

## ASUHAN KEPERAWATAN IBU NIFAS DENGAN POST *SECTIO CAESAREA* : STUDI KASUS

Yeni Rimadeni<sup>1</sup>, T. Iskandar Faisal<sup>2</sup>, Halimatussakdiah<sup>3</sup>, Afdhal<sup>4</sup>,  
Nurhayati Nurhayati<sup>5</sup>, Nur Hartika<sup>6</sup>

<sup>1-6</sup>Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Aceh

Corresponding Email:  
yeni.rimadeni@poltekkesaceh.ac.id

### ABSTRACT

*Sectio Caesarea (SC) is a hysterotomy to deliver the fetus from inside the uterus. The impact that occurs in postpartum mothers with post sectio caesarea is acute pain and the risk of infection and skin integrity disorders that occur due to surgical wounds on the abdomen. To overcome the impacts that arise, it is necessary to have the role of nurses in providing comprehensive nursing care for postpartum mothers with post sectio caesarea, so as to prevent problems in postpartum mothers post sectio caesarea. Early mobilization is a policy to guide the patient to be able to move and walk from bed. The purpose of this study was to provide an overview of nursing care for postpartum mothers after sectio caesarea. This research method is descriptive in the form of a case study with a nursing process approach including assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation and evaluation. The sample is Mrs. A 27 years old in the Obstetrics Room at Dr Zainoel Abidin Hospital, Banda Aceh. The results of the study found Mrs. A after nursing care for three days the barriers to physical mobility and the risk of infection were resolved and partially resolved. Conclusion: acute pain, physical mobility barriers and risk of infection.*

**Keywords :** *Infection, Mobilization, Nursing Care, Sectio Caesarea*

### ABSTRAK

*Sectio Caesarea (SC) merupakan suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam Rahim. Dampak yang terjadi pada ibu nifas dengan post sectio caesarea adalah nyeri akut dan resiko infeksi serta gangguan integritas kulit yang terjadi akibat luka bekas pembedahan pada abdomen. Untuk mengatasi dampak yang timbul maka diperlukannya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komperehensif terhadap ibu nifas dengan post sectio caesarea, sehingga dapat mencegah terjadinya masalah pada ibu nifas post sectio caesarea. Mobilisasi dini adalah kebijakan untuk membimbing pasien dapat beraktivitas dan berjalan dari tempat tidur. Tujuan penelitian ini untuk dapat memberikan gambaran asuhan keperawatan pada ibu nifas post sectio caesarea. Metode penelitian ini adalah deskriptif*

berupa studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Sampelnya adalah Ny.A umur 27 tahun di Ruang Rawat Kebidanan di RS Dr Zainoel Abidin Banda Aceh. Hasil penelitian ditemukan Ny.A setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari hambatan mobilitas fisik dan resiko infeksi teratasi dan teratasi sebagian. Kesimpulan nyeri akut, hambatan mobilitas fisik dan risiko infeksi.

**Kata kunci :** Asuhan Keperawatan, Infeksi, Mobilisasi, *Sectio Caesarea*,

## PENDAHULUAN

*Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 2011). Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2015). Menurut World Health Organization/WHO (2013) angka persalinan dengan *Sectio Caesarea* di sebuah negara adalah sekitar 5-15% per 1.000 kelahiran di dunia. Peningkatan persalinan dengan *Sectio Caesarea* di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran diseluruh asia. Standar *sectio caesarea* di rumah sakit pemerintah kira-kira 11% sementara rumah sakit swasta bisa lebih dari 30%.

Menurut hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) angka persentase persalinan dengan *sectio caesarea* adalah 17% pada tahun 2017 (Pangmilang dkk, 2018). Data dan informasi dari Kemenkes RI 2017, estimasi jumlah ibu bersalin/nifas menurut Provinsi tahun 2017 sebanyak 5.082.537 ibu. Di indonesia angka kejadian *sectio caesarea* mengalami peningkatan, pada tahun 2000 jumlah ibu bersalin dengan *sectio caesarea* 47,22%, tahun 2001 sebesar 45,19%, tahun 2002 sebesar 47,13%, tahun 2003 sebesar 46,87%, tahun 2004 sebesar 53,2%, tahun 2005 sebesar 51,59%, tahun 2006 sebesar 53,68% dan tahun 2009 sebesar sekitar 22,8% (Karundeng, 2014).

Hasil riset Kesehatan Dasar RISKESDAS tahun 2018 menunjukkan angka persalinan ibu di indonesia mencapai 79,3% (RISKESDAS, 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Suryati (2012) bahwa angka persalinan *sectio caesarea* di indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO sebesar 15-20%. Dampak yang terjadi pada ibu nifas dengan post *sectio caesarea* adalah nyeri akut dan resiko infeksi serta gangguan integritas kulit yang terjadi akibat luka bekas pembedahan pada abdomen.

Upaya untuk mengatasi masalah nyeri akut bisa dilakukan dengan dua cara, yaitu farmakologi dan non farmakologi, untuk farmakologi dapat dilakukan dengan kolaborasi pemberian analgetik dan untuk non farmakologi dilakukan dengan relaksasi nafas dalam serta relaksasi distraksi untuk mengurangi rasa nyeri. Untuk masalah gangguan integritas kulit dapat dilakukan dengan cara mengkaji kulit, area sirkulasi dan perawatan luka. Sedangkan

pada masalah resiko infeksi dapat dilakukan, mengkaji tanda dan gejala infeksi, observasi tanda-tanda infeksi, observasi nilai laboratorium, pertahankan teknik aseptik, anjurkan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan area sekitar pasien dan kolaborasi dilakukan dengan pemberian antibiotik.

Untuk mengatasi dampak yang timbul maka diperlukannya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif terhadap ibu nifas dengan *post sectio caesarea* yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Sehingga dapat mencegah terjadinya masalah pada ibu nifas *post sectio caesarea*. Mobilisasi dini adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing ibu keluar dari tempat tidur dan membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan (Retna, 2010). Akan tetapi masih banyak ibu *post sectio caesarea* yang tidak mau melakukan mobilisasi dini karena ibu merasa nyeri, malas karena takut jahitan lepas di hari ke 2-3 *post sectio caesarea*.

Data yang di dapat berdasarkan Buku Register Rawat Inap Ruang Arafah 3 Rumah Sakit Umum Daerah Dr Zainoel Abidin Banda Aceh yang di mulai dari Januari 2021 sampai April 2021 terdapat ibu hamil yang melahirkan secara *Sectio Caesarea* yaitu sebanyak 87 pasien. Menurut data Survey Nasional Indonesia pada tahun 2007 angka persalinan 921.000 dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22,8%. Kasus *sectio caesarea* adalah 40-80 tiap 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan menurut profil kesehatan Aceh 2013 jumlah persalinan dengan *Sectio Caesarea* yaitu sebanyak 52,7% (Markum, 2013).

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Subjek penelitian adalah satu pasien yang memiliki diagnosa medis *Post Sectio Caesarea* di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Instrument penelitian menggunakan alat bantu sphygmomanometer, stetoskop, termometer, penlight, serta format pengkajian asuhan keperawatan maternitas. Dalam melakukan sebuah asuhan keperawatan, penulis menggunakan beberapa jenis metode untuk pengumpulan data, seperti wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi.

## HASIL

Peneliti akan menjabarkan hasil penelitian berdasarkan tahapan proses keperawatan. Dari hasil pengkajian didapatkan keadaan pasien sebagai berikut:

Pasien mengatakan nama Ny.A, umur 27 tahun, suku/bangsa Aceh, pendidikan SLTA/ sederajat, alamat kecamatan idi rayeuk gampong jawa, status perkawinan sudah menikah, penanggung jawab dari pasien adalah suaminya yang bernama Tn.D, umur 29 tahun, suku/bangsa Aceh, pekerjaan swasta dan alamat kecamatan idi rayeuk gampong jawa. Keluhan utama Ny.A mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi *Sectio Caesarea* dengan karakteristik luka jenis sayatan horizontal dengan panjang luka  $\pm 10$  cm, yaitu tepatnya dibagian bawah abdomen rasanya seperti di tusuk-tusuk dengan skala nyeri 5 yang dilakukan

dengan metode *Numeric Rating Scale* (NRS) dengan intensitas hilang timbul dan mengeluh sulit bergerak, hanya bisa miring kanan dan kiri dan aktivitas masih dibantu oleh suami pasien. Nyeri dirasakan saat bergerak.

Pada pengkajian riwayat obstetri pasien adalah G1P1A0. Untuk riwayat kesehatan kehamilan saat dilakukan wawancara pasien mengatakan tempat pemeriksaan kehamilan adalah di bidan desa, frekuensi 1 kali dalam sebulan, dan saat kehamilan pasien mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan. Pendidikan kesehatan tentang nutrisi ibu melahirkan, nutrisi bayi sudah didapatkan oleh pasien. Pasien dengan riwayat persalinan *Sectio Caesarea* di rumah sakit yang dibantu oleh dokter. Pemeriksaan fisik pada Ny.A adalah untuk TTV: TD: 120/80 mmHg, T: 36,5 °C, RR: 20 x/menit, HR: 80 x/menit. Pemeriksaan umum untuk keadaan pasien tampak baik, pasien sadar penuh kesadaran *compos mentis* dan tidak ada kelainan bentuk tubuh. Pemeriksaan fisik pada dada adalah saat di inspeksi bentuk payudara simetris antara dada kiri dan kanan, payudara tampak bersih, tidak ada edema, puting susu menonjol, warna areola kehitaman. Saat di tanya pasien mengatakan ada pengeluaran *colostrum*. Pemeriksaan fisik pada abdomen pasien tampak ada *striae*, terdapat luka operasi post *Sectio Caesarea*, jenis sayatan horizontal, panjang luka  $\pm 10$  cm yang masih ditutup verban. Untuk pemeriksaan tinggi fundus uteri hasilnya adalah 2 jari di bawah pusat, saat palpasi kontraksi uterus keras yang artinya normal.

Pada pemeriksaan vulva yaitu terdapat *lochea* jenisnya adalah *lochea rubra*, bau khas, konsistensi cair dan terdapat gumpalan darah dan pasien mengatakan 2x ganti pembalut dalam sehari. Pada saat dilakukan *perineum* tidak ada ruptur yang ditemukan. Tidak terdapat luka episiotomi, tidak terdapat hemoroid dan saat dilakukan pemeriksaan ekstremitas tidak ada varises dan edema. Pada saat ditanya tentang aktivitas yang dilakukan pasien mengatakan belum dapat beraktivitas sendiri karena bila beraktivitas terasa nyeri pada luka operasi. Pasien mengatakan nyeri pada bagian bawah abdomen rasanya seperti di tusuk-tusuk, saat dikaji skala nyeri dengan menggunakan skala 0-10 (NRS) skala yang dirasakan pasien terdapat pada skala 5 (nyeri sedang).

Saat dilakukan pengkajian pengetahuan ibu tentang perawatan payudara, cara menyusui, cara perawatan tali pusat, cara memandikan bayi, nutrisi bayi dan nutrisi ibu menyusui, pasien sudah mengetahui cara nutrisi bayi, nutrisi ibu menyusui dan cara menyusui. Hasil laboratorium hematologi (10 februari 2021) yaitu Hemoglobin 11,5 g/dL, Hematokrit 34%, Eritrosit  $4,3 \times 10^3/\text{mm}^3$ , Leukosit  $12,8 \times 10^3/\text{mm}^3$ , Trombosit  $270 \times 10^3/\text{mm}^3$ . Sedangkan hasil laboratorium pemeriksaan elektrolit (10 Februari 2021) adalah Natrium 141 mmol/L, Kalium 4,10 mmol/L, Klorida 114 mmol/L, Kreatinin 0,80 mg/dL dan Ureum 14 mg/dL.

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan pada Ny. A yaitu pertama, diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Dengan data pendukung pasien mengeluh nyeri di bagian abdomen bawah, nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan intensitas hilang timbul dan skala nyeri 5 (NRS) nyeri sedang. Pasien tampak meringis kesakitan. TTV: TD: 120/80 mmHg, T: 36,5°C, RR: 20x/menit, HR: 80x/menit. Kedua, diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan. Dengan data pendukung pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri di bagian operasi dan aktivitas dilakukan di atas tempat tidur dan tampak di bantu oleh suami dan keluarga. Ketiga, diagnosa keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Dengan data pendukung ada luka post operasi *Sectio Caesarea* di abdomen yang masih di tutup verban.

Perencanaan keperawatan terdiri dari 3 diagnosa yaitu (1) Nyeri akut, tujuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat berkurang dengan kriteria hasil: mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, wajah tidak tampak meringis dan TTV dalam batas normal. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan adalah kaji nyeri secara komprehensif meliputi P (provokatif), Q (quality), R (region), S (severity) T (time), observasi reaksi non verbal dari pasien, monitor tanda-tanda vital, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, tingkatkan istirahat dan berikan analgetik dengan tepat. (2) Hambatan mobilitas fisik, tujuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: aktivitas fisik pasien meningkat, mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, ketakutan menurun, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah dan TTV dalam batas normal.

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan adalah monitor TTV, bina hubungan saling percaya, jelaskan tujuan, prosedur, indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak mobilisasi, kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi, ajarkan pasien tentang teknik ambulasi dini, bantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi. (3) Risiko infeksi, tujuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, operasi *Sectio Caesarea* adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal dan pasien menunjukkan perilaku hidup sehat.

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan adalah monitor tanda-tanda infeksi, kaji keadaan verbal post operasi *Sectio Caesarea*, pantau suhu tubuh, cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, pertahankan lingkungan aseptik selama tindakan, inspeksi kondisi luka/insisi pembedahan, beritahu pada pasien pentingnya perawatan luka selama masa post operasi, dorong masukan nutrisi dan cairan yang cukup dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotik sesuai kebutuhan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa yang muncul yaitu (1) Nyeri akut, implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari ke 1 tanggal 10 februari 2021 jam 09.10 WIB, yaitu mengukur tanda-tanda vital dengan TD: 120/80 mmHg, HR: 85x/menit, RR: 20 x/menit, T: 36,6°C. Pada jam 09.25 WIB mengobservasi reaksi non verbal dari pasien yang hasilnya pasien terlihat meringis kesakitan. Lalu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yaitu meliputi PQRST data yang didapatkan sebagai berikut: P (*provokatif*) pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak, Q (*quality*) pasien mengatakan nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk, R (*region*) pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah, S (*severity*) pasien mengatakan skala nyeri 5, T (*time*) pasien mengatakan

nyeri hilang timbul. Pada jam 10.30 WIB memberikan pasien terapi Antrain 1 Amp via IV. Lalu perawat mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengerti dan melakukannya dan mengatakan merasa rileks tetapi nyeri tidak berkurang, dan pada saat nyeri dikaji kembali pasien mengatakan skala nyerinya masih 5. pasien terpasang infus RL drip Tramadol.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari ke 2 tanggal 11 februari 2021 jam 08.30 WIB, yaitu mengkaji kembali nyeri yang dirasakan pasien, masih sama dengan sebelumnya bahwa P (*provokatif*) nyeri bertambah jika pasien bergerak, Q (*quality*) terasa seperti ditusuk-tusuk, R (*region*) di bagian abdomen bawah, S (*severity*) dengan skala nyeri 5, T (*time*) intensitas hilang timbul. 5 menit kemudian perawat menyarankan untuk pasien menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan pasien mengatakan lebih rileks dari pada sebelumnya. Pasien terlihat sesekali meringis kesakitan, menahan sakit. Pada jam 09.00 WIB pasien diberikan injeksi terapi Antrain 1 Amp via IV. 1 jam setelah dilakukan pemberian injeksi analgetik serta teknik relaksasi nafas dalam pasien mengatakan skala nyeri menjadi 4. Pada jam 12.00 WIB dilakukan pengukuran tanda-tanda vital TD: 130/80 mmHg, HR: 92 x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,0°C.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari ke 3 tanggal 12 februari 2021 jam 08.40 WIB, yaitu mengkaji skala nyeri pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih skala 4, sesekali pasien meringis kesakitan dan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan menyatakan merasa lebih rileks. Pada jam 09.10 WIB pasien diberikan terapi Antrain 1 Amp via IV. 1 jam kemudian nyeri dikaji kembali dan pasien mengatakan skala nyeri menjadi 3. Selanjutnya pada jam 12.00 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien TD: 110/70 mmHg, HR: 80x/menit, RR: 18 x/menit, T: 36,7 °C. (2) Hambatan mobilitas fisik, Implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari ke 1 tanggal 10 februari 2021 jam 08.15 WIB, yaitu mengukur tanda-tanda vital dengan TD: 120/80 mmHg, HR: 85 x/menit, RR: 20 x/menit, T: 36,6°C. Tindakan yang dilakukan selanjutnya adalah mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi yang hasilnya pasien tirah baring dan hanya bisa menggerakkan tangan serta kakinya, lalu mengajarkan pasien untuk melakukan teknik ambulasi dini miring kanan kiri tetapi pasien sulit melakukan karena merasa nyeri. Aktivitas pasien masih dibantu oleh suami dan keluarga.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari ke 2 tanggal 11 februari 2021 jam 09.45 WIB, yaitu mengkaji kembali kemampuan pasien dalam mobilisasi dan pasien mengatakan sudah mencoba miring kanan kiri dan pasien mampu melakukannya. Perawat menyarankan pasien untuk memposisikan setengah duduk pasien mencoba dan mampu melakukannya. Beberapa aktivitas sudah dapat dilakukan sendiri seperti makan. Pada jam 12.00 WIB dilakukan pengukuran tanda-tanda vital TD: 130/80 mmHg, HR: 92 x/menit, RR: 20 x/menit, T: 36,0°C. Perawat menyarankan untuk melakukan mobilisasi yaitu berdiri tetapi pasien masih merasa susah karena nyeri. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari ke 3 tanggal 12 februari 2021 jam 10.00 WIB, yaitu perawat membantu pasien untuk mobilisasi berdiri dan berjalan dan pasien menyatakan dapat melakukannya. Pasien sudah bisa melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan. pada jam 12.00 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien TD: 110/70 mmHg, HR: 80x/menit, RR: 18 x/menit, T: 36,7 °C. (3) Risiko infeksi, implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari ke 1 tanggal 10 Februari 2021 jam 09.00 WIB, yaitu mengukur suhu tubuh pasien (36,6°C). Pada jam 09.35 WIB memberikan terapi Ceftriaxone 10 cc via IV pada pasien. Perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah

melakukan tindakan, setelah itu memeriksa bagian perban dan terlihat bersih dan kering. Memonitor tanda-tanda infeksi dan tidak ada tanda infeksi.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari ke 2 tanggal 11 Februari 2021 jam 10.10 WIB, yaitu perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. Memonitor tanda infeksi serta melihat keadaan perban dan hasilnya perban bersih dan kering serta tidak ada tanda infeksi. Pada jam 11.30 WIB memberikan terapi Ceftriaxone 10 cc via IV pada pasien. Mengukur suhu tubuh pasien (36,0°C). Implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari ke 3 tanggal 12 Februari 2021 jam 08.20 WIB, yaitu memberikan terapi Ceftriaxone 10 cc via IV pada pasien. Memonitor tanda infeksi dan mengkaji keadaan perban yang hasilnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, serta keadaan perban yang bersih dan kering. Mengukur suhu tubuh pasien (36,7°C). Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 10 Februari 2021 jam 13.00 WIB. Data subjektif Ny.A adalah pasien mengatakan masih merasakan nyeri, pasien mengatakan merasa rileks setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam tetapi nyeri tidak berkurang. Pada P (*provokatif*) pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak, Q (*quality*) pasien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, R (*region*) pasien mengatakan nyeri di abdomen bawah, S (*severity*) pasien mengatakan skala nyeri 5, T (*time*) pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Sedangkan data objektif adalah terdapat luka post operasi *Sectio Caesarea* dan pasien terlihat meringis kesakitan apabila bergerak. Maka analisisnya yaitu masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi. Untuk itu perencanaan keperawatan adalah intervensi dilanjutkan yang terdiri dari kaji nyeri secara komprehensif meliputi PQRST, observasi reaksi non verbal dari pasien, monitor tanda-tanda vital, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan pemberian analgetik dengan tepat.

Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 11 Februari 2021 jam 12.00 WIB. Data subjektif adalah pasien mengatakan masih merasa nyeri, pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan mengatakan lebih rileks dari pada sebelumnya tetapi masih merasa nyeri, pada P (*provokatif*) pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak, Q (*quality*) pasien mengatakan nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk, R (*ragion*) pasien mengatakan nyeri di abdomen bawah, S (*severity*) pasien mengatakan skala nyeri 4, T (*time*) pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Sedangkan data objektif adalah pasien terlihat meringis kesakitan ketika mencoba bergerak. Sehingga analisisnya yaitu masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian. Maka perencanaan keperawatan selanjutnya adalah kaji nyeri secara komprehensif meliputi PQRST, observasi reaksi non verbal dari pasien, monitor tanda-tanda vital, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan berikan analgetik dengan tepat. Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 12 Februari 2021 jam 12.00 WIB.

Data subjektif adalah pasien mengatakan masih merasa nyeri ketika ingin bergerak, pada P (*provokatif*) pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak, Q (*quality*) pasien mengatakan nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk, R (*ragion*) pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah, S (*severity*) pasien mengatakan skala nyeri 3, T (*time*) pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Sedangkan data objektif adalah pasien terlihat meringis kesakitan apabila bergerak dan terdapat luka post operasi *Sectio Caesarea*. Sehingga analisisnya yaitu masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian. Maka perencanaan selanjutnya adalah intervensi dilanjutkan di rumah meliputi kaji nyeri secara komprehensif. Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 10 Februari 2021 jam 11.00 WIB. Data subjektif adalah pasien mengatakan belum mampu melakukan miring kanan dan kiri karena masih

merasa nyeri. Sedangkan data objektif adalah pasien tirah baring dan dapat menggerakkan tangan serta kakinya. Sehingga analisisnya yaitu masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik belum teratasi. Maka perencanaan keperawatan selanjutnya adalah kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi dan bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan/kondisi pasien.

Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 11 Februari 2021 jam 13.00 WIB. Data subjektif adalah pasien mengatakan masih susah untuk berdiri karena nyeri. Sedangkan data objektif adalah tampak posisi pasien setengah duduk dan beberapa aktivitas sudah dapat dilakukan dengan sendiri seperti makan. Sehingga analisisnya yaitu masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian. Maka perencanaan keperawatan selanjutnya adalah kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi dan bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan/kondisi pasien. Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 12 Februari 2021 jam 12.00 WIB. Data subjektif adalah pasien mengatakan dapat berdiri dan berjalan. Sedangkan data objektif adalah pasien sudah bisa melakukan aktivitas sendiri. Sehingga analisisnya yaitu masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik teratasi, maka intervensi dihentikan.

Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 10 Februari 2021 jam 11.00 WIB. Data subjektif tidak ada, sedangkan data objektif adalah terdapat luka post operasi *Sectio Caesarea*, tidak ada tanda infeksi, kondisi perban bersih dan kering, perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan dan pasien mendapatkan obat antibiotik. Sehingga analisisnya yaitu masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian. Maka perencanaan keperawatan selanjutnya adalah monitor tanda-tanda infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan dan pemberian antibiotik sesuai kebutuhan.

Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 11 Februari 2021 jam 10.00 WIB. Data subjektif tidak ada, sedangkan data objektif adalah terdapat luka post operasi *Sectio Caesarea*, tidak ada tanda infeksi, kondisi perban bersih dan kering, perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan dan pasien mendapatkan obat antibiotik. Sehingga analisisnya yaitu masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian. Maka perencanaan keperawatan selanjutnya adalah monitor tanda-tanda infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan dan pemberian antibiotik sesuai kebutuhan. Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 12 Februari 2021 jam 12.00 WIB. Data subjektif tidak ada, sedangkan data objektif adalah terdapat luka post operasi *Sectio Caesarea*, tidak ada tanda infeksi, kondisi perban bersih dan kering, perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan dan pasien mendapatkan obat antibiotik. Sehingga analisisnya yaitu masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian. Maka perencanaan selanjutnya adalah intervensi dilanjutkan di rumah meliputi monitor tanda infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan dan pemberian antibiotik sesuai kebutuhan.

## PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini penulis akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil Asuhan Keperawatan pada Ny.A dengan kasus post *Sectio Caesarea* di ruang Arafah 3 Rumah Sakit Umum Daerah Dr Zainoel Abidin Banda Aceh, yang telah dilakukan dari tanggal 10-12 Februari 2021. Kegiatan yang dilakukan



meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

## 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Dokumentasi Keperawatan, 2017).

Pengkajian pada pasien dilakukan pada tanggal 10 Februari 2021. Pada tahap pengkajian post operasi *Sectio Caesarea* pada pasien penulis mendapatkan data berupa adanya keluhan rasa nyeri disebabkan karena luka post operasi *Sectio Caesarea* dengan karakteristik luka jenis sayatan horizontal dengan panjang luka  $\pm$  10 cm, nyeri yang dirasakan pasien seperti ditusuk-tusuk di daerah abdomen bawah dengan skala nyeri 5 intensitas hilang timbul. Menurut Anjarsari (2019), tindakan operasi *Sectio Caesarea* menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan aktual dan potensial yang sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang dan sangat individual karena rasa nyeri yang tidak dapat dibagi kepada orang lain. Adapun teori dari Vascopeoulos & Lema (2010), nyeri pada post operasi *Sectio Caesarea* diakibatkan dari robeknya lapisan kulit dan jaringan dibawahnya akibat pembedahan. Pendapat penulis mengenai nyeri pada pasien post operasi *Sectio Caesarea* sering terjadi setelah proses insisi pada dinding abdomen, hal ini sesuai antara teori dan fakta.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada kasus post operasi *Sectio caesarea* secara teori adalah nyeri akut, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan, hambatan mobilitas fisik, konstipasi, hambatan eliminasi urine, gangguan pola tidur, risiko infeksi dan risiko ketidakseimbangan cairan (NANDA 2018). Sedangkan data yang di dapat pada Ny.A muncul 3 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut, hambatan mobilitas fisik dan risiko infeksi. Dalam menegakkan diagnosa keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan atau hambatan. Hal ini kerena di dukung oleh tersedianya sumber buku diagnosa keperawatan, data-data yang ditunjukkan oleh pasien sesuai dengan konsep yang ada. Adanya kerjasama yang baik dengan perawat ruangan dan keluarga yang secara terbuka dalam menyampaikan semua yang dikeluhkan dan rasakan saat ini, sehingga penulis dapat menyimpulkan 3 diagnosa.

Berikut pembahasan diagnosa yang muncul sesuai teori pada kasus Ny.A, yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, luka post operasi *Sectio Caesarea*. Dimana pasien mengeluh nyeri post operasi *Sectio Caesarea* dibagian abdomen bawah, nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan intensitas hilang timbul dan skala nyeri 5. Nyeri dalam persalinan *Sectio Caesarea* memberi sumbangan nyeri yang bukan lagi nyeri fisiologis dari persalinannya tetapi dari luka sayatan pada area yang dibedah (Judha, Sudarti & Fauziah, 2012).

Menurut penulis setelah dilakukan operasi *Sectio Caesarea* akan menimbulkan luka pada daerah abdomen mengakibatkan rusaknya kontinuitas jaringan pada daerah tersebut sehingga nyeri terjadi, yang dirasakan dari nyeri sedang hingga berat pada saat bergerak.

- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, terpasang alat invasif karena akibat dari prosedur pembedahan *Sectio Caesarea* maka terjadinya hambatan mobilitas fisik. Dalam kasus, diagnosa ditegakkan oleh penulis karena pada saat pengkajian ditemukan data pasien mengatakan nyeri saat bergerak, susah untuk merubah posisi karena takut merasa nyeri, jadi pasien sangat meminimalkan gerakan dan ADL dibantu oleh suami maupun keluarga. Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik pada bagian tubuh tertentu atau pada satu atau lebih ekstremitas. Suatu kondisi dimana individu tidak saja kehilangan kemampuan Bergeraknya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktivitas menurut Chabibah (2014).

Menurut penulis ketika terjadinya luka akan sulit untuk melakukan aktivitas baik aktivitas berat maupun ringan, sehingga diperlukan bantuan pada pasien salah satunya ambulasi pada ibu nifas secara bertahap.

- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif operasi *Sectio Caesarea*. Pada saat dikaji terdapat luka post operasi *Sectio Caesarea* dengan jenis sayatan horizontal dengan panjang luka  $\pm 10$  cm yang masih tertutup perban. Pada ibu dengan persalinan *Sectio Caesarea* memungkinkan ibu mengalami komplikasi apabila tidak dilakukan perawatan yang benar seperti tidak menjaga kebersihan diri akan mengakibatkan infeksi puerperalis (Wiknjosastro, 2008).

Menurut penulis masalah risiko infeksi dapat muncul ketika proses pembedahan berakhir dan tidak adanya perawatan pada luka post operasi *Sectio Caesarea*.

### 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk menghilangkan, mengurangi dan mencegah masalah keperawatan pasien. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik meliputi: kaji nyeri secara komprehensif meliputi PQRST, observasi reaksi non verbal dari pasien, monitor tanda-tanda vital, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, tingkatkan istirahat dan kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat (Nurarif & Kusuma, 2016). Intervensi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan meliputi: monitor tanda-tanda vital, bina hubungan saling percaya, jelaskan tujuan, prosedur, indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak mobilisasi, kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi, ajarkan pasien tentang teknik ambulasi dini, bantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi. Mobilisasi seseorang dipengaruhi salah satunya karena proses penyakit, untuk itu seseorang dapat melakukan mobilisasi dengan baik apabila memiliki energi yang cukup (Hidayat, 2012).

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif meliputi: monitor tanda-tanda infeksi, kaji keadaan verbal post operasi *Sectio Caesarea*, pantau suhu tubuh, cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan

keperawatan, inspeksi kondisi luka/insisi pembedahan dan kolaborasi pemberian antibiotik sesuai kebutuhan. Adapun salah satu tanda yang ditemukan apabila infeksi terjadi yaitu adanya tanda-tanda inflamasi seperti kemerahan, panas, bengkak, nyeri dan fungsi laesa terganggu (Septiari, 2012). Dari ketiga intervensi keperawatan diatas, penulis menyimpulkan bahwa dalam penyusunan intervensi tidak ditemukan kesenjangan antara hasil temuan kasus dan teori yang terkait. Semua intervensi yang penulis buat dapat dilakukan dengan baik pada pasien.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan/implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Implementasi yang dilakukan pada pasien selama 3 hari perawatan pada tanggal 10-12 Februari 2021 untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik adalah mengkaji nyeri secara komprehensif meliputi PQRST, mengobservasi reaksi non verbal dari pasien, memonitor tanda-tanda vital, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, meningkatkan istirahat dan memberikan analgetik Antrain 1 Amp. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan adalah memonitor tanda-tanda vital, mengkaji kemampuan pasien untuk mobilisasi, mengajarkan pasien tentang teknik ambulasi dini, membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari, mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif adalah memonitor tanda-tanda infeksi, mengkaji keadaan verbal post operasi *Sectio Caesarea*, memantau suhu tubuh, mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, menginspeksi kondisi luka/insisi pembedahan dan mengkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotik Ceftriaxone 10 cc.

Dari uraian di atas, penulis menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan yang ditemukan antara laporan studi kasus dan teori terkait. Pelaksanaan rencana pada Ny.A yang telah ditetapkan dapat dilaksanakan dengan baik hal ini terjadi karena adanya kerjasama dengan pasien serta perawat dalam melakukan tindakan keperawatan. Dalam hal ini penulis tidak menemukan hambatan karena pasien sangat kooperatif saat diberikan tindakan keperawatan.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik post operasi *Sectio Caesarea* yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari yaitu pasien mengatakan masih merasa nyeri ketika ingin bergerak, pada P: pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah, S: skala nyeri 3, T: intensitas hilang timbul. Pada saat pengkajian nyeri yang dirasakan pasien dengan skala 5 yang berarti nyeri pasien sudah berkurang. Terlihat pasien meringis kesakitan apabila bergerak. Pasien mendapatkan terapi

analgetik Antrain 1 amp via IV. Tanda-tanda vital sebagai berikut: TD: 120/70 mmHg, HR: 80 x/menit, RR: 8 x/menit, T: 36,7°C. Masalah masih sebagian teratasi seperti pasien masih merasa nyeri.

Dari evaluasi yang didapatkan relevan dengan teori yang ada bahwa proses penyembuhan nyeri secara menyeluruh tidak selalu dapat dicapai, tetapi mengurangi rasa nyeri sampai dengan tingkat yang dapat ditoleransi harus dilakukan (Potter & Perry, 2010). Hasil evaluasi pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan didapatkan setelah perawatan selama tiga hari yaitu pasien mengatakan sudah dapat berdiri dan berjalan, dan pasien sudah dapat melakukan aktivitas sendiri. Masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu aktivitas fisik pasien meningkat.

Masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu aktivitas fisik pasien meningkat yang relevan terhadap teori bahwa tingkat keberhasilan pasien post operasi *Sectio Caesarea* dalam mobilisasi dini dapat meningkatkan kemandirian serta aktivitas pasien (Sumayarti, dkk 2018).

Hasil evaluasi pada diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif didapatkan setelah perawatan selama 3 hari yaitu terdapat luka post operasi *Sectio Caesarea*, tidak ada tanda infeksi, kondisi perban bersih dan kering, perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, serta pasien mendapatkan terapi Ceftriaxone 10 cc via IV. Masalah keperawatan teratasi sebagian. Masalah keperawatan teratasi sebagian karena termasuk risiko dengan kriteria hasil yaitu pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, hal ini relevan apabila pasien merawat diri dengan baik seperti menjaga kebersihan diri maka infeksi tidak akan terjadi (Wiknjastro, 2008). Menurut penulis berdasarkan uraian di atas tidak ada kesenjangan antara temuan kasus dan teori.

## KESIMPULAN

Masalah yang muncul pada Ny.A dengan post operasi *Sectio Caesarea* adalah nyeri akut, hambatan mobilitas fisik dan risiko infeksi. Evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari sudah dilakukan secara komprehensif dengan acuan rencana asuhan keperawatan serta telah berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Diagnosa keperawatan teratasi yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan. Diagnosa keperawatan teratasi sebagian yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik post operasi *Sectio Caesarea*, Diagnosa keperawatan tidak terjadi yaitu risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

## REFERENSI

- Aspiani, Y. R. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi Nanda NIC-NOC*. Jakarta Timur : CV. Trans Info Media
- Anggraini, Y. (2010). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta : Pustaka Rihama.
- Ambarwati, W. (2010). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Achjar, K. A. H. (2010). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Sagung Seto.
- Amru, S. (2012). *Sinopsis Obstetri Edisi 3*. Jakarta : EGC.
- Anjarsari, D. (2019). *Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea*. Lumajang : Universitas Jember.
- Baston & Hall. (2014). *Midwifery Essentials : Persalinan, Volume 3*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Budiono & Pertami, S. B. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Bumi Medika
- Candika & Indarwati. (2010). *Panduan Pintar Hamil dan Melahirkan*. Jakarta : WahyuMedia
- Chabibah, U. (2014). *Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan Tentang Ambulasi Dini Dengan Mobilisasi Dini Ibu Post Partum*. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 10(2), 54-63. Retrieved From <http://Digilib.Unisayogya.Ac.Id/2329/3JurnalJkk.Pdf>
- Cunningham, G. F., Leveno, J. K., Bloom, L. S., Hauth, C. J., Rouse, J. D., Spong, Y. C. (2013). *Obstetri Williams* (23 ed., Vol 2). Jakarta: EGC
- Data dan Informasi Kemenkes RI. (2017). *Jumlah ibu bersalin/nifas menurut provinsi tahun 2017*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi-Profil-Kesehatan-Indonesia-2017.pdf>. (Di akses 13 Maret 2021).
- Desi M. (2017). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea*. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas 'Aisyiyah : Yogyakarta
- Dewi & Sunarsih. (2013). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Jakarta : Salemba Medika
- Eny, R & Wulandari D. (2010). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Fitriana & Dwi, L. (2012). *Jurnal Midpro, edisi 2/2012. Perbedaan Penurunan Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Jenis Persalinan Pada Ibu Nifas Fisiologi dan Post Sectio Caesarea*. *Jurnal Midrop*, edisi 2/2012. <http://journal.unisla.ac.id/pdf/19512013/3.%20Perbedaan%20penurunan%20tinggi%20fundus%20uteri.pdf>. Diakses tanggal 18 maret 2021.
- Hartanti S. (2014). *Penatalaksanaan Post Op Sectio Caesarea pada Ibu*. Published thesis for University Of Muhammadiyah Purwokerto.
- Hardhi & Amin. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta : Mediacion Publishing.
- Hidayat, A. (2012). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia-Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jitowiyono, S. & Kristiyanasari, W. (2012). *Asuhan Keperawatan Post Operasi Dengan Pendekatan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Judha, Sudarti, Fauziah. (2012). *Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Dokumentasi Keperawatan 2017*. <http://bppsdk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/PRAKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS>. (di akses 13 Maret 2021)

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. <https://drive.google.com/file/d/1Vpf3ntFMm3A78S8X1an2MHxbQhgyMV5i/view>. (di akses 13 Maret 2021)
- Kozier, B. & Erb, G. (2010). *Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik (7 ed)*. Jakarta : EGC.
- Mochtar, R. (2011). *Sinopsis Obstetri Jilid 1*. Jakarta : EGC.
- Markum A.H. (2013). *Profil Kesehatan Aceh, Banda Aceh*.
- Manuaba. (2012). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan*. Jakarta : EGC.
- Maternity, Dainty, dkk. (2016). *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Tangerang : Binarupa Aksara.
- Martin, Reeder, G., Koniak. (2014). *Keperawatan Maternitas, Volume 1*. Jakarta : EGC.
- Mitayani. (2012). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika
- NANDA. (2018). *NANDA-1 Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. (T.H. Herdman & S. Kamitsuru, Eds.) (11th ed.). Jakarta : EGC.
- Notoadmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nurarif, A.H. & Kusuma H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC*. Jakarta : Medication.
- Nurarif, A.H. & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic, Noc dalam berbagai kasus*. Yogyakarta: Mediacion.
- Oxorn, H., & Forte, R.W. (2010). *Ilmu Kebidanan: Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: C.V Andi Offset
- Purwoastuti & Walyani. (2015). *Ilmu Obstetri & Ginekologi Sosial untuk Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Perry & Potter (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktek Edisi 4 Volume 1*. Jakarta : EGC
- Prawirohardjo, S. (2012). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- Purwoastuti, E & Walyani, E.S. (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Perry, AG & Potter, PA. (2015). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konsep, Proses dan Praktik) Edisi 4 Volume 1*. Jakarta : EGC.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI*. Jakarta
- Salawati L. (2013). *Profil Sectio Caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2011*. Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala.
- Sari L. (2016). *Patofisiologi Sectio Caesarea*. Published thesis for University of Muhammadiyah Purwokerto.
- Sari & Rimandini. (2014). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas (Postnatal Care)*. Jakarta : Buku Mahasiswa Kesehatan.
- Saleha S. (2013). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Septiari, B. (2012). *Infeksi Nosokomial*. Jakarta: Nuha Medika.
- Solehati, T. (2015). *Konsep dan Aplikasi Relaksasi Dalam Keperawatan Maternitas*. Bandung : Refika Aditama.
- Sumayarti. (2018). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Vascopoulos & Lema. (2010). *Nyeri Persalinan*. Jakarta: EGC.

- Wulandari D. (2017). *Perubahan Fisiologis pada Ibu Nifas & Kebutuhan Ibu Nifas*. Published thesis for University Muhammadiyah Purwokerto.
- Wiknjosastro. (2008). *Buku panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Edisi 1. Cet. 12*. Jakarta: Bina Pustaka.
- World Health Organization (WHO). (2015). *The Global Numbers and Costs of Additinally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed perYear : Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. Health Systems Financing. WHO.