

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**PENERAPAN PERAWATAN LUKA TEKNIK MODERN
DRESSING TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA POST
OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUANG PASCA
BERSALIN DI RSU ABDUL MANAP JAMBI**



Disusun oleh:

Berliana Simatupang
NPM 20250123090

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BAITURRAHIM
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**PENERAPAN PERAWATAN LUKA TEKNIK MODERN
DRESSING TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA POST
OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUANG PASCA
BERSALIN DI RSU ABDUL MANAP JAMBI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Dalam Menyelesaikan Pendidikan Profesi
Ners



Disusun oleh:

Berliana Simatupang
NPM 20250123090

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BAITURRAHIM
TAHUN 2025**

HALAMAN PENGESAHAN

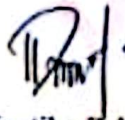
**PENERAPAN PERAWATAN LUKA TEKNIK MODERN DRESSING TERHADAP
PENYEMBUHAN LUKA POST OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUANG PASCA
BERSALIN DI RSUD.ABDUL MANAP JAMBI TAHUN 2025**

Disusun oleh :

BERLIANA SIMATUPANG
NPM. 20250123090

Telah Disetujui Pada Tanggal 21 Januari 2026,
dan dinyatakan Selesai dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir

Menyetujui,
Pembimbing



Ns. Dwi Kartika Febrianti, M.Kep
NIDN : 1020028603

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Baiturrahim



Bdn. Julaecha, M.Keb
NPP. 06306

Ketua Program Studi Ilmu
Keperawatan dan Profesi Ners



Ns. Vevi Suryenji Putri, M.Kep
NPP. 16912

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Berliana Simatupang
NIM : 20250123090
Program Studi : Program Studi Profesi Ners
Judul KIAN : **PENERAPAN PERAWATAN LUKA TEKNIK
MODERN DRESSING TERHADAP PENYEMBUHAN
LUKA POST OPERASI SECTIO CAESAREA DI
RUANG PASCA BERSALIN DI RSU ABDUL MANAP
JAMBI**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Jambi, 21 Januari 2026
Yang Membuat Pernyataan,

Berliana Simatupang

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Segala puji bagi Allah SWT, Tuhan semesta alam yang telah banyak melimpahkan rahmat, taufik dan hidayah Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan KIAN dengan judul **“PENERAPAN PERAWATAN LUKA TEKNIK MODERN DRESSING TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA POST OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUANG PASCA BERSALIN DI RSU ABDUL MANAP JAMBI”**. KIAN ini merupakan persyaratan menyelesaikan Profesi Keperawatan di Universitas Baiturrahim Jambi. Selain itu penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. Filius Chandra, SE, MM selaku Rektor Universitas Baiturrahim Jambi.
2. Bapak Ns. Hasyim Kadri,M.Kes selaku Wakil Rektor I Universitas Baiturrahim Jambi.
3. Ibu Bdn. Gustina M. Keb selaku Wakil Rektor II Universitas Baiturrahim Jambi.
4. Ibu Julaecha,S.ST.,Bdn.,M.Keb Selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Baiturrahim Jambi
5. Ibu Ns. Vevi Suryenti Putri, M.Kep selaku Ka. Prodi Sarjana ilmu keperawatan program sarjana Universitas Baiturrahim Jambi.
6. Ibu Ns. Dwi Kartika Pebrianti,S.Kep,.M.Kep selaku pembimbing Karya Ilmiah Akhir yang telah banyak memberikan masukan dan saran serta arahan yang membangun, menyediakan waktunya untuk membimbing penulis.
7. Bapak/Ibu Dosen dan Staff Universitas Baiturrahim Jambi
8. Rekan-rekan Universitas Baiturrahim Jambi.

KIAN ini tentunya masih jauh dari sempurna, maka itu penulis memohon agar bapak/ibu dapat memberikan masukan, kritik dan saran yang membangun hingga KIAN ini dapat menjadi lebih baik lagi.

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	
Halaman pengesahan.....	
Pernyataan Keaslian.....	
Kata Pengantar.....	
Daftar Isi.....	

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penulisan.....	6
1.4 Manfaat Penulisan.....	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Sectio Cesarea

1. Defenisi.....	8
2. Defenisi Luka Operasi.....	8
3. Defenisi Perawatan Luka.....	8
4. Tujuan Perawatan Luka.....	10
5. Komplikasi Proses Penyembuhan.....	10
6. Resiko Infeksi.....	12
7. Faktor Resiko infeksi.....	12
8. Penyebab Infeksi Luka Operasi.....	13
9. Tanda dan gejala Infeksi Luka.....	13

B. Modern Dressing

1. Tujuan Modern Dressing.....	15
2. Fungsi Modern Dressing.....	16
3. Jenis Modern Dressing.....	17

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian.....	18
2. Data Fokus.....	20
3. Diagnosa.....	21

4. Intervensi.....	22
5. Implementasi.....	23
6. Evaluasi.....	24

BAB III TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian.....	25
2. Analisa Data.....	30
3. Intervensi.....	32
4. Implementasi dan evaluasi.....	35

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian.....	44
2. Diagnosa.....	45
3. Intervensi.....	45
4. Implementasi.....	46
5. Evaluasi.....	47

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	51
B. Rekomendasi.....	51

DAFTAR PUSTAKA

**APPLICATION OF MODERN DRESSING WOUND CARE FOR POST-
CESAREAN SECTION WOUND HEALING IN THE POSTPARTUM
WARD AT ABDUL MANAP GENERAL HOSPITAL, JAMBI**

ABSTRACT

Surgical site infections can lead to various complications, increase anxiety, exacerbate discomfort, and even pose a risk of death. These infections are also associated with high morbidity rates and prolonged hospital stays. Modern wound dressing is a healing method that maintains a moist wound environment by using dressings capable of retaining moisture. This scientific paper aims to examine the application of modern dressing wound care for post-cesarean section wound healing in the postpartum ward at Abdul Manap General Hospital, Jambi. The study employed a qualitative method using a case study approach. The intervention was conducted over three days, accompanied by patient education. Results obtained after 72 hours (3 x 24 hours) of wound care showed that the patient (Mrs. S) reported her abdominal wound appeared dry; the dressing remained dry with no visible pus. The patient also reported a reduction in wound pain—dropping from a scale of 5 to 2—and stated she was able to perform light activities independently.

Keywords: Modern Dressing Wound Care, Cesarean Section, Post-Operative

**PENERAPAN PERAWATAN LUKA TEKNIK MODERN DRESSING
TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA POST OPERASI SECTIO
CAESAREA DI RUANG PASCA BERSALIN DI RSU
ABDUL MANAP JAMBI**

ABSTRAK

Infeksi pada luka di area operasi dapat mengakibatkan berbagai komplikasi, meningkatkan kecemasan, memperburuk rasa tidak nyaman, dan bahkan berisiko menyebabkan kematian. Infeksi ini juga terkait dengan tingkat morbiditas yang tinggi serta memperpanjang durasi tinggal di rumah sakit. Perawatan *modern dressing* untuk luka adalah metode penyembuhan yang menjaga lingkungan luka tetap lembab dengan menggunakan pembalut yang mampu mempertahankan kadar kelembaban. Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk mengetahui Penerapan Perawatan Luka Teknik Modern Dressing Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Pasca Bersalin Di RSU Abdul Manap Jambi. Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Intervensi dilakukan selama tiga hari disertai edukasi. Hasil menunjukkan setelah dilakukannya perawatan luka selama 3x 24 jam didapatkan data pada Ny.S adalah Pasien mengatakan luka di perutnya luka masih tampak kering , luka terpasang perban dan kondisi perban kering tidak ada pus pada perban, pasien juga mengatakan nyeri pada luka berkurang dari sebelumnya skala 5 menjadi 2, pasien mengatakan sudah mampu melakukan aktivitas ringan sendiri.

Kata Kunci : Perawatan Luka Modern Dressing, Sectio Caesarea, Post Operasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses persalinan adalah fase yang hampir pasti terjadi pada perempuan sehat di seluruh dunia. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain (sectio caesaria), dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Setelah melewati persalinan maka ibu akan memasuki fase yang disebut masa nifas. Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari (Yuliana & Hakim, 2020).

Menurut cara atau prosesnya, persalinan terbagi menjadi dua yaitu partus biasa/ normal dengan proses lahirnya bayi dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat- alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Serta partus luar biasa (abnormal) yang merupakan persalinan pervaginam dengan bantuan alat- alat atau melalui dinding perut dengan operasi sectio caesaria. Sectio caesaria merupakan salah satu metode persalinan yang sering digunakan dalam beberapa dekade terakhir. Sectio caesaria sendiri merupakan suatu tindakan pembedahan dengan cara memberikan sayatan pada dinding depan uterus untuk membantu proses persalinan (Febiantri & Machmudah, 2021).

Tindakan sectio caesaria telah banyak dilakukan di seluruh negara. Berdasarkan data World Health Organization menunjukkan angka 1 dari 5 bayi (21%) di dunia lahir dengan tindakan Section Caesaria (Laura Keenan, 2021).

Menurut data badan Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa pada tahun 2018 di Indonesia, capaian angka persalinan dengan tindakan sectio caesaria mencapai angka 17,6% (Riskesdas, 2018). Namun selayaknya tindakan pembedahan lainnya, operasi SC bukan tanpa risiko. Menurut *The National Healthcare Safety Network*, berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di berbagai rumah sakit di seluruh dunia menunjukkan bahwa prevalensi infeksi daerah operasi (IDO) setelah operasi caesar (SC) pada tahun 2021 berkisar antara 2,2% hingga 18,8% (CDC, 2021).

Infeksi pada luka di area operasi dapat mengakibatkan berbagai komplikasi, meningkatkan kecemasan, memperburuk rasa tidak nyaman, dan bahkan berisiko menyebabkan kematian. Infeksi ini juga terkait dengan tingkat morbiditas yang tinggi serta memperpanjang durasi tinggal di rumah sakit. Dibandingkan dengan pasien yang tidak terinfeksi, biaya perawatan pasien yang mengalami infeksi di daerah operasi cenderung lebih tinggi. Terdapat berbagai faktor yang menyebabkan terjadinya infeksi pada area operasi (IDO) setelah prosedur sectio caesaria. Infeksi pada luka setelah operasi caesar dapat terjadi akibat kontaminasi bakteri di sekitar area bedah. Hal ini dapat terjadi karena adanya kerusakan pada dinding viskus yang berongga, keberadaan bakteri flora normal pada kulit, serta prosedur bedah yang tidak memenuhi standar, yang dapat mengakibatkan paparan dari tim bedah, peralatan bedah, dan lingkungan sekitar.

Tingkat keparahan infeksi dapat dipengaruhi oleh toksin yang dihasilkan oleh mikroorganisme, serta kemampuannya untuk menghindari fagositosis dan merusak jaringan di dalam sel. Zat patogen yang umumnya menyebabkan infeksi Daerah Operasi (IDO) adalah flora normal yang terdapat di kulit, yaitu mikroba gram positif,

seperti *Staphylococcus aureus* dan *Staphylococcus epidermidis*. Faktor- faktor yang berisiko terkait dengan terjadinya IDO dapat dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu faktor penyebab yang berasal dari pasien dan penyebab terkait dengan prosedur. Faktor yang berkaitan dengan pasien mencakup jenis operasi yang dilakukan, skor ASA (*American Society of Anesthesiologists*), umur, kondisi gizi, obesitas, sistem kekebalan tubuh, kadar gula darah yang tinggi, suhu tubuh yang rendah, kekurangan oksigen, anemia, riwayat merokok, serta masalah perdarahan. Faktor prosedur pembedahan mencakup lamanya perawatan sebelum dilakukan operasi serta durasi pelaksanaan operasi itu sendiri. (Mockford Katherine, 2017).

Pada pasien post sectio caesaria yang berada di ruang nifas RSUD Abdul Manap Jambi, salah satu masalah keperawatan yang pasti muncul adalah risiko infeksi. Data pasti angka kejadian infeksi daerah operasi di RSUD Abdul Manap Jambi untuk tahun 2022 hingga 2025 sendiri belum ada, dan memang secara global pelaporan angka kejadian IDO belum maksimal sehingga prevalensi terbaru sulit ditemukan. Angka kejadian IDO yang tercatat terakhir pada tahun 2022 dengan rata-rata 0,88%, masih berada di bawah standar Kemenkes ($\leq 1,5\%$), dengan kasus IDO terbanyak terjadi pada bulan Januari dan Maret 2021 (masing-masing 2 kasus) dengan mayoritas ditemukan pada operasi dengan risiko tinggi (laparatomi dan operasi ortopedi). Akan tetapi, semua pasien pasca pembedahan termasuk pasien post SC adalah berisiko mengalami infeksi terutama apabila luka tidak ditangani dengan baik. Oleh sebab itu, penatalaksanaan asuhan keperawatan berupa perawatan luka pada ibu post SC harus dilakukan dengan tepat agar tidak menyebabkan komplikasi kesehatan lainnya.

Salah satu langkah untuk mencegah terjadinya masalah infeksi pada pasien

adalah dengan melakukan perawatan luka. Prinsip perawatan luka sendiri ialah menjaga kelembaban, kehangatan dan mencegah dari trauma. Banyak literatur yang memperkenalkan berbagai teknik perawatan luka dengan keunggulan dan kelemahan masing-masing. Metode perawatan luka yang berkembang saat ini adalah *moist wound healing* atau biasa dikenal dengan modern dressing.

Perawatan *modern dressing* untuk luka adalah metode penyembuhan yang menjaga lingkungan luka tetap lembab dengan menggunakan pembalut yang mampu mempertahankan kadar kelembaban. Dalam balutan luka modern, penambahan agen bioaktif dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Selain itu, mampu mengatasi infeksi pada luka yang disebabkan oleh patogen serta memiliki kemampuan untuk mencegahnya. Balutan luka modern meliputi transparan film, hidrogel, hidrokoloid, hidroselulosa, *calcium alginate*, *foam*, *cadexomer iodine*, silver dressing, dan zinc cream (Gitarja, 2022).

Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Harismayanti (2024), metode perawatan luka modern telah terbukti sebagai pilihan yang efektif dan efisien untuk mempercepat penyembuhan luka serta mencegah infeksi pada pasien setelah operasi caesar. Sebagian besar responden setelah menjalani operasi *sectio caesarea* menunjukkan bahwa proses penyembuhan luka mereka berjalan dengan baik. Pada lukanya akibat *sectio*, tidak tampak tanda-tanda infeksi pada pasien tersebut. Luka tidak mengeluarkan nanah, tampak normal tanpa pembengkakan, kemerahan, atau rasa panas. Selain itu, tidak ada yang berubah pada area luka serta tidak terdeteksi adanya darah yang keluar dari daerah tersebut.

Penelitian ini akan menerapkan metode *modern dressing* dengan menggunakan transparan film. Pemanfaatan transparan film dapat memudahkan

tenaga medis dalam memantau keadaan luka dan mengidentifikasi gejala infeksi, sekaligus menjaga agar luka tetap terlindungi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Febrianti (2024), dengan judul penggunaan *transparent film dressing* untuk pencegahan infeksi luka *post* operasi *sectio caesarea* pada ny. I di RSUD dr. Rubini mempawah hasil menunjukkan Penggunaan transparan film dapat mempercepat proses penyembuhan luka setelah operasi dengan mengurangi paparan luka terhadap lingkungan eksternal setiap hari, sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya infeksi. Transparan film dressing dapat menjadi pilihan yang ekonomis dan efisien, karena lapisannya lebih awet serta lebih mudah untuk diawasi berkat sifat transparansinya. Hal tersebut diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Harismayanti (2024), dengan judul Pengaruh Perawatan Luka *Film Dressing* Terhadap Penyembuhan Luka *Post Sectio Caesarea* Pada Ibu Nifas yang menunjukkan bahwa penggunaan balutan transparan modern memungkinkan pemantauan kondisi luka serta tanda-tanda infeksi menjadi lebih mudah, karena balutan tersebut tidak perlu dilepas.

Perawat memiliki peran yang krusial dalam pengelolaan pencegahan infeksi pada pasien di rumah sakit (HAIs), karena mereka menghabiskan waktu rata-rata 7-8 jam sehari bersama pasien, dengan sekitar 4 jam di antaranya dalam kontak langsung yang efektif. Situasi ini menjadikan mereka sebagai penyebab utama penyebaran infeksi apabila tidak melakukan perawatan luka dengan baik (Situmorang, 2021). Berdasarkan hasil penelitian keperawatan sebelumnya, penulis berminat untuk menguji teori yang telah ada serta menerapkan asuhan keperawatan pada pasien pasca persalinan yang menjalani operasi caesar, dengan fokus pada masalah risiko infeksi. Hal ini dilakukan melalui penerapan perawatan luka teknik modern dressing

terhadap penyembuhan luka post operasi sectio caesarea di ruang pasca bersalin di RSUD Abdul Manap Jambi.

1.2 Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post partum tindakan sectio caesaria dengan masalah risiko infeksi melalui tindakan perawatan luka dengan teknik modern dressing di ruang nifas RSUD Abdul Manap Jambi.

2. Tujuan Khusus

- a. Terlaksananya pengkajian dan analisis data pengkajian pada pasien post sectio caesaria dengan risiko infeksi di ruang nifas RSUD Abdul Manap Jambi.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien post sectio caesaria dengan risiko infeksi di ruang nifas RSUD Abdul Manap Jambi.
- c. Tersusunnya rencana asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesaria dengan risiko infeksi di ruang nifas RSUD Abdul Manap Jambi.
- d. Terlaksananya intervensi utama dalam mengatasi masalah risiko infeksi pada pasien post sectio caesaria melalui tindakan perawatan luka dengan teknik modern dressing di ruang nifas RSUD Abdul Manap Jambi.
- e. Terlaksananya hasil evaluasi keperawatan pada pasien post sectio caesaria dengan risiko infeksi di ruang nifas RSUD Abdul Manap Jambi.

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Bagi Rumah Sakit

Karya ilmiah ini dapat menjadi bahan kajian literatur bagi rumah sakit khususnya komite keperawatan mengenai asuhan pada pasien post sectio caesaria dengan risiko infeksi. Sehingga dapat membantu meningkatkan mutu pelayanan di RSUD Abdul Manap Jambi khususnya ruang nifas. Serta menambah pengetahuan dan wawasan petugas dalam memberikan asuhan perawatan luka dengan teknik modern dressing pada pasien dengan diagnosis

post sectio caesaria

1.3.2 Bagi pendidikan ilmu keperawatan

Penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi komunitas akademik. Khususnya terkait perawatan bagi pasien pasca sectio caesarea yang menghadapi risiko infeksi, melalui penerapan perawatan luka menggunakan teknik modern dressing

1.4.3 Bagi Penulis

Karya ilmiah ini merupakan proses pembelajaran dan kajian bagi penulis dalam membuktikan pengaruh dari dilakukannya tindakan perawatan luka dengan modern dressing transparan film pada pasien post SC dengan masalah risiko infeksi. Serta diharapkan bisa menambah pengetahuan dan pengalaman tentang asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesaria.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut serta dinding uterus untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Padila, 2015).

Sectio caesarea yaitu suatu persalinan yang dibuat dimana janin yang dilahirkan dengan cara melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim serta berat janin diatas 500 gram (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

2. Defenisi Luka Operasi

Luka yang sering terjadi diarea kebidanan yaitu, luka episiotomi, luka bedah *sectio caesarea*, luka bedah abdomen karena kasus ginekologi, atau luka akibat komplikasi proses persalinan (Maryunani, 2014). Luka merupakan suatu keadaan yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan. Penyebabnya bisa karena trauma, operasi, ischemia, dan tekanan (Ekaputra, 2013).

Luka adalah suatu keadaan dimana terputusnya kontinuitas jaringan tubuh yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh dan mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari – hari (Damayanti, Pitriani, & Ardhiyanti, 2015).

Luka Operasi yaitu luka akut yang dibuat oleh ahli bedah yang bertujuan untuk terapi atau rekonstruksi (Murtutik & Marjiyanto, 2013)

3. Definisi perawatan luka operasi post *sectio caesarea*

Perawatan luka pada pasien diawali dengan pembersihan luka selanjutnya tindakan yang dilakukan untuk merawat luka dan melakukan

pembalutan yang bertujuan untuk mencegah infeksi silang serta mempercepat proses penyembuhan luka (Lusianah, Indaryani, & Suratun, 2012).

Perawatan pasca operasi adalah perawatan yang dilakukan untuk meningkatkan proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri dengan cara merawat luka serta memperbaiki asupan makanan tinggi protein dan vitamin (Riyadi & Harmoko, 2012).

Perawatan luka post sectio caesarea menurut buku standar prosedur operasional tindakan keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar, (2013) yaitu dalam melakukan prosedur kerja dalam pemberian perawatan luka operasi post *section caesarea* dapat dibagi menjadi tiga tahap yaitu :

a. Pra interaksi

Dimana dalam tahap ini yang dilakukan adalah mengkaji kebutuhan ibu dalam perawatan luka operasi sc serta menyiapkan alat-alat perawatan.

b. Interaksi

Tahap interaksi ini dapat dibagi menjadi tiga tahap diantaranya :

1) Tahap orientasi

Pada tahap orientasi yang dilakukan yaitu mengucapkan salam, memperkenalkan diri perawat serta menyampaikan maksud dan tujuan dilakukannya perawatan luka.

2) Tahap kerja

Tindakan yang dilakukan pada tahap ini adalah mulai dari mencuci tangan, menggunakan alat pelindung diri (APD), membersihkan luka operasi dengan NaCl, sampai dengan tindakan terakhir yaitu merapikan

pasien.

3) Tahap terminasi

Tahap terminasi merupakan fase dimana perawat mengakhiri tindakan, yang dilakukan perawat pada saat ini adalah mengevaluasi perasaan ibu serta membuat kontrak pertemuan selanjutnya.

c. Post interaksi

Pada tahap ini yang dilakukan yaitu membersihkan alat-alat, mencuci tangan serta mendokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan (Maternitas, 2013). Prosedur perawatan luka operasi post *section caesarea* secara lengkap terlampir di lampiran 3.

4. Tujuan perawatan luka post *sectio caesarea*

Tujuan dari perawatan luka menurut Maryunani, (2013) yaitu :

- a) Mencegah dan melindungi luka dari infeksi.
- b) Menyerap eksudat.
- c) Melindungi luka dari trauma.
- d) Mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut.
- e) Meningkatkan penyembuhan luka dan memperoleh rasa nyaman.

5. Komplikasi proses penyembuhan luka post *sectio caesarea*

Proses penyembuhan luka yang tidak berjalan baik karna berbagai faktor penghambat akan menyebabkan suatu komplikasi, faktor yang bisa menjadi penghambat suatu proses penyembuhan luka menurut (Damayanti et al., 2015) yaitu :

- a. Vaskularisasi dapat memengaruhi penyembuhan luka karena luka membutuhkan keadaan peredaran darah yang baik untuk pertumbuhan /perbaikan sel.

- b. Anemia dapat memperlambat suatu proses penyembuhan luka mengingat perbaikan sel membutuhkan kadar protein yang cukup. Oleh sebab itu seseorang yang mengalami kekurangan kadar hemoglobin dalam darah akan mengalami suatu proses penyembuhan luka yang lama.
- c. Usia Kecepatan perbaikan sel berlangsung sejalan dengan pertumbuhan dan kematangan usia seseorang, proses penuaan dapat menurunkan sistem perbaikan sel sehingga dapat memperlambat proses penyembuhan luka *sectio caesarea*.
- d. Penyakit lain dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka, adanya suatu penyakit seperti diabetes mellitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka.
- e. Nutrisi merupakan suatu unsur utama dalam membantu perbaikan suatu sel. Terutama karena kandungan zat gizi yang terdapat didalamnya, seperti vitamin A diperlukan untuk membantu proses apitelisasi atau penutupan luka serta sintesis kolagen, vitamin B kompleks merupakan sebagai kofaktor pada sistem enzim yang mengandung metabolisme protein, karbohidrat, dan lemak. Vitamin C dapat berfungsi sebagai fibroblast serta dapat mencegah adanya suatu infeksi pada luka serta dapat membentuk kapiler-kapiler, dan vitamin K yang dapat membantu sistensis protombin serta berfungsi sebagai zat pembekuan darah.
- f. Kegemukan, obat-obatan, merokok, dan stress, dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Orang yang terlalu gemuk serta banyak mengonsumsi obat-obatan, merokok, atau stres akan mengalami proses penyembuhan luka yang lebih lama.

Komplikasi umum yang terjadi dalam penyembuhan luka Menurut (Sukma Wijaya, 2018) yaitu :

a Infeksi

Invasi bakteri dapat terjadi saat trauma saat pembedahan atau terjadi setelah pembedahan, gejala infeksi sering muncul sekitar dalam 2-7 hari setelah pembedahan. Gejala dari infeksi berupa kemerahan, nyeri, bengkak di

sekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan sel darah putih. Suatu cairan luka atau eksudat yang banyak serta berbau dan berjenis purulen menandakan terjadinya suatu infeksi, infeksi yang tidak terkontrol serta tidak segera ditangani maka akan menyebabkan osteomyelitis, bakteremia, dan sepsis.

b Pendarahan (*Hemoragik*)

Pendarahan terjadi paling sering jika kondisi pasien lemah serta adanya penyakit penyerta oleh pasien seperti kelainan darah atau bisa karena malnutrisi seperti kekurangan vitamin K.

c Dehisen (*Dehiscense*)

Dehiscense yaitu terpisahnya lapisan kulit serta jaringan atau tepi luka tidak menyatu dengan tepi luka yang lain, komplikasi ini dapat terjadi pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 11 setelah cedera.

d Eviserasi

Organ bagian dalam (viseral) dapat keluar dari permukaan luka yang terbuka ini disebut sebagai eviserasi.

6. Risiko infeksi pada post *sectio caesarea*

Risiko infeksi merupakan berisiko mengalami suatu peningkatan terserang organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan. Sedangkan Infeksi adalah invasi tubuh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit, suatu penyakit timbul jika patogen berkembang biak serta menyebabkan suatu perubahan pada jaringan normal (Potter & Perry, 2005).

7. Faktor risiko infeksi post *sectio caesarea*

Faktor terjadinya risiko infeksi menurut Standar Diagnosa

Keperawatan Indonesia, (2016) yaitu sebagai berikut :

- a. Efek prosedur invasive.
- b. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- c. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer :

Kerusakan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder : Penurunan hemoglobin, imununosupresi, supresi respon inflamasi.

8. Penyebab infeksi luka post *sectio caesarea*

Hasil pemeriksaan mikrobiologi dari hasil penelitian Wardoyo et al., (2014) penyebab infeksi luka operasi post *sectio caesarea* paling sering ditemukan yaitu disebabkan oleh bakteri E.coli. Menurut (Potter & Perry, 2005) infeksi luka operasi dapat disebabkan oleh beberapa faktor pencetus seperti agent merupakan penyebab infeksi seperti mikroorganisme yang masuk, serta host merupakan seseorang yang terinfeksi, dan Environment merupakan lingkungan di sekitar agent dan host seperti suhu, kelembaban, oksigen, sinar matahari, dan lainnya. Selisih waktu antara operasi dengan terjadinya ILO (infeksi luka operasi) rata-rata terjadi 3-11 hari.

9. Tanda dan gejala infeksi luka post *sectio caesarea*

Tanda gejala infeksi luka operasi menurut (Muttaqien et al., 2014) yaitu :

- a. Terdapat nyeri dan pus disekitar luka *sectio caesarea*.
- b. Terdapat kemerahan dan bengkak di sekeliling luka *sectio caesarea*.
- c. Terdapatnya peningkatan suhu tubuh.
- d. Terjadinya peningkatan sel darah putih.

Tanda dan gejala yang terjadi pada infeksi luka menurut (Smeltzer, 2002)

yaitu :

a. Rubor

Rubor atau kemerahan yaitu hal pertama yang terlihat ketika mengalami peradangan, saat reaksi peradangan timbul terjadi pelebaran arteriola yang mensuplai darah ke tempat peradangan. Sehingga darah lebih banyak mengalir ke mikrosirkulasi lokal serta kapiler meregang dengan cepat terisi penuh dengan darah. Keadaan yang seperti ini disebut hiperemia yang menyebabkan warna merah lokal karena peradangan akut.

b. Kalor

Kalor ini terjadinya bersamaan dengan kemerahan dari reaksi peradangan akut, kalor disebabkan oleh sirkulasi darah yang meningkat. Sebab darah yang memiliki suhu 37 derajat celsius akan disalurkan ke permukaan tubuh yang mengalami radang lebih banyak dari pada ke daerah yang normal.

c. Dolor

Pengeluaran zat seperti histamin atau bioaktif dapat merangsang suatu saraf. Rasa sakit pula disebabkan oleh suatu tekanan meningkat akibat pembengkakan jaringan yang meradang.

d. Tumor

Pembengkakan disebabkan oleh hiperemi dan juga sebagian besar ditimbulkan oleh pengiriman cairan serta sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan-jaringan interstitial.

e. Functio Laesa

Function laesa merupakan reaksi dari suatu peradangan, tetapi secara mendalam belum diketahui mekanisme terganggunya fungsi

jaringan yang meradang.

B. Modern Dressing

Modern dressing atau balutan luka modern adalah suatu bahan untuk menutupi luka yang menggunakan konsep moist atau lembap. Konsep lembap yang digunakan bertujuan untuk mempercepat proses fibrinolisis, pembentukan kapiler pembuluh darah baru (angiogenesis), menurunkan infeksi, mempercepat pembentukan sel aktif (neutrofil, monosit, makrofag dan lainnya), dan pembentukan faktor-faktor pertumbuhan (Carville, 2017). Konsep lembap diperkenalkan pertama kali dalam penelitian Gilge tahun 1948 kemudian dipopulerkan oleh George D.Winter tahun 1962 dengan hasil penelitian luka yang dirawat tertutup, lebih cepat sembuh dibandingkan luka terbuka (Benbow, 2018). Perawatan luka tertutup menciptakan suasana lingkungan luka menjadi lembap, sehingga memberikan proses penyembuhan 2-3 kali lebih cepat daripada perawatan terbuka atau dengan konsep kering (Benbow dan Slater, 2018).

Penelitian dari Didik (2020), perawatan modern dressing tidak meningkatkan infeksi. Pada penelitiannya tingkat infeksi pada semua jenis balutan lembap adalah 2,5% lebih baik dibanding 9% pada balutan kering dan penelitian ini dari potter (1998) konsep penyembuhan luka dengan teknik lembap ini merubah pelaksanaan luka dan memberikan rangsangan bagi perkembangan balutan modern.

1. Tujuan Modern Dressing

Tujuan utama dalam pemilihan balutan adalah menciptakan lingkungan luka lembap untuk mendukung proses penyembuhan adekuat agar

menghasilkan jaringan granulasi, epitelisasi dan penyembuhan yang matang. Selain itu tujuan dari modern dressing adalah mempercepat migrasi sel epitel yang mempercepat penutupan luka, meningkatkan proses granulasi, mencegah infeksi dan mengurangi biaya perawatan luka (I Made Sukma, 2016).

2. Fungsi Modern Dressing

Fungsi dari balutan modern untuk luka diseluruh dunia sangat bervariasi dan banyak, sehingga dapat menangani berbagai kasus luka. Balutan yang ada saat ini diperkirakan hampir lebih dari 3000 jenis di dunia. Balutan luka secara umum dibagi menjadi dua jenis di dunia, yaitu balutan primer (primary dressing) dan balutan sekunder (secondary dressing). Balutan primer adalah balutan yang menutupi dasar luka atau menyentuh langsung dasar luka. Balutan sekunder adalah balutan yang menutupi balutan primer atau yang mempertahankan posisi balutan pada tempatnya. Memilih balutan yang primer atau sekunder memerlukan wawasan yang luas tentang kandungan balutan tersebut sehingga pemilihan balutan sesuai tujuan yang diharapkan. Banyaknya produk balutan luka modern tersebut dikategorikan menjadi lima kategori berdasarkan fungsi dan tujuan pemilihan balutannya (Type Of A5 Wound Dressing), yaitu A1 sebagai autolisis debridemen, A2 balutan Antimikrobial, A3 balutan absorpsi eksudat dan bau, A4 balutan yang mempercepat granulasi dan epitelisasi, dan A5 balutan yang melindungi atau menghindari luka dari trauma.

3. Jenis-jenis Modern Dressing

- a) Transparent Film Bahan yang mengandung polyurethane film yang berfungsi menurunkan inflamasi, mendukung pertukaran gas dalam luka, mengurangi nyeri, serta melindungi luka dari trauma fisik, kimiawi, dan termal. Jaringan epitel yang baru menutupi luka dapat diberikan transparent film untuk mengurangi gesekan dan trauma baru. Transparent film tidak dapat menyerap eksudat dan memiliki sifat anti air, sehingga balutan tidak akan basah ketika terkena air. Bentuk balutan dapat berupa lembaran atau spray. Contoh produknya yaitu tegaderm film, hydrofilm, mepore film, dan lainnya.
- b) Foam Balutan foam mengandung polyurethane foam yang berfungsi menyerap eksudat dari sedang sampai sangat banyak. Selain itu dapat mengurangi tekanan pada luka tekan, mengatasi hipergranulasi, membantu melindungi luka dari trauma seperti pada pressure injury (dekubitus). Contoh produknya wundress, biatain, allevyn, mepilex lite, cutimed siltec, pharماسuper foam carbon silver, aquacel foam dan lainnya.
- c) Hydrocolloid Balutan hydrocolloid mengandung carboxymethyl cellulosa (CMC), pectin dan gelatin. Balutan ini digunakan untuk mengatasi inflamasi pada luka dan memberikan perlindungan pada trauma. Contohnya yaitu Hydrocolloid thin.
- d) Hydrogels Merupakan contoh coloid yang yang berbahan dasar

gliserin. Hydrogel mirip dengan hydrocolloid tapi dalam bentuk gel. Dapat menciptakan suasana yang lembab pada luka dan mengabsorpsi eksudat luka. Contoh produk antara lain cutimed gel, intrasite gel, dan duoderm gel.

- e) Calcium Alginate Alginate mengandung polisakarida rumput laut yang dapat membantu menyerap eksudat dari sedang ke banyak sampai 20 kali beratnya. Alginate dapat berubah menjadi gel dan berwarna kehijauan. Adapun fungsi alginate untuk menghentikan perdarahan minor, luka dengan undermining dan tunnel (Baranoski dan Ayello, 2012). Contoh produknya seperti kaltostat, melgisorb, curasorb, Tegaderm alginate, suprasorb A, cutimed alginate dan lainnya.
- f) Silver Dressing Balutan ini terdiri dari kristal kecil berukuran 10-100 nanometer (nm) dan kandungan 1 ppm (part per million) silver sudah efektif melawan bakteri (MacGregor, 2016). Balutan ini paling sering digunakan, akan tetapi tidak boleh lebih dari dua minggu untuk mencegah resistensi. Contoh produknya seperti acticoat, contreet, urgotul Ag, polymem silver, atrauma Ag, dan aquacel Ag

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a) Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik.

b) Keluhan utama.

Pada pasien post *sectio caesarea* keluhan utama yang timbul yaitu nyeri pada luka post operasi.

c) persalinan sekarang

Pada pasien post *sectio caesarea* kaji riwayat persalinan yang dialami sekarang.

d) Riwayat menstruasi

Pada ibu, yang perlu ditanyakan adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.

e) Riwayat perkawinan

Yang perlu ditanyakan yaitu usia perkawinan, usia pertama kali kawin.

f) Riwayan kehamilan, persalinan dan nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas yang perlu diketahui yaitu HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali periksa saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat bada anak saat lahir, jenis kelamin, keadaan anak saat lahir.

g) Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Tanyakan pada ibu apakah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

h) Pola kebutuhan sehari-hari

i) Bernafas, pada pasien dengan post *sectio caesarea* tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.

j) Makan dan minum, pada pasien post *sectio caesarea* tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam satu hari.

k) Eliminasi, pada pasien post *sectio caesarea* pasien belum

melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.

- l) Istirahat dan tidur, pada pasien post *section caesarea* terjadinya gangguan pada pola istirahat tidur, dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- m) Gerakan dan aktifitas, pada pasien post *sectio caesarea* terjadinya gangguan gerakan dan aktifitas oleh karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
- n) Kebersihan diri, pada pasien post *sectio caesarea* kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- o) Berpakaian, pada pasien post *sectio caesarea* biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.
- p) Rasa nyaman, pada pasien post *section caesarea* akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- q) Konsep diri, pada pasien post *sectio caesarea* seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha merawat anaknya.
- r) Sosial, pada ibu *sectio caesarea* lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
- s) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partum terutama untuk ibu dengan *sectio caesarea* meliputi perawatan luka operasi, perawatan panyudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang

benar, nutrisi, KB, seksual, serta hal-hal yang yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu juga perlu ditanyakan tentang perawatan bayi seperti, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.

t) Data spiritual Kaji kepercayaan ibu terhadap Tuhan.

2. Data fokus pengkajian pada risiko infeksi

Dalam pengkajian ibu post *sectio caesarea* dengan risiko infeksi data fokus yang dikaji yaitu mengkaji faktor penyebab mengapa pasien berisiko terjadinya suatu infeksi. Menurut Tim Pokja SDKI (2016), faktor yang dapat menyebabkan risiko infeksi adalah :

- a. Efek prosedur invasive.
- b. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- c. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer :

Penurunan hemoglobin, imununosupresi, supresi respon inflamasi.

- a) Pemeriksaan fisik
- b) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, tinggi badan, berat badan, keadaan kulit.
- c) Pemeriksaan kepala wajah : Konjuntiva dan sclera mata normal atau tidak.
- d) Pemeriksaan leher : Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
- e) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya suara ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- f) Pemeriksaan buah dada : Bentuk simentris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/ retraksi.
- g) Pemeriksaan abdomen : Tinggi fundus uteri, bising usus kontraksi,

terdapat luka dan tanda- tanda infeksi disekitar luka operasi.

- h) Pemeriksaan ekstremitas atas : Ada tidaknya oedema, suhu akral, ekstremitas bawah : Ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- i) Genetalia : Menggunakan dower kateter.
- j) Data penunjang

Pemeriksaan darah lengkap seperti pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT), dan sel darah putih (WBC).

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai suatu respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun pontensial. Tujuan diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien, individu, keluarga, komunitas, terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Tabel 1
Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi pada ibu post *sectio caesarea*

Masalah Keperawatan	Faktor risiko	Kondisi klinis terkait
---------------------	---------------	------------------------

Risiko Infeksi	1. Efek prosedur invasive	1. Tindakan invasive
Definisi :	2. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer : ketuban pecah sebelum waktunya	2. Ketuban pecah sebelum waktunya
Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.	3. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: penurunan hemoglobin	3. Peningkatan leukosit.

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

4. Intervensi

Perencanaan adalah langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Perawat menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/diharapkan, dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013). Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan hasil perumusan diagnosa yang telah ditentukan, yaitu dengan menggunakan penerapan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berikut ini merupakan perencanaan keperawatan untuk pasien dengan masalah keperawatan risiko infeksi.

Tabel 2
Intervensi Untuk Pasien Dengan Masalah Keperawatan Risiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
(1)	(2)	(3)

Risiko Infeksi	SLKI	SIKI
Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terjerang organisme patogenik.	Setelah diberikan asuhan keperawatan selamax.... jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Tidak adanya demam. 2. Tidak terdapat nyeri pada luka operasi 3. Tidak ada bengkak pada luka operasi sc 4. Tidak terdapat cairan berbau busuk pada luka sc 5. Kadar sel darah putih dalam batas normal.	1. Pencegahan infeksi : a. Monitor tanda dan gejala infeksi. b. Batasi jumlah pengunjung. c. Jelaskan tanda gejala infeksi. d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi. 2. Perawatan luka : a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan. b. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan. c. Pasang balutan sesuai jenis luka. d. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. e. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

(Sumber : Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018))

5 Pelaksanaan

Implementasi merupakan fase dimana perawat melaksanakan serta melakukan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan. Implementasi yaitu terdiri dari melakukan serta mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan dari keperawatan khusus yang diperlukan untuk

melaksanakan suatu intervensi. Perawat melakukan serta mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan cara mencatat tindakan keperawatan serta respon pasien terhadap suatu tindakan tersebut (Kozier et al., 2011).

6 Evaluasi

Evaluasi merupakan fase kelima dan terakhir dalam proses keperawatan (Kozier et al., 2011). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu evaluasi yang menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan setelah program selesai serta mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan, evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planning). Komponen SOAP yaitu S (Subjektif) merupakan dimana perawat menemui keluhan ibu yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) yaitu data yang berdasarkan hasil pengukuran serta observasi perawat secara langsung pada ibu dan apa yang dirasakan ibu setelah tindakan keperawatan yang diberikan, A (Assesment) yaitu interpretasi dari data subjektif dan objektif untuk menentukan tindak lanjut serta penentuan apakah implementasi yang diberikan akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik, P (Planing) merupakan perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, serta ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Achjar, 2018).

BAB III
TINJAUAN KASUS
UNIVERSITAS BAITURRAHIM JAMBI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS

**FORMAT PENGKAJIAN POS-OP (Curetase, SC,
Histerektomi)**

Nama Mhs : Berliana Simatupang Tanggal/Jam Pengkajian : 27
 November 2025 14.00 wib Ruangan/No MR : Kebidanan/00.01.678

I. Data Umum

Data Ibu

- a) Nama inisial : Ny.S
- b) No MR : 00.01.67.85
- c) Usia ibu : 33 (tahun)
- d) Usia anak terakhir : -
- e) Jumlah anak hidup : -
- f) Status obstetri : G1 P0 A0
- g) Status perkawinan : Perkawinan ke 1
- h) Pendidikan ibu : SMA
- i) Pekerjaan ibu : IRT
- j) Agama : Islam
- k) Alamat lengkap : Rt 11 Jelutung

Data Suami

- a. Nama inisial : Tn.R
- b. Usia : 35 (tahun)
- c. Pendidikan : SMA
- d. Pekerjaan : Wiraswasta
- e. Pernyataan persetujuan dilakukan tindakan: ada ada/tidak

II. Alasan Masuk Rumah Sakit

Pasien datang dengan keluhan keluar lendir dari jalan lahir sejak lebih kurang 4 jam, keluar air jernih banyak. Perut pasien terasa kencang menjalar hingga ke pinggang sejak pukul 05.30 wib. Pasien riwayat hipertiroid dan riwayat hipertensi dalam kehamilan.

III. Kondisi Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian didapatkan data pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya, Pasien mengatakan adanya luka di perutnya luka masih tampak basah, luka terpasang perban. Nyeri yang dirasakan seperti tersayat-sayat. Nyeri bertambah saat digerakan, dan berkurang saat istirahat. Nyeri yang dirasakan

skala 5 dan nyeri dirasakan hilang timbul, sulit melakukan pergerakan terutama dibagian perut dan kaki.

P: Nyeri timbul saat bergerak

Q: Nyeri seperti tersayat-sayat

R: Nyeri pada luka post operasi SC sampai ke daerah pusat

S: Skala nyeri 5

T: Nyeri dirasakan hilang timbul dan saat bergerak

Hasil pemeriksaan di dapatkan data TFU satu jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, TD 132/90 mmHg, nadi 106x/m, RR 28x/m, suhu 36,6°C. Ny.S juga mengatakan pola tidur terganggu karna rasa nyeri tersebut.

Masalah Keperawatan: Nyeri akut ,Risiko infeksi, Gangguan pola tidur

IV. Riwayat Penyakit Keluarga

Ny.S Mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang melakukan persalinan melalui tindakan operasi SC dan tidak memiliki riwayat penyakit menular

V. Riwayat Kehamilan, Abortus dan Persalinan

a. Riwayat Kehamilan

Kehamilan ke	Usia ibu saat hamil (tahun)	Frekuensi ANC	Keluhan/masalah saat hamil	Obat-obatan yang dikonsumsi saat hamil
1	Hamil ini	6 kali		PTU 1X100 MG

b. Riwayat Abortus

Abortus ke	Waktu (tgl/bln/tahun)	Jenis Kelamin anak	Tindakan (dipertahankan /kuretase)	Usia kehamilan saat abortus	Masalah saat/setelah abortus

c. Riwayat Persalinan

Persalinan ke	Usia ibu saat melahirkan (tahun)	Jenis persalinan (normal/tindakan)	Tempat/ penolong	Jenis kelamin, kondisi bayi saat lahir	Kondisi ibu saat/setelah persalinan
	-				

VI. Pengalaman Menyusui

Pengalaman menyusui (bagi yang sudah memiliki anak sebelumnya)

- ASI eksklusif, jelaskan: -

VII. Riwayat Ginekologi

- Menstruasi (menarche, jumlah darah, lama menstruasi, dismenore atau gangguan haid lainnya): Ny S mengatakan mengalami menarche pertama kali pada umur 14 tahun, siklus haid 28 hari, lama haid lebih kurang 6 hari, banyaknya haid normal, haid nya teratur, nyeri pada saat haid kadang kadang.
- Keputihan atau infeksi genitalia lainnya
- Perdarahan pervaginam: Tidak ada
- Tumor jinak ginekologi (tumor rahim, tumor payudara, kista ovarium, dll. Jelaskan: tidak ada
- Tumor ganas ginekologi (ca.seviks, ca. ovarium, ca.endometrium, ca.rahim, ca.payudara, dll). Jelaskan: Tidak ada
- Kelainan ginekologi lainnya (molahidatidosa/chorio carcinoma, KE/KET, dll). Jelaskan: tidak ada
- Obat yang digunakan terkait masalah yang dihadapi:

VIII. Riwayat Penggunaan Obat-Obatan (terkait pembedahan sekarang)

Jelaskan: tidak ada

IX. Riwayat Operasi/curetase sebelumnya

- Misalnya mastektomi, apendiktomi, dll: tidak ada
- Indikasi, nakes/faskes tempat dilakukan operasi: tidak ada
- Masalah sebelum operasi (stres, penyakit ibu, dll: tidak ada
- Masalah setelah operasi : anemia, infeksi nifas, dll: tidak ada

X. Pengkajian Fisik Post-Operasi/Curetase

- Keadaan umum: Baik, tingkat kesadaran: compos mentis
- Perubahan TTV yang mungkin berhubungan dengan kecemasan menghadapi operasi/curetase: TD: TD 130/77 mmHg, nadi 100x/m, RR 20x/m, suhu 36,6°C, BB: kg, TB: cm.
- Kondisi jalan nafas: Normal

Masalah Keperawatan: tidak ada

XI. Pengkajian Psikologis Ibu dan Keluarga Post-Operasi/Curetase Kecemasan menjalani operasi

XII. kurang pengetahuan, Jelaskan: tidak ada

XIII. Pemeriksaan Laboratorium

Urinalisis, pemeriksaan darah, elektrolit, AGD, gula darah, kreatinin, EKG, golongan darah: Hb 13,5 leukosit 14,0 HT 37,6 Trombosit 277 , CT: 5 menit BT: 2 menit ,gol.dar O, GDS : 90 mg/dl

XIV. Pemeriksaan Fisik (*head to toe*)

1) Kepala

- Kebersihan kulit kepala dan rambut: Bersih
- Kulit, Jelaskan: kuning langsung
- Hidung (epistaksis, cloasma gravidarum, gerakan cuping hidung,dll. Jelaskan:

Tidak terdapat kelainan ,tidak ada pernafasan coping hidung,tidak ada pembesaran polip,dan fungsi penciuman baik.

- Mulut: bibir, mukosa bibir, kebersihan mulut, gigi (kebersihan, gigiberlobang, lidah. Jelaskan:

Mukosa Bibir lembab tidan sianosis dan mulut bersih

- Leher: pembesaran kelenjar tiroid (terutama pada ibu dengan hipertiroidisme):

Ada riwayat hipertiroid

2) Masalah Keperawatan: tidak ada

3) Dada dan Payudara

Jelaskan: Simetris, puting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, kolostrum dan ASI belum keluar

Masalah Keperawatan: tidak ada

4) Abdomen

Jelaskan:

1. Inpeksi: Tidak ada pembesaran di abdomen, adanya bekas luka operasi SC dibagian bawah abdomen, luka operasi berbentuk horizontal, tertutup dengan obsite/perban, tidak ada tanda- tanda infeksi seperti kemerahan, terasa panas, pembengkakan dan terasa nyeri dibagian luka.

2. Auskultasi: Tidak terdengar bising usus

3. Palpasi: Nyeri tekan disekitar luka operasi dan sekitarnya, skala nyeri 5, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras.

4. Perkusi: Timpani

Masalah Keperawatan: nyeri akut dan resiko infeksi

5) Genitalia

Jelaskan: tidak ada masalah

6) Ekstremitas (tangan dan kaki)

Jelaskan:

1. Ekstremitas atas tidak ada oedema, tidak lesi, kekuatan otot kuat, di tangan sebelah kanan terpasang infus RL 20 tpm dan pergerakan aktif.
2. Ekstremitas bawah tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot lemah, klien dianjurkan untuk latihan miring kanan kiri pada 6 jam post operasi, belajar duduk pada hari ke dua dan belajar berjalan pada hari ke tiga post operasi.
3. Kekuatan otot 5,5,3,3

Masalah Keperawatan: gangguan mobilisasi

XV. Kondisi Psikologis Anggota Keluarga lain

Jelaskan: Tidak ada masalah

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah

XVI. Pola Aktifitas Sehari-Hari (sebelum sakit dan saat dirawat/pre-operasi)

- Istirahat tidur, Jelaskan Ny.S mengatakan sebelum sakit pola tidur baik dan setelah sakit pola tidur terganggu
- Mobilitas dan latihan, Jelaskan: Ny.S mengatakan sebelum sakit masih bisa melakukan aktifitas sendiri tanpa bantuan dan setelah sakit pergerakan membutuhkan bantuan atau dibantu
- Nutrisi dan cairan, Jelaskan: Sebelum sakit pola makan dan minum baik begitupun setelah sakit
- Keadaan psikologis, Jelaskan: Keadaan psikologi baik

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah

XVII. Rangkuman Hasil Pengkajian

Masalah Keperawatan:

1. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi)
2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri perut bagian bawah pada luka bekas operasi - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Klien mengatakan nyeri pada luka operasi sampai ke pusat - P : Nyeri timbul saat bergerak Q : Nyeri seperti di Tersayat-sayat R : Nyeri pada bekas luka operasi sampai ke pusat S : Skala nyeri 5 T : Nyeri Hilang timbul dan saat bergerak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien bergerak sangat berhati-hati - TD :130/77 mmHg, - N: 100x/m, RR :20x/m, S: 36,6°C. 	Agen pencedera fisik (luka operasi)	Nyeri Akut

2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri perut bagian bawah pada luka bekas operasi - Pasien mengatakan adanya luka di perutnya luka masih tampak basah, luka terpasang perban. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka post operasi memerah di perut bawah - TD :130/77 mmHg, - N: 100x/m, RR :20x/m, - S: 36,6°C. 	efek prosedur invasif	Resiko infeksi
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kesulitan Bergerak - Pasien mengatakan sakit bila bergerak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak berbaring terus menerus 	Keengganan (nyeri)	Gangguan mobilitas fisik

INTERVENSI KEPERAWATAN Nursing Care Plan (NCP)

Nama : Ny. S
No. RM : 00.01.67.85

No.	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	(L.08066) setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5)	Manajemen Nyeri (L.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2. jelaskan strategi meredakan nyeri 3. ajarkan memonitor nyeri secara mandiri 4. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
2	Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Bengkak menurun 3. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

			2. Ajarkan cara memeriksa luka 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi Kolaborasi pemberian imunisasi, Jika perlu
3	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam, di Harapkan kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentan gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kaku sendi menurun 6. Gerakan terbatas menurun 7. Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis pagar tempat tidur) Terapeutik 1. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat

			tidur ke kursi)
--	--	--	-----------------

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. S
No. RM : 00.01.67.85

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	27-11-2025 14.00 15.00 16.00 16.30 17.00 17.30 18.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P: nyeri timbul saat bergerak Q: nyeri seperti tersayat-sayat R: nyeri luka operasi sampai ke pusat S: 5 T: hilang timbul - Mengidentifikasi skala nyeri skala 5 - Mengidentifikasi nyeri non verbal pasien tampak meringis kesakitan - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup pasien tampak sabar meskipun sesekali mengeluh sakit - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri teknik relaksasi benson - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri mengurangi kebisingan. - Memfasilitasi istirahat dan tidur memposisikan pasien posisi semi fowler - Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri - Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri - Menjelaskan strategi meredakan nyeri farmakologis dan nonfarmakologis - Mengkolaborasi pemberian analgetik. <p>Hasil : pronalgessupp</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri pada luka operasi pada saat berjalan sudah berkurang - pasien mengeluh nyeri yang dirasakan terasa hilang timbul - pasien mengeluh nyeri yang dirasakan membuat tidak nyaman selama dan setelah beraktivitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak meringis dan gelisah - frekuensi nadi 95x/menit - P : nyeri saat bergerak Q : terasa seperti disayat sayat R : nyeri luka operasi sampai ke pusat S : 4 T : terus menerus <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
2.	Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)	27-11- 2025	-Memonitor tanda dan gejala lokal dan sistemik Hasil : luka tampak tidak bengkak dan sedikit merah dan sudah mulai tertutup	S : - Pasien mengatakan luka operasi nya tampak sedikit merah	
		14.00		- Pasien mengatakan telah mengerti tanda dan gejala infeksi	
		15.00	-Membatasi jumlah pengunjung Hasil: Menerapkan jamberkunjung dan terlihat pengunjung bergantian		
		15.20	-Mengajarkan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: keluarga dan pasien terlihat bisa melakukan 6 langkah cuci tangan tapi tidak selalu di praktekkan	O : - Pasien tampak meringis dan gelisah - frekuensi nadi 100x/menit - Luka post sc masih tampak belum kering	
		15.30	-Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Pasien dan keluarga tampak mengerti yang di jelaskan	- Pasien dan keluarga tampak sudah mulai mengerti cara memeriksa luka - Pasien dan keluarga bisa melakukan cuci tangan tapi belum mengerti kapan di kerjakan	
		16.00	-Mengajarkan cara memeriksa luka Hasil: Pasien dan keluarga telah di ajarkan untuk ganti verban dan vulva hgiene	A : masalah belum teratasi	
		17.00	-Anjurkan meningkatkan asupan cairan	P : Lanjutkan intervensi - Membatasi jumlah pengunjung - Mengajarkan cara memeriksa luka - Mengajarkan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	27-11-2025 14.00	Membantu pasien ambulasi pasien	- Pasien mengatakan nyeri saat bergerak	
		15.00	Memfasilitasi pasien air hangat untuk membersihkan diri dan mengajarkan pasien untuk seka	- Pasien mengatakan bisa bergerak jika di bantu	
		15.20	Melakukan observasi tanda-tanda vital T/D : 130/84 mmhg Nadi : 100 x/i RR : 20 x/i Suhu : 36,7 °C	O: - Fisik pasien tampak lebih segar - Rentang gerak pasien meningkat - Gerakan pasien tampak terbatas - Aktivitas dibantu	
		15.30	Mengkaji nyeri dan ambulasi pasien hasil : pasien masih merasa nyeri jika bergerak	masalah teratasi sebagian	
		16.00	Memberi dorongan pada pasien untuk melakukan latihan gerak dengan bertahap seperti miring kanan Hasil: Pasien dapat miring kanan dan kiri tapi perlahan	intervensi dilanjutkan - Mengkaji nyeri dan ambulasi pasien - Memberi dorongan pada pasien untuk melakukan latihan gerak dengan bertahap	
		17.00	Membatasi kunjungan pasien Hasil ; Pasien dapat beristirahat dengan baik dan bisa berlatih dengan keluarga tanpa gangguan		
		18.00	Menganjurkan kepada keluarga untuk membantu pasien ambulasi Hasil : pasien dapat bergerak perlahan di bantu oleh keluarga		

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	28-11-2025 14.00 15.00 16.00 17.00 19.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P: nyeri timbul saat bergerak Q: nyeri seperti tersayat-sayat R: nyeri luka operasi sampai ke pusat S: skala nyeri 4 T: hilang timbul - Mengidentifikasi skala nyeri skala 4 - Mengidentifikasi nyeri non verbal pasien tampak meringis kesakitan - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup pasien tampak sabar meskipun sesekali mengeluh sakit - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri teknik relaksasi - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri mengurangi kebisingan. - Memfasilitasi istirahat dan tidur memposisikan pasien posisi semi fowler - Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri - Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri - Menjelaskan strategi meredakan nyeri farmakologis dan nonfarmakologis - Mengkolaborasi pemberian analgetik. <p>Hasil : pronalgas sup</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri pada luka operasi pada saat berjalan sudah berkurang - pasien mengeluh nyeri yang dirasakan terasa hilang timbul - pasien mengeluh nyeri yang dirasakan membuat tidak nyaman selama dan setelah beraktivitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak meringis dan gelisah - frekuensi nadi 95x/menit - P : nyeri saat bergerak Q : terasa seperti disayat sayat R : nyeri luka operasi sampai ke pusat S : skala nyeri 3 T : terus menerus <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
2.	Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)	28-11- 2025 14.00 15.00 15.20 15.30 16.00 17.00	<p>- Memonitor tanda dan gejala lokal dan sistemik Hasil : luka tampak tidak bengkak sudah mulai tertutup</p> <p>- Membatasi jumlah pengunjung Hasil: Menerapkan jamberkunjung dan terlihat pengunjung bergantian</p> <p>-Mengajarkan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: keluarga dan pasien terlihat bisa melakukan 6 langkah cuci tangan tapi tidak selalu di praktekkan</p> <p>-Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Pasien dan keluarga tampak mengerti yang di jelaskan</p> <p>-Mengajarkan cara memeriksa luka Hasil: Pasien dan keluarga telah di ajarkan untuk ganti verban dan vulva hgiene</p> <p>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ada luka operasi di bawah perut - Pasien mengatakan telah mengerti tanda dan gejala infeksi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis dan gelisah - frekuensi nadi 95x/menit - Luka post sc masih tampak sudah menutup - Pasien dan keluarga tampak sudah mengerti cara memeriksa luka - Pasien dan keluarga bisa melakukan cuci tangan dan sudah mengerti kapan di kerjakan <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	
No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	28-11- 2025 14.00 15.00	<p>Membantu pasien ambulasi pasien</p> <p>Memfasilitasi pasien air hangat untuk</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien 	

			membersihkan diri dan mengajarkan pasien untuk seka	mengatakan enggan bergerak karena akan menimbulkan rasa nyeri	
		15.20	Melakukan observasi tanda-tanda vital T/D : 130/85 mmhg Nadi : 90 x/i RR : 24 x/i Suhu : 36,0 °C	O: - Fisik pasien tampak sudah tidak lemah lagi - Rentang gerak aktif	
		15.30	Mengkaji nyeri dan ambulasi pasien hasil : pasien masih merasa nyeri jika bergerak Menganjurkan kepada keluarga untuk membantu pasien ambulasi	- Gerakan pasien tampak terbatas - Aktivitas sudah bisa berjalan sendiri dengan berpegang pada dinding	
		16.00	Memberi dorongan pada pasien untuk melakukan latihan gerak dengan bertahap seperti duduk perlahan dan berdiri Hasil: Pasien dapat berdiri dengan memegang dinding	masalah teratasi intervensi dihentikan	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	29-11-2025 14.00 15.00 16.00 17.00 19.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P: nyeri timbul saat bergerak Q: nyeri seperti tersayat-sayat R: nyeri luka operasi sampai ke pusat S: skala nyeri 4 T: hilang timbul - Mengidentifikasi skala nyeri skala 4 - Mengidentifikasi nyeri non verbal pasien tampak meringis kesakitan - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup pasien tampak sabar meskipun sesekali mengeluh sakit - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri teknik relaksasi - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri mengurangi kebisingan. - Memfasilitasi istirahat dan tidur memposisikan pasien posisi semi fowler - Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri - Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri - Menjelaskan strategi meredakan nyeri farmakologis dan nonfarmakologis - Mengkolaborasi pemberian analgetik. <p>Hasil : pronalgas sup</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri pada luka operasi pada saat berjalan sudah berkurang - pasien mengeluh nyeri yang dirasakan terasa hilang timbul - pasien mengeluh nyeri yang dirasakan membuat tidak nyaman selama dan setelah beraktivitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak meringis dan gelisah - frekuensi nadi 95x/menit - P : nyeri saat bergerak Q : terasa seperti disayat sayat R : nyeri luka operasi sampai ke pusat S : skala nyeri 3 T : terus menerus <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
2.	Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)	29-11- 2025 14.00 15.00 15.20 15.30 16.00 17.00	<p>- Memonitor tanda dan gejala lokal dan sistemik Hasil : luka tampak tidak bengkak sudah mulai tertutup</p> <p>- Membatasi jumlah pengunjung Hasil: Menerapkan jamberkunjung dan terlihat pengunjung bergantian</p> <p>-Mengajarkan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: keluarga dan pasien terlihat bisa melakukan 6 langkah cuci tangan tapi tidak selalu di praktekkan</p> <p>-Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Pasien dan keluarga tampak mengerti yang di jelaskan</p> <p>-Mengajarkan cara memeriksa luka Hasil: Pasien dan keluarga telah di ajarkan untuk ganti verban dan vulva hgiene</p> <p>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ada luka operasi di bawah perut - Pasien mengatakan telah mengerti tanda dan gejala infeksi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis dan gelisah - frekuensi nadi 95x/menit - Luka post sc masih tampak sudah menutup - Pasien dan keluarga tampak sudah mengerti cara memeriksa luka - Pasien dan keluarga bisa melakukan cuci tangan da sudah mengerti kapan di kerjakan <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	
No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	29-11- 2025 14.00 15.00	<p>Membantu pasien ambulasi pasien</p> <p>Memfasilitasi pasien air hangat untuk</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak 	

			membersihkan diri dan mengajarkan pasien untuk seka	- Pasien mengatakan enggan bergerak karena akan menimbulkan rasa nyeri	
		15.20	Melakukan observasi tanda-tanda vital T/D : 130/85 mmhg Nadi : 90 x/i RR : 24 x/i Suhu : 36,0 °C	O: - Fisik pasien tampak sudah tidak lemah lagi - Rentang gerak aktif	
		15.30	Mengkaji nyeri dan ambulasi pasien hasil : pasien masih merasa nyeri jika bergerak	- Gerakan pasien tampak terbatas - Aktivitas sudah bisa berjalan sendiri dengan berpegang pada dinding	
		16.00	Menganjurkan kepada keluarga untuk membantu pasien ambulasi Memberi dorongan pada pasien untuk melakukan latihan gerak dengan bertahap seperti duduk perlahan dan berdiri Hasil: Pasien dapat berdiri dengan memegang dinding	masalah teratasi intervensi dihentikan	

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan menguraikan laporan mengenai pelaksanaan kepada pasien Ny.S dengan masalah keperawatan Resiko Infeksi. Pada pelaksanaan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

A. Asuhan Keperawatan Kasus

1. Pengkajian

a. Pasien Ny.S

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 27 November 2025 didapatkan data

Pada saat pengkajian didapatkan data pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya, Pasien mengatakan adanya luka di perutnya luka masih tampak basah, luka terpasang perban.. Nyeri yang dirasakan seperti tersayat-sayat. Nyeri bertambah saat digerakan, dan berkurang saat istirahat. Nyeri yang dirasakan skala 5 dan nyeri dirasakan hilang timbul, sulit melakukan pergerakan terutama dibagian perut dan kaki.

P: Nyeri timbul saat bergerak

Q: Nyeri seperti tersayat-sayat

R: Nyeri pada luka post operasi SC sampai ke daerah pusat

S: Skala nyeri 5

T: Nyeri dirasakan hilang timbul dan saat bergerak

Hasil pemeriksaan di dapatkan data TFU satu jari dibawah pusat, kontraksi uterus

keras, TD 132/90 mmHg, nadi 106x/m, RR 28x/m, suhu 36,6°C. Ny.S juga mengatakan pola tidur terganggu karna rasa nyeri tersebut

Diagnosa Keperawatan

b. Pasien Ny.S

Penulis melakukan analisa data dari data fokus yang sudah didapatkan pada Ny.S dan mendapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

1. Resiko Infeksi b/d Tindakan Invasive Pembedahan
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri .

2. Rencana Asuhan Keperawatan

a. Pasien Ny.S

Berdasarkan masalah dan diagnosa yang muncul pada klien, maka rencana asuhan keperawatan (intervensi keperawatan) yang dilakukan pada Ny.S yang disesuaikan dengan SDKI, SLKI, SIKI yaitu :

1) Resiko Infeksi b/d Tindakan Invasive Pembedahan.

Tujuan Tingkat Infeksi Menurun.

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan Nyeri Berkurang

3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tujuan dapat beraktivitas

3. Implementasi

Sesuai dengan judul yang telah dibuat penulis, maka fokus implementasi yang akan dilakukan pada pasien adalah “penerapan perawatan luka teknik modern dressing terhadap penyembuhan luka post operasi sectio caesarea di ruang pasca bersalin di RSUD Abdul Manap Jambi”. Berikut adalah gambaran penerapan perawatan luka yang telah dilakukan penulis selama 3 hari.

a. Pasien Ny.S

Implementasi hari pertama dilakukan pada tanggal 27 November 2025 pada pukul 14.00 WIB. Penulis melakukan pengkajian kepada pasien berupa wawancara, pemeriksaan fisik. Penulis memeriksa tanda dan gejala infeksi pada luka yang dialami oleh pasien ternyata pasien mengatakan terasa sakit pada luka, tidak bisa bergerak dan harus dibantu keluarga karena sakit pada luka. Setelah itu penulis menyarankan untuk Ny.S menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, mengevaluasi tingkat stres dan menjelaskan tentang tanda dan gejala infeksi luka. Kemudian penulis melakukan perawatan luka dengan prosedur : Lepaskan balutan, plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan dan Pasang

balutan sesuai jenis luka. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.

Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal 28 November 2025 pada pukul 14.00 WIB . Penulis menanyakan bagaimana dengan keadaan sekarang dan keadaan lukanya apakah masih terasa nyeri. Kemudian penulis melakukan perawatan luka dengan prosedur : Lepaskan balutan, plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan dan Pasang balutan sesuai jenis luka. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.

Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal 29 November 2025 pada pukul 14.00 WIB . Penulis menanyakan bagaimana dengan keadaan sekarang dan keadaan lukanya apakah masih terasa nyeri. Kemudian penulis melakukan perawatan luka dengan prosedur : Lepaskan balutan, plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan dan Pasang balutan sesuai jenis luka. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

4. Evaluasi

a. Pasien Ny.S

Sebelum dilakukannya perawatan luka didapatkan data pengkajian pada Ny.S adalah Pada saat pengkajian didapatkan data pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya, Pasien mengatakan adanya luka di perutnya luka masih tampak basah, luka terpasang perban.. Nyeri yang dirasakan seperti tersayat-sayat. Nyeri bertambah saat digerakan, dan berkurang saat istirahat. Nyeri yang dirasakan skala 5 dan nyeri dirasakan hilang timbul,sulit melakukan pergerakan terutama dibagian perut dan kaki.

P: Nyeri timbul saat bergerak

Q: Nyeri seperti tersayat-sayat

R: Nyeri pada luka post operasi SC sampai ke daerah pusat

S: Skala nyeri 5

T: Nyeri dirasakan hilang timbul dan saat bergerak

Hasil pemeriksaan di dapatkan data TFU satu jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, TD 132/90 mmHg, nadi 106x/m, RR 28x/m, suhu 36,6°C. Ny.S juga mengatakan pola tidur terganggu karna rasa nyeri tersebut nyeri pada saat di gerakkan. pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas, sehingga aktivitas dibantu oleh keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti ke kamar mandi.

Persalinan *sectio caesaria* adalah persalinan buatan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang masih utuh dengan berat janin >1.000 gram atau umur kehamilan >28 minggu. *Sectio caesarea* menjadi metode menjadi metode persalinan karena rendahnya tingkat morbiditas dan mortalitas Menurut Musakkar & Djafar (2021).

Indikasi *Sectio Caesarea* pada ibu antara lain pre eklamsia berat, plasenta previa, ketuban pecah dini, uteri iminen. Sedangkan indikasi dari janin diantaranya fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan *sectio caesarea* yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif. Djafar (2021) mengemukakan manifestasi klinis *sectio caesarea* meliputi :

- a) Nyeri yang disebabkan luka dari pembedahan
- b) Adanya luka insisi dibagian abdomen
- c) Umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- d) Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- e) Ada kurang lebih 600-800 ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- f) Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional

Adapun data teoritis yang tidak ditemukan pada kasus Ny.S adalah klien tidak mengalami Umbilicus, fundus uterus kontraksi

kuat Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lochea tidak banyak) Ada kurang lebih 600-800 ml darah yang hilang selama proses pembedahan. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional.

Setelah dilakukannya perawatan luka selama 3x 24 jam didapatkan data pada Ny.S adalah Pasien mengatakan luka di perutnya luka masih tampak kering , luka terpasang perban dan kondisi perban kering tidak ada pus pada perban, pasien juga mengatakan nyeri pada luka berkurang, pasien mengatakan sudah mampu melakukan aktivitas ringan sendiri.

Perawatan *modern dressing* untuk luka adalah metode penyembuhan yang menjaga lingkungan luka tetap lembab dengan menggunakan pembalut yang mampu mempertahankan kadar kelembaban. Dalam balutan luka modern, penambahan agen bioaktif dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Selain itu, mampu mengatasi infeksi pada luka yang disebabkan oleh patogen serta memiliki kemampuan untuk mencegahnya. Balutan luka modern meliputi transparan film, hidrogel, hidrokoloid, hidroselulosa, *calcium alginate*, *foam*, *cadexomer iodine*, silver dressing, dan zinc cream (Gitarja, 2022).

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Febrianti (2024), dengan judul penggunaan *transparent film dressing* untuk pencegahan infeksi luka *post operasi sectio caesarea* pada ny. I di RSUD dr. Rubini mempawah hasil menunjukkan Penggunaan transparan film dapat mempercepat proses

penyembuhan luka setelah operasi dengan mengurangi paparan luka terhadap lingkungan eksternal setiap hari, sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya infeksi. Transparan film dressing dapat menjadi pilihan yang ekonomis dan efisien, karena lapisannya lebih awet serta lebih mudah untuk diawasi berkat sifat transparansinya.

Diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Harismayanti (2024), dengan judul Pengaruh Perawatan Luka *Film Dressing* Terhadap Penyembuhan Luka Post *Sectio Caesarea* Pada Ibu Nifas yang menunjukkan bahwa penggunaan balutan transparan modern memungkinkan pemantauan kondisi luka serta tanda-tanda infeksi menjadi lebih mudah, karena balutan tersebut tidak perlu dilepas. Metode perawatan luka modern telah terbukti sebagai pilihan yang efektif dan efisien untuk mempercepat penyembuhan luka serta mencegah infeksi pada pasien setelah operasi caesar. Sebagian besar responden setelah menjalani operasi *sectio caesarea* menunjukkan bahwa proses penyembuhan luka mereka berjalan dengan baik. Pada lukanya akibat *sectio*, tidak tampak tanda-tanda infeksi pada pasien tersebut. Luka tidak mengeluarkan nanah, tampak normal tanpa pembengkakan, kemerahan, atau rasa panas. Selain itu, tidak ada yang perubahan pada area luka serta tidak terdeteksi adanya darah yang keluar dari daerah tersebut.

BAB V

PENUTUP

1.1 Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan masalah resiko infeksi pada luka post operasi dari tanggal 27 s/d 29 November 2025 maka penulis berkesimpulan bahwa:

1. Pengkajian yang penulis lakukan pada Ny.S menggunakan berbagai metode untuk memperoleh data yaitu wawancara, observasi. Dari pengkajian penulis maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan yang berarti antara konsep pengkajian teori dengan pengkajian yang dilakukan secara langsung oleh penulis.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pengkajian Ny.S Resiko Infeksi b/d Tindakan Invasive Pembedahan. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
3. Intervensi keperawatan dibuat sesuai dengan teori dan kondisi pasien pada semua masalah keperawatan yang muncul pada Ny.S
4. Implementasi keperawatan pada Ny.S dilakukan sesuai rencana berdasarkan teori yang disesuaikan dengan SDKI, SLKI, dan SIKI.
5. Penulis sesuaikan dengan tujuan yang ingin dicapai. Hasil evaluasi didapatkan dari masalah keperawatan pada Ny.S masalah teratasi.

1.2 Rekomendasi

1. Praktik Keperawatan

Dapat menambah ilmu sebagai bentuk pengaplikasian dengan Penerapan perawatan luka modern untuk menurunkan tingkat infeksi pada pasien post operasi caesarea.

2. Bagi pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Karya ilmiah akhir ners ini diharapkan dapat digunakan dan bermanfaat sebagai acuan untuk dapat meningkatkan keilmuan mahasiswa Profesi Ners dan riset keperawatan tentang Asuhan keperawatan post operasi pada pasien sectio caesarea.

3. Bagi Rumah Sakit

Karya ilmiah akhir ners ini diharapkan dapat menjadi masukan yang dapat digunakan untuk merancang kebijakan pelayanan keperawatan post operasi khususnya pada pasien sectio caesarea.

DAFTAR PUSTAKA

- Amnesty International (2019). Tidak Ada Pilihan Rintangan Atas kesehatan reproduktif di Indonesia. United Kingdom: Amnesty International Publication
- Anggria, V. D. (2022). *Disusun oleh : vevi delta anggria nim. p00320119033*
- Cahyono, A. D., Tamsuri, A., & Wiseno, B. (2021). Wound Care dan HealthEducation Pada Masyarakat Kurang Mampu Yang Mengalami Skin Integrity Disorders di Desa Asmorobangun, Kecamatan Puncu, Kabupaten Kediri. *Journal of Community Engagement in Health*, 4(2), 424–431. <http://jceh.orghttps://doi.org/10.30994/jceh.v4i1.265> Jadgish Patel M D, FACC, diterbitkan Januari 2016
- Dylan, T. (2020). Prosedur perawatan luka untuk mencegah resiko infeksi. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 110(9), 1689–1699. [http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/2383/3/bab 2.pdf](http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/2383/3/bab%202.pdf)
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.
- Hartika Rani, A., & Nursanti, I. (2023). Artikel history. *Nursing Arts*, 17(2), 1978–6298.
- Hasdiana, U. (2018). asuhan keperawatan Post Sectio Caesarea dengan fokus strudi pengelolaan nyeri akut di RSUD Djojonegoro kabupaten temanggung. *Analytical Biochemistry*, 11(1), 1–5. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-59379-1%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-420070-8.00002-7%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.ab.2015.03.024%0Ahttps://doi.org/10.1080/07352689.2018.1441103%0Ahttp://www.chile.bmw-motorrad.cl/sync/showroom/lam/es/>
- Intan Laksitasari. (2018). Asuhan Keperawatan Ibu Post Sectio Caesarea Dengan Fokus Studi Kurangnya Pengetahuan Tentang Nutrisi Di Rsud Bendan. *Nursing Care Of The Mother Post Sectio Caesarea Focusing Study Lack Of Knowledge About Nutrition*, 2(1), 1–12. [https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=pengetahuan+ibu+gizi+Sectio+Caesarea&btnG=#:~:text=I Laksitasari%2C S Hidayati%2C MK Ns%2C SKM Hartati - repository.poltekkes-smg.ac.id](https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=pengetahuan+ibu+gizi+Sectio+Caesarea&btnG=#:~:text=I%20Laksitasari%2C%20S%20Hidayati%2C%20MK%20Ns%2C%20SKM%20Hartati%20-repository.poltekkes-smg.ac.id)
- Jama, F., & Alam, R. I. (2022). Edukasi Penerapan Perawatan Luka Pada Klien Pot Sectio Caesarea. *Borneo Community Health Service Journal*, 2(2), 15–18. <https://doi.org/10.35334/neotyce.v2i2.2875>

Juwita, Z., Studi Ilmu Keperawatan, P., Darussalam Lhokseumawe, Stik., & Studi Profesi Ilmu Keperawatan, P. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi Luka Post Sectio Caesarea. *Journal of Nursing and Midwifery*, 1, 21. <http://jurnal.sdl.ac.id/index.php/dij/>

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.). DPP PPNI.

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). Standar Intervensi Keperawatan.

WHO. World Health Statistic Report 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.

World Health Organization. A Global Brief on Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/hypertension

