

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E DENGAN DIAGNOSA
MEDIS POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN
INDIKASI KETUBAN PECAH DINI HARI KE-I
DI RUANG OBGYN RSUD dr LA PALALOI
KABUPATEN MAROS**

OLEH:

NURHIDAYAH LUKMAN

NIM N2415021



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GRAHA EDUKASI

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

MAKASSAR

2025

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI HARI KE-I DI RUANG OBGYN RSUD dr LA PALALOI KABUPATEN MAROS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh

Gelar Profesi Ners (Ns)

OLEH :

NURHIDAYAH LUKMAN

NIM N2415021



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GRAHA EDUKASI

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

MAKASSAR

2025

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurhidayah Lukman

NIM : N2415021

Program Studi : Program Ners

Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul "*Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea hari ke-I dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Obgyn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros*".

Adalah benar hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila ditemukan bukti bahwa pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku di STIKES GRAHA EDUKASI MAKASSAR.

Makassar, 09 Juli 2025



Nurhidayah Lukman

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh:

Nama : Nurhidayah Lukman

NIM : N2415021

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan dengan diagnosa medis Post operasi
Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi Ketuban Pecah
Dini di ruang Obgyn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros

Telah Disetujui Oleh pembimbing Untuk Dipertahankan pada Sidang Karya Ilmiah
Akhir Ners di Hadapan Dewan Penguji

Ditetapkan di Makassar

Tanggal: 08 Mei 2025

Pembimbing



Bdn. Mulyana, S.Tr.Keb., M.Keb
NIDN. 0912088906

Ketua Program Studi

Profesi Ners

Andi Sulfikar, S.Kep., Ners., M.Kep
NIDN.0923059302

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH NERS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E DENGAN DIAGNOSA POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI HARI KE-I DI RUANG OBGYN RSUD dr LA PALALOI KABUPATEN MAROS

Telah berhasil Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji

Pada : Jumat

Tanggal : 29 Agustus 2025

Dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners.

Dewan Penguji:

1. Bdn. Mulyana, S.Tr.Keb., M.Keb

(*Pembimbing*)

()

2. Iwan, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB

(*Penguji I*)

()

3. Rini Angraeni, S.Kep., Ns., M.Kep

(*Penguji II*)

()

Mengetahui,

Ketua

STIKes Graha Edukasi

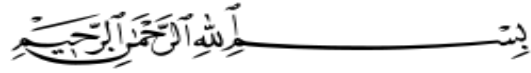
Ketua Program Studi

Profesi Ners

Dr. Bdn Nurhikmah, SKM., S.ST., M.Kes
NIDN : 0921018503

Andi Sulfikar, S.Kep., Ners., M.Kep
NIDN : 0923059302

KATA PENGANTAR



Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan berupa kesehatan dan kesempatan, sehingga seluruh rangkaian kegiatan penyusunan karya ilmiah akhir ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Sectio Caesarea hari ke-1 dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Obgyn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros” dapat terlaksana dengan baik. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT sebagai sang pencipta
2. Dwiprinata Ake selaku Ketua Yayasan Graha Edukasi Makassar.
3. Ibu Dr. Bdn Nurhikmah, SKM., S.ST., M.Kes selaku Ketua Stikes Graha Edukasi Makassar
4. Ibu Bdn. Mulyana, S. Tr. Keb., M. Keb selaku wakil Ketua Stikes Graha Edukasi sekaligus pembimbing yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, kesabaran, ketekunan, dan kesediaan meluangkan waktu, pikiran dan tenaga dalam penyusunan Karya Ilmiah Ners ini.
5. Bapak Andi Sulfikar, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku ketua Prodi Profesi Ners Stikes Graha Edukasi
6. dr. Sri Syamsinar, S.Ked selaku Direktur RSUD dr La Palaloi Kabupaten Maros serta segenap staf yang telah memberi izin dalam melakukan pengambilan data yang penulis butuhkan

7. Para dosen dan staf yang banyak memberikan bantuan dan motivasi selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
8. Kedua orang tua, suami, serta anak-anakku yang selalu memberikan doa, dukungan serta semangat dalam proses pembuatan aktualisasi ini.
9. Sahabatku grup lolos petugas haji, Andi Marlina dan Haji Rukiah yang sangat membantu dan mendampingi disetiap langkah.
10. Rekan-rekan mahasiswa program Studi Profesi Ners Stikes Graha Edukasi Angkatan 2025 yang tidak dapat disebutkan satu persatu Teman-teman seperjuangan kelas non regular STIKES GRAHA EDUKASI MAKASSAR tahun ajaran 2024/2025.
11. Serta semua pihak yang turut memberikan dukungan dalam penyusunan laporan aktualisasi ini yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu namanya yang telah banyak membantu dalam penyusunan skripsi Karya Ilmiah Akhir Ners.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Maros, 19 Agustus 2025

Penulis



Nurhidayah Lukman

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
ABSTRAK.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan	3
D. Manfaat Penelitian	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Teori Sectio Caesaria.....	5
B. Konsep Teori Ketuban Pecah Dini.....	12
C. Konsep Asuhan Keperawatan.....	17
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN.....	29
A. Pengkajian.....	29
B. Diagnosis Keperawatan.....	37
C. Intervensi Keperawatan	39
D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	43

BAB IV PEMBAHASAN	50
A. Pengkajian.....	50
B. Diagnosis Keperawatan	54
C. Intervensi Keperawatan	56
D. Implementasi Keperawatan	58
E. Evaluasi Keperawatan	61
BAB V PENUTUP	63
A. Kesimpulan	63
B. Saran.....	64
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Involusi Uteri	19
Tabel 2.2 Intervensi sesuai diagnose muncul (SLKI dan SIKI)	27
Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD	37
Tabel 3.2 Hasil pemeriksaan penunjang pada Ny.E	43
Tabel 3.3 Terapi medis pada Ny.E dengan post op SC	44
Tabel 3.4 Daftar Analisa data pada Ny.E dengan post op SC	44
Tabel 3.5 Daftar prioritas masalah keperawatan	46
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan pada Ny.E	47
Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	51
Tabel 4.1 hasil pemeriksaan penunjang	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Jenis-jenis section caesarea	9
Gambar 2.2 Perubahan keadaan servik / Inkompetensia servik	13
Gambar 3.1 Genogram 3 generasi	37

DAFTAR SINGKATAN

SC	: section Caesarea
KPD	: Ketuban Pecah Dini
DJJ	: Denyut Jantung Janin
TTV	: Tanda-Tanda Vital
G1P0A0	: Gravida Partus Abortus
TT	: Tetanus Toksoit
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Darurat
ROM	: Range Of Motion
PAP	: Pintu Atas Panggul
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
HB	: Hemoglobine
BJ	: Berat Janin
CT/BT	: Clotting Time/Bleeding Time
APGAR	: Appearance Pulse Grimace Activity Respiration
HIV	: Human Immunodeficiency Virusz
TD	: Tekanan Darah
VT	: Vaginal touche
HPL	: Hari Perkiraan lahir
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir

BAB : Buang Air Besar
BAK : Buang Air Kecil
GCS : Glassgow Coma scale
DPJP : Dokter Penanggung Jawab Pasien
CHBP : Center of Health Behavior and Promotion
TFU : Tinggi Fundus Uteri

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Formulir Konsultasi

Lampiran 2 Dokumentasi

Abstrak

Section caesario 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. KPD diartikan sebagai pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan serviks pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Tinjauan kasus dengan tujuan mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakit melalui proses asuhan keperawatan pada Ny. E dengan diagnosa Post Section Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruang obgyn RSUD dr La Palaloi Kabupaten Maros. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.E adalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB, gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik: insisi prosedur operasi SC, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kelemahan fisik. Intervensi dari ketiga diagnosa diatas yaitu memonitor ttv, mengidentifikasi tanda dan gejala hypovolemia, edukasi untuk meningkatkan pola nutrisi, mengkaji karakteristik luka, dan tanda infeksi, melakukan perawatan luka, manajemen nyeri, mengidentifikasi tanda-tanda infeksi, mengajarkan pasien mobilisasi sederhana, latihan aktifitas fisik serta membantu pasien dalam pergerakan sederhana. Karya tulisan ini diharapkan kedepannya dapat memotivasi perawat dalam memberikan intervensi dan meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan terapi secara non farmakologi.

Kata kunci: KPD, Perfusi Perifer, Rawat Luka, Section Caesarea

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu prioritas utama dalam sistem kesehatan nasional. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan mulai dari masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, hingga masa nifas, termasuk pelayanan kontrasepsi dan kesehatan seksual. Dalam Pasal 17 ayat 2 disebutkan bahwa apabila ibu dan janin mengalami masalah atau kegawatdaruratan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, maka harus dilakukan tindakan pra-rujukan dan segera dirujuk ke rumah sakit. Selanjutnya, Pasal 19 ayat 1 menyatakan bahwa ibu dan bayi baru lahir wajib diobservasi paling sedikit 24 jam di fasilitas kesehatan setelah persalinan (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Persalinan merupakan proses fisiologis yang dialami ibu untuk melahirkan bayi dari dalam rahim. Proses ini dapat terjadi secara spontan melalui vagina atau melalui tindakan operasi, salah satunya adalah Sectio Caesarea (SC). Persalinan SC dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim ibu untuk mengeluarkan janin. Tindakan ini biasanya dilakukan karena adanya indikasi medis tertentu, baik dari sisi ibu maupun janin, yang dapat membahayakan keselamatan keduanya jika dilakukan persalinan pervaginam (Sindi & Syahruramdhani, 2023).

WHO dalam Global Survey on Maternal and Perinatal Health tahun 2021 melaporkan bahwa sekitar 46,1% persalinan dilakukan melalui Sectio Caesarea di beberapa negara. Di Indonesia, menurut data RISKESDAS tahun 2021, angka kejadian SC sebesar 17,6%. Berdasarkan Survei Kesehatan Ibu dan Anak (SKI) 2023, proporsi persalinan dengan metode operasi caesar di Sulawesi Selatan tercatat sebesar 23,4 %, sedangkan persalinan normal mencapai 76,1 %, dan persalinan dengan metode lainnya sebesar 0,5 %. Profil Kesehatan Kabupaten Maros Tahun 2020 menyajikan data cakupan persalinan di fasilitas kesehatan, bukan jumlah ibu melahirkan secara absolut. Pada tahun

2019, cakupan persalinan di fasilitas kesehatan mencapai 89,1 %. Tertinggi di Kecamatan Lau (103,7 %) dan terendah di Kecamatan Mallawa (61,5 % dan di RSUD dr. La Palaloi Kab. Maros jumlah ibu hamil yang melakukan persalinan di ruang IGD Obygn pada tahun 2024 sebanyak 521 orang. Peningkatan angka ini menunjukkan bahwa tindakan SC menjadi pilihan yang cukup umum, terutama pada kasus dengan indikasi medis yang mengancam keselamatan ibu dan janin. Hal ini menuntut kesiapan layanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat pasca tindakan SC.

Indikasi dilakukannya Sectio Caesarea bervariasi, di antaranya adalah posisi janin sungsang atau melintang (3,1%), perdarahan antepartum (2,4%), eklamsia (0,2%), ketuban pecah dini (5,6%), partus lama (4,3%), hipertensi pada kehamilan (2,7%), serta komplikasi lainnya (4,6%) (Komarijah et al., 2023). Salah satu kasus yang sering dijumpai dalam praktik klinik adalah persalinan SC dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD), yang jika tidak segera ditangani dapat meningkatkan risiko infeksi pada ibu dan janin serta memperburuk kondisi kehamilan.

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya, yaitu sebelum terjadi kontraksi atau proses persalinan. KPD menjadi salah satu faktor risiko yang memerlukan intervensi segera, salah satunya dengan tindakan SC jika kondisi janin atau ibu tidak memungkinkan untuk melahirkan secara normal. Setelah tindakan operasi, ibu memerlukan asuhan keperawatan komprehensif untuk mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi, baik secara fisik maupun psikologis.

Melihat pentingnya asuhan keperawatan dalam penatalaksanaan post operasi SC, maka kajian dan analisis terhadap proses keperawatan menjadi penting untuk dilakukan. Dalam hal ini, penulis tertarik untuk mengkaji lebih lanjut melalui studi kasus mengenai asuhan keperawatan maternitas pada pasien post Sectio Caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini, agar dapat memberikan gambaran menyeluruh terhadap proses pemulihan ibu serta peran perawat dalam menjamin keselamatan dan kenyamanan pasien.

B. Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan ini maka penulis akan melakukan kajian lebih dengan melakukan asuhan keperawatan Maternitas dengan diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ny.E dengan Diagnosa medis Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) hari ke-I di Ruang Obgyn di RSUD dr. La Palaloi KabupateN Maros?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakit melalui proses asuhan keperawatan pada Ny. E dengan diagnosa Post Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruang obgyn RSUD dr La Palaloi Kabupaten. Maros

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada Ny. E dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn RSUD dr La Palaloi Kabupaten. Maros
- b. Melakukan Analisa data penegakan diagnosa keperawatan pada Ny. E dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten, Maros
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa Post Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten. Maros.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.E dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten. Maros.
- e. Melakukan evaluasi pada Ny.E dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten. Maros

D. Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1. Manfaat Keilmuan

Hasil studi kasus ini memberikan informasi terbaru bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD).

2. Manfaat Aplikatif

a. Bagi peneliti

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu referensi bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD)

b. Bagi pelayanan kesehatan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi tambahan referensi bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD).

c. Bagi pasien

Hasil study kasus ini dapat memberikan pemahaman yang lebih baik pada Ibu dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori *Section caesario* (SC)

1. Pengertian

Sectio Caesarea didefinisikan sebagai prosedur medis untuk melahirkan bayi dari Rahim dengan membuat sayatan pada dinding perut dan Rahim atau melalui operasi histerektomi. (Lamtiur Sagian, 2023)

Persalinan dengan tindakan *Sectio Caesarea* merupakan pilihan alternatif terakhir dalam menolong persalinan bagi yang tidak mampu atau ingin melahirkan secara normal. Hal ini dilakukan karena alasan medis, serta atas permintaan pasien sendiri atau atas saran dokter (Manuaba, 2020)

Ibu pasca section caesarea yaitu ibu yang melahirkan bayinya melalui operasi pembedahan dengan menyayat dinding perut dan Rahim. Setelah ekitar enam minggu, organ-organ reproduksinya akan Kembali ke keadaan normal seperti sebelum hamil. (Lamtiur Sagian, 2023)

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa sectio caesaria dengan indikasi insufisiensi plasenta adalah tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan insisi pada dinding abdomen dan uterus dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram dengan indikasi insufisiensi plasenta.

2. Etiologi

Indikasi Sectio Caesarea secara garis besar dibagi menjadi dua: dari faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I- II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, Diabetes Melitus, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), Cephalo Pelvik Disproportion (CPD), Pre-Eklamsia Berat (PEB), Ketuban Pecah Dini (KPD), bekas Sectio Caesarea sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir. Penyebab dari faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi

3. Manifestasi Klinis

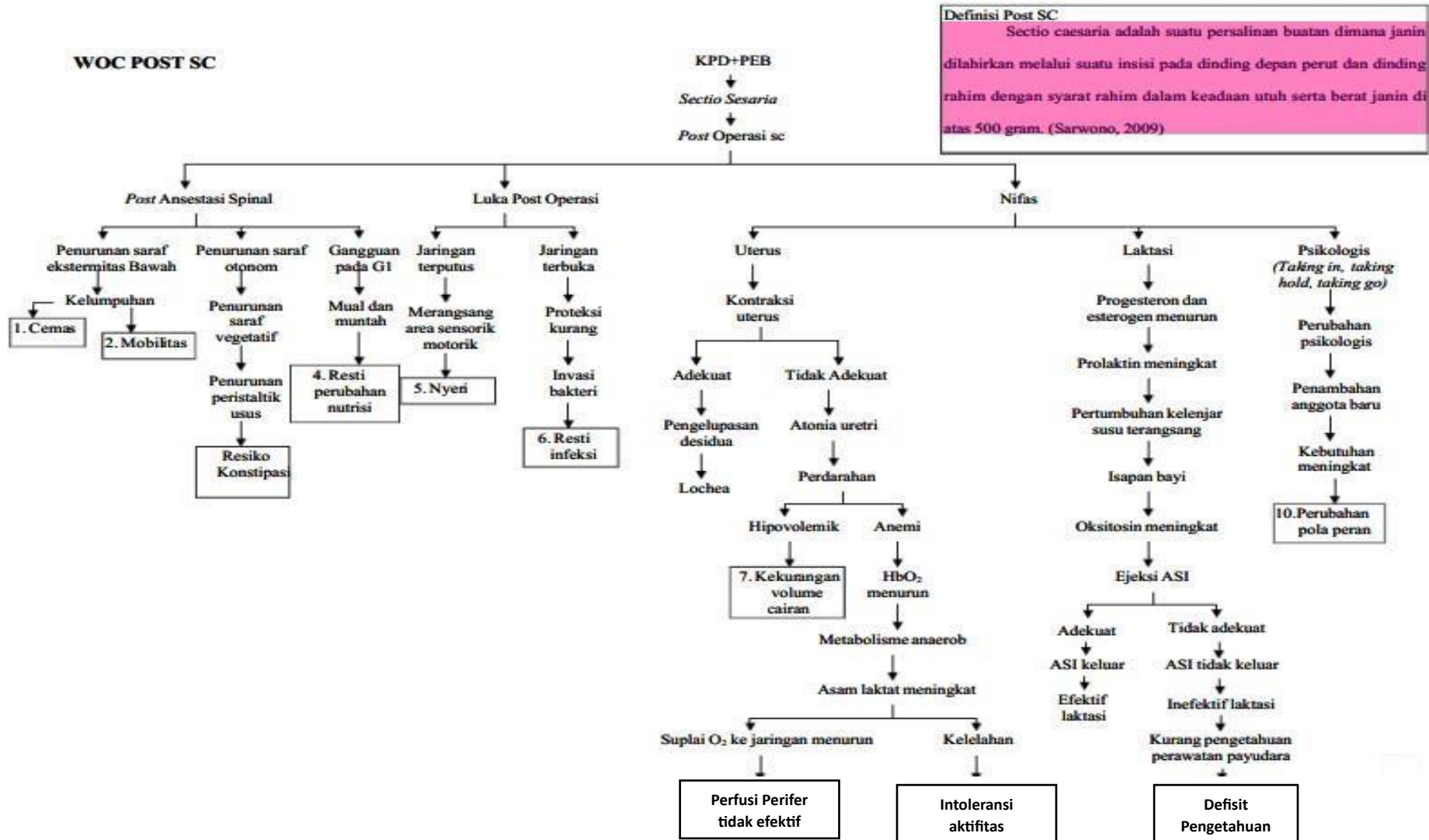
Sectio caesarea dilakukan atas 3 indikasi yaitu: faktor janin, kondisi fetus atau janin dalam kandungan menunjukkan kondisi yang mengarah pada section, yaitu karena infusensi plasenta. Maka keputusan persalinan dengan jalan section dapat diambil sebelum terjadinya persalinan. Berbeda ketika terjadi kelainan denyut jantung pada tes stres oksitosin dan pada perawatan mekonium dalam cairan amnion keduanya adalah indikator yang sangat penting

4. Patofisiologis

Pada operasi sectio caesarea transperitonia ini terjadi perlukaan pada dinding abdomen (kulit dan otot perut) dan pada dinding uterus. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan dari luka operasi antara lain adalah suplay darah, infeksi dan iritasi. Dengan adanya supply darah yang baik akan berpengaruh terhadap kecepatan proses penyembuhan sebagai berikut: Sewaktu incise (kulit diiris), maka beberapa sel epitel, sel dermis dan jaringan kulit akan mati. Runag incise akan diisi oleh gumpalan darah dalam 24 jam pertama akan mengalami reaksi radang mendadak.

Dalam 2-3 hari kemudian, eksudat akan mengalami resolusi proliferasi (pelipat gandaan) fibroblast mulai terjadi. Pada hari ke 3-4 gumpalan darah mengalami organisasi, Pada hari ke 5 tensile strength (kekuatan untuk mencegah terbuka kembali luka) mulai timbul, yang dapat mencegah terjadi dehiscence (merekah). Pada hari 7-8, epitelisasi terjadi dan luka akan sembuh. Kecepatan epitelisasi adalah 0,5 mm per hari, berjalan dari tepi luka ke arah tengah atau terjadi dari sisa-sisa epitel dalam dermis. Pada hari ke 14-15, tensile strength hanya 1/5 maksimum. *Tensile strength* mencapai maksimum dalam 6 minggu. Untuk itu pada seseorang dengan riwayat *Sectio Caesarea* dianjurkan untuk tidak hamil pada satu tahun pertama setelah operasi.

5. Phatway



6. Penatalaksanaan

Ibu pasca sectio caesarea yaitu ibu yang melahirkan bayinya melalui operasi pembedahan dengan menyayat dinding perut dan rahim. Setelah sekitar enam minggu, organ-organ reproduksinya akan kembali ke keadaan normal seperti sebelum hamil. Purwoastuti mengatakan bahwa sectio caesarea didefinisikan sebagai persalinan dengan cara menyayat perut dan rahim untuk melahirkan bayi. Dalam kebanyakan kasus, operasi caesar dilaksanakan jika persalinan normal dianggap berisiko bagi kesehatan ibu atau bayi yang dilahirkan. Namun, pendapat lain mungkin berbeda. Sectio caesarea didefinisikan sebagai metode persalinan yang melibatkan sayatan pada dinding uterus serta dinding depan perut untuk mengeluarkan bayi. Proses ini bisa melibatkan sayatan pada dinding vagina, tergantung pada kebutuhan medis. Ada beberapa istilah yang terkait dengan Sectio caesarea. (Lamtiur Sagian, 2023) seperti:

- a. Sectio caesarea Primer (Elektif) SC primer merujuk pada situasi di mana persalinan melalui operasi Sectio caesarea telah direncanakan sejak awal, sebelum persalinan dimulai.
- b. Sectio caesarea Sekunder Sectio caesarea sekunder merujuk pada situasi ketika seorang ibu dalam persalinan mencoba untuk melahirkan secara alami terlebih dahulu, dan jika persalinan tidak mengalami kemajuan atau mengalami kegagalan, maka dokter memutuskan untuk melakukan operasi caesar.
- c. Sectio caesarea Ulang Ibu pada kehamilan sebelumnya melakukan operasi SC, dan pada kehamilan berikutnya juga melakukan SC.
- d. Sectio caesarea Histerektomi Histerektomi yang dilakukan setelah proses persalinan dengan metode SC, yang dilakukan karena alasan medis tertentu.
- e. Operasi Porro Operasi ini dilakukan ketika janin telah meninggal di dalam rahim dan tidak dapat Sectio caesarea abdominalis dibagi menjadi 3 cara yaitu yang pertama sectio caesarea klasik atau corporaldengan insisi memanjang pada korpus uteri, kemudian yang kedua yaitu: sectio caesarea ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim, dan kemudian yang terakhir

sectio caesarea ekstraperitonialis, yaitu tanpa membuka peritonium parietalis, dengan demikian tidak membuka cavum abdominal.

Sectio caesarea vaginalis, menurut sayatan pada rahim sectio caesarea dapat dilakukan sebagai berikut: sayatan memanjang (longitudinal), sayatan melintang (transversal), dan yang terakhir menggunakan sayatan huruf T (tinsicion).Sectio caesarea klasik dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm



Gambar 2.1 : Jenis-jenis sectio caesarea

A. Sectio caecerea longitudinal B. Sectio caecerea transversal

Penatalaksanaan yang perlu dilakukan pada pasien post op sectio caesarea adalah sebagai berikut :

a. Pemberian cairan

Karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan NaCl 0.9%, garam fisiologis dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfuse darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan intravena biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih dan the

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi:

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

d. Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan mneyebabkan perdarahan Kateter biasanya terpaang 24-48 jam / lebih lama tergantung jeis operasi.

e. Pemberian obat-obatan

1) Antibiotic

Cara pemilihan dan pemberian sangat berbeda disetiap institusi dan berdasarkan resep dokter.

- 2) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan supositoria (ketopropen sup 2x / 24 jam), oral (tramadol tipa 6 jam / paracetamol), Injeksi pentidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

3) Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum pasien dapat diberikan caboransia seperti Neurobion I vit.C

f. Perawatan luka

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

g. Perawatan rutin

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

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang ini penting untuk mendeteksi dini komplikasi yang mungkin timbul setelah operasi Caesar, seperti infeksi, perdarahan, atau masalah penyembuhan luka. Dengan deteksi dini, komplikasi dapat segera ditangani dan dicegah agar tidak semakin parah.

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap: untuk menilai kadar Hemoglobin, Leukosit, dan trombosit
- 2) Pemeriksaan urine: Untuk menilai fungsi ginjal dan deteksi dini infeksi saluran kemih
- 3) Pemeriksaan kultur: Jika dicurigai adanya infeksi pada luka operasi, dapat dilakukan biakan untuk mengetahui jenis bakteri penyebab infeksi dan antibiotic yang sesuai.

8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi ketika dilakukannya tindakan operasi sectio caesar adalah sebagai berikut :

a. Infeksi puerperalis

Komplikasi yang bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas atau dapat juga bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan lain-lain. Infeksi post operasi terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada tanda dan gejala infeksi intrapartum atau ada faktor yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu. Bahaya infeksi dapat diperkecil dengan pemberian antibiotika, tetapi tidak dapat dihilangkan sama sekali, terutama Sectio Caesarea klasik dalam hal ini lebih bahaya daripada Sectio Caesareatransperitonealis profunda

b. Perdarahan

Perdarahan banyak bias timbul pada waktu pembedahan jika cabang Arteria uterine ikut terbuka atau karena Atonia uteri.

c. Komplikasi lain

Luka kandung kemih dan embolisme paru-paru. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bias Ruptura uteri. Kemungkinan hak ini lebih banyak ditemukan sesudah Sectio Caesarea.

B. Konsep Teori Ketuban Pecah Dini (KPD)

1. Definisi

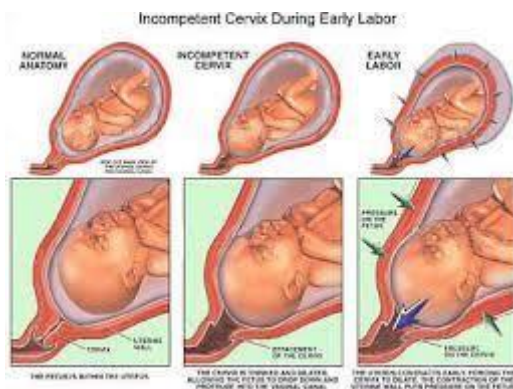
Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah salah satu indikasi dilakukannya sectio caesarea (SC). Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu pada pembukaan <4cm (fase laten) KPD dapat terjadi pada akhir kehamilan <37 minggu. Kematian prenatal disebabkan oleh KPD menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam Rahim, sehingga memudahkan terjadinya infeksi asenden, Kasus dengan KPD memerlukan penanganan yang tepat, pemberian antibiotik serta pertimbangan terminasi kehamilan. Persalinan dengan Riwayat KPD mempunyai peluang berulang sehingga diperlukan upaya pecegahan pada kehamilan berikutnya (Awi, Darmawati, and Hermawati 2022)

2. Etiologi

Ketuban pecah dini muncul akibat pembukaan prematur serviks yang dan nekrosis serta devaskularisasi membran yang mengakibatkan terjadinya pecah spontan jaringan ikat yang menyangga membran ketuban. Infeksi dapat mempercepat kondisi ini dengan mengeluarkan enzim proteolitik seperti enzim kolagenase. Berdasarkan penelitian, disimpulkan ketuban pecah sebelum waktunya bisa menjadi faktor terjadinya asfiksia dan infeksi. Pada bayi yang baru lahir, hipoksia bisa terjadi karena masalah dalam pertukaran gas, yaitu dalam transportasi gas oksigen dari ibu ke janin. Hal ini menyebabkan ketidakcukupan pasokan oksigen dan kesulitan dalam menghilangkan karbondioksida. Akibatnya, bayi dapat mengalami kesulitan dalam bernapas dan asfiksia. (Lamtiur Sagian, 2023)

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Yang menjadi faktor predisposisinya adalah :

- a. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban biasa menyebabkan terjadinya KPD.
- b. Serviks yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan dan kuretase)



Gambar 2.2 : Perubahan keadaan servik / Inkompetensia servik

- c. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidromnian, gemelli.
- d. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
- e. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.
- f. Keadaan sosial ekonomi

g. Faktor lain :

- 1) Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan
- 2) Termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- 3) Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu (CPD).
- 4) Faktor multi graviditas, merokok dan perdarahan antepartum.
- 5) Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat/ vitamin C

3. Mekanisme pecahnya selaput ketuban

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Faktor risiko untuk terjadinya KPD adalah: Berkurangnya asam askorbat sebagai komponen kolagen. Kekurangan tembaga dan asam askorbat yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok.

Degradasi kolagen dimediasi oleh matriks metaloproteinase (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease. Mendekati waktu persalinan, keseimbangan antara MMP dan TIMP-1 mengarah pada degradasi proteolitik dari matriks ekstra seluler dan membran janin. Aktivitas degradasi proteolitik ini meningkat menjelang persalinan. Pada penyakit periodontitis dimana terdapat peningkatan MMP, cenderung terjadi KPD. Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda, dan pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester akhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Pecahnya selaput ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal yang fisiologis. KPD pada prematur disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi

yang menjalar dari vagina. KPD prematur sering terjadi pada polihidromnion, inkompeten serviks, solusio plasenta

4. Manifestasi klinis

Gejala Ketuban Pecah Dini (Wilhelmina Lian Karmiladiantarnya, 2023) :

- a. Keluarnya cairan ketuban dengan Aroma yang berbau manis dan tidak seperti bau amonia.
- b. Kepala janin yang sudah terletak di bawah
- c. Terjadi demam bila sudah ada infeksi.
- d. Bercak vagina yang banyak dan Nyeri perut.
- e. Denyut jantung janin bertambah cepat

5. Patofisiologi

Infeksi dan inflamasi dapat menyebabkan ketuban pecah dini dengan menginduksi kontraksi uterus dan atau kelemahan fokal kulit ketuban. Banyak mikroorganisme serviko vaginal, menghasilkan fosfolipid C yang dapat meningkatkan konsentrasi secara local asam arakhidonat, dan lebih lanjut menyebabkan pelepasan PGE2 dan PGF2 alfa selanjutnya menyebabkan kontraksi myometrium. Pada infeksi juga dihasilkan produk sekresi akibat aktifitas monosit/makrofag, yaitu sitokrin, interleukin 1, factor nekrosis tumor dan interleukin 6. Platelet activating factor yang di produksi oleh paru-paru dan ginjal janin yang di temukan dalam cairan amnion, secara sinergis juga mengaktifasi pembentukan sitokinin. Endotoksin yang termasuk kedalam cairan amnion juga akan merangsang sel-sel desis dua untuk memproduksi sitokinin dan kemudian prostaglandin yang menyebabkan dimulainya persalinan.

Adanya kelemahan local atau perubahan kulit ketuban adalah mekanisme lain terjadinya ketuban pecah dini akibat infeksi dan inflamasi. Enzim bacterial dan produk host yang disekresikan sebagai respon untuk infeksi dapat menyebabkan kelemahan dan rupture kulit ketuban. Banyak flora servikovaginal komensal dan patogenik mempunyai kemampuan memproduksi protease dan kolagenase yang menurunkan kekuatan tenaga kulit ketuban. Elastase leukosit polimorfo nuclear secara spesifik dapat mencegah kolagen tipe III pada manusia. Membuktikan bahwa infiltrasi leukosit pada kulit ketuban yang

terjadi karena kolonisasi bakteri atau infeksi dapat menyebabkan pengurangan kolagen tipe III dan menyebabkan ketuban pecah dini.

Kolagenase yang dihasilkan netrofil dan makrofag, nampaknya melemahkan kulit ketuban. Sel inflamasi manusia juga menguraikan arti factor plasminogen menjadi plasmin, potensial menjadi penyebab ketuban pecah dini.

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada pasien dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) antara lain :

- a. Pemeriksaan laboratorium
 - 1) Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau dan pH nya.
 - 2) Cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urine atau secret vagina.
 - 3) Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis) dan jika kertas lakmus berubah menjadi merah menunjukkan urine. PH air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
- b. Mikroskopik (tes pakis).
- c. Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)
 - 1) Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
 - 2) Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidromnion

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KPD tergantung pada umur kehamilan tidak diketahui secara pasti segera dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Resiko yang lebih sering pada KPD dengan janin kurang bulan adalah RDS dibandingkan dengan sepsis. Oleh Karena itu pada kehamilan kurang bulan perlu evaluasi hati-hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan matang, choriamnionitis yang

diikuti dengan sepsis pada janin merupakan sebab utama meningkatnya morbiditas dan mortalitas janin. Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin langsung berhubungan dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten. Adapun penatalaksanaannya:

a. Konservatif

- 1) Rawat di rumah sakit.
- 2) Beri antibiotik: bila ketuban pecah > 6 jam berupa: Ampisilin 4x500 mg atau gentamycin 1x 80 mg.
- 3) Umur kehamilan < 32-34 minggu: dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- 4) Bila usia kehamilan 32-34 minggu, masih keluar air ketuban, maka usia kehamilan 35 minggu dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan (hal ini sangat tergantung pada kemampuan keperawatan bayi prematur).
- 5) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterine)
- 6) Pada usia kehamilan 32-34 minggu, berikan steroid untuk memacu kematangan paru-paru janin

b. Aktif

- 1) Kehamilan > 35 minggu: induksi oksitosin, bila gagal dilakukan seksio sesarea. Cara induksi: 1 ampul syntocinon dalam dektrosa 5 %, dimulai 4 tetes sampai maksimum 40 tetes/ menit.
- 2) Pada keadaan CPD, letak lintang dilakukan seksio sesarea.
- 3) Bila ada tanda infeksi: beri antibiotika dosis tinggi dan persalinan diakhiri.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan pasien dengan melakukan pengkajian penentuan diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio,psiko, sosial dan spiritual.

a. Identitas atau Biodata Pasien

Meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor dan nomor registrasi.

1) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat penyakit dahulu

Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

b) Riwayat penyakit sekarang Riwayat pada saat sebelum inpartu didapatkan cairan ketuban yang keluar pervaginam secara spontan kemudian tidak diikuti tanda-tanda persalinan.

c) Riwayat penyakit keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, Hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin dapat diturunkan kepada pasien.

d) Pola-pola Fungsi Kesehatan

(1) Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Pengetahuan tentang keperawatan kehamilan sekarang

(2) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pasien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya

(3) Pola aktivitas

Pada pasien nifas pasien dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, terbatas pada aktifitas ringan, tidak membutuhkan tenaga banyak, cepat lelah, dan didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri.

(4) Pola eliminasi

Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan pasien dengan Post Op Sectio Caesarea untuk BAK melalui dawer kateter yang sebelumnya terpasang.

(5) Pola istirahat dan tidur

Pada pasien nifas terjadi perubahan pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri setelah persalinan.

(6) Pola hubungan dan peran

Peran pasien dalam keluarga meliputi hubungan pasien dengan keluarga dan orang lain.

(7) Pola penanggulangan stress

Biasanya pasien sering melamun dan cemas

(8) Pola sensori dan kognitif

Pola sensori pasien merasakan nyeri pada perineum akibat luka jahitan dan nyeri perut akibat involusi uteri, pada pola kognitif pasien nifas primipara kurangnya pengetahuan merawat bayinya.

(9) Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya terjadi kecemasan terhadap keadaan kehamilannya, lebih- lebih menjelang persalinan dampak psikologis pasien terjadi perubahan konsep diri antara lain body image dan ideal diri.

(10) Pola reproduksi dan social

Terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas.

(11) Pola keyakinan dan spiritual

Pasien yang menganut agama islam selama keluar darah nifas atau masa nifas tidak diperbolehkan melaksanakan ibadah.

b. Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan umum menurut (Yuli,2017) meliputi:

- 1) Keadaan umum, keadaan umum pasien biasanya lemah

- 2) Tanda-tanda vital, Tekanan darah normal atau menurun 80 kali permenit, suhu meningkat $>37,5$ C dan respirasi meningkat.

c. Pemeriksaan Head to toe

Pemeriksaan fisik menurut (Yuli,2017) adalah:

- 1) Kepala, Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut dan keadaan kulit kepala.
- 2) Muka, Terlihat pucat dan tampak menahan sakit
- 3) Mata, Anemis atau tidak, dengan melihat konjungtiva merah segar atau merah pucat, sclera putih atau kuning.
- 4) Hidung, Ada terdapat polip atau tidak, bersih atau kotor
- 5) Gigi, Bersih atau kotor, ada karies atau tidak
- 6) Lidah, Bersih atau kotor
- 7) Bibir, Lembab atau kering
- 8) Telinga, Bersih atau kotor, ada benjolan kelenjar tiroid atau tidak.
- 9) Abdomen, ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan luka oprasi adakah perdarahan, berapa tinggi fundus uterusnya, bagaimana dengan bising usus dan adakah nyeri tekan atau tidak.
- 10)Thoraks, Perlu dikaji kesimetrisan dada, ada tidaknya retraksi intercostal, pernapasan tertinggal, suara wheezing, ronchi, bagaimana irama dan frekuensi pernapasan
- 11)Payudara, Perlu dikaji bentuk payudara, puting susu menonjol atau tidak dan pengeluaran ASI Genetalia, Ada oedema atau tidak, adakah pengeluaran lochea dan bagaimana warnanya.
- 12)Ekstermitas, Simetris atau tidak, ada terdapat oedema atau tidak

2. Diagnosa Keperawatan (Sesuai SDKI)

Merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat, sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (SDKI, 2017).

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera luka Sectio Caesarea (D.0077)
- b. Konstipasi b.d penurunan tonus otot (D.0049)
- c. Inkontinensia Urin Stres b.d efek hormonal (D.0046)
- d. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)
- e. Defisit perawatan diri b.d kelemahan (D.0109)

- f. Defisit pengetahuan tentang perawatan melahirkan caesarea (D.0111)
- g. Risiko Infeksi b.d tindakan invasive adanya luka Sectio Caesare (D.0142)
- h. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB (D.0009)
- i. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik: insisi prosedur operasi SC (D.0129)
- j. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik (D.0056)

3. Intervensi sesuai diagnosa muncul (SLKI dan SIKI)

Merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan. Diagnosa Keperawatan pada pasien Post Op SC berdasarkan tinjauan pustaka.

Tabel 2.2 Intervensi sesuai diagnosa muncul (SLKI dan SIKI)

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	Nyeri akut b/d agen pencedera luka section Caesarea	Setelan dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang bahkan hilang. Dengan kriteria hasil : - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	1. Tentukan karakteristik dan Lokasi ketidaknyamanan. Perhatikan isyarat verbal seperti meringis, kaku dan Gerakan melindungi atau terbatas. 2. Berikan informasi dan petunjuk antisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan 3. Evaluasi tekanan darah dan nadi 4. Perhatikan nyeri tekanan uterus dan adanya/ karakteristik nyeri penyerta 5. Lakukan Latihan nafas dalam, spirometry

		<ul style="list-style-type: none"> - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>intensif dan batuk dengan menggunakan prosedur yang tepat.</p> <p>6. Anjurkan ambulasi dini. Anjurkan menghindari makanan cairan pembentuk gas kacang-kacangan , kol, minumam karbonat, susu murni atau penggunaan sedotan untuk minuman.</p> <p>7. Berikan analgesic sesuai indikasi</p>
2	Konstipasi b/d penurunan tonus otot	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan konstipasi dapat diatasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bebas dari ketidaknyamanan konstipasi - Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi - Fases lunak dan berbentuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auskultasi terhadap adanya bising usus pada keempat kuadran setiap 4 jam setelah kelahiran 2. Palpasi abdomen, perhatikan distensi atau ketidaknyamanan 3. Anjurkan cairan oral yang adekuat bila masukan oral sudah mulai Kembali 4. Anjurkan Latihan kaki dan pengencangan abdominal, tingkatkan ambulasi dini. 5. Identifikasi aktivitas-aktivitas Dimana klien dapat menggunakannya di rumah untuk merangsang kerja usus
3	Inkontinensia Urin stress b/d efek Hormonal	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan inkontinensia urin</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan dan catat jumlah warna dan konsentrasi drainase urin 2. Berikan cairan peroral

		<p>dapat diatasi dengan kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi keinginan berkemih - Melakukan eliminasi secara mandiri - Mengonsumsi cairan dalam jumlah adekuat - Tidak ada rasa sakit saat berkemih 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Palpasi kandungan kemih, pantau tinggi fundus dari Lokasi dan jumlah aliran lochia 4. Perhatikan tanda dan gejala infeksi saluran kemih (ISK), setelah pengangkatan kateter 5. Pertahankan infus intravena selama 24 jam setelah pembedahan sesuai indikasi
4	Menyusui tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan menyusui dapat efektif dengan kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemantapan pemberian ASI: bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI - Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui - Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi - Pengetahuan pemberian ASI: tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenal laktasi dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasipola menghisap/ menelan bayi 2. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan mulut bayi ke putting 3. Pantau integritas putting ibu 4. Demonstrasikan Latihan menghisap bila perlu 5. Fasilitasi proses bantuanl interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI 6. Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI 7. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI

		<ul style="list-style-type: none"> - pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi, mengidentifikasi kepuasan terhadap pemberian ASI, mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI 	
5.	Defisit perawatan diri b/d kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan deficit perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi - Perawatan diri ADL 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan berat/ durasi ketidaknyamanan. Perhatikan adanya sakit kepala pascaspinal 2. Tentukan tipe-tipe anastesi, perhatikan adanya pesanan atau protocol mengenai pengubahan posisi 3. Ubah posisi klien setiap 1-2 jam, bantu dalam Latihan paru, amputasi dan Latihan kaki. 4. Berikan bantuan sesuai kelurahan dengan hygiene 5. Berikan agens analgesic setiap 3-4 jam sesuai kebutuhan
6	Defisit pengetahuan b/d tentang perawatan melahirkan	<p>Setelah dilakukan tindakan 1x24 jam diharapkan pasien dapat mengetahui informasi dengan Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang perawatan melahirkan Caesarea - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penilaian tentang, tingkat pengetahuan pasien 2. Jelaskan tentang perawatan melahirkan Caesarea Sectio 3. Gambarkan tanda dan bahaya setelah melahirkan

		<p>prosedur yang dijelaskan secara benar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang cepat 5. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisinya dengan cara yang tepat 6. Instruksikan pasien untuk mengenal tanda gejala dan bahaya
7	Resiko infeksi b/d tindakan invasive dan adanya luka sectio Caesare	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal - Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih 2. Perhatikan karakter dan jumlah aliran lochia dan konsistensi fundus 3. Perhatikan dan jumlah dan bau khas lochia atau perubahan pada kemajuan normal dari rubra menjadi serosa. 4. Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan cermat dan pembuangan pengalasan kotor dengan pembalut dan linen terkontaminasi dengan tepat 5. Inspeksi balutan terhadap pendarahan berlebihan, catat tanggal drainase pada balutan 6. Evaluasi kondisi puting. Perhatikan adanya pecah-pecah kemerahan atau nyeri tekan. Anjurkan pemeriksaan payudara rutin

			<ol style="list-style-type: none"> 7. Dorong klien untuk madni shower dengan air hangat setiap hari 8. Berikan antibiotic khusus untuk infeksi yang teridentifikasi
8	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB	<p>Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hemoglobin dalam batas normal (11.5-15.0 g/dL) 2. Tanda-tanda vital dalam batas normal 3. elastitas turgor Baik 4. Membran mukosa Lembab 5. Konjungtiva tidak anemis dan CRT <3 detik. 6. Terlihat segar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda vital, penurunan frekuensi atau kekuatan nadi, tekanan darah, frekuensi nafas. 2. Monitor CRT, elastitas turgor Kulit 3. Monitor hasil pemeriksaan serum (Hemoglobin dan hematokrit) 4. Identifikasi tanda-tanda hipovolemi 5. Edukasi pada Ibu untuk meningkatkan pola nutrisi 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian transfusi atau suplemen penambah darah seperti tablet Fe bila perlu (SIKI, 2018)
9	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik: insisi prosedur operasi SC	<p>Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keutuhan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada rembesan pada polifiks. 2. Sensasi rasa nyeri berkurang 3. Tidak ada tanda-tanda infeksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka seperti warna, ukuran, bau dan atau tidaknya perdarahan di area luka. 2. Monitor tanda-tanda infeksi seperti adanya nyeri, kemerahan, kulit hangat, bengkak dan penurunan fungsi. 3. Jadwalkan rawat luka 4. Edukasi pasien tanda dan gejala infeksi

			<ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 6. Ajarkan prosedur perawatan mandiri Ketika pasien dijadwalkan keluar dari Rumah Sakit 7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik bila perlu (SIKI, 2018)
10	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik	<p>Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan tonus otot normal 2. Pergerakan bebas tanpa rasa nyeri dan pasien sedikit demi sedikit dapat memenuhi kebutuhannya sendiri. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor tanda-tanda vital dan kondisi umum pasien selama mobilisasi 4. Bantu pasien dalam melakukan pergerakan seperti duduk dan berdiri. 5. Anjurkan pada keluarga untuk membantu pergerakan pasien. 6. Ajarkan pasien dan keluarga mobilsasi bertahap miring kanan dan kiri setelah 6-7 jam post op SC, setelah 24 jam pasien dianjurkan belajar duduk, kemudian belajar berjalan. (SIKI, 2018)

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan atau Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan : melaksanakan intervensi/ aktivitas yang telah ditemukan, pada tahap ini perawat siap membantu pasien atau orang terdekat

menerima stress situasi atau prognosis, mencegah komplikasi, membantu program rehabilitas individu, memberikan informasi tentang penyakit, prosedur, prognosis dan kebutuhan pengobatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang diinginkan dan respon pasien terhadap dan keefektifan intervensi keperawatan. Kemudian mengganti rencana perawatan jika diperlukan. Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Ada 2 komponen untuk mengevaluasi kualitas tindakan keperawatan yaitu Proses Formatif dan hasil sumatif. Proses Formatif berfokus pada aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan tindakan keperawatan, evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan dilaksanakan dan terus menerus dilaksanakan sampai tujuan tercapai.

Hasil sumatif berfokus pada perubahan perilaku/status kesehatan pasien pada akhir tindakan perawatan pasien, tipe ini dilaksanakan pada akhir tindakan secara paripurna. Disusun menggunakan SOAP dimana :
S : Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif oleh pasien setelah diberikan implementasi keperawatan
O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif
A : Analisis perawat setelah mengetahui respon subjek dan objektif apakah telah tertasi, teratasi sebagian atau belum teratasi
P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis
Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan keberhasilan tujuan tindakan yaitu tujuan tercapai apabila pasien menunjukkan perubahan sesuai kriteria hasil yang telah ditentukan, tujuan tercapai sebagian apabila jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria hasil yang telah ditetapkan, tujuan tidak tercapai jika klien menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali. (Suprajitno dalam Wardani, 2020)

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas

Pasien adalah seorang Ibu bernama Ny.E usia 29 tahun. Pasien masuk Rumah Sakit pada tanggal 27 Juli 2025 di UGD ruang Obgyn RSUD dr La Palaloi Kabupaten Maros dan dilakukan pengkajian pada tanggal 29 Juli 2025. Pasien beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan Ibu sebagai Ibu rumah tangga. Pasien tinggal di Panrita bola Kabupaten Maros. Pasien merupakan istri dari Tn. R, pekerjaan suami sebagai wiraswasta.

2. Keluhan Utama

Pasien mengatakan masih merasa lemas

3. Riwayat Kondisi Saat Ini

Pada tanggal 27 Juli 2025 Pukul 23.00 WITA Pasien datang ke UGD Obgyn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros dengan keluhan ada cairan yang keluar dari vagina, pasien mengatakan tidak merasakan kontraksi apapun namun ada rembesan yang keluar, setelah di cek dengan kertas lakmus hasilnya adalah lakmus berubah warna menjadi biru yang artinya cairan ketuban, pasien di anjurkan untuk rawat inap dan harus segera dilakukan tindakan untuk mengeluarkan bayinya yaitu dengan operasi *sectio cesarea*, dijadwalkan untuk operasi *sectio cesarea* tanggal 28 Juli 2025 pukul 08.00 WITA.

Pada tanggal 28 Juli 2025 pukul 08.39 WITA Ny.E telah melahirkan anak ke-2 dengan Operasi Sectio Caesarea. Pada tanggal 29 Juli 2025 Kondisi Ny.E pada saat pengkajian masih merasa lemas, mengeluh kakinya masih kesemutan dan mulai merasakan susah untuk bergerak. Kondisi luka operasi ditutup dengan polifiks terdapat rembesan sedikit. Tanda-tanda vital pasien, Tekanan Darah: 111/66 mmHg, nadi 62x/ menit, RR 18x/menit. Pasien mendapatkan terapi infus NaCl 20 tpm, mevilok 3x1(15mg), analsik 3x1 (500mg/2mg), lasix 40mg pagi dan siang.

4. Diagnosa Medik

Post Op Sectio Caesarea hari ke-I + KPD

5. Riwayat Obstetri

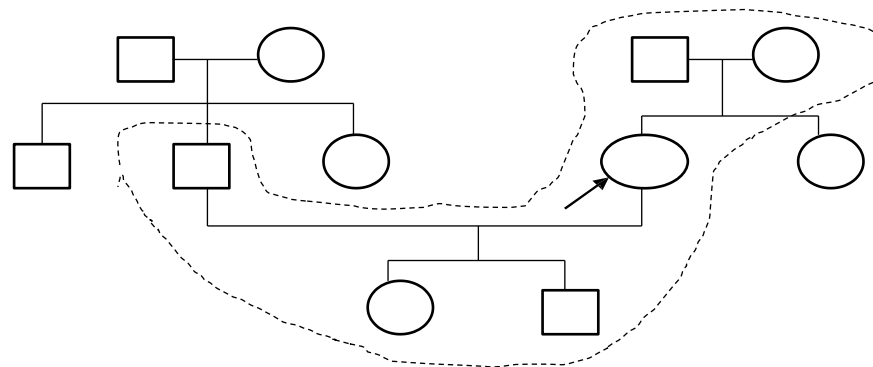
Pasien *menarche* pada usia 12 tahun, dengan siklus teratur, lamanya haid kurang lebih 5-7 hari dengan jumlah 3 kali ganti pembalut, pada saat ditanya HPHT pasien mengatakan lupa, tidak ada keluhan saat haid.

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi nifas			Anak		
No	Tahun	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	Jenis	BB	pj
I	2023	39 mgg	KPD	SC	Dokter	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Perempuan	2980 gr	50 cm
I	2025	39 mgg	KPD	SC	Dokter	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Laki-laki	3120 gr	51 cm

7. Genogram :



Gambar 3.1 genogram keluarga 3 generasi

Keterangan:

- = laki-laki
- = Perempuan
- ↗ = pasien
- = Tinggal serumah

8. Riwayat Persalinan dan Post Partum Sekarang

Pasien mengatakan ada keluhan kontraksi namun jarang, ada pengeluaran pervaginam cairan berwarna hijau dan tidak berbau. Kala 1 pada tanggal 27 Juli 2025 jam 23.00 WITA, Ibu tidak ada keluhan dan tidak ada kontraksi tetapi ada cairan merembes pada saat pasien datang ke Rumah Sakit, ketika sudah di cek dengan kertas lakmus ternyata cairan itu cairan ketuban. Ibu diagendakan operasi SC. Kala 2 pada tanggal 28 Juli 2025 pukul 08.00 WITA, pasien dilakukan operasi SC. Kala 3 pukul 08.39 WITA, plasenta dikeluarkan setelah bayi dilahirkan dengan proses SC. Kala 4, tidak ada perdarahan hebat pada saat proses pembedahan.

9. Data Bayi

Bayi lahir pada tanggal 28 Juli 2025 pukul 08.39 WITA, dengan jenis kelamin laki-laki, nilai APGAR 9 (Normal/kondisi baik). Bayi dilahirkan dengan berat badan 3120 gr, panjang badan 51 cm dan lingkar kepala 34 cm. Kelainan kepala tidak ada, suhu tubu bayi 36,2°C, anus normal atau berlubang, perawatan tali pusat dengan menggunakan NaCl, dilakukan perawatan mata dengan memberikan salep oxytocin 1%.

10. Riwayat Keluarga Berencana

Ibu tidak melaksanakan program KB selama menikah dan punya anak pertama

11. Riwayat Kesehatan

Ny.E mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang harus dirawat di Rumah Sakit, Ny.E jugatidak mendapatkan pengobatan khusus dan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit keturunan.

12. Riwayat Lingkungan

Lingkungan kamar dan tempat tidur pasien tampak bersih, tidak tampak benda-benda yang membahayakan.

13. Aspek Psikososial

Ny.E mengatakan senang telah dikaruniai 2 orang anak, harapan Ny.E semoga bisa memberikan anaknya ASI eksklusif, Ny.E tinggal dengan Suami dan kedua orang tuanya, Ny.E mengatakan saat ini orang terpenting adalah anaknya, keluarga Ny.E tampak sangat membantu dalam perawatan bayi.

Ny.E tampak siap menjadi seorang Ibu karena sebelumnya pasien sudah pernah melahirkan.

14. Kebutuhan Dasar Khusus (di Rumah dan di Rumah Sakit)

a. Pola Nutrisi

Pola nutrisi sebelum masuk RS Frekuensi makan : 2x sehari, nafsu makan baik, jenis makanan rumah nasi dan lauk, tidak ada alergi atau pantangan. Pada saat masuk RS Frekuensi makan pasca operasi pasien baru makan 2 kali, nafsu makan baik, jenis makanan nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi atau pantangan, infus IVFD NaCl 20 tpm.

b. Pola Eliminasi

Pola eliminasi sebelum masuk RS, BAK frekuensi 4-5 kali, warna kekuningan, tidak ada keluhan saat BAK. BAB Frekuensi 1-2 kali, warna kuning, bau khas, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB. Pola eliminasi masuk RS, pasien tampak terpasang kateter folley, warna kekuningan, jumlah 400cc. BAB frekuensi 1 kali, warna kuning, bau khas, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB.

c. Pola Personal Hygiene

Pola *personal hygiene* sebelum masuk RS, mandi 2x /hari menggunakan sabun, *oral hygiene* 2x /hari pagi dan malam, cuci rambut 3 x /minggu menggunakan shampo. Pola *personal hygiene* masuk RS pasien bed rest hanya cuci muka dan diseka dibantu keluarga, oral hygiene 2x /hari pagi dan malam, pasien tidak cuci rambut.

d. Pola Istirahat Tidur

Pola istirahat tidur sebelum masuk RS lama tidur 8-9jam/hari, kebiasaan sebelum tidur menonton tv, tidak ada keluhan. Pola istirahat tidur masuk RS lama tidur 8 jam/hari, kebiasaan sebelum tidur menonton tv, tidak ada keluhan.

e. Pola Aktifitas dan Latihan

Pola aktifitas dan latihan sebelum masuk RS, ibu adalah seorang ibu rumah tangga, olah raga selama hamil hanya jalan-jalan saja setiap pagi, kegiatan waktu luang mengakses media sosial, tidak ada keluhan beraktifitas. Pola aktifitas selama masuk RS, pasien bedrest, kegiatan waktu luang menyusui bayinya setiap 4 jam, bayi diletakkan diruang yang

berbeda, jadi perawatan bayi dilakukan oleh perawat, keluhan dalam beraktifitas: Masih sulit bergerak karena kaki kadang kesemutan dan Aktifitas masih dibantu perawat atau keluarga

f. Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien tidak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol dan tidak mengkonsumsi obat-obatan

15. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah pasien 111/66 mmHg, frekuensi nadi 62x/menit, frekuensi respirasi 18x/menit, suhu 36,1°C, berat badan 72kg, tinggi badan 160cm. Berikut ini adalah pemeriksaan *head to toe* pada pasien :

a. Kepala dan Mata

Pada pemeriksaan kepala, tampak bentuk simetris dan mengeluh pusing. Pada pemeriksaan mata, tidak tampak adanya pembengkakan pada kelopak mata, gerakan mata simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil bulat dan isokor, akomodasi atau pergerakan mata baik tidak ada strabismus atau juling.

b. Hidung

Pada pemeriksaan hidung Ny.E mengatakan tidak memiliki alergi debu ataupun dingin dan Ny.E tidak memiliki riwayat sinusitis. Bentuk hidung mancung dan septum simetris.

c. Mulut dan Tenggorokan

Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan gigi geligi tampak utuh, pasien mengatakan tidak ada gangguan menelan. Mukosa bibir kering, kebersihan lidah bersih, ada *caries* gigi.

d. Dada dan Axilla

Pada pemeriksaan dada dan axilla terjadi pembesaran pada mammae, areolla mammae tampak hiperpigmentasi kecoklatan, papila mammae tampak menonjol, produksi colostrum Ibu lancar.

e. Pernafasan

Pada pemeriksaan pernafasan didapatkan hasil bentuk dada normochoest, jalan nafas paten, irama nafas reguler, suara nafas vesikuler, tidak ada

suara nafas tambahan, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung.

f. Sirkulasi Jantung

Pada pemeriksaan sirkulasi di dapatkan hasil tekanan darah 111/66 mmHg, nadi 62x/menit, irama reguler, tidak ada kelainan bunyi jantung, Ny.E tidak mengeluh nyeri dada.

g. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, bising usus 5x/menit. Tampak ada nya luka bekas operasi yang ditutup polifiks, luas luka ± 10 cm, sayatan sc melintang, ada sedikit rembesan pada polifiks, ada rasa nyeri dengan skala 3.

h. Perineum dan Genetalia

Pada pemeriksaan perineum dan genetalia didapatkan hasil pasien post op SC jadi tidak dilakukan episiotomi pada perineum, tidak ada kemerahan, tidak ada odem, tidak ada ekimosis, ada discharge, approximate baik, lochea berwarna rubra jumlah 2 kali ganti pembalut, hemoroid tidak terkaji.

i. Ekstremitas (Integumen dan Muskuloskeletal)

Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan hasil, turgor kulit menurun, warna kulit sawo matang, terdapat edema pada ekstremitas bawah, CRT >3 detik, akral dingin, tidak tampak adanya kontraktur pada persendian, tidak ada thromboplebitis, Ny.E tampak masih terbatas dalam pergerakan pada ekstremitas bawah karena adanya luka post op sc dan tampak meringis saat bergerak Kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 5555 & 5555 \\ \hline 4444 & 4444 \end{array}$$

16. Kesiapan Dalam Perawatan Bayi

Ny.E mengatakan tidak mengikuti senam hamil, Ny.E sudah merencanakan untuk melahirkan di Rumah Sakit Umum Daerah keluarga sudah tampak menyiapkan perlengkapan, Ny.E melahirkan anak ke-2 jadi sudah lebih siap mental untuk menjadi Ibu. Kondisi Ibu saat ini masih lemas, perawatan bayi

masih dibantu oleh perawatan, setiap 4 jam sekali bayi diantar ke ibu untuk disusui.

17. Data Penunjang

Tabel 3.2 Hasil pemeriksaan penunjang pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi KPD di Ruang IGD Obygn RSUD La Palaloi pada tanggal 28 Juli 2025

Pemeriksaan	Laboratorium	
	Hasil	Nilai Normal
Leukosit	8.10 k/UL	4.00-11.5 k/UL
Hemoglobin	9.1 g/dL	11.5-15.0 g/dL
Hematokrit	29,4 %	34.0-46.0 %
Trombosit	390 k/UL	140-400 k/UL
GulaH Darah Sewaktu	78 mg/dL	55-140 mg/dL
Ureum	6.3 mg/dL	4.5-23.3 mg/dL
Kreatinin	0.62 mg/dL	0.40-1.10 mg/dL
SGOT	16 u/L	0-32 u/L
SGPT	12 u/L	0-31 u/L
Billirubin Direct	0.21 mg/dL	0.00-0.25 mg/dL
Billirubin Indirect	0.08 mg/dL	0.00-0.75 mg/dL

Tabel 3.3 Terapi medis pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi KPD di Ruang Obygn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros.

Terapi	Dosis	Lokasi	Kegunaan	Jam
Tanggal 28 Juli 2025				
Mevilok	3x1 (15mg)	Oral	Sebagai peredah rasa nyeri	06:00 12:00
Analsik	3x1 (500mg/2mg)	Oral	Sebagai peredah rasa nyeri	06:00
Lasix	1-1-0 pagi dan siang 40mg	Oral	Sebagai diuretik	06:00 12:00 18:00
Infus NaCl	1000cc/24	Intravena	Sebagai rehidrasi cairan	07:00

B. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.4. Daftar analisa data pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obygn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros

No	Data / Faktor Resiko	Etiologi	Masalah
1.	DS: Ny.E mengatakan merasa kondisi tubuh masih lemas dan pusing DO : <ul style="list-style-type: none"> - CRT >3 detik - Konjungtiva tampak anemis - Akral dingin - Turgor kulit menurun - Tampak adanya edema pada ekstremitas bawah - Tampak mukosa bibir kering - Terdapat luka post op sc dan ada rembesan pada polifiks - TTV: Tekanan darah 111/66 mmHg, nadi 62x/menit terabah lemah. - Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 28 Juli 2025 didapatkan: Hemoglobin 9.1 g/dL dan Hematokrit 29,4 %. 	KPD ↓ SC ↓ Post SC ↓ Kontraksi uterus tidak adekuat ↓ Anemia (Hb ↓) ↓ Suplai o2 ke jaringan menurun ↓ Perfusi perifer tdak efektif	Perfusi perifer tidak efektif (SDKI, 2017)
2.	DS : Ny.E mengatakan ada rembesan pada area luka post op sc DO : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak adanya luka insisi post op SC 2 jari dibawah pusat, sayatan melintang. - Lebar luka ±10cm Luka ditutup dengan verban dan ada rembesan pada area polifiks - Pasien tampak kesulitan saat bergerak dan memperlihatkan respon meringis 	SC ↓ insisi prosedur operasi sc ↓ jaringan terbuka ↓ terdapat luka insisi ↓ gangguan integritas jaringan	Gangguan integritas jaringan (SDKI, 2017)
	DS: Ny.E mengatakan pusing, kaki merasa kesemutan dan masih kesulitan bergerak. DO : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan saat bergerak 	Post SC ↓ Nifas ↓ Kontraksi uterus tidak adekuat ↓	Intoleransi aktifitas (SDKI, 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> - Pemenuhan ADL dibantu perawat atau keluarga. - Tampak ada bekas luka sc pada abdomen. - Terdapat edema pada ekstremitas bawah. - Pasien mengalami penurunan kekuatan otot <p style="text-align: center;">5555 5555</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">4444 4444</p>	<p>Anemia</p> <p>↓</p> <p>Hb menurun</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan</p> <p>↓</p> <p>Intoleransi aktifitas</p>	
--	---	--	--

1. Prioritas Masalah Keperawatan

Tabel 3.5 Daftar prioritas masalah keperawatan pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea hari ke-1 dengan indikasi KPD di Ruang Obygn RSUD dr La Palaloi Kab. Maros

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB	29/07/2025	31/07/2025	
2.	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik: insisi prosedur operasi SC	29/07/2025	31/07/2025	
3.	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik	29/07/2025	31/07/2025	

C. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea hari ke-I dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn RSUD dr La Palaloi Kabupaten Maros

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB</p> <p>DS: Ny.E mengatakan merasa kondisi tubuh masih lemas dan pusing</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT >3 detik - Konjungtiva tampak anemis - Akral dingin - Turgor kulit menurun - Tampak adanya edema pada ekstremitas bawah - Tampak mukosa bibir kering 	<p>Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hemoglobin dalam batas normal (11.5-15.0 g/dL) 2. Tanda-tanda vital dalam batas normal 3. elastitas turgor Baik 4. Membran mukosa Lembab 5. Konjungtiva tidak anemis dan CRT <3 detik. 6. Terlihat segar 	<p>Obsertasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda vital, penurunan frekuensi atau kekuatan nadi, tekanan darah, frekuensi nafas. 2. Monitor CRT, elastitas turgor Kulit 3. Monitor hasil pemeriksaan serum (Hemoglobin dan hematokrit) 4. Identifikasi tanda-tanda hipovolemi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Edukasi pada Ibu untuk meningkatkan pola nutrisi

	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post op sc dan ada rembesan pada polifiks - TTV: Tekanan darah 111/66 mmHg, nadi 62x/menit terabab lemah. <p>Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 28 Juli 2025 didapatkan: Hemoglobin 9.1 g/dL dan Hematokrit 29,4 %.</p>		<p>Kolaborasi</p> <p>6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian transfusi atau suplemen penambah darah seperti tablet Fe Obila perlu (SIKI, 2018)</p>
2.	<p>Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan factor mekanik : insisi prosedur operasi SC</p> <p>DS : Ny.E mengatakan ada rembesan pada area luka post op sc</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak adanya luka insisi post op SC 2 jari dibawah pusat, sayatan melintang. - Lebar luka ±10cm Luka ditutup dengan verban dan ada rembesan pada area polifiks - Pasien tampak kesulitan saat bergerak dan memperlihatkan respon meringis 	<p>Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keutuhan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada rembesan pada polifiks. 2. Sensasi rasa nyeri berkurang 3. Tidak ada tanda-tanda infeksi 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka seperti warna, ukuran, bau dan atau tidaknya perdarahan di area luka. 2. Monitor tanda-tanda infeksi seperti adanya nyeri, kemerahan, kulit hangat, bengkak dan penurunan fungsi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jadwalkan rawat luka

			<p>Edukasi</p> <p>4. Edukasi pasien tanda dan gejala infeksi</p> <p>5. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>6. Ajarkan prosedur perawatan mandiri Ketika pasien dijadwalkan keluar dari Rumah Sakit</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik bila perlu (SIKI, 2018)</p>
3.	<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik</p> <p>DS: Ny.E mengatakan pusing, kaki merasa kesemutan dan masih kesulitan bergerak.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan saat bergerak 	<p>Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan aktifitas fisik adekuat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktifitas fisik normal 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya.

	<ul style="list-style-type: none"> - Pemenuhan ADL dibantu perawat atau keluarga. - Tampak ada bekas luka sc pada abdomen. - Terdapat edema pada ekstremitas bawah. - Pasien mengalami penurunan kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5555</td> <td style="padding: 2px 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">4444</td> <td style="padding: 2px 10px;">4444</td> </tr> </table>	5555	5555	4444	4444	<p>2. Pergerakan bebas tanpa adanya hambatan.</p>	<p>3. Monitor tanda-tanda vital dan kondisi umum pasien selama mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Bantu pasien dalam melakukan pergerakan seperti duduk dan berdiri.</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Anjurkan pada keluarga untuk membantu pergerakan pasien.</p> <p>6. Ajarkan pasien dan keluarga mobilsasi bertahap miring kanan dan kiri setelah 6-7 jam post op SC, setelah 24 jam pasien dianjurkan belajar duduk, kemudian belajar berjalan. (SIKI, 2018)</p>
5555	5555						
4444	4444						

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Ny. E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros

DX	Tgl/jam	Tindakan	Tgl/Jam	Catatan Perkembangan
1,3	29/07/2025 11.00	- Melakukan observasi TTV: TD: 111/66 mmHg N : 62x/ menit S : 36,5°C R : 20x/menit	29/07/2025 12.30	Dx I : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb S : Ny. E mengatakan kondisi tubuh masih lemas, pusing O :
1	12.00	- Memonitor CRT dan turgor kulit CRT > 3 detik, turgor kulit menurun		- CRT > 3 detik
	12.30	- Memberikan edukasi kepada ibu untuk meningkatkan nutrisi		- Konjungtiva anemis - Akral dingin - Turgor kulit menurun
2	14.00	- Melakukan perawatan luka		- Tampak adanya edema pada ekstermitas bawah
	14.00	- Mengkaji karakteristik luka ada rembesan pada polifiks		- Terdapat luka Op SC dan ada rembesan pada polifiks
	16.00	- Memonitor tanda-tanda infeksi tidak ada kemerahan, tidak ada benjolan, area sekitar luka tidak panas.		- TTV TD : 111/66 mmHg N : 62x/menit
	16.05			

3		<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi toleransi fisik gerakan yang dapat dilakukan pasien - Mengidentifikasi keluhan fisik lainnya - Menganjurkan pasien mobilsasi sederhana seperti duduk - Membantu pasien untuk duduk - Menganjurkan pada keluarga untuk membantu memandirikan pasien 	16.05	<p>S : 36,8°C RR : 20x/menit</p> <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi No. 1, 2, 3, 5</p> <p>Dx. 2 : Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan factor mekanik : insisi prosedur operasi SC</p> <p>S: Ny. E mengatakan masih ada rembesan pada area luka</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak adanya luka insisi post op SC 2 jari dibawah pusat sayatan melintang - Lebar luka ±10cm - Luka ditutup dengan polifiks dan ada rembesan pada area polifiks - Pasien tampak kesulitan saat bergerak dan memperlihatkan respon meringis. <p>A : Masalah gangguan integritas jaringan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no 1, 2, 3 dan 5</p>
---	--	---	-------	---

			16.10	<p>Dx 3 : intoleransi aktifitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik</p> <p>S : Ny. E mengatakan kaki merasa kesemutan dan masih kesulitan bergerak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan saat bergerak - Pemenuhan ADL dibantu perawat atau keluarga - Tampak ada bekas luka SC pada abdomen - Terdapat edema pada ekstermitas bawah. - Pasien mengalami penurunan kekuatan otot . <p>A : Masalah intoleransi aktifitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 1,2, 3, 6</p>
1,3	30-07-2025 10.00	<p>- Melakukan TTV</p> <p>TD : 116/68 mmHg</p> <p>N : 74x/menit</p> <p>Suhu : 36,5°C</p> <p>RR : 20x/menit</p>	30/07/2025 10.15	<p>DX 1 : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB</p> <p>S : Ny. E mengatakan kondisi tubuh masih lemas walaupun sudah lebih baik dibanding kemarin</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT <3 detik - Konjungtiva tidak anemis - Akral hangat
1	10.10	<p>- Memonitor CRT dan turgor kulit CRT < 3 detik, turgor kulit baik</p>		

2	10.15	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan edukasi kepada ibu untuk meningkatkan nutrisi 		<ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit baik - Masih tampak adanya edema Pada ekstermitas bawah
	10.15	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan perawatan luka 		<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post op SC dan ada rembesan pada polifiks
	10.20	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji karakteristik luka: Masih ada rembesan pada polifiks 		<ul style="list-style-type: none"> - TTV : Tekanan darah 116/68 mmHg Nadi : 68x/menit terabah lemah
	10.20	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda infeksi: Tidak ada kemerahan, tidak ada benjolan, area sekitar luka tidak panas 		<p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi Sebagian</p>
	10.20	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein seperti ikan gabus, putih telur 		<p>P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,5</p>
3	10.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi keluhan fisik lainnya 	10.30	
		<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi toleransi fisik gerakan yang dapat dilakukan pasien. 		<p><u>Dx 2 : Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan insisi prosedur operasi SC</u></p>
	10.35	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien mobilsasi sederhana seperti berdiri di pinggir tempat tidur Membantu pasien untuk berdiri 		<p>S : Ny.E mengatakan perutnya masih terasa nyeri pada luka post op sc</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pada keluarga untuk membantu memandirikan pasien 		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Polifiks tampak masih ada rembesan - Pasien tampak kesulitan saat bergerak dan memperlihatkan respon nyeri seperti meringis
	12.00	<ul style="list-style-type: none"> - Aff kateter urin 300 ml 		
	12.05	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan tindakan vulva hygiene sekaligus mengajarkan pasien vulva hygiene 		

	<p>12.10</p> <p>12.10</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien ke toilet jika ingin kencing - Menganjurkan pasien menggunakan pembalut atau softex untuk menyerap cairan / darah nifas selama pasien belum bisa mobilisasi aktif. 	<p>12.15</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kulit sekitar luka tidak tampak adanya kemerahan <p>A : Masalah gangguan integritas jaringan teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi no 2, 3 dan 5</p> <p>Dx 3 : Intoleransi aktifitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik</p> <p>S : Ny.E mengatakan kaki merasa kesemutan dan masih kesulitan bergerak.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan saat bergerak - Pemenuhan ADL dibantu perawat atau keluarga. - Pasien tampak kesulitan saat bergerak - Pemenuhan ADL dibantu perawat atau keluarga. - Tampak ada bekas luka SC pada abdomen - Terdapat edema pada ekstermitas bawah - Pasien mengalami penurunan kekuatan otot <p>A : Masalah intoleransi aktifitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3,</p>
--	---------------------------	---	--------------	---

1,3	31-07-2025	<ul style="list-style-type: none"> - Melakuakn observasi TTV TD : 120/78 mmHg N : 80x/menit S : 36,5°C RR : 20x/menit 	31/07/2025	<p>Dx 1 : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB</p> <p>S : Ny. E mengatakan kesulitan bergerak dan merasa kondisi tubuh masih lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak masih ada edema - Terdapat luka post op SC, tidak ada rembesan pada polifiks - TTV : TD : 120/68mmHg Nadi : 80x/menit <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi</p> <p>P : intervensi teratasi</p>
1	10.05	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor CRT dan turgor kulit CRT <3 detik, turgor kulit baik 	10.20	
2	10.15	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan edukasi kepada ibu untuk meningkatkan nutrisi 		
2	10.15	<ul style="list-style-type: none"> - Merawat luka 		
2	10.15	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji karakteristik luka: Masih ada rembesan pada polifiks 		
2	10.15	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda infeksi Tidak ada : kemerahan, tidak ada benjolan area sekitar luka, tidak panas. 	10.25	<p>DX 2 : GAngguan integritas jaringan berhubungan dengan insisi prosedur operasi SC</p> <p>S : Ny. E mengatakan perutnya masih terasa nyeri pada luka post op SC</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka bersih - Tidak ada rembesan pada polifiks <p>A : Masalah gangguan integritas jaringan teratasi</p>
2	10.15	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan edukasi kepada pasien agar makan makanan yang mengandung protein tinggi seperti ikan dan putih telur 		
2	10.20	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pada pasien perawatan luka dirumah karena pasien akan keluar dari Rumah Sakit 		

3	10.25	- Membantu ibu untuk berjalan ke toilet		P : Intervensi teratasi
3	10.25	- Menganjurkan pada keluarga untuk membantu memandirikan pasien		
3	10.25	- Menganjurkan ibu menggunakan pembalut atau softex untuk menyerap cairan / darah nifas selama ibu belum bisa mobilisasi aktif.	10.30	<p>Dx 3 : intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik</p> <p>S : Ny. E mengatakan sudah bisa berjalan ke toilet</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah bisa berjalan dengan normal - Terdapat edema pada ekstermitas bawah - Kekuatan otot normal : mampu menahan gravitasi serta menahan tahanan dari perawat - Aktifitas Kembali normal <p>A : Masalah intoleransi aktifitas fisik teratasi</p> <p>P : Intervensi teratasi</p>

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab IV akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn RSUD dr La Palaloi Kabupaten Maros dilaksanakan mulai tanggal 29 Juli 2025 sampai dengan 31 Juli 2025. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. E dengan melakukan anamesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari:

1. Identitas

Pasien adalah seorang Ibu bernama Ny.E usia 29 tahun. Pasien masuk Rumah Sakit pada tanggal 27 Juli 2025 di UGD Obgyn RSUD dr La Palaloi Kabupaten Maros dan dilakukan pengkajian pada tanggal 29 Juli 2025. Pasien beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan pasien sebagai Ibu rumah tangga. Pasien tinggal di BTN Panrita bola Kabupaten Maros Pasien merupakan istri dari Tn. R, pekerjaan suami Adalah wiraswasta.

Pada penelitian (Pertiwi, 2019) mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan jenis kehamilan pasien, faktor-faktor ibu dilakukan sectio caesar antara lain: Ketuban pecah dini, kehamilan gemelli dan plasentas previa.

2. Riwayat kondisi saat ini

Pasien datang dengan keluhan ada cairan yang keluar dari vagina, pasien mengatakan tidak merasakan kontraksi apapun namun ada rembesan yang keluar, setelah di cek dengan kertas lakmus hasilnya adalah cairan

ketuban, pasien di anjurkan untuk rawat inap dan harus segera dilakukan tindakan untuk mengeluarkan bayinya yaitu dengan operasi *sectio cesarea*.

Pada tanggal 27 Juli 2025 Ny.E Masuk Rumah Sakit dan dirawat di ruang obgyn dijadwalkan untuk operasi SC pukul 08.00 WITA. Pada tanggal 28 Juli 2025 pukul 08.39 WITA Ny.E telah melahirkan anak ke-2 dengan Operasi Sectio Caesar. Kondisi Ny.E pada saat pengkajian masih merasa lemas, pusing, mengeluh kakinya masih kesemutan dan mulai merasakan lemas pada saat bergerak, akral dingin. Kondisi luka operasi ditutup dengan polifiks dan ada rembesan sedikit. Tanda-tanda vital pasien TD: 111/66 mmHg, nadi 62x/ menit, RR18x/menit, CRT >3 detik, konjungtiva anemis, adanya edema pada kaki. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan penurunan hemoglobin (9.1 g/dL) dan hematokrit (29,4 %)

Didukung oleh penelitian dari (Pratiwi, 2018) mengatakan bahwa ibu dengan persalinan SC lebih beresiko untuk mengalami anemi pada masa postpartum dibandingkan ibu dengan persalinan pervaginam. Pada saat proses mengeluarkan janin, akan terjadi peningkatan oxidative stress dan respon inflamatori. Pada keadaan ini, terjadi perubahan hormonal dan hemodinamik dengan penurunan pada volume ekstraseluler, angka filtrasi glomerulus, cardiacoutput. Perubahan akan kembali seperti masa prakehamilan pada minggu ke 5 hingga 6 postpartum

Peneliti berasumsi bahwa, hilangnya kadar hemoglobin dalam darah disebabkan karena pada proses tindakan sc pasien akan kehilangan darah karena banyak pembuluh dara yang terputus dan terbuka selama operasi.

3. Riwayat obstetric

Kehamilan kedua pasien setelah kehamilan pertamanya di tahun 2023, anak pertama lahir dengan usia gestasi 39 minggu dengan penyulit KPD, jenis persalinan pada anak pertama dengan operasi *sectio caesar*, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas anak pertama tidak berbeda, ini menunjukkan bahwa ibu sudah memiliki riwayat KPD sebelumnya.

Didukung oleh penelitian (Alim, 2020) mengatakan bahwa riwayat ketuban pecah dini tersebut akan berulang pada kehamilan selanjutnya seperti yang dijelaskan oleh teori bahwa ibu hamil dengan riwayat ketuban pecah dini mempunyai faktor resiko 4 kali beresiko untuk terjadi ketuban

pecah dini pada kehamilan selanjutnya dari pada ibu hamil yang tidak mempunyai riwayat ketuban pecah dini sebelumnya.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian diatas,peneliti berpendapat bahwa faktor riwayat KPD yang lalu mempengaruhi terjadinya ketuban pecah dini pada ibu hamil Hal ini dapat dijadikan masukan agar ibu hamil primigravida dengan KPD lebih berhati-hati untuk kehamilan selanjutnya agar tidak mengalami KPD yang berulang

4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan persistem seperti yang diuraikan sebagai berikut:

a. Kepala dan Mata

Pada pemeriksaan kepala, tampak bentuk simetris dan mengeluh pusing. Pada pemeriksaan mata, tidak tampak adanya pembengkakan pada kelopak mata, gerakan mata simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil bulat dan isokor, akomodasi atau pergerakan mata baik tidak ada strabismus atau juling. Pada ibu hamil wajah akan terlihat pucat dan konjungtiva anemi hal ini disebabkan karena penurunan kadar HB dalam tubuh Ibu, tampak meringis Ketika bergerak (Falentina, 2019).

b. Hidung

Pada pemeriksaan hidung Ny.E mengatajan tidak memiliki alergi debu ataupun dingin dan Ny.E tidak memiliki riwayat sinusitis. Bentuk hidung mancung dan septum simetris.

c. Mulut dan Tenggorokan

Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan gigi geligi tampak utuh, pasien mengatakan tidak ada gangguan menelan. Mukosa bibir kering, kebersihan lidah bersih, ada caries gigi.

d. Dada dan Axilla

Pada pemeriksaan dada dan axilla terjadi pembesaran pada mammae, areolla mammae tampak hiperpigmentasi kecoklatan, papila mammae tampak menonjol, produksi colostrum Ibu lancar.

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, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu dan adanya sumbatan duktus, kongesti dan tanda-tanda mastitispotensial (Varney, 2021).

e. Pernafasan

Pada pemeriksaan pernafasan didapatkan hasil bentuk dada normochest, jalan nafas paten, irama nafas reguler, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung.

f. Sirkulasi Jantung

Pada pemeriksaan sirkulasi di dapatkan hasil tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 70x/menit, irama reguler, tidak ada kelainan bunyi jantung, Ny.E tidak mengeluh nyeri dada.

g. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, tidak ada kontraksi, bising usus 5x/menit. Tampak ada nya luka bekas operasi yang ditutup hypafix, luas luka ± 10 cm, sayatan sc melintang, ada sedikit rembesan pada hypafix, ada rasa nyeri dengan skala 3.

h. Perineum dan Genetalia

Pada pemeriksaan perineum dan genetalia didapatkan hasil pasien post op SC jadi tidak dilakukan episiotomi pada perineum, tidak ada kemerahan, tidak ada odem, tidak ada ekimosis, tidak ada discharge, approximate baik, lochea berwarna rubra, hemoroid tidak terkaji.

i. Ekstremitas (Integumen dan Muskuloskeletal)

Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan hasil, turgor kulit menurun, warna kulit sawo matang, terdapat edema pada ekstremitas bawah, CRT > 3 detik, akral dingin, tidak tampak adanya kontraktur pada persendian, tidak ada thromboplebitis, Ny.E tampak masih terbatas dalam pergerakan pada ekstremitas bawah karena adanya luka post op sc. Kekuatan otot

5555	5555
4444	4444

5. Pemeriksaan penunjang

Pada pemeriksaan penunjang Ny.E, didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.1 Hasil pemeriksaan penunjang pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obygyn RSUD dr LA Palaloi Kabupaten Maros

Laboratorium		
Pemeriksaan	Hasil 28 Juli 2025	Nilai Normal
Hemoglobin	9.1 g/dL	11.5-15.0 g/dL
Hematokrit	29,4 %	34.0-46.0 %

Menurut (Falentina, 2020), pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada pasien post op sc adalah sebagai berikut :

- a. Hemogloblin atau hematocrit (HB/Ht) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Pada penelitian (Prawiro, 2015), ditemukan rata-rata selisih kadar Hb sebelum dan sesudah tindakan seksio caesarea yang elektif sebesar 1,14 gm/dL. Penurunan kada Hb ini dikarenakan oleh perdarahan, perdarahan mengakibatkan menurunnya volume darah serta jumlah sel darah merah yang terkandung di dalam darah.
- b. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi
- c. Tes golongan darah, lama pendarahan, waktu pembekuan darah
- d. Urinalisis / kultur urine
- e. Pemeriksaan elektrolit

Pada Ny.E terdapat hasil yang abnormal pada pemeriksaan hasil laboratorium, yaitu terjadi penurunan jumlah hemoglobin dan hematokrit. Penulis berpendapat bahwa penurunan kadar hemoglobin yang terjadi pada Ny.E disebabkan karena jenis persalinan yaitu sc karena pada proses tindakan sc pasien akan kehilangan darah karena banyak pembuluh dara yang terputus dan terbuka selama operasi, selain itu pada kehamilan ibu berbagi nutrisi dengan bayi melalui plasenta.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada tahap ini penulis merumuskan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan data–data pasien yang diperoleh pada saat pengkajian. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada tinjauan kasus adalah:

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa ini ditandai dengan adanya CRT >3detik, konjungtiva anemis, akral dingin, turgor kulit menurun, ada edema di esktremitas bawah, nyeri ketika bergerak dan ada rembesan cairan pada hypafix. Pemeriksaan ttv didapatkan hasil, nadi 62x/menit, tekanan darah 111/60mmHg. Pemeriksaan laboratorium didapatkan hemoglobin mengalami penurunan yaitu 9.1 g/dL dan Hematokrit 29,4 %.

Proses terjadinya penurunan perfusi perifer pada ibu hamil trimester I dengan anemia yaitu pada kehamilan dengan anemia akan mengakibatkan penurunan sel darah merah, nilai hematokrit dan hemoglobin. Salah satu fungsi darah adalah membawa O₂ ke seluruh organ tubuh. Sekitar 97-98,5% O₂ ditransportasikan dengan cara berikatan dengan Hb (HbO₂ / Oksihemoglobin). Jika O₂ yang diangkut menurun, maka akan terjadi gangguan karena suplai O₂ yang kurang ke jaringan. Hal ini mengakibatkan gangguan perfusi jaringan, dan berdampak pada organ yang mendapat suplai O₂ sedikit, terlebih dalam jangka waktu yang lama. Keadaan ini akan berbahaya terutama pada sirkulasi paru dan jantung (Corwin, 2010). Kadar hemoglobin normal pria adalah 13-18 g/dl dan kadar hemoglobin normal wanita :12-16 g/dl, sedangkan pada wanita hamil adalah 11,6-13,9 g/dl pada trimester I, 9,7-14,8 g/dl pada trimester II, dan 9,5-15,0 g/dl pada trimester III.6 Penurunan konsentrasi hemoglobin selama kehamilan normal terjadi akibat peningkatan volume plasma yang muncul sebagai kompensasi peningkatan pasokan darah menuju uteroplasenta sehingga viskositas darah secara keseluruhan menurun, Namun, penurunan kadar hemoglobin juga dapat ditemukan pada penderita anemia (terutama anemia kekurangan zat besi), sirosis, hipertiroidisme, perdarahan, peningkatan asupan cairan, dan kehamilan.

Penulis menegakkan diagnosa ini dengan rasional diagnosa ini ditegakkan karena adanya penurunan Hb dan pasien juga pasca dilakukan tindakan post sc dan terdapat rembesan di luka yang diberi betaplast. Selain itu ada tanda-tanda penurunan perfusi perifer, seperti CRT meningkat, tekanan darah dibawah nilai normal dan nadi teraba lemah.

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa ini ditandai dengan adanya luka insisi operasi sc, lebar luka ± 10 cm, 2 jari dibawah pusat, sayatan melintang, luka tampak ditutupi hypafix, ada rembesan sedikit pada hypafix. Pasien mengatakan ketika bergerak, bekas luka masih terasa nyeri.

Kerusakan integritas jaringan adalah keadaan dimana individu mengalami kerusakan integritas membran mukosa, corneal, jaringan pembungkus atau jaringan subkutan (Sriyanto, 2020).

Penulis menegakkan diagnosa ini dengan rasional karena adanya luka bekas insisi pasca operasi sc, ada sayatan ± 10 cm dan masih ada rembesan. Tujuan dari diangkatnya dx ini adalah agar mempercepat penyembuhan luka.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa ini ditandai dengan pasien lemas, adanya nyeri saat bergerak, ADL dibantu perawat atau keluarga, ada bekas luka sc, terdapat odem pada ekstremitas bawah, gerakan pasien terbatas, keadaan umum lemah dan mengalami penurunan kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 5555 & 5555 \\ \hline 4444 & 4444 \end{array}$$

Intoleransi aktivitas adalah kondisi ketika seseorang tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasa karena adanya keluhan kesehatan, keterbatasan fisik, atau rasa sakit. Dalam SDKI 2017

Penulis menegakkan diagnosa ini dengan rasional karena adanya kelemahan pada pasien, pasien juga tidak bisa memenuhi kebutuhannya sendiri karena ada penurunan kekuatan otot pasca anastesi, sehingga perlu intervensi untuk mengembalikan kekuatan otot pasien

C. Intervensi Keperawatan

Pada perencanaan asuhan keperawatan pada Ny.E menggunakan kriteria hasil yang mencapai pada pencapaian tujuan. Dalam intervensinya adalah memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan

menangani masalah (psikomotor) dan perubahan tingkah laku (afektif). Perencanaan tindakan yang akan diberikan kepada Ny.E adalah sebagai berikut :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB

Tujuan: Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: Hemoglobin dalam batas normal (11.5-15.0 g/dL), tanda-tanda vital dalam batas normal, elastisitas turgor baik, membran mukosa lembab, konjungtiva tidak anemis dan CRT <3 detik.

Penulis memberi intervensi sebagai berikut : 1) Observasi tanda-tanda vital, penurunan frekuensi atau kekuatan nadi, tekanan darah, frekuensi nafas, 2) Monitor CRT, elastisitas turgor kulit, 3) Monitor hasil pemeriksaan serum (Hemoglobin dan hematokrit), 4) Identifikasi tanda-tanda hipovolemi, 5) Edukasi pada Ibu untuk meningkatkan pola nutrisi, 6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian tranfusi bila perlu (SIKI, 2018)

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi

Tujuan: Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keutuhan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil : Tidak ada rembesan pada hupafix dan sensasi rasa nyeri berkurang.

Penulis memberi intervensi sebagai berikut : 1) Monitor karakteristik luka seperti warna, ukuran, bau dan ada atau tidaknya perdarahan di area luka, 2) Monitor tanda-tanda infeksi seperti adanya nyeri, kemerahan, kulit hangat, bengkak dan penurunan fungsi, 3) Jadwalkan rawat luka, 4) Edukasi pasien tanda dan gejala infeksi, 5) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, 6) Ajarkan prosedur perawatan mandiri ketika pasien dijadwalkan KRS, 7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik bila perlu (SIKI, 2018).

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Tujuan : Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : gerakan adekuat,

kekuatan ekstremitas bawah meningkat, pergerakan bebas dan pasien sedikit demi sedikit dapat memenuhi kebutuhannya sendiri.

Penulis memberi intervensi sebagai berikut : 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 2) Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya, 3) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 4) Monitor tanda-tanda vital dan kondisi umum pasien selama mobilisasi, 5) Bantu pasien dalam melakukan pergerakan, seperti duduk dan berdiri, 6) Anjurkan pada keluarga untuk membantu pergerakan pasien, 7) Ajarkan pasien dan keluarga mobilisasi sederhana seperti duduk ditempat tidur ataupun pindah dari tempat tidur ke kasur (SIKI, 2018).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Ny.E yang sebenarnya.

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 29-31 Juli 2025. Pada kasus Ny.E, tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi mengobservasi tanda-tanda vital, memonitor CRT, elastisitas turgor kulit, mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemi, Ibu tidak diberikan tranfusi sehingga perlu edukasi untuk meningkatkan pola nutrisi agar dapat meningkatkan kadar HB.

Salah satu zat gizi yang diketahui meningkat kebutuhannya selama kehamilan adalah zat besi. Zat besi pada masa kehamilan digunakan untuk perkembangan janin, plasenta, ekspansi sel darah merah, dan untuk kebutuhan basal tubuh. Zat besi yang diperlukan dapat diperoleh dari makanan dan tablet besi. Akan tetapi, seperti halnya konsumsi zat gizi secara umum, konsumsi zat besi seringkali belum memenuhi kebutuhan dalam tubuh. Apabila kadar zat besi di dalam tubuh ibu hamil kurang, maka

akan terjadi suatu keadaan yang disebut anemia. Hal itu dikarenakan zat besi merupakan mikroelemen yang esensial bagi tubuh. Zat ini terutama diperlukan dalam hemopoiesis (pembentukan darah), yaitu dalam sintesa hemoglobin. (Etika Iskandar Br. Ginting 2023)

Peneliti berasumsi bahwa pasien tidak memerlukan transfusi karena hilangnya kadar HB tidak dikarenakan perdarahan pada saat sectio caesar, melainkan kurangnya kecukupan gizi, asupan Fe, vitamin b12 dan protein pada ibu. Maka peneliti hanya memberikan edukasi terkait jenis-jenis makan yang dapat meningkatkan kadar HB.

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 29-31 juli 2025. Pada kasus Ny.E, tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi memonitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau dan ada tidaknya perdarahan pada area luka), memonitor tanda-tanda infeksi (nyeri, kemerahan, kulit hangat, bengkak dan penurunan fungsi), merawat luka pasien, menganjurkan ibu agar tidak tarak, memberi edukasi terkait jenis makanan yang dapat meningkatkan integritas kulit seperti diet tinggi kalori dan protein salah satunya ikan dan ayam. Selama melakukan perawatan pada Ny.E tidak ditemukan tanda infeksi, sehingga dokter tidak memberi terapi antibiotik dan hanya memberi terapi analgesik untuk menghilangkan rasa nyeri.

Proses persalinan dengan sectio caesarea membawa dampak tersendiri pada diri ibu, terutama pada fisik ibu terdapat luka pada area perineum. Komplikasi umum yang terjadi dalam proses penyembuhan luka ialah infeksi. Untuk itu ibu perlu memiliki tingkat konsumsi gizi yang baik terutama protein. Asupan protein yang cukup dapat mengoptimalkan laju penyembuhan luka. Peneliti berasumsi bahwa luka bekas post op akan sembuh meskipun hanya dengan diet tinggi protein namun dengan diikuti oleh perilaku ibu dalam merawat luka bekas post operasinya secara mandiri. (Mubin Barid, 2022)

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 29-31 juli 2025. Pada kasus Ny.E, tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi mengidentifikasi adanya keluhan fisik, mengidentifikasi gerakan yang dapat ditoleransi oleh ibu, mengobservasi tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pasien mobilisasi, membantu pasien dalam melakukan pergerakan, mengajarkan pasien mobilisasi sederhana, serta mengedukasi keluarga dalam membantu memulihkan kemandirian pasien.

Mobilisasi dini post sectio caesarea harus dilakukan secara bertahap. Tahap – tahap mobilisasi dini pada pasien post sectio caesarea adalah pada 6 jam pertama setelah operasi, pasien harus tirah baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Pasien diharuskan miring kiri dan kanan setelah 6-10 jam untuk mencegah thrombosis dan thromboemboli. Setelah 24 jam pasien dianjurkan belajar duduk, kemudian dilanjutkan dengan belajar berjalan. Beberapa keuntungan dari mobilisasi dini antara lain dapat melancarkan pengeluaran lokhea, mempercepat involusi uterus, melancarkan fungsi alat gastrointestinal, ibu merasa lebih sehat dan kuat, dan melancarkan peredaran darah serta mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme. Mobilisasi dini penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu sehingga ibu dapat segera melakukan aktivitas sehari-hari secara normal

Penulis berasumsi bahwa jika pasien tidak segera dilatih kemandirian dalam mobilisasi dapat menjadikan kondisi ibu semakin memburuk dan pemulihan post op sectio caesarea menjadi terlambat, maka penulis memberikan edukasi pentingnya mobilisasi dini agar ibu termotivasi untuk segera melakukan mobilisasi.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut:

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB

Hasil evaluasi setelah 3 hari perawatan yaitu tanggal 31 Juli 2025 didapatkan bahwa tanda-tanda vital dalam batas normal tekanan darah : 120/68 mmHg, nadi : 68x menit, CRT <3detik, tidak ada edema, tidak ada rembesan pada hypafix, konjungtiva tidak anemis. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dikarenakan sudah tidak ada tanda- tanda ketidakefektifan perfusi perifer, pasien dijadwalkan keluar dari Rumah Sakit.

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi

Hasil evaluasi setelah 3 hari perawatan yaitu tanggal 31 juli 2025 didapatkan bahwa pasien dalam kondisi yaitu luka bersih, tidak ada rembesan dan sensai rasa nyeri berkurang. Akral hangat, suhu tubuh pasien 36,5°C dan tidak ada tanda-tanda infeksi, namun bekas luka belum sepenuhnya kering. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan integritas kulit belum teratasi sepenuhnya dikarenakan bekas luka belum menutup sempurna, namun pasien sudah dijadwalkan KRS dan diberi edukasi untuk perawatan luka mandiri selama dirumah serta menganjurkan agar segera kontrol bila ada tanda-tanda abnormal yang muncul pada luka.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Hasil evaluasi setelah 3 hari perawatan yaitu tanggal 31 juli 2025 didapatkan bahwa pasien sudah bisa berjalan ke toilet dibantu ibunya tampak masih ada edema pada ekstremitas bawah, kekuatan otot

normal pasien mampu melawan gravitasi serta menahan tahanan dari pengkaji. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan mobilitas fisik teratasi karena pasien telah mampu melakukan mobilisasi aktif pasien dijadwalkan keluar dari Rumah Sakit.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny.E dengan Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD di Ruang Obgyn RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros, sehingga penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD.

A. Kesimpulan

Mengacu pada hasil urian tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Post Op Sectio Caesarea dengan indikasi KPD, maka perawat dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian didapatkan dengan keluhan ada cairan yang keluar dari vagina, pasien mengatakan tidak merasakan kontraksi apapun namun ada rembesan yang keluar, setelah di cek dengan kertas lakmus hasilnya adalah cairan ketuban, pasien di anjurkan untuk rawat inap dan harus segera dilakukan tindakan untuk mengeluarkan bayinya yaitu dengan operasi *sectio cesarea*. Pada tanggal 28 Juli 2025 dirawat di ruang obgyn dan dijadwalkan untuk operasi SC pukul 08.00 WITA. Pada tanggal 28 Juli 2025 pukul 08.39 WITA Ny.E telah melahirkan anak ke-2 dengan Operasi Sectio Caesar. Kondisi Ny.E pada saat pengkajian mengeluh lemas dan nyeri pada bergerak. Kondisi luka operasi ditutup dengan ploifiks dan ada rembesan sedikit. Tanda-tanda vital pasien TD : 111/66 mmHg, nadi 62x/ menit, RR 18x/menit. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan data penurunan hemoglobin dan hematokrit, pemeriksaan fisik pasien didapatkan data konjungtiva anemis, CRT >3 detik, akral dingin, penurunan kekuatan otot.
2. Diagnosa keperawatan pada Ny.E adalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB, gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik : insisi prosedur operasi SC, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kelemahan fisik
3. Rencana tindakan keperawatan pada Ny.E disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan untuk mengatasi masalah perfusi perifer,

gangguan integritas jaringan dan meningkatkan kemandirian pasien dalam mobilisasi aktif.

4. Tindakan keperawatan pada Ny.E dilakukan sesuai dengan intervensi yang mengacu secara langsung pada Ny.E yakni, mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemi, mengidentifikasi tanda-tanda infeksi dan mengajarkan pasien mobilisasi sederhana
5. Pada akhir evaluasi tanggal 31 Juli 2025, masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas jaringan dan Intoleransi aktifitas teratasi.

B. Saran

Adapun saran yang dapat diberikan oleh penulis, antara lain :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai pemberi pelayanan perawatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang cukup serta mampu bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Op Sectio Caesar.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkesinambungan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan yang berhubungan dengan perawatan pasien, dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan professional sesuai dengan standar asuhan keperawatan dan kode etik keperawatan
4. Mengembangkan dan meningkatkan pemahaman serta mengubah mind set perawat terhadap konsep manusia secara holistik dengan harapan perawat mempunyai responibilitas yang tinggi terhadap keluhan pasien sehingga intervensi yang diberikan mampu menyelesaikan masalah .

DAFTAR PUSTAKA

- Barus, N. (2024). Pendekatan Sosialisasi dan Keperawatan Pasien Nyeri Luka Section Caesarea di Rumah Sakit Umum Kabanjahe. Sumatra: Kabanjahe. <http://jurnal.ardenjaya.com/index.php/ajsh>
- Falentina, D. (2019). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Op Sectio Caesarea Di Ruang Perawatan Mawar Nifas Rsud. Abdul Wahab Sjhanrie Samarinda. *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Op Sectio Caesarea Di Ruang Perawatan Mawar Nifas Rsud. Abdul Wahab Sjhanrie Samarinda.*
- Karmila, Wilhemina. I. dkk. (2023) Penanganan pada ibu Ketuban Pecah Dini. Tarakan. <https://jurnal.intekom.id/index.php/njms>
- Maudyla, Dena. dkk. 2024. Faktor-faktor yang berhubungan dengan proses penyembuhan luka post section caesariadi RS Ananda Babelan. Jakarta
- Pertiwi, M. E. (2019). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Mawar Rsud Bangil Pasuruan. *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Mawar Rsud Bangil Pasuruan.*
- Pratiwi, I. R. (2018). No Title. In *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Anemia Postpartum di Wilayah Kerja Puskesmas Wates*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jurusan Keperawatan Yogyakarta.
- SDKI. (2017). No Title. In *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* . Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Setyobudi, H. (2018). *Hubungan Antara Jenis Anestesi Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Bayi Yang Dilahirkan Secara Sectio Caesarea Dengan Preeklamsia Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta*. <http://eprints.ums.ac.id/913/>
- Siagian, L. dkk. (2023). Hubungan Antara Letak Janin, Preeklampsia, Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Sectio Caesaria di RS Yadika Kebayoran Lama Tahun 2021. [Ejournal.nusantaraglobal.ac.id/index.php/sentri](http://ejournal.nusantaraglobal.ac.id/index.php/sentri)
- SIKI. (2018). No Title. In *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.

SLKI. (2018). No Title. In *Standart Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Sriyanto. (2016). *Upaya Penanganan Kerusakan Integritas Jaringan Pada Pasien Post Orif Fraktur Radius Ulna Hari Ke 0 Di Rsop. Dr. Soeharso Surakarta*. [http://eprints.ums.ac.id/45302/4/Naspub Jadi.pdf](http://eprints.ums.ac.id/45302/4/Naspub%20Jadi.pdf)

Varney. (2010). Buku Ajar Asuhan Kebidanan. In *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Wiknjosastro.

Wathina,Zayyinatul. dkk. 2023. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea. Probolingga. <https://ejournal.unuja.ac.id/index.php/hitech>

Welan, M. G. (2019). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio Caesarea Atas Indikasi Gagal Induksi Pada Ny.E. Y. B Di Ruang Flamboyan Rsud Prof.W.Z Yohanes S. Kupang*. <http://repository.poltekeskupang.ac.id/2023/>

Lampiran



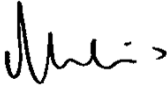
LEMBAR KONSULTASI

Nama : Nurhidayah Lukman

NIM : NH2415021

Pembimbing : Bdn. Mulyana, S. Tr. Keb., M. Keb.

Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan pada Ny.E dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Obgyn di RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros

Hari/Tanggal	Materi	Saran	Paraf Pembimbing
Jumat, 11 Juli 2025	- Pengajuan dan konsultasi judul KIAN	- Lanjutkan	
Selasa, 29 Juli 2025	- Konsultasi Bab I dan Bab II	- Revisi latar belakang dan rumusan masalah pada bab I - Penulisan disesuaikan dengan buku panduan KIAN	
Jumat, 15 Agustus 2025	- Perbaiki bab I - Konsultasi Bab III, Bab IV, dan Bab V	- Tambahkan daftar Pustaka - Perhatikan penulisan disesuaikan dengan buku panduan KIAN	

Lampiran

