
Hari ke 2	1-2 jari dibawah pusat
Hari ke 3	Pertengahan simpisis
Hari ke 7	3 jari diatas simpisis
Hari ke 9	1 jari diatas simpisis
Hari ke 10 dan 12	Tidak teraba dari luar

Sumber: Anwar 2022

b. *Lokhea*

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama post partum. *Lokhea* bau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita.

Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. *Lokhea* mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. *Lokhea* dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya diantaranya :

1) *Lokhea rubra*

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

2) *Lokhea sanguinolenta*

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

3) *Lokhea serosa*

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) *Lokhea alba*

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. *Lokhea alba* ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum

c. Serviks

Segara setelah post partum bentuk serviks agak menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi,

sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan servik uteri terbentuk semacam cincin. Serviks mengalami involusio bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup

d. Vulva dan 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 berangsurangsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

e. Perineum

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

f. Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan payudara karena posisi bayi pada payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi

air susu, dan adanya sumbatan duktus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial.

g. 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 kurangnya aktivitas tubuh.

h. Sistem perkemihan

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

i. Sistem muskoleskeletal

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

4. Perubahan Psikologis Post Partum

Wanita hamil akan mengalami perubahan psikologis yang nyata sehingga memerlukan adaptasi. Perubahan mood seperti sering menangis, lekas marah, dan sering sedih atau cepat berubah menjadi senang merupakan manifestasi dari emosi yang labil. Proses adaptasi berbeda-beda antara satu dengan yang lain. Pada awal kehamilan ibu beradaptasi menerima bayi yang di kandungnya sebagai bagian darinya. Perasaan gembira bercampur dengan khawatir dan kecemasan menghadapi perubahan peran yang sebentar lagi akan dijalani menurut (Capinera, 2021) . Beberapa fase psikologis yang dialami oleh ibu nifas sebagai berikut:

a. *Taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan dimana ibu mengharapkan segala kebutuhan tubuhnya terpenuhi orang lain. Berlangsung selama 1-2 hari setelah melahirkan , dimana fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Beberapa hari setelah melahirkan akan menanggukuhkan keterlibatannya dalam tanggung jawabnya. Pada waktu ini ibu yang baru melahirkan memerlukan perlindungan dan perawatan. Pada waktu ini menunjukan kebahagiaan dan sangat senang untuk menceritakan tentang pengalamannya melahirkan. Fase ini ibu lebih cenderung pasif terhadap lingkungannya dikarenakan kelelahan .Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan agar ibu cepat pulih.

b. *Taking hold*

Pada fase *taking hold*, secara bergantian timbul kebutuhan ibu untuk mendapatkan perawatan dan penerimaan dari orang lain dan keinginan untuk bisa melakukan segala sesuatu secara mandiri. Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu sudah mulai menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya). Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan bagi dirinya dan juga bayinya.

c. *Letting go*

Fase ini merupakan fase penerimaan tanggung jawab akan peran barunya, berlangsung setelah hari ke 10 pasca melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan ibu untuk merawat diri dan bayinya sangat meningkat pada fase ini. Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi. Hubungan antar pasangan memerlukan penyesuaian karena adanya anggota keluarga baru.

5. Patofisiologi

Masa post partum atau masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dan terjadinya perubahan fisikologis serta perubahan psikologis. Perubahan fisikologis ini terdapat involusi uterus yaitu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot polos uterus. Perubahan – perubahan alat genitalia ini dalam keseluruhannya disebut “involusi”. Involusi terjadi

perubahan-perubahan penting yakni mengkonsentrasi dan timbulnya laktasi yang 11 terakhir karena pengaruh hormon laktogen dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjar-kelenjar mammae (Zaini, 2020).

Otot-otot uterus berkontraksi segera post partum, pembuluh-pembuluh darah yang ada antara nyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta lahir. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks adalah segera post partum bentuk serviks agak menganga seperti corong, bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri terbentuk semacam cincin. Perubahan-perubahan yang terdapat pada endometrium ialah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2- 5mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin regenerasi endometrium terjadi dari sisasisa sel desidua basalis yang memakai waktu 2 sampai 3 minggu. Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fasia yang merenggang sewaktu kehamilan dan perlu setelah janin lahir berangsur-angsur kembali seperti semula (Zaini, 2020)

6. Perubahan Tanda-Tanda Vital Post Partum

Tanda-tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas menurut (Sugiarto, 2023) terdiri dari :

a. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi

38°C. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal.

b. Nadi

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus dan dapat terjadi bradikardia. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

c. Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan hipertensi post partum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakitpenyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan.

7. Kebutuhan Masa Post Partum

a. Nutrisi dan Cairan

Masalah nutrisi perlu mendapat perhatian karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah sebagai berikut:

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari
- 2) Diem tambahan kalori 500 kalori tiap hari
- 3) Minum sedikitnya 2 liter tiap hari (+8 gelas)
- 4) Fe/tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan
- 5) Kapsul Vit. A 200.000 unit

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijaksanaan agar secepatnya tenaga kesehatan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidur membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24 - 48 jam postpartum. Hal ini dilakukan bertahap. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung penyakit paru-paru, demam dan sebagainya.

Keuntungan dari ambulasi dini:

- 1) Ibu merasa lebih sehat
- 2) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik.
- 3) Memungkinkan kita mengajarkan ibu untuk merawat bayinya
- 4) Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses pasca persalinan, tidak memengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan perdarahan, tidak memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri

c. Eliminasi

Setelah 6 jam post partum diharapkan. ibu dapat berkemih, jika kandung kemih penuh atau lebih dari 8 jam belum berkemih disarankan melakukan kateterisasi. Hal-hal yang menyebabkan kesulitan berkemih (predlo urine) pada post partum:

- 1) Berkurangnya tekanan intra abdominal.
- 2) Otott-otot perut masih lemah.
- 3) Edema dan uretra

- 4) Dinding kandung kemih kurang sensitive
- 5) Ibu post partum diharapkan bisa defekasi atau buang air besar setelah hari kedua post partum jika hari ketiga belum defekasi bisa diberi obat pencahar oral atau rektal.

d. Kebersihan diri

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

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

(Dewi, 2021)

8. Tanda-Tanda bahaya post partum

Tanda bahaya masa nifas atau pasca persalinan merupakan tanda-tanda abnormal yang menunjukkan bukti adanya bahaya atau komplikasi pada ibu nifas. Tanda bahaya pada masa nifas yaitu:

- 1) Perdarahan post partum
- 2) Lochea yang berbau busuk
- 3) Sub-involusi uterus
- 4) Tromboflebitis
- 5) Nyeri pada perut dan pelvis
- 6) Depresi setelah persalinan
- 7) Pusing dan lemas yang berlebihan
- 8) Suhu tubuh ibu $>380^{\circ}\text{C}$. Pada salah satu tanda bahaya masa nifas yang berkaitan dengan suhu tubuh apabila terjadi peningkatan melebihi 380°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi nifas pada alat genitalia. (Peningkatan et al., 2024)

D. Dampak *Sectio caesarea* Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut (Berat *et al.*, 2023) tindakan *sectio caesarea* ini sangat berdampak pada kebutuhan dasar manusia seperti :

1. Nyeri

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

2. Eliminasi

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

3. Nutrisi dan cairan

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

4. Mobilisasi

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

5. Personal Hygiene

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

6. Istirahat dan tidur

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

7. Seksual dan Reproduksi

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

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Rimadeni *et al.*, 2022)

a. Identitas klien

Terdiri dari identitas klien, pengkajian identitas meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, tanggal masuk, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal pengkajian, diagnose medis, nomor rekam medik. (Rimadeni *et al.*, 2022)

b. Identitas penanggung jawab

Pada bagian ini meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien. (Rimadeni *et al.*, 2022)

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. (Rimadeni *et al.*, 2022)

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 tidak banyak gerak dan memberatkan pada klien post sc adalah ketika klien banyak melakukan aktivitas.

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

R : (*Region*) 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 : (*Skala*) 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 tentang alergi terhadap makanan dan obat-obatan. Pada klien post *sectio caesarea* biasanya memiliki riwayat post sebelumnya (Rimadeni *et al.*, 2022).

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 (Rimadeni *et al.*, 2022).

5) Riwayat obstetric dan ginekologi

a) 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 seberapa, riwayat kontrasepsi, apakah sebelumnya pernah memakai KB atau belum, dan jenis Kb apa yang digunakan. (Rimadeni *et al.*, 2022)

b) Riwayat obstetric

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, riwayat persalinan sebelumnya, kehamilan seberapa, usia melahirkan, usia kehamilan, BB/PB, anak seberapa, tempat persalinan. (Rimadeni *et al.*, 2022)

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 (Rimadeni *et al.*, 2022).

2) Tanda-tanda vital

(Rimadeni *et al.*, 2022) 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 kemungkinan adanya pendarahan.

3) Pemeriksaan Fisik (*Head to toe*)

a) Kepala

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

b) Wajah

(1) Mata

Pada pemeriksaan mata Ibu post *Sectio caesarea* biasanya didapatkan data mata yang simetris, sklera tidak ikterik,

terkadang konjungtiva anemis dikarenakan proses persalinan yang mengalami pendarahan dan biasanya tidak ditemukan adanya pembengkakan pada kelopak mata

(2) Hidung

Mengkaji bentuk hidung sebelah kanan dan sebelah kiri, fungsi penciuman, terdapat polif atau tidak, bagaimana kebersihannya, terdapat nyeri atau tidak, terdapat sumbatan atau secret atau tidak.

(3) Telinga

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

(4) Mulut dan Gigi

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

c) Leher

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

d) Dada

(1) Jantung

Pada pemeriksaan jantung ibu post partum SC biasanya tidak ada tanda tanda murmur jantung atau adanya suara jantung tambahan. Bentuk jantung biasanya normal dan tidak ada nyeri dada yang abnormal pada ibu. Irama jantung umumnya normal bila tidak ada penyakit awitan pada ibu. Pada hari pertama post partum kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah akan meningkat hal tersebut akan berpengaruh terhadap peningkatan curah jantung. Denyut nadi akan sedikit meningkat namun masih berada di rentang normal yaitu 60-100 kali permenit. Jika denyut nadi lebih dari 100 kali permenit harus diwaspadai adanya infeksi (Silfianingsih, 2022).

(2) Paru-paru

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

saturasi akan menurun dan respirasi pernapasan normal (Silfianingsih, 2022)

(3) Payudara

Pemeriksaan payudara akan ditemukan data hiperpigmentasi aerola mammae serta penonjolan dari papila mammae efek dari hormon kehamilan dan persalinan. Adanya nyeri atau keras pada payudara bisa menggambarkan adanya proses produksi ASI pada payudara ibu. Pada Post Op Day 0 pasca bedah sesar kemungkinan ibu masih belum bisa mengeluarkan ASI karena laktasi yang belum sempurna. Namun setelah dua hari kemudian ASI atau kolostrum biasanya akan keluar, kadang-kadang akan terasa penuh dan sakit disebabkan oleh bertambahnya peredaran darah ke payudara serta mulainya laktasi yang sempurna. Kolostrum atau ASI pertama yang keluar akan berwarna kuning. Kolostrum diproduksi oleh tubuh di usia kehamilan sekitar 12 minggu. Kolostrum ini mengandung sel darah putih yang bermanfaat untuk sistem imun bayi (Ayati, 2020).

e) Abdomen

Pada saat pemeriksaan abdomen akan ditemukan luka jahitan post op ditutupi oleh perban. Bentuk luka dipengaruhi oleh jenis insisi yang dilakukan saat operasi. Bila *sectio caesarea* dilakukan secara longitudinal maka bentuk luka akan tegak atau vertikal dan jika *sectio caesarea* dilakukan secara transversal maka bentuk luka

arah nya akan horizontal atau mendatar. Selain itu perlu dikaji pula mengenai tanda-tanda infeksi seperti: tumor, robor, dolor dan fungsiolesa (Silfianingsih, 2022).

Saat di inspeksi terdapat linea nigra, striae gravidarum (gurat peregangan) yang timbul karena adanya hiperpigmentasi karena proses hormonal dan peregangan semasa hamil. Lakukan palpasi TFU pada 12 jam setelah melahirkan sejajar pusat, POD ITFU akan turun 1 jari dibawah pusat dan POD 2 akan turun 2 jari dibawah pusat. TFU akan menurun secara bertahap setelah melahirkan karena uterus kembali ke ukuran dan posisi semula (Silfianingsih, 2022).

Keadaan perut yang keras menunjukkan kontraksi uterus yang baik dan dapat membantu mengurangi risiko perdarahan, sementara perut yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat merangsang kontraksi dengan pijatan. Saat diperkusi bunyinya tympani, kandung kemih teraba kosong karena terpasang kateter, serta auskultasi bising usus dengan normal 6-30 x/ menit (Silfianingsih, 2022).

f) Genetalia

Pada area genetalia data yang perlu dikaji adalah tentang pengeluaran lochea di mana ibu post partum pada hari pertama itu masih tergolong lochea rubra yang berwarna merah kehitaman. Banyaknya pengeluaran lochea akan dipengaruhi oleh perdarahan

ibu. Biasanya pada ibu post partum perineum cenderung kotor hal ini perlu menjadi perhatian untuk mengedukasi ibu dalam kebersihan perineum agar mengurangi resiko infeksi. Kemudian tingkat resiko terjadinya hemoroid pada ibu post SC cenderung rendah dibanding ibu dengan persalinan normal. Karena pada ibu persalinan spontan ibu cenderung harus mengejan yang menyebabkan pembuluh darah berdilatasi (Ayati, 2020).

g) Ekstremitas

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

kaki. Dimana derajat reflek patella dipresentasikan secara simbolis dengan

4+ : Hiperaktif dengan klonus terus-menerus

3+ : Hiperaktif

2+ : Normal

1+ : Hipoaktif

0 : Tidak ada Refleks

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

e. Pola aktivitas sehari-hari (ADL)

- 1) Nutrisi, kaji terhadap frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya. Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam baru diberikan makanan lunak (Rika, 2023).

- 2) Eliminasi BAB dan BAK, kaji meliputi beberapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan post *sectio caesarea* untuk BAK mendapatkan perawatan kateter urin (Rika, 2023).
 - 3) Istirahat tidur, pada klien dengan post *sectio caesarea* pada hari pertama mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya kateter urin. Kaji meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak (Rika, 2023).
 - 4) Personal hygiene, pada klien dengan post *sectio caesarea* pada hari pertama dan sebelum kateter dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dimandikan (Rika, 2023).
 - 5) Aktivitas pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi Gerakan (Rika, 2023).
- f. Aspek psikologis, social, dan spiritual
- 1) Aspek psikologis

Pada ibu post *sectio caesarea* biasanya mengalami fase taking in, terjadi pada 1-2 hari. 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 (Capinera, 2021).

Fase *takking hold*, terjadi pada 3-10 hari setelah melahirkan, ibu mulai fokus pada kemampuannya untuk menjadi orang tua yang baik dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya. Ibu memperhatikan fungsi tubuh seperti eliminasi dan berusaha keras menguasai keterampilan merawat bayi (Capinera, 2021).

Fase *letting go*, terjadi setelah ibu kembali ke rumah, yang sangat mempengaruhi waktu serta perhatian dari keluarga. Ibu mengambil alih tanggung jawab penuh dalam perawatan bayi. Pada periode ini, depresi postpartum biasanya terjadi (Capinera, 2021).

2) Aspek sosial

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

3) Spiritual

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

g. Data penunjang

Menurut (Bera *et al.*, 2023) 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.

h. 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.	Gejala dan tanda mayor DS : 1) Tampak meringis DO : 2) Tampak meringis 3) Bersikap protektif (mis; waspada	Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan lalu merangsang area	(D. 0077) Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Problem
	posisi menghindari nyeri) 4) Gelisah 5) Sulit tidur Gejala dan tanda minor DS: - DO: 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri	sensori dan menimbulkan reaksi nyeri atau nyeri akut	
2.	Tanda gejala mayor dan minor DS : 1) mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2) nyeri saat bergerak 3) enggan melakukan pergerakan - merasa cemas saat bergerak 4) Merasa cemas saat bergerak DO : 1) kekuatan otot menurun 2) rentang gerak (ROM) menurun 3) gerakan terbatas 4) fisik lemah 5) Sendi kaku	Keadaan fisik lemah akibat adanya luka post operasi yang menyebabkan aktifitas terganggu atau dibatasi karena klien khawatir pergerakannya dapat membahayakan terhadap luka post op	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik
3.	Tanda gejala mayor dan minor DS : 1) Kelelahan maternal 2) Kecemasan	Post partum menyebabkan perubahan fisiologi salah satunya laktasi	(D.0029) Menyusui Tidak Efektif

No	Data	Etiologi	Problem
	maternal DO : 1) ASI tampak tidak menetes 2) Bayi tidak mau melekat pada payudara ibu 3) BAK bayi kurang dari 8kali dalam 24 jam 4) Nyeri dan /atau lecet terus menerus setelah minggu kedua 5) Intake bayi tidak adekuat 6) Bayi menghisap tidak terus menerus 7) Bayi menangis saat disusui	Ketika proses laktasi struktur dan karakter payudara ibu berubah sehingga menyebabkan hormon ekstrogen meningkat dan terjadi pembentukan ASI tetapi terjadi penyempitan pada duktus intiverus yang menyebabkan ASI tidak keluar sehingga menimbulkan ketidakefektifan menyusui	
4.	Faktor Resiko 1) Penyakit kronis 2) Efek prosedur invasive 3) Malnutrisi 4) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan 5) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer 6) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	Adanya luka post op menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk kedalam tubuh dan mengakibatkan post op terkontaminasi dan terjadi inflamasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi	(D.0142) Resiko Infeksi
5.	Gejala dan Tanda Mayor DS:	Proses persalinan post	(D.0109) Defisit

No	Data	Etiologi	Problem
	1) Menolak melakukan perawatan diri DO: 1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2) Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan tanda minor DS: - DO: -	sc menyebabkan kebutuhan energi meningkat kelemahan sehingga aktivitas terganggu menyebabkan kurangnya perawatan diri	perawatan diri
6	Gejala Tanda Mayor DS:- DO: 1) Pengisian kapiler >3 detik 2) Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3) Akral teraba dingin 4) Warna kulit pucat 5) Turgor kulit menurun Gejala dan tanda Minor DS: 1) Parstesia 2) Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) DO: 1) Edema 2) Penyembuhan luka lambat 3) Indeks ankle-brachial <0.90 4) Bruit	Tindakan sc memicu stress, yang merangsang sistem saraf simpatis dan menyebabkan hipertensi. Hipertensi ini membuat pembuluh darah mengecil, memicu endoteliosis hingga akhirnya pembuluh darah pecah. Hal ini menurunkan suplai darah ke perifer menyebabkan akral dingin, dan berujung pada perfusi jaringan perifer yang tidak efektif	(D.0009) Perfusi jaringan perifer tidak efektif

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung, actual, maupun potensial (SDKI, 2017). Menurut SDKI (2017) Kemungkinan diagnose yang muncul pada pasien dengan post operasi *sectio caesarea* adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- f. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

3. 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 dengan agen pencedera fisik

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Tampak meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun

(SLKI, 2018)

Tabel 2.4

Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 1

Intervensi	Rasional
1	2
Manajemen Nyeri (I.008238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan obat Terapeutik: 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis; suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi	Observasi: 1. Untuk menentukan dan membedakan karakteristik khususnya nyeri 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri 3. Untuk mengetahui bagaimana respon nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Untuk mengetahui budaya terhadap respon nyeri 7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Untuk mengetahui dan menilai keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Untuk melihat dan mengetahui efek samping penggunaan obat Terapeutik: 1. Mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dirasa 2. Agar lingkungan dapat terkontrol dan dapat memberikan kenyamanan 3. Untuk memberikan istirahat tidur 4. Untuk mengetahui

Intervensi	Rasional
1	2
meredakan nyeri Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara berkala 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. (SIKI, 2018)	perbedaan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1. Untuk mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri 3. Dapat mempercepat dan konsisten dalam proses terapi 4. Dapat mengetahui teknik untuk meredakan nyeri secara non farmakologis Kolaborasi: 1. 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

Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 2

Intervensi	Rasional
-------------------	-----------------

1	2
Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi: 1. identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 1. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu misal pagar, tempat tidur 2. fasilitasi melakukan pergerakan 3. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 1. jelaskan tujuan mobilisasi dini 2. anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis; duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (SIKI, 2018)	Observasi: 1. untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2. untuk mengetahui toleransi aktivitas fisik dalam melakukan pergerakan 3. untuk melihat dan mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum aktivitas 4. Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 1. dapat memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu 2. dapat mempermudah dalam melakukan pergerakan 3. agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan Edukasi: 1. agar klien mengetahui tujuan dalam mobilisasi 2. untuk mempercepat proses penyembuhan 3. agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri

c. 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

Tabel 2.6

Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 3

Intervensi	Rasional
1	2
Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistematis Terapeutik: 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada daerah luka 3. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi: 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi:	Observasi: 1. Untuk memonitor tanda dan gejala Terapeutik: 1. Untuk menghindari kontaminasi dari luar yang dapat membahayakan pasien 2. Untuk merawat kulit dan area yang beresiko infeksi 3. Untuk menjaga kebersihan dan mempertahankan area beresiko infeksi Edukasi: 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi 2. Untuk mampu mengaplikasikan pencegahan risiko 3. Untuk mengurangi pencegahan risiko 4. Untuk mencegah infeksi yang menyebar 5. Untuk menyembuhkan luka infeksi 6. Untuk mencegah terjadinya dehidrasi Kolaborasi:

Intervensi	Rasional
1	2
1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.	1. Untuk mengurangi infeksi yang lebih parah.

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan 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

Tabel 2.7

Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 4

Intervensi	Rasional
1	2
Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan system pendukung suami,	Observasi: 1. Untuk mengetahui kesiapan klien untuk menerima informasi 2. Untuk menjelaskan tujuan dan manfaat menyusui Terapeutik 1. Untuk memberikan edukasi kepada klien 2. Untuk mengetahui kesediaan klien menerima informasi Untuk memberikan kesempatan untuk klien jika ada yang belum mengerti mengenai materi yang sudah dipaparkan 3. Untuk member motivasi ibu dalam menyusui 4. Untuk membantu ibu

Intervensi	Rasional
1	2
keluarga, tenaga kesehatan dan Masyarakat Edukasi 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis; memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitoksin) (SIKI,2018)	dalam melakukan proses menyusui Edukasi 1. Untuk memberikan informasi kepada ibu tentang menyusui 2. Untuk memberikan informasi kepada ibu mengenai manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Untuk mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar 4. Untuk mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara 5. Mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara untuk merangsang pengeluaran ASI

e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan kemampuan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan ketoilet meningkat
- 4) Mempertahankan kebersihan diri meningkat

Tabel 2.8

Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 5

Intervensi	Rasional
-------------------	-----------------

1	2
Dukungan perawatan diri Observasi: 1. Monitor tingkat kemandirian Terapeutik: 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. Siapkan keperluan pribadi 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri Edukasi: 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten	Observasi: 1. Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien saat ini sehingga dapat diidentifikasi interferensi yang akan dilakukan pada pasien Terapeutik: 1. Lingkungan yang sesuai untuk melakukan perawatan diri akan membantu pasien dalam meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri 2. Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi 3. Sebagai salah satu bentuk empati kepada pasien Edukasi: 1. Agar pasien dapat melakukan perawatan diri secara konsisten

f. Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kekuatan nadi perifer meningkat
- 2) Akral membaik
- 3) Turgor kulit membaik
- 4) Tekanan darah sistolik membaik

5). Tekanan darah diastolic

(SLKI,2018)

Tabel 2.9

Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 6

Intervensi	Rasional
1	2
I.02079 Perawatan Sirkulasi Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, suhu). 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (e.g., diabetes, hipertensi). 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Terapeutik 1. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera. 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. 3. Lakukan pencegahan infeksi. 4. Lakukan perawatan kaki dan kuku. Edukasi 1. Anjurkan berhenti merokok. 2. Anjurkan berolahraga rutin. 3. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan	Observasi 1. Untuk mengetahui sirkulasi perifer. 2. Mengetahui faktor risiko gangguan sirkulasi. 3. Mengetahui panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Terapeutik 1. Menghindari area yang cedera. 2. Agar perfusi bisa berkurang dan tidak bertambah. 3. Agar pasien tidak infeksi secara berkelanjutan. 4. Agar perfusi klien terjaga. Edukasi 1. Agar kesehatan klien terjaga. 2. Menambah sehat pada tubuh klien. 3. Untuk mengurangi tekanan darah, antikoagulan, dan penurun

Intervensi	Rasional
1	2
penurun kolesterol. 4. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. 5. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat. 6. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. 7. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan	kolesterol. 4. Agar tekanan darah menjadi teratur. 5. Agar kulit klien bagus 6. Agar tekanan darah dan berat badan terjaga. 7. Agar kondisi pasien terpanta

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Kurniawati, 2021).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan di mana dilakukan penilaian untuk menentukan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan telah tercapai. Dalam melakukan evaluasi, perawat perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memahami bagaimana pasien merespons

terhadap intervensi keperawatan, kemampuan untuk membuat kesimpulan tentang pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, serta kemampuan untuk menghubungkan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan (Kurniawati, 2021).

Menurut (Ummah, 2020), komponen evaluasi yang digunakan adalah SOAP/SOAPIE/SOAPIER untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien.

S: Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah diberikan tindakan keperawatan.

O: Data Objektif

Data objektif merupakan data yang berdasarkan pada hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.

A: Analisis

Analisis merupakan interpretasi data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P: Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan

sebelumnya. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah pasien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya.

I: Implementasi

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen (perencanaan). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.

E: Evaluasi

Evaluasi adalah respons pasien setelah dilakukan Tindakan keperawatan.

R: Reassessment

Reassessment merupakan pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah hasil evaluasi diketahui.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. R
Umur	: 18 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp.Cihurang, Darajat
Status Perkawinan	: Kawin
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Diagnosa Medis	: P1 A0 Partus Maturus dengan <i>Section caesarea</i> Atas Indikasi Preeklampsia Berat
No RM	: 01446416
Tanggal Persalinan	: 28/04/2025
Tanggal Masuk	: 26/04/2025
Tanggal Pengkajian	: 28/04/2025

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. W
Umur	: 22 Tahun

Jenis Kelamin : Laki Laki
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Buruh
 Hubungan dengan klien : Suami
 Alamat : Kp Cihurang, Darajat

c. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada area luka post operasi dibagian perut bawah.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 April 2025 pukul 15.00 WIB, Klien tampak meringis, klien mengeluh nyeri pada luka post operasi, nyeri bertambah saat klien berusaha mengubah posisi tidurnya dan nyeri berkurang saat klien rileks dan melakukan nafas dalam. Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan pada abdomen bagian bawah, klien mengatakan skala nyeri 7 dari (1-10) dan nyeri dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sebelumnya klien belum pernah mengalami operasi secar dan juga tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, stroke, dan juga tidak memiliki riwayat penyakit menular.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan didalam anggota keluarga keluarganya tidak ada yang mempunyai Riwayat penyakit keturunan seperti dm dan hipertensi maupun penyakit menular seperti Hepatitis, Tb Paru, dan lain-lain.

5) Riwayat Obsetrik dan Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Menarche	: 13 Tahun
Lama	: 7 Hari
Siklus	: 28 Hari
Banyaknya	: 2x mengganti pembalut
Teratur atau tidak	: Teratur
HPHT	: 20/07/2024
Taksiran Persalinan	: 27/04/2025

b) Riwayat perkawinan

Pernikahan ke	: 1
Lama Perkawinan	: 1 Tahun

c) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat persalinan P1A0, Usia kehamilan 9 bulan. Berat badan sebelum hamil 50kg berat badan saat hamil 56kg. Klien mengalami kenaikan berat badan selama hamil 6kg dengan tinggi badan 156cm.

d) Keadaan Saat Hamil

(1)Trimester I : Klien mengatakan pada awal kehamilan mengalami mual muntah.

(2) Trimester II : Klien mengatakan mual muntah disertai adanya pusing.

(3) Trimester III : Klien mengatakan mual muntah tetapi tidak berlebih, disertai adanya pusing dan gelisah pada saat mau tidur.

e) Riwayat ANC

Klien mengatakan rutin memeriksa kehamilannya ke bidan.

f) Riwayat KB

Klien mengatakan klien sebelumnya menggunakan KB Suntik.

g) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 26 April 2025 klien dibawa ke RSUD dr Slamet Garut rujukan dari puskesmas dengan preeklampsia berat hasil tekanan darah 170/110mmHg dan protein urine 2+, setelah dilakukan observasi selama satu hari tekanan darah klien tidak turun sehingga klien diharuskan untuk dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea*, klien dibawa ke ruang operasi pada tanggal 28 April 2025 pukul 09.00 WIB. Dan ibu melahirkan anak laki-laki dengan berat badan 2.550 gram dan Panjang badan 44cm. Sejak bayi lahir klien belum memberikan bayi nya ASI karena bayi di rawat di ruang perinatologi dan ibu di ruang nifas.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Compos Mentis

GCS : 15 (E4 V5 M6)

Keadaan Umum : Lemah

BB Saat Hamil : 56kg

TB : 156cm

2) Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah : 140/90 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,5

Respirasi : 20x/menit

3) Rambut dan Kepala

Warna rambut hitam, rambut Panjang dan tampak rapih, penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak bersih, kepala klien simetris antara bahu kanan dan kiri, bentuk kepala bulat, tidak terdapat benjolan ataupun nyeri tekan pada kepala.

Ekspresi wajah tampak meringis, tidak terdapat kloasma.

a) Mata

Letak mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera putih, bola mata dapat digerakan kesegala arah, repleks pupil saat diberi rangsangan Cahaya mengecil dan melebar saat rangsangan Cahaya dijauhkan. Klien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak 30cm. Klien mengatakan tidak ada keluhan pada daerah mata.

b) Hidung

Lubang hidung simetris, hidung simetris, klien dapat membedakan bau minyak wangi dan minyak kayu putih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan dan klien mengatakan tidak ada keluhan.

c) Telinga

Telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat serumen, tidak ada lesi, klien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dan klien mengatakan tidak ada keluhan.

d) Mulut, Gigi, dan Lidah

Mukosa bibir merah muda dan lembap, gigi tampak bersih, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat karies, Lidah tampak bersih, dapat membedakan rasa asin dan manis, tidak ada stomatitis, klien mengatakan tidak ada keluhan.

4) Dada

a) Paru – Paru

Bentuk dada normal dengan pergerakan dada simetris. Frekuensi napas 20x/menit. Tidak ada nyeri dada. Tidak ada pernapasan cuping hidung ataupun otot bantu pernapasan. Suara perkusi sonor, suara nafas vesikuler.

b) Jantung

Bunyi S1 dan S2 (lup dup), irama regular tekanan darah 140/90mmHg dan N: 80x/menit. Klien mengatakan tidak ada keluhan.

c) Payudara

Bentuk payudara bulat, simetris, putting susu sedikit menonjol, tampak bersih, areola mammae berwarna hitam, ASI belum keluar, Klien mengeluh ASInya belum keluar.

5) Abdomen

Bentuk perut cembung terdapat striae gravidarium dan linea nigra, terdapat luka post sc pada abdomen bagian bawah diatas simpisis pubis dengan Panjang ± 10 cm (Horizontal), tertutup perban, bising usus 12x/menit dan suara perkusi tympani, pada saat di palpasi klien menghindari dari nyeri, kandung kemih teraba kosong, kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi.

6) Genitalia dan Anus

Terpasang Dower Catheter, ganti pembalut baru 1x ganti, genitalia kotor, terdapat lochea rubra warna merah kehitaman, bau amis urine output keluar 100cc tertampung didalam urine bag. Pada anus tidak ada hemoroid, perineum utuh. Klien mengatakan tidak ada keluhan.

7) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas

Simetris antara kanan dan kiri, warna kulit sawo matang, keadaan kuku bersih dan pendek, jumlah jari lengkap, CRT < 2 detik, tidak terdapat edema, tidak adanya nyeri tekan, terpasang infus pada tangan kiri dengan cairan RL 20tpm, kedua tangan dapat digerakan

kesegala arah, kekuatan otot tangan 5/5. Klien mengatakan tidak ada keluhan.

b) Ektremitas bawah

Kaki simetris, warna kulit sawo matang, jumlah jari kaki lengkap, keadaan kuku bersih dan pendek, tidak ada oedema, refleks patella (+2), Homan sign negative, tidak ada nyeri tekan, pergerakan kaki terbatas, tidak ada varises, kekuatan otot kaki 4/4. Klien mengeluh susah untuk menggerakkan kaki.

e. Konsep diri

1) Identitas diri

Klien adalah seorang Wanita berusia 18 tahun, Bergama islam, dan merasa bahagia menyambut kelahiran anak pertamanya.

2) Peran diri

Klien berperan sebagai pasangan dari suaminya dan sebagai seorang ibu bagi anaknya.

3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera kembali ke rumah dan bersatu dengan anaknya.

4) Harga diri

Klien merasa sangat diperhatikan dan dicintai oleh keluarganya, yang terlihat dari kunjungan anggota keluarga yang secara bergantian datang untuk menjenguk dan merawatnya.

5) Gambaran diri

Klien merasa terdapat perubahan pada dirinya seperti perubahan pada tubuhnya seperti peningkatan BB, perubahan bentuk tubuh.

f. Aspek psikologi

- 1) Pada fase taking in aktivitas klien bergantung pada keluarga dan perhatian klien masih tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya
- 2) Persepsi diri , klien berharap agar segera sembuh dan segera pulang ke rumah.
- 3) Respon ibu terhadap kelahiran bayi, klien mengatakan sangat Bahagia atas kelahiran bayinya dan ingin segera bertemu dengan bayinya.
- 4) Respon ibu singkat dan nampak tidak banyak bicara
- 5) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi, keluarga mengatakan Bahagia klien bisa melahirkan dengan selamat dan bayinya yang sehat

g. Aspek Sosial

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

h. Aspek Spiritual

Klien adalah seorang agama muslim dan selalu beribadah sesuai dengan kepercayaannya, klien selalu berdoa untuk kebaikan dirinya dan anaknya.

i. Pola Koping

Apabila klien mempunyai masalah, klien selalu memecahkan masalahnya masalahnya dengan cara bermusyawarah Bersama suaminya.

j. Kebiasaan Seksual

Sebelum masa nifas klien tidak mempunyai gangguan dalam hubungan suami istri,

k. Aktivitas sehari-hari

Tabel 3.1
Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Sebelum masuk RS	Saat di Rumah Sakit
1.	Nutrisi a. Makan - Jenis menu - Frekuensi - Porsi - Keluhan - Cara b. Minum - Jenis - Frekuensi - Jumlah - keluhan	Nasi+lauk pauk+sayur 3x1/hari 1 porsi Tidak ada Mandiri Air putih Sesuai keinginan ±7-8 gelas Tidak ada	- - - Puasa post operasi - - - -
2.	Istirahat dan tidur a. Malam - Lama - Kesukaran tidur b. Siang - Lama - Kesukaran tidur	±8 jam Tidak ada ±2 jam Tidak ada	±6 jam Sering terbangun ±3 jam Tidak ada
3.	Eliminasi a. BAK - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Kesulitan b. BAB - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau	±3-4x/hari Normal Kuning jernih Khas urine Tidak ada 2x/hari Normal Kuning kecoklatan Khas fesses	Terpasang DC 100 cc Kuning pekat Khas urine - - - - -

No	Obat	Dosis	Cara
4	Dopamet	3x500 mg	Oral
5	Infus RL	15 tpm	iv

n. Analisa Data

Tabel 3.4
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds: - Klien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri seperti disayat-sayat dan terasa hilang timbul, - Klien mengatakan nyeri makin terasa pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas, - Skala nyeri 7 (1-10) Do: - Klien tampak meringis kesakitan - Pada saat dipalpasi klien menghindari dari nyeri (protektif) - Terdapat luka sc horizontal dengan	Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan lalu merangsang area sensori dan menimbulkan reaksi nyeri atau nyeri akut	Nyeri akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	Panjang $\pm 10\text{cm}$ - TTV TD: 140/80mmHg N: 80x/m		
2	Ds: - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga Do: - Klien tampak lemas - Klien tampak berhati-hati saat bergerak - Aktivitas klien ditempat tidur - Klien masih berbaring di tempat tidur - Kekuatan otot 5 5 --- 4 4	Keadaan fisik lemah akibat adanya luka post operasi yang menyebabkan aktifitas terganggu atau dibatasi karena klien khawatir pergerakannya dapat membahayakan terhadap luka post op	Gangguan mobilitas fisik
3		Adanya luka post op menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk kedalam tubuh dan mengakibatkan post op terkontaminasi dan terjadi inflamasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi	Resiko Infeksi

No	Data	Etiologi	Masalah
4	Ds: - Klien mengatakan ASInya belum keluar - Klien mengatakan khawatir ASInya tidak keluar - Klien tidak tau cara perawatan payudara Do: - Asi belum keluar - Klien dan bayi terpisah ruang perawatan sehingga klien tidak dapat menyusui bayi	Post partum menyebabkan perubahan fisiologi salah satunya laktasi Ketika proses laktasi struktur dan karakter payudara ibu berubah sehingga menyebabkan hormon ekstrogen meningkat dan terjadi pembentukan ASI tetapi terjadi penyempitan pada duktus intiverus yang menyebabkan ASI tidak keluar sehingga menimbulkan ketidakefektifan menyusui	Menyusui tidak efektif
5.	Ds: - Klien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri Do: - Rambut tampak lepek - Daerah perineum tampak kotor - Keadaan klien lemah - Klien tampak tidak mampu	Proses persalinan post sc menyebabkan kebutuhan energi meningkat kelemahan sehingga aktivitas terganggu menyebabkan kurangnya perawatan diri	Defisit perawatan diri

No	Data	Etiologi	Masalah
	melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri di abdomen post operasi		

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Tindakan *sectio caesarea*)

Ds:

- 1) Klien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri seperti disayat-sayat dan terasa hilang timbul,
- 2) Klien mengatakan nyeri makin terasa pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas,
- 3) skala nyeri 7 (1-10).

Do:

- 1) Klien tampak meringis kesakitan
- 2) Pada saat dipalpasi klien menghindari dari nyeri (protektif)
- 3) Terdapat luka sc horizontal dengan Panjang ± 10 cm
- 4) TTV

TD: 140/90mmHg

N: 80x/m

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

Ds:

- 1) Klien mengatakan nyeri saat bergerak
- 2) Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga

Do:

- 1) Klien tampak lemas
- 2) Klien tampak berhati-hati saat bergerak
- 3) Aktivitas klien ditempat tidur
- 4) Klien masih berbaring di tempat tidur

- 5) Kekuatan otot

5	5
4	4

- c. Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung

Ds:

- 1) Klien mengatakan ASInya belum keluar
- 2) Klien mengatakan khawatir ASInya tidak keluar
- 3) Klien tidak tau cara perawatan payudara

Do:

- 1) Asi belum keluar
- 2) Klien dan bayi terpisah ruang perawatan sehingga klien tidak dapat menyusui bayi

- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan:

Ds:

Klien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket

Do:

- 1) Rambut tampak lepek
- 2) Daerah perineum tampak kotor
- 3) Badan tercium bau
- 4) Keadaan umum pasien lemah
- 5) Perawatan diri pasien masih di bantu oleh keluarga

3. Proses Keperawatan

Nama	: Ny.R	Alamat	: Kp. Cihurang, Darajat
Umur	: 18 Tahun	Ruang	: Jade
Tanggal	: 28 April 2025	No.RM	: 01446416

Tabel 3.5
Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (D.0077) DS: 1. Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi, nyeri seperti	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Observasi TTV 2. Indetifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3. Identifikasi skala nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui tanda-tanda vital 2. Untuk menentukan dan membedakan karakteristik khususnya nyeri 3. Untuk mengetahui seberapa tingkat nyeri yang dialami klien 4. Untuk menghindari factor yang	Senin, 28 April 2025 15.30 Wib 1. Mengobservasi ttv Hasil: TD: 140/90mmHg N: 80x/m RR:20x/m 15.32 Wib 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan intensitas nyeri Hasil: Nyeri dibagian abdomen bawah bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri	Senin, 28 April 2025 20.00 Wib S: - Klien mengatakan nyeri masih dirasakan terutama saat bergerak - Skala nyeri 7 (1-10) O: - Klien masih tampak

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	disayat-sayat dan terasa hilan timbul 2. Klien mengatakan nyeri makin terasa pada saat melakukan pergerakan atau aktivitas 3. Skala nyeri 7 (1-10) DO: 1. Klien tampak meringis kesakitan 2. Pada saat dipalpasi	4. Frekuensi nadi membaik	4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: 5. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik nafas dalam) 6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis: suhu, ruangan) Kolaborasi: 7. Kolaborasi pemberian analgetik Ketorolac 30mg	memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: 5. Membantu memberikan kenyamanan 6. Dapat mengetahui Teknik untuk meredakan nyeri secara non farmakologis Kolaborasi: 7. Membantu dalam mengurangi rasa nyeri dengan membloade pusat hantaran nyeri.	hilang timbul 15.34 Wib 3. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Klien masih merasa nyeri dibagian abdomen dengan skala nyeri 7(1-10) 15.36 Wib 4. Mengidentifikasi Factor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: Nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat istirahat 15.37 Wib 5. Memberikan Teknik nonfarmakologis/melatih Teknik nafas dalam Hasil: Klien merasa lebih tenang dan nyeri berkurang 15.38 WIB	meringis - Klien tampak bisa melakukan Teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Observasi TTV 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan Teknik nonfarmakolog

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	klien menghin dari dari nyeri (protektif) 3. Terdapat luka sc horizontal Panjang 10cm TTV TD: 140/90mmHg N:80x/m		diberikan dengan cara IV		6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri Hasil: Nyeri bertambah jika ruangan bising dan pencahayaan terang. 15.39 WIB 7. Pemberian obat analgetic Ketorolac 30mg IV Hasil: Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang	is (nafas dalam) 5. Pemberian analgetic Ketorolac 30mgIV
2	Gangguan mobilitas fisik Berhubungan dengan nyeri (D.0054) DS: 1. Klien mengata	Setekah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam duharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:	Dukungan Mobilisasi (1.05173) Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi	Observasi: 1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2. Untuk mengetahui toleransi aktivitas	Senin, 28 April 2025 15.45 Wib 1. Mengidentifikasi adanya nyeri/factor lain Hasil: Klien masih merasa nyeri dibagian post operasi sc	Senin, 28 April 2025 20.15 Wib S: - Klien mengatatakan sudah bisa mulai bergerak - Klien mengatakan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	kan nyeri saat bergerak 2. Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga DO: 1. Klien tampak lemas 2. Klien tampak berhati-hati saat bergerak 3. Aktivitas klien ditempat tidur 4. Klien masih berbaring	1. Kekuatan otot meningkat 2. Pergerakan ekstremitas bawah meningkat 3. Kelemahan fisik menurun 4. Gerakan terbatas menurun	toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 5. Fasilitasi melakukan pergerakan 6. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)	fisik dalam melakukan pergerakan 3. Untuk melihat dan mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum aktivitas 4. Untuk melihat kondisi klien selama mobilisasi Terapeutik: 5. Untuk membantu dalam pergerakan klien 6. Untuk membantu aktivitas mobilisasi 7. Agar keluarga bisa membantu klien	Pukul 15.47 wib 2. Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi Hasil: Klien tampak meringis saat mobilisasi Pukul 15.48 wib 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan miring kanan, miring kiri Hasil: Klien mencoba melakukan pergerakan Sedikit demi sedikit Pukul 15.49 wib 4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pegangan Hasil: Klien memegang pagar tempat tidur saat aktivitas Pukul 15.49 wib 5. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam	aktivitas masih masih perlu dibantu keluarga O: - Klien mampu Miring kanan kiri - Klien tampak berhati-hati saat bergerrak - Aktivitas klien dibantu keluarga A: Gangguan Mobilisasi Fisik teratasi Sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi adanya nyeri/factor lain 2. Monitor kondisi umum

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	ditempat tidur 5. Kekuatan otot 4		7. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan Pergerakan Edukasi: 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur) 0-6 jam Latihan gerak tangan dan kaki 6-12 jam mobilisasi miring	Edukasi: 8. Agar klien paham Tindakan yang dilakukan 9. Agar klien dapat melakukan mobilisasi segera mungkin 10. Agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri	melakukan pergerakan Hasil: Keluarga membantu dalam proses peningkatan dan klien tampak berusaha untuk bergerak Pukul 16.00 wib 6. Menjelaskan tujuan prosedur mobilisasi Hasil: Klien paham yang dijelaskan perawat tentang tujuan mobilisasi Pukul 16.02 wib 7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini miring kanan, miring kiri pada pasien pasca op Hasil: Klien diajarkan setelah 6 jam pasca operasi sc klien mampu miring kanan dan kiri 12 jam mampu duduk dan setelah dibuka kateter bisa ke kamar mandi	3. Fasilitasi melakukan pergerakan 4. Libatkan keluarga untuk membantu klien melakukan aktivitas 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini pasca operasi sc

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			kanan miring kiri 12-24 jam Latihan duduk di tempat tidur dan berjalan ke toilet secara mandiri		sendiri	
3.	Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive (D.0142) DS: 1. Klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bawah yang terdapat luka post sc	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam derajat tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Kultur area luka membaik 3. Kerusakan jaringan menurun 4. Kadar sel darah putih	Pencegahan infeksi dan perawatan luka Observasi : 1. Identifikasi tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan	Observasi: 1. Untuk mengetahui tingkat infeksi dari tanda dan gejala infeksi yang muncul pada pasien Terapeutik: 2. Untuk meminimalisir terjadinya port the entry dari pengunjung luar 3. Untuk memutuskan rantai penularan bakteri	Senin, 28 April 2025 16.03 Wib 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala lokal dan sistemik Hasil: Leukosit diatas normal 11,6mm/3, Nyeri pada luka operasi Pukul 16.04 wib 2. Membatasi jumlah pengunjung Hasil: keluarga tampak membatasi jumlah pengunjung Pukul 16.05 wib 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah	Senin, 28 April 2025 20.30 Wib S : klien mengatakan nyeri pada luka post sc di bagian abdomen bawah O : - Terdapat luka post sc tertutup perban - Tidak ada rembesan darah atau cairan - Sayatan luka horizontal panjang luka $\pm$ 10 cm

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	DO: 1. Terdapat luka dibagian bawah abdomen 2. Luka tertutup perban 3. Sayatan luka horisontal 10cm 4. Tidak tampak pus 5. Tidak ada rembesan darah 6. Tidak ada kemerahan 7. Leukosit 11,6mm/	membaik	pasien 4. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 5. Lakukan perawatan luka pada POD 2 6. Monitor kondisi luka dan balutan Edukasi : 7. Ajarkan cara cuci tangan benar 8. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 9. Anjurkan konsumsi tinggi protein tinggi kalori	4. Untuk mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi: 5. Untuk mencegah infeksi dan pasien dapat menerapkan cuci tangan sebagai tindakan utama dalam mencegah infeksi 6. Untuk memberikan informasi mengenai tanda infeksi 7. Untuk membantu proses pemulihan kolaborasi : 8. Untuk membantu	kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil : mencuci tangan 6 langkah Pukul 16.06 wib 4. Mempertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi dengan mencuci tangan sebelum ke pasien Hasil : mempertahankan kesterilan saat perawatan luka dengan mencuci tangan sebelum melakukan tindakan. 5. Melakukan perawatan luka pada POD 2 pada tanggal 30 April 2025 Pukul 16.07 wib 6. Memonitor kondisi luka dan balutan	A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda infeksi 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Lakukan perawatan luka pada tanggal pada POD 2 4. Kolaborasi pemberian antibiotic Cefotaxime 1gr IV

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	3		Kolaborasi : 10. Kolaborasi pemberian antibiotic Cefotaxime 1gr IV	mengurangi infeksi bakteri	Hasil: balutan tidak terdapat rembesan darah ataupun cairan, luka tampak kemerahan dan ada nyeri tekan Pukul 16.08 wib 7. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: klien dan keluarga mengerti mengenai tanda-tanda infeksi pada luka Pukul 16.09 wib 8. Menganjurkan konsumsi tinggi protein tinggi kalori Hasil: klien mengerti nutrisi yang baik untuk proses pemulihan Pukul 16.10 wib 9. Memberikan antibiotic sesuai adv dokter Cefotaxime 1gr (IV)	
4.	Menyusui tidak efektif	Setelah dilakukan Tindakan 3x8 jam	Edukasi Menyusui		Senin, 28 April 2025 Pukul 16.15 Wib	Senin, 28 April 2025 20.40 Wib

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	berhubungan dengan tidak rawat gabung (D.0029) DS: 1. Klien mengatakan asinya belum keluar 2. Klien mengatakan khawatir asinya asinya tidak keluar 3. Klien mengatakan tidak tau cara perawatan	tingkat infeksi menurun 1. Tetesan atau pancaran ASI, meningkat 2. Suplai ASI adekuat meningkat	(1.12393) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Dukung ibu	Observasi: 1. Agar klien siap menerima informasi 2. Untuk mengetahui Tujuan dan keinginan menyusui Terapeutik: 3. Untuk memberikan edukasi kepada klien 4. Untuk mengetahui kesediaan klien menerima informasi 5. Untuk memberikan kesempatan untuk klien jika ada yang belum mengerti mengenai materi yang sudah dipaparkan 6. Untuk memberi motivasi ibu dalam	1. Mengidentifikasi kesiapan klien menerima informasi Hasil: Klien mengatakan siap diberikan informasi Pukul 16.16 wib 2. Menjadwalkan penkes tentang cara menyusui yang benar sesuai kesepakatan Hasil: Penkes dilaksanakan pada tanggal 30 April 2025 Pukul 16.17 wib 3. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan: Pelekatan (cara menyusui yang benar) Pukul 16.18 wib 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil : klien tampak bertanya terkait materi penkes	S: Klien mengatakan ASI belum keluar O: - ASI tampak belum keluar A: Menyusui Tidak Efektif belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui 2. Menjelaskan manfaat menyusui bayinya 3. Menjadwalkan penkes sesuai kesepakatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	payudara DO: 1. Asi belum keluar 2. Klien dan bayi terpisah ruang perawatan sehingga klien tidak dapat menyusui		untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga Edukasi: 8. Berikan konseling menyusui 9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10. Ajarkan 4 posisi menyusui dan menyusui dan perletakan (latch on) dengan benar. 11. Ajarkan	menyusui 7. Agar keluarga dan suami paham dan dapat melakukan Edukasi: 8. Untuk memberikan informasi kepada ibu tentang menyusui 9. Untuk memberikan informasi kepada ibu mengenai manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10. Agar klien dapat mempraktekan posisi menyusui dan perletakan dengan	Pukul 16.19 wib 5. Menjelaskan manfaat menyusui bayi Hasil : klien tampak mengerti apa yang dijelaskan Pukul 16.20 wib 6. Mengajarkan payudara post partum mis. Memeras ASI, pijat payudara, pijat oksitosin Hasil : klien mengerti apa yang diajarkan	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 12. Ajarkan perawatan payudara post partum (Pijat oksitosin dan breastcare)	benar secara mandiri untuk merangsang produk ASI 11. Untuk mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara 12. Agar klien mampu melakukan perawatan Payudara secara mandiri dirumah		
5.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan DS: 1. Klien mengatakan tidak	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan kemampuan perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil:	Dukungan Perawatan Diri (1.11348) Observasi: 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor	Observasi: 1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Untuk memonitor	Senin, 28 April 2025 16.30 WIB 1. Mengkaji tingkat kemandirian Hasil: Klien masih dalam pase taking in sehingga masih bergantung sepenuhnya ke keluarga dalam beraktivitas	Senin, 28 April 2025 20.55 WIB S: - Klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dipakai

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	nyaman karena badannya lengket DO: 1. Rambut tampak lengket 2. Daerah perineum tampak kotor 3. Badan tercium bau 4. Keadaan umum pasien lemah 5. Perawatan diri pasien masih dibantu oleh keluarga	1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet meningkat 4. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik: 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik 5. Siapakan keperluan pribadi 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi kemandirian,	tingkat kemandirian 3. Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik: 4. Lingkungan yang sesuai untuk melakukan perawatan diri akan membantu pasien dalam meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri 5. Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi 6. Sebagai salah satu bentuk empati kepada pasien	Pukul 16.32 Wib 2. Mendekatkan pakaian klien Hasil: Klien mudah menggapai pakaiannya Pukul 16.34 wib 3. Membantu klien memakai baju Kembali setelah operasi Hasil: Klien mengatakan merasa lebih nyaman Pukul 16.36 wib 4. Melakukan perawatan perineum dan membantu pasien memakai pembalut Hasil: Klien mengatakan lebih nyaman saat sudah bersihkan Pukul 16.38 wib 5. Menganjurkan pasien setelah 24 jam untuk pergi ke toilet dan	pakaian baru - Klien mengatakan badannya masih terasa lengket O: - Pasien tampak rapi dengan baju baru - Daerah perineum klien tampak bersih - Rambut masih tampak lepek - Lingkungan klien tampak rapih dan bersih - Perawatan diri klien masih dibantu keluarga A: Masalah deficit perawatan diri teratasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri 9. Bantu klien dalam melakukan perawatan perineum Edukasi: 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	7. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri 9. Agar area perineum tidak lembap dan tetap bersih untuk mengurangi tinggi resiko tingkat infeksi Edukasi: 10. Agar pasien dalam melakukan perawatan diri secara konsisten	tetap memperhatikan kebersihan diri Hasil:Klien mengatakan akan mencobanya jika nyeri berkurang	Sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kemandiri 2. Sediakan lingkungan yang terapeutik 3. Dekatkan barang pribadi klien 4. Dampingi klien dalam melakukan perawatan diri 5. Anjurkan klien melakukan perawatan perineum 6. Anjurkan klien melakukan perawatan diri secara konsisten

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. R

Usia : 18 Tahun

Tabel 3.6

Catatan Perkembangan POD 1

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
29 April 2025	Dx 1	07.30 Wib S: Klien mengatakan nyeri yang dirasakan masih terasa O: 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri 6 (1-10) 3. Klien masih bersikap protektif terhadap nyeri. A: Nyeri Akut P: Lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi tanda-tanda vital 2. Identifikasi skala nyeri 3. Anjurkan melakukan Teknik relaksasi (nafas dalam) 4. Kolaborasi pemberian terapi analgetik : Ketorolac 20mg IV I: Pukul 08.00 WIB 1. Mengkaji tanda-tanda vital Respon: TD: 135/95mmHg N: 89x/m S: 36 R: 20x/m Spo: 98% 2. Mengkaji skala nyeri Respon: Skala nyeri 6 (0-10) 3. Menganjurkan melakukan Teknik relaksasi (nafas dalam) Respon: Klien dapat melakukan Teknik relaksasi nafas dalam 4. Memberikan terapi analgetik Hasil: ketorolac 30mg IV E: Masalah teratasi Sebagian	Neng farida

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf				
29 April 2025	Dx 2	08.15 Wib S: - Klien mengatakan sudah bisa duduk dan mencoba belajar berjalan - Klien mengatakan sudah dapat mengontrol nyeri luka post sc nya O: 1. Klien masih tampak meringis Ketika bergerak 2. Klien tampak sedang belajar berjalan 3. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table> A: Gangguan Mobilitas fisik teratasi	5	5	5	5	Neng farida
5	5						
5	5						
29 April 2025	Dx 3	08.25 Wib S: Klien mengatakan nyeri pada bagian luka post sc di bagian abdomen bawah O: 1. Luka tertutup perban 2. Tidak ada rembesan darah atau cairan 3. Sayatan luka horizontal Panjang luka ±10 cm 4. Leukosit 11.6/mm³ A: Resiko infeksi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda infeksi 2. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori tingi protein 3. Kolaborasi pemberian antibiotik Cepotaxime 1gr IV I: Pukul: 08.30 Wib 1. Memonitor tanda-tanda infeksi Respon: luka klien tampak bagus, tidak ada rembesan darah ataupun cairan 2. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori tinggi	Neng farida				

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		protein 3. Memberikan antibiotik cefotaxime 1gr IV E: Masalah belum teratasi	
29 April 2025	Dx 4	08.35 Wib S: Klien mengatakan ASI belum keluar O: 1. ASI tampak belum keluar 2. Aerola berwarna hitam 3. Putting menonjol 4. Payudara tidak tampak bengkak 5. Tidak rawat gabung dengan bayinya A: Menyusui tidak efektif P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui 2. Menjelaskan manfaat menyusui bayi 3. Menjadwalkan penkes sesuai kesepakatan I: Pukul: 08.45 WIB P: 1. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui Hasil : klien belum tau tentang menyusui karena anak pertama dan ibu ingin segera menyusui bayinya, tetapi ASI belum keluar 2. Menjelaskan manfaat menyusui bayinya Hasil : klien tampak mengerti apa yang dijelaskan 3. Menjadwalkan penkes sesuai kesepakatan Hasil : penkes dilaksanakan pada tanggal 30 April 2025 E:	Neng farida

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		Masalah teratasi sebagian	
29 April 2025	Dx 5	08.55 WIB S: 1. Klien mengatakan badannya sudah tidak lengket karena sudah mandi dibantu keluarga 2. Klien mengatakan sudah membersihkan perineumnya dibantu oleh keluarga. O: 1. Klien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri dibantu oleh keluarga 2. Klien tampak bersih dan rapi 3. Perawatan diri pasien tampak masih dibantu oleh keluarga A: Masalah defisit perawatan diri teratasi	Neng Farida

Tabel 3.7

Catatan perkembangan POD 2

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
30 April 2029	Dx 1	S: Klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang O: 1. Klien tampak meringis 2. Klien sudah tidak bersikap protektif terhadap nyeri 3. Skala nyeri 4 (1-10) A: Nyeri Akut P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi tanda-tanda vital 2. Identifikasi skala nyeri 3. Anjurkan melakukan Teknik relaksasi nafas dalam I: Pukul: 08.00 WIB 1. Mengkaji tanda-tanda vital Respon: TD: 125/90mmHg N: 90x/m S: 36,3C R: 20x/m	Neng farida

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		SPO2: 97% 2. Mengkaji skala nyeri Respon: skala nyeri 4 (0-10) 3. Menganjurkan melakukan Teknik relaksasi (nafas dalam) Respon: klien dapat melakukannya Ketika merasakan nyeri E: Masalah teratasi sebagian	
30 April 2025	Dx 3	S: Klien masih merasa nyeri pada bagian luka post sc do bagian abdomen bawah O: 1. Terdapat luka dibagian abdomen bawah 2. Tidak ada pus, tidak ada edema 3. Luka tampak baik 4. Tidak ada rembesan darah atau cairan 5. Sayatan luka horizontal ± 10 cm 6. Leukosit $11.6/\text{mm}^3$ A: Resiko Infeksi P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor tanda-tanda infeksi 2. Lakukan perawatan luka 3. Kolaborasi pemberian obat antibiotik cefotaxim 2 1gr IV I: Pukul: 08.20 WIB 1. Memonitor tanda-tanda infeksi Respon: klien tidak terdapat tanda-tanda infeksi 2. Melakukan perawatan luka Respon: luka klien tampak baik, tidak ada pus, tidak ada rembesan darah atau cairan, sayatan luka horizontal $\pm 10\text{cm}$ 3. Pemberian obat antibiotic cefotaxime 1gr IV E: Masalah teratasi sebagian	Neng farida
30 April 2025	Dx 4	S: Klien mengatakan ASI sudah keluar namun belum terlalu banyak O: 1. Aerola berwarna hitam	Neng farida

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		2. Putting menonjol 3. Bayi sudah dirawat gabung dengan ibunya A: Menyusui tidak efektif P: Lanjutkan intervensi 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya I: Pukul: 08.30 WIB 1. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan dan langsung menjelaskan Hasil: materi tentang perlekatan (cara menyusui yang benar) media yang digunakan leaflet 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil: klien tampak bertanya terkait materi penkes E: Masalah teratasi Sebagian	

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis akan membandingkan teori dengan praktik asuhan keperawatan di lapangan untuk Ny. R yang menjalani operasi Caesar pada hari pertama karena mengalami preeklampsia berat. Kegiatan ini dilaksanakan selama tiga hari, dari 28 April 2025 hingga 30 April 2025, di ruang Jade RSUD dr Slamet Garut. Berikut akan dijelaskan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan kepada Ny. R sesuai dengan tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnose keperawatan, intervensi, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Tahap pengkajian

Pada tahap pengkajian asuhan keperawatan terhadap Ny. R yang menjalani perawatan pasca operasi *sectio caesarea* karena preeklampsia berat, diketahui bahwa pasien mengeluhkan rasa nyeri pada area bekas sayatan operasi. pasien menggambarkan intensitas nyerinya pada skala 7 dari 1 sampai 10. Terlihat luka operasi sepanjang kurang lebih 10 cm di bagian bawah perut, dan secara fisik pasien tampak meringis serta bersikap protektif pada daerah luka. Hal ini terjadi karena terhentinya sambungan jaringan yang memicu saraf rasa sakit untuk melepaskan neurotransmitter, bradikinin, serotonin, dan histamin. Stimulus ini akhirnya akan dikirimkan ke hipotalamus dan dirasakan sebagai rasa sakit. Selanjutnya, secara fisiologis, luka akan melewati tahap penyembuhan mulai dari fase destruktif proliforative hingga tahap pematangan (Eva, 2022).

Menurut (Arif, 2023) kelemahan otot muncul karena kondisi fisik yang kurang baik akibat nyeri setelah operasi Caesar, sehingga mengganggu aktivitas dan membatasi Gerakan. Pasien yang telah menjalani SC biasanya merasa cemas dan malas untuk bergerak karena khawatir jahitan akan terbuka. Pada Ny. R, didapatkan informasi bahwa pasien merasa tidak ingin bergerak karena rasa nyeri, dan dalam melakukan aktivitas dibantu oleh keluarganya karena adanya keterbatasan dalam bergerak, yang mengakibatkan gangguan pada mobilitas fisiknya.

Pada Ny. R ditemukan luka pasca operasi di area perut dengan Panjang sekita 10 cm dan sayatan horizontal. Tidak terlihat adanya nanah, tidak ada

kemerahan, tidak ada rembesan darah. Dari hasil tes laboratorium, terlihat kenaikan jumlah leukosit menjadi 11,6/mm³. Menurut (Syaiful s, 2020) proses penyembuhan luka akan melewati fase inflamasi yang berlangsung dari hari pertama hingga hari kelima. Dalam fase ini, tubuh akan berusaha menghentikan pendarahan melalui hematosi, yang melibatkan penyempitan pembuluh darah dan pembentukan jaringan fibrin yang memicu proses pembekuan darah. Oleh karena itu, sel-sel darah putih akan membunuh kuman dan bakteri di area luka, yang berakibat pada meningkatnya jumlah leukosit. Kenaikan leukosit adalah hal yang normal bagi ibu setelah operasi Caesar, tetapi tetap perlu dipantau sebagai risiko terjadinya infeksi.

Pada Ny.R ditemukan data bahwa ASI belum keluar, hal ini disebabkan oleh tindakan operasi *Sectio caesarea* yang dapat menyebabkan rasa sakit dan mengubah kontinuitas jaringan akibat pembedahan. Rasa sakit ini dapat menimbulkan berbagai masalah dan berdampak pada proses laktasi. Selain itu, pada persalinan secara Caesar juga terjadi penurunan refleks let down yang dapat menghambat keluarnya kolostrum. Pada persalinan dengan tindakan Caesar mungkin belum mengeluarkan kolostrum dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, kadang juga memerlukan waktu hingga 48 jam (Rahmadhani, 2020).

Akibat dari operasi, Ny. R mengeluhkan ketidakmampuannya untuk membersihkan diri sendiri. Aktivitas harian seperti makan, minum, ke kamar mandi, mandi, dan mengganti pakaian memerlukan bantuan. Hal ini disebabkan oleh luka pasca operasi yang membatasi gerak, sehingga aktivitas

sehari-hari terganggu (Dian, H., & Grasiana, 2020). Dalam proses pengkajian, ditemukan juga bahwa kulit tubuh Ny. R terasa lengket dan rambutnya tampak tidak terawat. Oleh karena itu, pasien memerlukan bantuan dalam perawatan diri untuk menjaga kebersihan dan mencegah kemungkinan infeksi.

2. Tahapan diagnosa

Menurut (Dermawan, 2020), diagnose keperawatan merupakan suatu kesimpulan yang diperoleh dari analisa data. Diagnosa keperawatan berasal dari penilai klinis mengenai reaksi individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan. Dalam kasus *sectio caesarea* , tidak semua diagnosa keperawatan muncul sesuai dengan teori yang ada, karena dalam menentukan masalah keperawatan ini harus didasarkan pada keluhan yang diperoleh dari hasil pengkajian dan pemeriksaan. Diagnosa yang diperoleh yaitu:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Menurut SDKI 2017, Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebabnya bisa karena agen pencedera fisiologis seperti inflamasi, agen pencedera kimiawi seperti terbakar bahan kimia dan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi yang ada pada kasus Ny.R. Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien, didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka *sectio caesarea* di perut bagian bawah. Nyeri bertambah saat pasien berusaha mengubah

posisi tidurnya dan berkurang saat pasien rileks dan melakukan nafas dalam. Nyeri yang dirasakan pasien seperti disayat-sayat dan dirasakan di area perut bawah. Skala nyeri yang dirasakan 7 (1-10) dan nyeri dirasakan hilang timbul. Data objektifnya, pasien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen serta nyeri tekan saat di palpasi. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Menurut SDKI 2017, Gangguan mobilitas fisik karena adanya reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotine, histamin, dan rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri sehingga terjadi kelemahan fisik yang diakibatkan nyeri bertambah apabila banyak gerak. Alasan diangkatnya diagnose ini karena didapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluh kesulitan untuk menggerakan ekstremitas bawah disebabkan oleh rasa sakit di area luka operasi dan nyeri saat bergerak. Data objektifnya, kekuatan otot menurun 4 dan kondisi umum pasien terlihat lemah. Dalam setiap aktivitas, pasien terlihat memerlukan bantuan dari anggota keluarga.

c. Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive

Menurut SDKI 2017, risiko infeksi adalah kondisi dimana seseorang beresiko mengalami peningkatan paparan terhadap organisme patogenik. Pada kasus Ny. R, penyebabnya adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan kerusakan pada integritas kulit akibat dari tindakan *sectio*

caesarea . Data yang diperoleh dari Ny.R menunjukkan adanya faktor yang mendukung adanya risiko infeksi, yaitu keluhan nyeri di area luka setelah SC. Terdapat luka insisi akibat operasi SC yang masih tertutup perban dengan panjang luka 10 cm, dan secara objektif, tampak adanya peningkatan jumlah leukosit menjadi 11,6/mm. Diagnosa risiko infeksi menjadi diagnosa ketiga karena diagnosa ini merupakan kategori risiko dimana masalah tersebut belum terjadi pada pasien, tetapi bisa muncul jika perawatan luka tidak dilakukan.

- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung dengan bayi

Menyusui tidak efektif merupakan kondisi di mana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. Penyebabnya tidak rawat gabung ibu dan anak sehingga ibu merasa tidak nyaman. Alasan diangkatnya diagnosa ini berdasarkan data subjektifnya klien mengalami kecemasan maternal dikarenakan tidak dirawat gabung dengan anaknya. Data objektifnya ASI tampak belum keluar, putting susu menonjol, aerola berwarna hitam, penyudara tidak tampak bengkak.

- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Menurut SDKI 2017, Defisit perawatan diri didefinisikan tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Penyebabnya karena kelemahan akibat dari efek anastesi setelah prosedur operasi *sectio caesarea* . Alasan diangkatnya diagnose ini berdasarkan data subjektifnya ditemukan pasien mengeluh nyeri saat ingin pergi ke toilet,

dan pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket. Sedangkan, secara objektif rambut Ny R tampak lepek dan area perineum terlihat kotor.

Dalam perumusan diagnosa keperawatan ini penulis tidak mengambil diagnosa perfusi perifer tidak efektif yang pada teori dijelaskan bahwa perfusi perifer tidak efektif masuk pada diagnosa yang mungkin muncul pada pasien post *section caesarea*. Hal ini terjadi karena pada saat dilakukan pengkajian pada Ny.R tidak ada data-data yang mendukung sehingga penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut.

3. Tahapan perencanaan

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

Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu untuk nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik lakukan manajemen nyeri. Dimana tujuan dilakukannya manajemen nyeri selama 3x8 jam kepada Ny.R diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu: keluhan nyeri menurun, tingkat nyeri menurun, dan meringis menurun serta frekuensi nadi membaik. Perencanaan yang disusun dalam mencapai tujuan adalah: Ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk

mengalihkan rasa nyeri dan berkolaborasi tindakan penghilang nyeri sesuai indikasi klien post operasi *sectio caesarea* atau farmakologis analgetik yang memungkinkan klien mengontrol nyeri. Pada kasus ini dokter meresepkan obat ketorolace 3x30mg secara intravena sebagai analgetik.

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

Diagnosa resiko terhadap terjadinya infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif yaitu operasi sc dengan menyusun perencanaan sebagai berikut; observasi tanda- tanda infeksi, ganti balutan, dengan memperhatikan teknik steril, tekankan teknik mencuci tangan yang tepat sebelum dan sesudah perawatan atau kontak dengan benda yang kemungkinan terkontaminasi untuk pertahanan pertama terhadap infeksi terkait layanan kesehatan. Berikan antibiotik sesuai petunjuk dokter untuk membunuh kuman dan melemahkan

kuman secara sistemik. Pada Ny.R diresepkan obat Cefotaxime 2x1gr secara intravena sebagai antibiotik pasien.

Pada asuhan keperawatan Ny.R intervensi utama yang diberikan penulis yaitu edukasi menyusui dengan melakukan tindakan sediakan materi dan media penyuluhan kesehatan, jadwalkan penyuluhan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. Intervensi ini diterapkan karena secara teori menurut (Rahmadhani, 2020) pijat ASI merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI dan dibuktikan dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa diberikannya pijat oksitoksin sangat berpengaruh terhadap ibu post partum *sectio caesarea* untuk meningkatkan produksi ASI.

Sedangkan untuk diagnosa defisit perawatan diri, penulis merencanakan untuk membantu klien dalam pemenuhan ADL mulai dari nutrisi: makan dan minum personal hygiene. Hal tersebut dilakukan selama 1x24 jam dimana Ny. R diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yaitu: kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, dan kemampuan ke toilet meningkat. Perencanaan yang disusun oleh penulis adalah: lakukan vulva hygiene untuk meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi dan mendampingi Ny.R selama perawatan diri.

4. Tahap implementasi

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan tindakan yang telah di rencanakan. Penulis tidak menemukan data atau respon yang menyimpang antara teori dan praktek lapangan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan penulis selalu menjelaskan kepada klien sesuai prosedur sehingga klien

kooperatif dan mendukung tindakan keperawatan yang dilakukan. Secara keseluruhan, pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan dapat terlaksana secara lancar sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya.

5. Tahap evaluasi

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. R pasca operasi *sectio caesarea*, penulis mengidentifikasi lima masalah keperawatan. Dari kelima masalah tersebut, tiga di antaranya belum dapat teratasi sepenuhnya karena keterbatasan waktu, yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif. Sementara itu, dua masalah lainnya dinyatakan teratasi, yaitu gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan sebab tujuan dan hasil asuhan keperawatan menunjukkan pencapaian yang sesuai dengan data yang ada.

Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari di rumah sakit, penulis melakukan evaluasi terhadap kondisi pasien dan memperoleh hasil sebagai berikut:

a. Pada doagnosa ke satu

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 4 (1-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang awalnya berada pada skala 7 (1-10). Sehingga masalah teratasi sebagian masalah nyeri akut teratasi sebagian karena pasien

pulang di hari ke-3, di mana pada hari ketiga tersebut dalam proses penyembuhan luka masih dalam fase inflamasi sehingga pasien akan masih merasakan nyeri pada luka operasi.

b. Pada diagnose kedua

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 1x24 jam, didapatkan data bahwa pasien sudah bisa duduk dan berdiri sendiri walaupun berjalan masih dibantu oleh keluarga dengan kekuatan otot 5/5. Hal tersebut sudah meningkat dari kondisi awal di mana saat awal masuk rumah sakit pasien masih belum bisa melakukan pergerakan dan kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4. Masalah gangguan mobilitas fisik sudah dinilai teratasi karena sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Walaupun pasien masih harus dibantu dalam setiap aktivitas karena masih perlu dukungan dari keluarga berhubungan dengan psikologis pasien yang masih berada di tahap *taking in*.

c. Pada diagnosa ketiga

Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif atau bekas luka bekas sc setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien masih merasa sedikit nyeri pada luka bekas operasi. Sedangkan data objektif yang didapatkan adalah jumlah leukosit $11,6/\text{mm}^3$. Sehingga masalah teratasi sebagian. Masalah risiko infeksi teratasi sebagian karena luka post operasi masih ada pada pasien dan masih berada di tahap fase inflamasi

yang butuh waktu untuk sembuh sehingga risiko infeksi masih bisa ada jika perawatan tidak dilakukan dengan tepat.

d. Pada diagnosa keempat

Hasil evaluasi pada menyusui tidak efektif, setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam didapatkan klien mengatakan ASI sudah keluar namun belum terlalu banyak, dan dapat disimpulkan bahwa diagnosa ini masalah teratasi sebagian karena pengeluaran suplai ASI belum sepenuhnya karena waktu pengeluaran ASI pada ibu post *sectio caesarea* lebih lambat dibanding dengan ibu post partum normal. Terlambatnya pengeluaran ASI pada ibu post *sectio caesarea* tersebut disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya posisi menyusui, nyeri setelah *sectio caesarea*, mobilisasi, rawat gabung ibu-anak sehingga terjadi hambatan dalam melakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini) dan intervensi rolling massage.

e. Pada diagnosa kelima

Hasil evaluasi pada diagnose defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan maternal didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 1x24 jam, pasien sudah tampak bersih dan rapi karena dibantu oleh keluarga dalam melakukan perawatan diri. Pasien juga sudah mengatakan bisa melakukan perawatan perineum secara mandiri. Masalah defisit perawatan diri teratasi, walaupun pasien masih harus dibantu dalam setiap aktivitas karena masih perlu dukungan dari keluarga.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan kepada Ny.R P1A0 post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 28-30 April 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.R dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Ny.R dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat.
3. Penulis mampu menetapkan perencanaan keperawatan pada Ny.R dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat berdasarkan diagnosa prioritas yang telah disusun.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny.R dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat sesuai rencana yang telah ditetapkan.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Ny.R dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat.

6. Penulis mampu membuat dokumentasi keperawatan pada Ny.R dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.R P1A0 6 jam setelah post op *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat. Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada:

1. Institusi pendidikan

Diharapkan bagi institusi pendidikan Keperawatan dapat terus mengembangkan teori mengenai asuhan keperawatan pada ibu post *sectio caesarea*.

2. Bagi rumah sakit

Bagi rumah sakit, diharapkan untuk menyediakan fasilitas yang lebih lengkap guna mendukung implementasi perawatan keperawatan yang optimal. Terutama terkait dengan fasilitas perawatan untuk ibu setelah melahirkan dengan operasi Caesar, seperti adanya pegangan di dinding ruangan yang dapat membantu pasien melakukan terapi mobilisasi awal serta menyediakan ruang perawatan Bersama antara ibu dan bayi di semua kategori fasilitas Kesehatan, tanpa memandang status social pasien. Selain itu, diharapkan rumah sakit bisa menetapkan standar prosedur terkait perawatan luka, mobilisasi bagi pasien pasca Caesar, dan Teknik menyusui untuk mendukung standarisasi Tindakan keperawatan pada pasien pasca Caesar.

3. Bagi perawat

Diharapkan bagi setiap perawat untuk selalu menerapkan standar prosedur tindakan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit tanpa membedakan status pasien. Khususnya dalam melakukan perawatan luka terhadap ibu post partum, diharapkan semua perawat dapat selalu menerapkan konsep aseptik dan steril pada alat-alat yang akan digunakan.

4. Bagi pasien dan keluarga

Dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan diharapkan pasien dan keluarga dapat bekerja sama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Keluarga juga diharapkan mampu memberi dukungan pada pasien sebagai bentuk *support system*, sehingga pasien dapat termotivasi dalam melakukan kontrol nyeri dan mobilisasi dini yang dapat membantu mempercepat masa pemulihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Allianz. (2023). *Preeklampsia Pada Ibu Hamil. Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Pada Ibu Hamil Dengan Preeklampsia Di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022*.2(8.5.2017), 2003–2005.
- Anggarani, N. L. A. S. (2023). Deteksi Dini Depresi Postpartum Pada Ibu Nifas Dengan Menggunakan Form Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Di RSUD Bali Mandara Program Studi Sarjana Kebidanan Program B. *Skripsi*, 1–63.
- Arif, I. (2023). *Asuhan Keperawatn Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Post Sectio caesarea . Journal Of Management Nursing*, 178-182.
- Arifah, A. F. (2022). *Identifikasi Faktor Risiko Ibu Bersalin Dengan Preeklampsia Pada Tahun 2022 Di Rsud Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya*.
- Anwar, S., dkk. 2022. Pedoman Praktik Kerja Lapangan Program Diploma Tiga. Jember: Poltekes Negeri Jember. Hal 1-28.
- Ayati. (2020). *Asuhan Nifas Dan Menyusui. Mojokerto: CV Kekata Group*.
- Beno, J., Silen, A. ., & Yanti, M. (2022). Juurnal Indikasi *Sectio caesarea . Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.
- Berat, P., Di, P. E. B., & Delima, R. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y*.
- Capinera, John L. (2021). No Asuhan Kebidanan Pada Ibu Post Partum Dengan Masalah Kurangnya Pengetahuantentang Perawatantali Pusat Di Pmb Ny. Yeti Kristiyant, S. St Kabupaten Pringsewu Tahun 2021 Proposal. *Block Caving – A Viable Alternative?*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/J.Solener.2019.02.027><https://www.golder.com/insights/block-caving-a-viable-alternative/>
- Dermawan. (2020). *Tahapan Proses Keperawatan*.
- Dewi, & N. (2021). Gambaran Perawatan Ibu Post Partum. *Buku Kebidanan*, 4(1), 1–23.
- Dian, H., & Grasiana, F. (2020). Kebutuhan Personal Hygiene Papa Pasien Post *Sectio caesarea . Jurnal Keperawatan Sumba*, 8-10.
- Dini Kurniawati, Adilah Mia Azubah, Eka Afdi Septiyono, Iis Rahmawati, & Lantin Sulistyorini. (2023). Tanda Dan Gejala Pada Kehamilan Dengan Preeklampsia Di Wilayah Pertanian Jember. *Sehatmas: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(4), 1064–1072. <https://doi.org/10.55123/Sehatmas.V2i4.2578>
- Dinkes, Garut. (2021). *Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2021, Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, Garut*.
- Dinkes Jabar, 2020. (2020). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2020, Dinas*

- Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Bandung. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(5), 2247–2261. <https://doi.org/10.55681/Sentri.V3i5.2726>
- Eva, D. S. (2022). *Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Sectio caesarea Dirumah Sakit Colombia Asia Medan 2020*. Medan: Insitut Kesehatan Helvetia.
- Hafi, S. (2023). Pengaruh Pemberian Terapi Relaksasi Genggam Jari (Finger Handheld) Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Pos *Sectio caesarea* Di Ruang Brawijaya RSUD Kanjuruhan Malang. *Universitas Muhammadiyah Malang*, 1(69), 5–24. [https://eprints.umm.ac.id/eprint/256/3/BAB II.Pdf](https://eprints.umm.ac.id/eprint/256/3/BAB%20II.Pdf)
- Hipson, M., & Musriah. (2020). Kejadian Preeklampsia Berat Berdasarkan Usia, Paritas Dan Pendidikan Ibu. *Babul Ilmi_Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 12(2), 193–203.
- Indrieni, S. (2020). Buku Ajar Kebidanan. In *Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur* (Vol. 53, Issue 9).
- Isnaeni, Ana Pertiwi, And Iriantom, A. And A. (2020). Pengaruh Pemberian Terapi Relaksasi Abdominal Breathing Terhadap Nyeri Post *Sectio caesarea* Dengan Spinal Anastesi Di PKU Muhammadiyah Gamping. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*, 6(6), 9–33. [http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1134/4/4.Chapter 2.Pdf](http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1134/4/4.Chapter%202.Pdf)
- Karrar S, H. P. (2023). *Preeclampsia*. Statpearls Publishing. 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570611/>.
- Kurniawati, Putri. (2021). Proses Keperawatan. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01).
- Mariati. (2020). *Alodokter. Preeklampsia*. <https://www.alodokter.com/preeklampsia>.
- Namira. (2023). *Patofisiologi Preeklampsia*. 8–11. www.smapda-karangmojo.sch.id
- Nisa, F. (2023). *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny. L Post Sectio Caesaria Dengan Indikasi Bsc2x Dalam Pemenuhan Kebutuhan Gangguan Rasa Nyaman: Nyeri Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Di Ruang Perawatan Lantai I Paviliun Dr. Iman Sudjudi Rspad Gatot Soebroto*. 1–88.
- Noviyani, P. S. R. E. P. (2023). *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(4), 1275--1289. https://www.researchgate.net/publication/381100251_Hubungan_Motivasi_Ibu_Dukungan_Keluarga_Dan_Peran_Bidan_Terhadap_Kunjungan_Nifas_Di_Puskesmas_Maripari_Kabupaten_Garut_Tahun_2023
- Peningkatan, U., Ibu, P., Terhadap, N., Bahaya, T., Masa, P., Suci, N., Triastin, A., Nabila, F., Kesehatan, F., Muhammadiyah, U., Corresponding, G.,

- Triastin, S. A., Kunci, K., Tanda, P., Nifas, B., & Nifas, I. (2024). *ADM: Jurnal Abdi Dosen Dan Mahasiswa*. 2, 257–262.
- Pratiwi. (2021). *Asuhan Keperawatan Preeklampsia*.
- Rahmadhani, S. P. (2020). *Buku Ajar Keperawatan*.
- Rakhmawati, Nur & Wulandar, Y. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Preeklampsia Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Banyuwangi Surakarta. *Jurnal Kesehatan Madani Medika*, Vol. 12(1):59-67. ISSN(E): 2684-7345. *Jurnal Kesehatan Madani Medika*.
- Ramadanty, P. F. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi *Section caesarea* Diruang Mawar RSUD A.W Sjahrani Samarinda. *Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan*, 1–125. <https://Repository.Poltekkes-Kaltim.Ac.Id/298/1/Untitled.Pdf>
- Rika, A. (2023). Pemberian Konseling Pada Ibu Nifas Hari Ke 29-42 Menggunakan Abpk Di Pmb Ernita Kota Pekanbaru Tahun 2022. *Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal)*, 2, 1–6. [Downloads/Elza+Fitri.Pdf](#)
- Rika Widianita, D. (2023). Pola Aktivitas Sehari Hari. In *At-Tawassuth: Jurnal Ekonomi Islam: Vol. VIII* (Issue I).
- Rimadeni, Y., Faisal, T. I., Halimatussakdiah, H., Afdhal, A., & Hartika, N. (2022). Asuhan Keperawatan Ibu Nifas Dengan Post *Section caesarea* : Studi Kasus. *Journal Keperawatan*, 1(2), 115–129. <https://doi.org/10.58774/Jourkep.V1i2.10>
- Rusniati. (2020). *Komplikasi Preeklampsia Berat*. 1–23.
- Septiana, M., & Sapitri, A. (2023). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan *Section caesarea* . *Lentera Perawat*, 1(2), 88–97. <https://jurnal.stikesalmaarif.ac.id/index.php/lenteraperawat/article/view/143>
- Silfianingsih, R. (2022). *Gambaran Perubahan Saturasi Oksigen Pada Kejadian Shivering Pasien Paska Section caesarea Dirumah Sakit Angkatan Darat Udayana Denpasar*. Bali: Insitut Teknologi Dan Kesehatan Bali.
- Sudarsih, I., Agustin, & Ardiansyah. (2023). Hubungan Antara Komplikasi Kehamilan Dan Riwayat Persalinan Terhadap Tindakan *Section caesarea* . *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(4), 1567–1576.
- Sugiarto. (2023). Asuhan Keperawatan Ny.“N” P1A0 Dengan Risiko Infeksi Luka Perineum Pada Ibu Post Partum Spontan Di Ruang Aster RSUD Kota Bandung Tahun 2023. *Repository Poltekkes Kemenkes Bandung*, 4(1), 1–23.
- Sugito. (2023). *Buku Ajar Maternitas Preeklampsia*.
- Syaiful S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin*.

- Tim Pokja Sdki DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja Siki DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja Slki DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Ummah, M. S. (2020). Proses Keperawatan Pendekatan Dan Praktik. In *Sustainability (Switzerland)* (Vol. 11, Issue 1). [Http://Sciotea.Caf.Com/Bitstream/Handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.Pdf?Sequence=12&Isallowed=Y%0Ahttp://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://Www.Researchgate.Net/Publication/305320484_Sistem_Pembetungan_Terpusat_Strategi_MelestarI](http://Sciotea.Caf.Com/Bitstream/Handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.Pdf?Sequence=12&Isallowed=Y%0Ahttp://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://Www.Researchgate.Net/Publication/305320484_Sistem_Pembetungan_Terpusat_Strategi_MelestarI)
- Wacikadewi. (2021). Istilah Dalam *Seccio caesarea* . *Jurnal Program Studi Kebidanan, July*, 1–23. [Http://Repository.Poltekkes-Denpasar.Ac.Id/7477/](http://Repository.Poltekkes-Denpasar.Ac.Id/7477/)
- World Health Organization. (2020). *Penyebab Kematian Ibu*.
- Yusuf Sukman, J. (2020). Faktor Yang Mempengaruhi Preeklampsia. *Journal Of Midwifery Science And Women's Health*, 4, 9–15.
- Zaini Miftach. (2020). *Pengertian Post Partum Normal Primipara*. 53–54.

LAMPIRAN

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN TEHNIK MENYUSUI YANG BAIK DAN BENAR

Pokok bahasan	: Post Natal Care (PNC)
Sub pokok bahasan	: Teknik menyusui yang baik dan benar
Hari/tanggal	: 30 April 2025
Waktu	: 30 Menit
Tempat	: Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut
Sasaran	: Ny. R
Penyaji	: Neng Farida

A. Tujuan umum

Setelah dilakukan penyuluhan, klien mengerti tentang cara menyusui yang baik dan benar.

B. Tujuan khusus

Setelah dilakukan penyuluhan, klien dapat mengetahui tentang:

1. Pengertian teknik menyusui yang benar
2. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
3. Persiapan memperlancar pengeluaran ASI
4. Langkah-langkah menyusui yang benar
5. Cara pengamatan teknik menyusui yang benar

6. Teknik melepaskan hisapan bayi
7. Cara menyendawakan bayi setelah minum ASI

C. Materi

1. Pengertian Teknik menyusui yang benar
2. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
3. Persiapan memperlancar pengeluaran ASI
4. Langkah-langkah menyusui yang benar
5. Cara pengamatan tehnik menyusui yang benar
6. Teknik melepaskan hisapan bayi
7. Cara menyendawakan bayi setelah minum ASI

D. Metode

Ceramah, Tanya Jawab

E. Media

Leaflet

F. Kegiatan penyuluhan

No	Tahap/Waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan sasaran
1.	Pembukaan: 5 menit	1. Memberikan salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan pokok bahasan dan tujuan penyuluh	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan
2.	Pelaksanaan: 15 menit	1. Menjelaskan pengertian Teknik menyusui yang benar 2. Menjelaskan Posisi dan perlekatan menyusui yang benar	1. Memperhatikan 2. Memperhatikan

No	Tahap/Waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan sasaran
		3. Menjelaskan persiapan memperlancar pengeluaran ASI 4. Menjelaskan Langkah-langkah menyusui yang benar 5. Menjelaskan Cara pengamatan tehnik menyusui yang benar	3. Memperhatikan 4. Memperhatikan 5. Memperhatikan
3.	Evaluasi: 5 menit	Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan	Menjawab pertanyaan
4.	Terminasi: 5 menit	1. Mengucapkan terimakasih 2. Mengucapkan salam penutup	1. Mendengarkan 2. Menjawab salam

G. Evaluasi

1. Jelaskan cara menyusui yang baik dan benar
2. Jelaskan posisi bagaimana cara menyusui bayi yang baik dan benar
3. Sebutkan Langkah-langkah menyusui yang baik dan benar
4. Jelaskan Teknik melepaskan hisapan bayi
5. Jelaskan cara menyendawakan bayi setelah minum ASI

H. Hasil

1. Klien bisa menjelaskan Teknik cara menyusui yang baik dan benar
2. Klien bisa menjelaskan dan memperagakan bagaimana caranya menyusui dengan baik dan benar
3. Klien mampu menyebutkan Langkah-langkah menyusui yang baik dan benar

4. Klien bisa menjelaskan Teknik melepaskan hisapan bayi
5. Klien bisa menjelaskan cara menyendawakan bayi setelah minum ASI

I. Daftar Pustaka

Samineum. (2023). No Titl. *Dokumen Asuhan Kebidanan Konsep Dan Praktik*,
Jakarta: EGC.

Suradi, R. (2022). Program manajemen laktasi perkumpulan perinatologi
indonesia. *Manajemen Laktasi, Jakarta.*

Yuliarti. (2022). penerbit Andi yogyakarta. *Keajaiban ASI.*

Meteri Penyuluhan “ Teknik Menyusui yang Baik dan Benar”

A. Pengertian tehnik menyusui yang benar

Tekhnik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Samineum, 2023).

Tekhnik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Suradi, 2022).

Tekhnik menyusui yang benar adalah kegiatan yang menyenangkan bagi ibu sekaligus memberikan manfaat yang tidak terhingga pada anak dengan cara yang benar (Yuliarti, 2022).

Tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang produksi susu dan memperkuat refleks menghisap bayi.

Jadi, Teknik Menyusui Yang Benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan posisi ibu yang benar, sehingga memudahkan bayi untuk menyusu.

B. Posisi dan perlekatan menyusui

Terdapat berbagai macam posisi menyusui, cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri atau berbaring.

1. Posisi sambil duduk

- a) Ambil posis duduk yang nyaman. Pangku bayi dengan menempelkan perutnya pada perut ibu. Lalu, sanggah kepalanya 13 tepat pada siku lengan bagian atas. Sementara, bagian lengan dan telapak tangan ibu menahan punggung dan bokongnya.

- b) Agar lebih merangsang antusias bayi untuk menyusui, pijat bagian sekitar aerola (daerah sekitar puting) ibu hingga mengeluarkan sedikit ASI. Oleskan ASI yang keluar itu pada puting ibu hingga jadi agak basah. Biasanya, bayi akan langsung mengisap ketika mulut menyentuh tetesan ASI di sekitar puting.
- c) Tempelkan mulut bayi pada puting ibu. Saat bayi mulai mengisap tataplah matanya dan sentuhlah ia sambil mengajaknya bicara. Hal ini merangsang pencaindra dan organ-organ tubuhnya. Biarkan bayi ibu mengisap sepuas-puasnya. Jangan dulu berganti ke sisi payudara yang sedang diisap benar-benar terasa kosong.

2. Posisi sambil berbaring

Para ibu yang melahirkan dengan metode Caesar, akan lebih nyaman bila mengambil posisi berbaring miring saat pertama kali menyusui. Caranya :

- a) Ibu berbaring miring menghadap bayi yang posisi tidurnya juga dimiringkan menghadap ibu. Sejajarkan dan tempelkan mulutnya dengan puting ibu. Lekatkan tubuhnya pada tubuh ibu. Kemudian, tahan bagian punggung dan bokongnya dengan tangan ibu;. Ketika ia mulai mengisap, lakukan komunikasi dan sentuhan-sentuhan lembut padanya.
- b) Seiring bertambah usia bayi dan perkembangan gerakan-gerakan tubuhnya, biasanya bayi akan mengeksplorasi variasi-variasi menyusui yang dirasakan nyaman bagi dirinya.

3. Posisi sambil berdiri

Penjelasan tentang posisi menyusui sambil duduk, dapat diterapkan untuk posisi berdiri. Namun, bagi para pemulam menyusui dengan posisi berdiri harus dilakukan ekstra hati-hati. Jika tidak, akan membahayakan bagi bayi. Misalnya, bayi lepas dari pengkuan.

C. Persiapan memperlancar pengeluaran ASI

Persiapan memperlancar pengeluaran ASI dilaksanakan dengan jalan:

1. Membersihkan puting susu dengan air atau minyak, sehingga epital yang lepas tidak menumpuk
2. Puting susu di Tarik-tarik setiap mandi, sehingga menonjol untuk memudahkan isapan bayi
3. Bila puting susu belum menonjol dapat memakai pompa susu.

D. Langkah-langkah menyusui yang benar

1. Cuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun.
2. Peras sedikit ASI dan oleskan disekitar puting.
3. Duduk dan berbaring sesuai posisi yang nyaman untuk ibu. Jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi harus lurus dan hadapkan bayi kedada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, biarkan bibir bayi menyentuh puting susu ibu dan tunggu sampai terbuka lebar.
4. Segera dekatkan bayi kepayudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak dibawah puting susu. Cara meletakkan mulut bayi dengan

benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bayi membuka lebar.

5. Bayi disusui secara bergantian dari payudara sebelah kiri lalu kesebelah kanan sampai bayi merasa kenyang.
6. Setelah selesai menyusui, mulut bayi dan kedua pipi bayi dibersihkan dengan lap bersih yang telah direndam dengan air hangat.
7. Sebelum ditidurkan, bayi harus disendawakan dulu supaya udara yang terhisap bisa keluar.
8. Bila kedua payudara masih ada sisa ASI tahan puting susu dengan kain supaya ASI berhenti keluar.

E. Cara pengamatan Teknik menyusui yang benar

Menyusui dengan teknik yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet dan asi tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI selanjut nya atau bayi enggan menyusu. Apabila bayi telah menyusui dengan benar, maka akan memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Bayi tampak tenang
2. Badan bayi menempel pada perut ibu.
3. Mulut bayi terbuka lebar.
4. Dagunya menempel pada payudara ibu.
5. Sebagian areola masuk ke dalam mulut bayi, areola bawah lebih banyak yang masuk.
6. Hidung bayi mendekati dan kadang-kadang menyentuh payudara ibu.

7. Mulut bayi mencakup sebanyak mungkin acrola (tidak hanya putting saja), lingkaran acrola atas terlihat lebih banyak bila dibandingkan dengan lingkaran acrola bawah.
8. Lidah bayi menopang putting dan areola bagian bawah.
9. Bibir bawah bayi melengkung keluar
10. Bayi tampak menghisap kuat dengan irama perlahan.
11. Puting susu tidak terasa nyeri
12. Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
13. Kepala bayi agak menengadah
14. Bayi menghisap kuat dan dalam secara perlahan dan kadang disertai dengan berhenti sesaat.

F. Teknik melepaskan hisapan bayi

Setelah selesai menyusui kurang lebih selama 10 menit, lepaskan hisapan bayi dengan cara:

1. Masukkan jari kelingking ibu yang bersih ke sudut mulut bayi
2. Menekan dagu bayi ke bawah
3. Dengan menutup lubang hidung bayi agar mulutnya membuka
4. Jangan menarik putting susu untuk melepaskan.

G. Cara menyendawakan bayi setelah minum ASI

Setelah bayi melepaskan hisapannya, sendawakan bayi sebelum menyusukan dengan payudara yang lainnya dengan cara:

1. Sandarkan bayi dipundak ibu, tepuk punggungnya sampai bayi bersendawa

2. Bayi ditelengkupkan dipangkuan ibu sambil di gosok punggungnya.



SATUAN ACARA PENYULUHAN
MOBILISASI DINI

Pokok Bahasan	: Mobilisasi pada pasien post sc
Sasaran	: Pasien
Waktu	: 30 menit
Tempat	: Ruang Jade
Pemberi Materi	: Neng Farida

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan terus berkembang dengan mengikuti perkembangan medis ilmu pengetahuan dan teknologi terutama dalam keahlian yang berhubungan dengan operasi sehingga pasien operasi baik sesudah maupun sebelum operasi memerlukan perawatan untuk mempercepat penyembuhan. Melihat kondisi pasien post operasi caesar yang memerlukan perawatan maka perlu dilakukannya intervensi dengan maksud untuk mengurangi rasa sakit melalui latihan pemapasan dan mobilisasi dini untuk mempercepat proses perawatan yang diberikan kesembuhan dan kepulangan pasien serta dapat memberikan kepuasan atas perawatan yang diberikan.

B. Tujuan Umum

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan peserta mengetahui tentang mobilisasi dini post operasi.

C. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan peserta akan mampu:

1. Menjelaskan pengertian mobilisasi dini post operasi *sectio caesarea* .

2. Menjelaskan tujuan mobilisasi dini post operasi *sectio caesarea* .
3. Menjelaskan manfaat mobilisasi dini post operasi *sectio caesarea* .
4. Menjelaskan tahap-tahap mobilisasi dini post operasi *sectio caesarea* .
5. Menjelaskan kerugian-kerugian jika tidak melakukan mobilisasi post operasi *sectio caesarea* .

D. Materi (terlampir)

Mobilisasi dini post operasi *sectio caesarea*

E. Metode

1. Ceramah
2. Diskusi

F. Media Alat

1. Leaflet

G. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran
1	Pembukaan	5 Menit	1. Memberikan salam 2. Perkenalan 3. Menyampaikan tentang tujuan pokok materi dan kontrak waktu 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan.	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan 3. Mendengarkan dan memperhatikan.
2	Pelaksanaan	15 Menit	1. Menjelaskan pengertian mobilisasi dini 2. Menjelaskan tujuan mobilisasi dini post operasi 3. Menjelaskan manfaat mobilisasi dini 4. Menjelaskan	1. Menjawab 2. Mendengarkan dan memperhatikan 3. Bertanya dan berpartisipasi aktif.

No	Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran
			kerugian-kerugian jika tidak melakukan mobilisasi 5. Tahap-tahap mobilisasi	
3	Evaluasi	5 Menit	1. Mempersilahkan Ny.R untuk mengajukan pertanyaan 2. Menjawab pertanyaan	1. Mengajukan pertanyaan 2. Mendengarkan
4	Penutup	5 Menit	1. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan Bersama Ny.R 2. Menutup penyuluhan dengan salam	1. Menjawab salam

H. Evaluasi

1. Proses: Selama penyuluhan berlangsung
2. Hasil: Dapat secara subyektif (lisan) menyebutkan
 - a) Mengetahui tentang pengertian mobilisasi dini
 - b) Mengetahui tentang tujuan mobilisasi dini
 - c) Mengetahui manfaat mobilisasi dini
 - d) Mengetahui kerugian-kerugian jika tidak melakukan mobilisasi dini
 - e) Mengetahui tahapan-tahapan mobilisasi dini.

I. DAFTAR PUSTAKA

Hipson. (2022). *PASKA OPERASI*.

- Mita, A. dan alfida. (2023). *penerapan teknik mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post sectio caesarea* .
- Nisa Alfina. (2020). *manfaat dari mobilisasi dini*.
- Wahyu. (2020). *tahapan mobilisasi dini pasca operasi sectio caesarea* .

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian Mobilisasi Dini

Suatu proses aktivitas, pergerakan, posisi atau kegiatan yang dilakukan ibu beberapa jam setelah melahirkan dengan metode *sectio caesarea* , dimulai dari latihan ringan di tempat tidur hingga latihan berjalan. (Hipson, 2022)

B. Tujuan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini dilakukan ibu setelah *sectio caesarea* secara fisik, bertujuan untuk melatih otot dan persendian setelah operasi untuk mencegah kekakuan dalam sistem pencernaan, meningkatkan mobilitas lambung, menstimulasi peristaltik dan meningkatkan toleransi otot perut. (Mita, 2023)

C. Manfaat Mobilisasi Dini

Menurut (Nisa Alfina, 2020) Manfaat mobilisasi dini bagi post operasi *sectio caesarea* adalah:

1. Melancarkan sirkulasi darah
2. Membantu proses pemulihan
3. Mencegah terjadinya infeksi yang timbul karena varises dan mencegah pendarahan lebih lanjut

D. Kerugian-Kerugian jika tidak melakukan mobilisasi

Menurut (Hipson, 2022) Kerugian jika tidak melakukan mobilisasi dini pada ibu post *sectio caesarea* adalah:

1. Suhu tubuh meningkat

2. Resiko infeksi rahim meningkat
3. Kontraksi rahim tidak baik
4. Beresiko perdarahan dari vagina yang tidak normal
5. Infeksi pada luka

E. Tahapan-tahapan mobilisasi dini

Menurut (Wahyu, 2020) Tahap – tahap mobilisasi dini pada ibu post *sectio caesarea* sebagai berikut:

- 1) Pada 6 jam pertama ibu post *sectio caesarea* dianjurkan untuk sudah bisa menggerakkan anggota tubuhnya di tempat tidur seperti belajar mengangkat tangan, mengangkat lengan, mengangkat tumit, dan menggeserkan kaki.
- 2) Kemudian setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk bisa miring ke kiri dan ke kanan.
- 3) Kemudian pada 12-24 jam pertama ibu dilatih untuk dapat mulai latihan duduk.
- 4) Setelah pasien bisa duduk, lalu diajarkan untuk berlatih berjalan.

LEFLEAT

TANDA MENYUSUI EFEKTIF

1. bayi tampak tenang
2. badan bayi menempel pada perut ibu
3. mulut bayi terbuka lebar
4. dagu bayi menempel pada dagu ibu
5. bibir bayi melengkung keluar
6. bayi tampak menghisap kuat dengan irama perlahan
7. puting susu tidak merasa nyeri

CARA MENYENDAWAKAN BAYI

- sandarkan bayi di pundak ibu, tepuk punggungnya sampai bayi bersendawa
- bayi di telungkupkan di pangkuan ibu sambil di gosok punggung nya



BEBERAPA POSISI YANG TEPAT BAGI IBU UNTUK MENYUSUI

1. Posisi nyaman: duduk santai pangku bayi dengan perut menempel ke perut ibu. topang kepala dilekukan siku tangan menopang punggung dan bokong bayi
2. pijat area areola hingga keluar sedikit asi, lalu oleskan keputing agar bayi tertarik menyusu
3. tempelkan mulut bayi keputing tatap matanya sentuh dan ajak bicara biarkan bayi menyusu sampai puas sebelum pindah ke payudara lainnya.

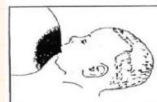


CARA PELAKATAN YANG BENAR

- dagu menempel payudara
- ibu mulut terbuka lebar
- bibirbawah terlipat keluar
- sebagian besar areola masuk ke mulut bayi



Gambar 12. Perlekatan benar



Gambar 13. Perlekatan salah

CARA MENYUSUI YANG BENAR

Neng Farida
KHGA22038



MANFAAT MOBILISASI UNTUK APA?

1. melancarkan sirkulasi darah
2. membantu proses pemulihan
3. mencegah terjadinya infeksi yang timbul karena varises dan mencegah pendarahan lebih lanjut
4. membantu mempercepat kemampuan melakukan aktivitas sehari hari sehingga mampu merawat bayi setelah lahir



APA MOBILISASI ITU?

SUATU PROSES AKTIVITAS, PERGERAKAN, POSISI ATAU KEGIATAN YANG DILAKUKAN IBU BEBERAPA JAM SETELAH MELAHIRKAN DENGAN METODE SC DI MULAI DARI LATIHAN RINGAN DI TEMPAT TIDUR HINGGA LATIHAN BERJALAN



MOBILISASI DINI

NENG FARIDA
KGA22038



3. KEMUDIAN PADA 12-24 JAM PERTAMA IBU DILATIH UNTUK DAPAT MULAI LATIHAN DUDUK.

4) SETELAH PASIEN BISA DUDUK, LALU DIAJARKAN UNTUK BERLATIH BERJALAN.



TAHAPAN TAHAPAN MOBILISASI DINI

1. PADA 6 JAM PERTAMA IBU POST SECTIO CAESAREA DIANJURKAN UNTUK SUDAH BISA MENGERAKAN ANGGOTA TUBUHNYA DI TEMPAT TIDUR SEPERTI BELAJAR MENGANGKAT TANGAN, MENGANGKAT LENGAN, MENGANGKAT TUMIT, DAN MENGGERSEKAN KAKI.
2. KEMUDIAN SETELAH 6-10 JAM, IBU DIHARUSKAN UNTUK BISA MIRING KEKIRI DAN KEKANAN.

KERUGIAN TIDAK MELAKUKAN MOBILISASI PASCA SC

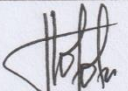
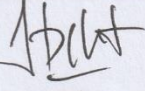
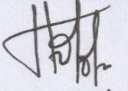
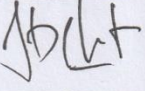
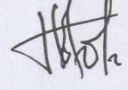
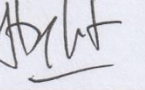
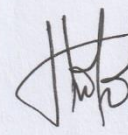
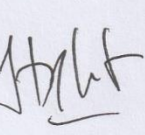
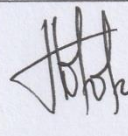
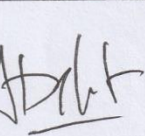
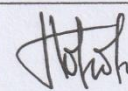
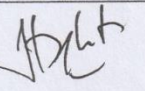
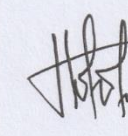
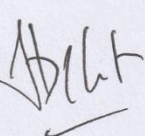
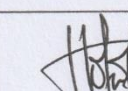
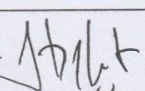


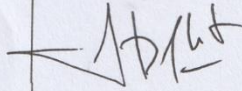
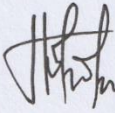
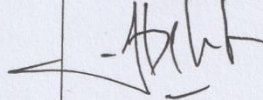
1. SUHU TUBUH MENINGKAT
2. RESIKO INFEKSI RAHIM MENINGKAT
3. KONTRAKSI RAHIM TIDAK BAIK
4. BERESIKO PENDARAHAN DARI PAGINA YANG TIDAK NORMAL
5. INFEKSI PADA LUKA



LEMBAR BIMBINGAN

NAMA : NENG FARIDA
NIM : KHGA22038
PEMBIMBING : K.DEWI.BUDIARTI. M.Kep
JUDUL :ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R (P1A0)
POST *SECTIO CAESAREA* **POD 0** ATAS INDIKASI
PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG JADE RSUD
DR. SLAMET GARUT

No	Tanggal	Materi	SARAN	TTD MAHASISWA	TTD PEMBIMBING
1	5 Mei 2025	BAB 1	Perbaiki latar belakang		
2	11 Juni 2025	BAB 1	Tata penulisan		
3	12 Juni 2025	BAB 1	Perbaiki data, cari data terbaru		
4	13 Juni 2025	BAB 1	ACC BAB 1 dengan perbaikan sesuai arahan Lanjut BAB 2		
5	19 Juni 2025	BAB 2	Perbaiki pemeriksaan fisik Perbaiki pathway		
6	20 Juni 2025	BAB 2	Lanjut BAB 3		
7	24 Juni 2025	BAB 3	Tambah diagnosa defisit perawatan diri Lengkapi intervensi		
8	27 Juni 2025	BAB 3	Perbaiki sesuai arahan		

9	2 Juni 2025	BAB 3	Perbaiki diagnosa keperawatan di pembahasan		
10	5 Juli 2025	Draff	Perbaiki dapus dan saran ACC sidang		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Neng Farida

Tempat/Tanggal lahir : Bandung, 24 Januari 2003

NIM : KHGA22038

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Kp. Tiisdingin 02/06 Desa. Loa Kec. Paseh Kab. Bandung

Riwayat Pendidikan:

1. TK Bina Insani
2. SDN Drawati 2
3. Mts Al-Mufassir
4. SMK Muhammadiyah Majalaya
5. Sejak tahun 2022 kuliah di STIKes Karsa Husada Garut