



**Asuhan Keperawatan Pada Ny.Y Post SC Dengan Indikasi
Cephalo Pelvic Disproportions (CPD)**

Yollanda Septriani ¹, Mariza Elvira ², Maidawilis ³, Yessy Aprihatin ⁴

Departemen Keperawatan, Fakultas Psikologi dan Kesehatan, Universitas Negeri Padang^{1,2,3,4}

Correspondent Author: yollanda10667@gmail.com

Received: July 2025

Accepted: august 2025

Available online: December 2025

ABSTRAK

Sectio caesarea (SC) adalah tindakan persalinan buatan dengan cara insisi pada dinding perut dan rahim, di mana rahim tetap utuh dan janin memiliki berat lebih dari 500 gram. WHO menetapkan angka ideal SC sebesar 5–15%, sedangkan di Indonesia mencapai 17,6%. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat (2019) mencatat 121 kasus kematian ibu, dengan penyebab utama perdarahan (45,5%) dan hipertensi (19,8%). Penulisan ini bertujuan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Cephalopelvic Disproportion (CPD). metode yang digunakan ialah studi kasus. Penulisan dilakukan dalam bentuk studi kasus pada satu pasien di ruang kebidanan RSUD Prof. Yamin, SH, Kota Pariaman, pada tanggal 5–9 Februari tahun 2025. Hasil pengkajian menunjukkan lima diagnosa keperawatan, yaitu: gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, ansietas. Seluruh diagnosa tersebut berhasil teratasi pada hari ke tiga pelaksanaan asuhan. Intervensi yang dilakukan meliputi pemantauan tanda vital, manajemen nyeri, pencegahan infeksi, dukungan laktasi, serta edukasi kepada pasien dan keluarga. Diharapkan hasil penulisan ini dapat menjadi acuan bagi tenaga kesehatan dalam meningkatkan keterampilan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan CPD. Selain itu, pasien dan keluarga juga diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan serta menerapkan pola hidup sehat secara berkelanjutan, pasien disarankan memakai IUD

ABSTRACT

Sectio caesarea (CS) is an artificial delivery by incision in the abdominal wall and uterus, where the uterus remains intact and the fetus weighs more than 500 grams. WHO sets the ideal SC figure at 5–15%, while in Indonesia it reaches 17.6%. The West Sumatra Provincial Health Office (2019) recorded 121 cases of maternal death, with the main causes of bleeding (45.5%) and hypertension (19.8%). This paper aims to apply nursing care to patients with Cephalopelvic Disproportion (CPD). The method used is a case study. The writing is carried out in the form of a case study on one patient in the obstetrics room of Prof. Yamin Hospital, SH, Pariaman City, on February 5-9, 2025. The results of the assessment showed five nursing diagnoses, namely: impaired physical mobility, acute pain, anxiety. All of these diagnoses were successfully resolved on the third day of care. Interventions carried out include monitoring vital signs, pain management, infection prevention, lactation support, and education for patients and families. It is hoped that the results of this writing can be a reference for health workers in improving their skills in providing nursing care to patients with CPD. In addition, patients and families are also expected to be able to increase their knowledge and implement a healthy lifestyle in a sustainable manner, patients are advised to use an IUD

Keywords: Cephalopelvic Disproportion (CPD), Maternity Nursing Care

PENDAHULUAN

Sectio cesarea adalah suatu tindakan insisi pada dinding perut dan rahim untuk mengeluarkan janin dan plasenta dalam keadaan utuh. Sectio cesarea merupakan persalinan buatan yang dilakukan dengan cara menginsisi dinding perut dan dinding rahim, namun rahim harus dalam keadaan utuh serta berat janin >500 gram (Destya Eka Suciawati & Yatsi, 2021). Sectio cesarea merupakan suatu metode melahirkan janin melalui sayatan utuh pada dinding rahim melalui dinding anterior perut (Wati & Aizah, 2021).

Sectio cesarea menjadi pilihan utama bagi tenaga medis untuk menyelamatkan ibu dan bayi dalam menghadapi komplikasi persalinan. Operasi Sectio cesarea saat melahirkan berisiko tinggi karena operasi dilakukan dengan membuka dinding perut dan dinding rahim sehingga pasien dapat merasakan sakit setelah operasi (Apipah, 2022).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa batasan rata-rata persalinan melalui proses sectio cesarea di suatu negara sekitar 5-15% per 1.000 kelahiran (Susilawati, Finandita Siti Utari Kartaatmadja, 2023). Prevalensi sectio cesarea meningkat 46% di Cina dan 25% di Asia, Eropa, dan Amerika Latin. Permintaan sectio cesarea di sejumlah Negara berkembang melonjak pesat setiap tahunnya. Di Indonesia persalinan sectio cesarea terdapat sekitar 30-80% dari total persalinan. Menurut data survey nasional angka kejadian sectio cesarea di Indonesia adalah 927.000 dari 4.039.000 persalinan yaitu sekitar 23%. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia tahun 2018 menunjukkan bahwa frekuensi operasi sectio cesarea pada persalinan sebesar 17,6%, tertinggi di wilayah DKI Jakarta (31,3%) dan (6,7%) berada di wilayah Papua (Apipah, 2022).

Berdasarkan data RISKESDAS tahun 2021, jumlah persalinan dengan metode sectio caesarea (SC) di Indonesia sebesar 17,6%. Indikasi dilakukannya persalinan secara sectio caesarea (SC) disebabkan oleh beberapa komplikasi dengan persentase sebesar 23,2% dengan posisi janin melintang/sungsang (3,1%), perdarahan (2,4%), eklamsi (0,2%), ketuban pecah dini (5,6%), partus lama (4,3%), lilitan tali pusat (2,9%), plasenta previa (0,7%), plasenta tertinggal (0,8%), hipertensi (2,7%), dan lainnya (4,6%) (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Dinas Kesehatan Propinsi Sumatra Barat mencatat 121 kasus Angka Kematian Ibu (AKI) dengan penyebab kematian ibu termasuk 55 (45,5%) kasus sectio caesarea perdarahan 24 kasus (19,8%), Hipertensi dalam kehamilan 24 kasus (19,8%), infeksi 5 kasus (4,1%), gangguan system peredaran darah 10 kasus (8,2%). Kota Padang menduduki urutan kedua tertinggi dengan 16 kematian ibu (Dinas Kesehatan Sumbar, 2019). Menurut data dari Badan Pusat Statistik Kota Pariaman jumlah kasus section caesarea di Kota Pariaman telah meningkat dalam tiga tahun terakhir, yaitu 37(25%) kasus pada tahun 2020, 40(30%) kasus pada tahun 2021 dan 71(50,2%) kasus pada tahun 2022.

Pada umumnya sectio cesarea dapat dilakukan jika adanya indikasi medis tertentu sebagai tindakan untuk mengakhiri kehamilan dengan komplikasi. Indikasi dilakukan sectio cesarea antara lain : disproporsion panggul, gawat janin, plasenta previa, kelainan letak janin, post seksio sesaria, *Cephalopelvic Dispropotion* (CPD) dan hipertensi. *Cephalopelvic disproporsi* (CPD) merupakan salah satu komplikasi yang mengharuskan tindakan seksio sesaria (Fichria et al., 2022).

Cephalopelvic disproporsi (CPD) adalah disproporsi antara ukuran panggul dan ukuran pelvis, yakni ukuran pelvis tertentu tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin tertentu melalui pelvis sampai terjadi kelahiran pervaginam. Menurut Cunningham *cephalopelvic disproporsi* timbul karena berkurangnya ukuran panggul, ukuran janin terlalu besar atau yang lebih umum, dan arena kombinasi keduanya. Setiap penyempitan pada diameter panggul, pintu bawah panggul, atau panggul yang menyempit seluruhnya (Merida Simanjuntak & Sri Wulandari, 2020)

Berdasarkan hasil survey rekam medis yang penulis lakukan di Rumah Sakit RSUD prof. Yamin ,SH pariaman 69 CPD pada tahun 2022 terakhir dan 97 di tahun 2023 dan untuk satu tahun terakhir terdapat 100 kasus CPD. Hasil wawancara yang dilakukan penulis pada perawat ruang kebidanan RSUD prof. Yamin ,SH untuk mengurangi komplikasi yang ditimbulkan pada ibu post partum dengan section caesarea peran perawat sangat diperlukan sebagai tenaga kesehatan yang diharapkan dapat membantu pemulihan. Perawat dalam pemberian asuhan keperawatan klien post partum melalui tindakan Sectio Caesaria dengan indikasi CPD, seorang perawat dapat membantu ibu dalam meningkatkan pemahaman mengenai cara

melakukan perawatan payudara, membantu memberi tahu asupan agar menghindari infeksi, mempersingkat 4 pemulihan luka pada jahitan, dan memberikan pengetahuan cara perawatan mandiri di rumah.

Hasil wawancara dari petugas Kesehatan di ruang rawat inap kebidanan rata rata pasien yang mengalami *Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)* dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea*. Kasus *sectio caesarea* di ruang rawat inap kebidanan, Di RSUD prof. M Yamin, S.H tahun 2025 didapatkan data di atas. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi rata-rata pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi jika efek anastesi sudah habis, pasien mengeluh badannya terasa lemah dan Lelah, pasien mengatakan takut bergerak karena akan terjadi perdarahan pada bekas operasi, dan takut luka operasinya akan lama sembuh. Tindakan yang dilakukan di ruangan seperti memonitor tanda-tanda vital, memonitor tanda-tanda kejang, melakukan asesmen nyeri, memonitor perdarahan, memonitor intake output cairan, dan kolaborasi pemberian terapi antibiotic dan analgetic.

Hal ini sejalan dengan studi kasus dari Melisa (2022) yang berjudul *Asuhan Keperawatan Post Natal Pada Pasien Dengan Post Op Sectio Caesarea Indikasi Cephalopelvic Dispropotion (CPD) Di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Aisyah Pariaman*. Didapatkan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), menyusui efektif berhubungan dengan rawat gabung, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (Tindakan post operasi *sectio caesarea*). Intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri, konseling laktasi, dan dukungan tidur

KASUS

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan Pasien datang ke IGD pada tanggal 05 februari 2025 jam 11.00 WIB dengan keluhan nyeri di pinggang menjalar di area ari-ari, keluar air-air dari jalan lahir, keluar lendir bercampur darah, keluar darah banyak dari kemaluan dan kepala pusing dengan indikasi CPD.

Pada saat di lakukan pengkajian pada tanggal 05 februari 2025 jam 17.00 WIB, pasien mengatakan datang ke ponok jam 08.00 WIB pagi SC di lakukan jam 10.15 WIB masuk ke ruangan jam 12.00 WIB, pasien mengeluh nyeri pada daerah perut bagian bawah, nyeri di sebabkan oleh luka bekas operasi SC, pasien

mengatakan nyeri timbul saat bergerak, pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat, pasien mengatakan nyeri pasien mengatakan pusing, pasien mengatakan tampak tidak berdaya, pasien tampak pucat, mengatakan nyeri berada pada skala 5 TD: 130/86 mmHg, pasien mengatakan ASI nya belum keluar, pasien mengatakan belum ada menyusui bayinya, pasien mengatakan asinya bengkak, pasien mengatakan sulit tidur, Merasa tidak berdaya Pasien sulit berkonsentrasi Pasien khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi, pasien mengatakan bayinya di rawat di perina, pasien mengatakan nyeri di rasakan hilang timbul dan saat duduk mau berdiri, pasien mengatakan sulit miring kanan/kiri karena nyeri, pasien mengatakan menghabiskan setengah porsi makan nya, pasien mengatakan tidak nafsu makan pasien mengatakan tubuh nya lemas, Terdapat luka bekas post op *sectio caesarea* sepanjang ± 10 cm, luka pasien tertutup perban dan tampak kondisi luka post op *sectio caesarea* pasien masih basah, di abdomen bagian bawah berbentuk horizontal dengan panjang kurang lebih 10 cm, lukan tertutup perban. Pasien mengatakan belum ada BAB sejak melahirkan pasien mengatakan semua aktivitas masih di bantu sama keluarga sama perawat.

Gangguan mobilitas fisik b.d kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik d.d pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur aktivitas pasien tampak di bantu suami dan perawat, Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi SC) d.d pasien mengeluh nyeri pada daerah perut bagian bawah, nyeri di sebabkan oleh luka bekas SC, pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak, pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat, pasien mengatakan nyeri berada pada skala 5, pasien mengatakan nyeri di rasakan hilang timbul dan saat bergerak, pasien tampak meringgis IRD : 3cm di atas pusar Tinggi fundus : 2 jari di bawah pusar Kontraksi : keras, Ansietas b.d krisis situasional d.d pasien tampak gelisa, sulit tidur, tampak pucat, mata cekung TD: 130/86 mmHg

Implementasi keperawatan dilakukan selama 5 hari berturut-turut dari tanggal 05 Februari sampai 9 februari berdasarkan Tindakan yang telah direncanakan pada intervensi keperawatan. Dalam implementasi Tindakan keperawatan pada gangguan mobilitas fisik dukungan mobilisasi, identifikasi adanya nyeri, identifikasi, toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai

mobilisasi monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi . Masalah nyeri akut, penulis melakukan implementasi seperti identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri : dengan Teknik relaksasi dan Tarik nafas dalam, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetic, seperti pronalgess 2x100 mg dan paracetamol 3x500 mg. Masalah ansietas ,penulis melakukan terapi relaksasi identifikasi penurunan tingkat energi ,ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif

Hal ini sesuai dengan yang tercantum di dalam buku SIKI DPP PPNI (2018) bahwa pasien yang mengeluh pusing, tekanan darah tinggi akan dilakukan implementasi seperti identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda/gejala peningkatan TIK, monitor intake dan output cairan, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, cegah terjadinya kejang, pertahankan suhu tubuh normal, kolaborasi pemberian analgetic. Pasien yang mengeluh nyeri akan dilakukan implementasi seperti identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetic. Pasien yang terdapat bekas luka post op akan dilakukan implementasi seperti monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, Batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan. Pasien dengan gangguan aktivitas akan dilakukan implementasi seperti identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y dengan Post Sectio Caesarea Indikasi CPD di Ruang kebidanan RSUD prof H muhammad yamin ,SH pariaman . Pembahasan berdasarkan beberapa bagian dalam asuhan keperawatan, meliputi pengkajian, penegakkan diagnosa, dan penegakkan diagnosa yang seharusnya ada dalam asuhan keperawatan ini, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Dalam menyusun asuhan keperawatan disusun dalam jangka waktu 3 shift dari mulai tanggal 05 Februari 2025 hingga 9 Februari 2025..tahap pembahasan sesuai dengan format tahapan asuhan keperawatan yang diawali dari pengkajian merumuskan diagnosa keperawatan ,merumuskan rencana tindakan keperawatan ,melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi dari tindakan keperawatan.

A. Pengkajian

Pada saat di lakukan pengkajian pada tanggal 05 february 2025 jam 17.00 WIB ,pasien mengatakan datang ke ponok jam 08.00 WIB pagi SC di lakukan jam 10.15 WIB masuk ke ruangan jam 12.00 WIB , pasien mengeluh nyeri pada daerah perut bagian bawah , nyeri di sebabkan oleh luka bekas operasi SC ,pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak , pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat ,pasien mengatakan nyeri pasien mengatakan pusing, pasien mengatakan tampak tidak berdaya,pasien tampak pucat, mengatakan nyeri berada pada skala 5 TD: 130/86 mmHg ,pasien mengatakan ASI nya belum keluar,pasien mengatakan belum ada menyusui bayinya, pasien mengatakan asinya bengkak ,pasien mengatakan sulit tidur, Merasa tidak berdaya Pasien sulit berkonsentrasi Pasien khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi, pasien mengatakan bayinya di rawat di perina, pasien mengatakan nyeri di rasakan hilang timbul dan saat duduk mau berdiri,pasien mengatakan sulit miring kanan/kiri karena nyeri, pasien mengatakan menghabiskan setengah porsi makan nya , pasien mengatakan tidak nafsu makan pasien mengatakan tubuh nya lemas, Terdapat luka bekas post op sectio caesarea sepanjang \pm 10 cm, luka pasien tertutup perban dan tampak kondisi luka post op sectio caesarea pasien masih basah, di abdomen bagian bawah berbentuk horizontal dengan panjang kurang lebih 10 cm , lukan tertutup perban. Pasien mengatakan belum ada BAB sejak melahirkan pasien mengatakan semua aktivitas masih di bantu sama keluarga sama perawat. Hal

ini sejalan dengan teori Saifuddin (2019), bahwa pasien post op sectio caesarea akan mengeluh nyeri disekitar luka bekas operasi.

Beberapa indikasi terhadap tindakan sectio caesarea (SC), salah satunya yakni disertai indikasi Cephalopelvic disproportion (CPD). CPD merupakan sebuah penyimpangan ukuran antara kepala janin dan kapasitas panggul (pelvis) ibu yang dapat menjadi hambatan dalam suatu persalinan melalui pervaginam (Cunningham F dkk., 2022). Pada saat pengkajian antropometri kepada klien penulis mendapati hasil TB ibu 148 cm dengan BB 53 yang memiliki hasil IMT 21,7 kategori normal. menurut Chairuninisa (2020) hasil data pengkajian tersebut sudah termasuk kedalam salah satu tanda gejala indikasi CPD dari tinggi badan yang kurang dari 148 cm.

Jadi menurut asumsi penulis berdasarkan teori, hasil penulis orang lain, dan hasil pengkajian yang di lakukan oleh penulis umumnya terdapat kesamaan tentang keluhan post op section caesarea yaitu nyeri pada perut bekas op SC. Adapun persamaan dengan penulisan sebelumnya yaitu nyeri pada perut bekas op SC, sulit tidur karena nyeri post op, sering terbangun karena nyeri post op, tidak nafsu makan, dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Dan perbedaan dengan penulis kemungkinan terjadi karena adanya Riwayat penyakit terdahulu pasien, selain itu juga dipengaruhi oleh perbedaan nyeri yang dirasakan pasien.

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan 3 diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny.Y yaitu Gangguan mobilitas fisik b.d kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik d.d pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur aktivitas pasien tampak di bantu suami dan perawat, Nyeri akut b.d Agen pencendera fisik (prosedur operasi SC) d.d pasien mengeluh nyeri pada daerah perut bagian bawah, nyeri di sebabkan oleh luka bekas SC, pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak, pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat, pasien mengatakan nyeri berada pada skala 5, pasien mengatakan nyeri di rasakan hilang timbul dan saat bergerak, pasien tampak meringgis, Ansietas b.d krisis situasional d.d pasien tampak gelisah, sulit tidur, tampak pucat, mata cekung TD: 130/86 mmHg

Berdasarkan teori Saifuddin (2019), Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, Nyeri Akut

Berhubungan dengan agen pencendera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur., Risiko hypovolemia dibuktikan dengan factor risiko kehilangan cairan aktif, Risiko infeksi dibuktikan dengan factor risiko efek prosedur invansif, Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal, Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018)

Jadi dapat di simpulkan bahwa semua diagnosa keperawatan yang penulis dapatkan terdapat persamaan spesifik dengan teoritis dan perbedaan diagnosa keperawatan seperti hasil penulisan amelia (2023) wijaya di dapatkan risiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, risiko infeksi, menyusui tidak efektif perbedaan ini di sebabkan oleh adanya tanda dan gejala pada Ny.Y yang muncul sebagian sehingga tidak muncul diagnosa keperawatan yang lain yang ada pada tinjauan teori.

Menurut penulis berdasarkan teori dan penulis sebelumnya dengan penulis yang dilakukan oleh penulis, ditemukan adanya persamaan dan perbedaan pada penulisan sebelumnya, yaitu persamaan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, ansietas. Adapun Perbedaan yaitu ditemukan diagnosis keperawatan, gangguan pola tidur, perfusi perifer tidak efektif, sedangkan pada penulisan yang dilakukan penulis tidak ditemukan diagnosis tersebut. Ini disebabkan, karena adanya perbedaan tanda dan gejala, penyebab serta yang dialami pasien dan data yang ditemukan saat melakukan pengkajian.

C. Intervensi keperawatan

Pada penyusunan rencana keperawatan mahasiswa menggunakan rencana keperawatan yang telah disusun oleh SDKI SLKI SIKI tahun 2018 sebagai standar asuhan keperawatan. Membuat rencana tindakan berdasarkan masalah keperawatan yang sudah ditegakkan pada kasus post op section caesarea yaitu manajemen nyeri, konseling laktasi, pencegahan infeksi dan memonitor tanda tanda vital secara berkala. Perencanaan yang dilakukan pada Ny. Y bertujuan agar keluhan berkurang dan Kembali beraktivitas seperti biasa. Pada kasus Ny.Y, Gangguan mobilitas fisik b.d kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik d.d pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat

tidur aktivitas pasien tampak di bantu suami dan perawat. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi SC), intervensi yang diterapkan penulis yaitu manajemen nyeri dengan tujuan agar keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, pola napas membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, Risiko infeksi dibuktikan dengan factor risiko efek prosedur invansif, intervensi yang diterapkan penulis yaitu pencegahan infeksi dengan tujuan agar nafsu makan meningkat, nyeri menurun, cairan berbau busuk menurun, kadar sel darah putih menurun, kultur darah membaik, kultur area luka membaik.. Ansietas b.d krisis situasional d.d pasien tampak gelisah, sulit tidur, tampak pucat, mata cekung TD: 130/86 mmHg.

Hal ini sesuai dengan yang tercantum di dalam buku SLKI DPP PPNI (2018) dan SIKI DPP PPNI (2018) bahwa pasien yang mengeluh pusing, tekanan darah tinggi akan dilakukan intervensi manajemen peningkatan tekanan intracranial dengan tujuan agar sakit kepala menurun, gelisah menurun, kecemasan menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolic membaik. Pasien yang mengeluh nyeri akan dilakukan intervensi manajemen nyeri dengan tujuan agar keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, pola napas membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik. Pasien yang terdapat bekas luka post op akan dilakukan intervensi pencegahan infeksi dengan tujuan agar nafsu makan meningkat, nyeri menurun, cairan berbau busuk menurun, kadar sel darah putih menurun, kultur darah membaik, kultur area luka membaik. Pasien dengan gangguan aktivitas akan dilakukan intervensi dukungan ambulasi dengan tujuan agar pergerakan ekstremitas meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, Gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Pasien yang mengeluh ASI nya tidak keluar akan dilakukan intervensi edukasi menyusui dengan tujuan agar perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan/pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat meningkat, kepercayaan diri ibu meningkat, kecemasan maternal menurun. Pasien yang mengeluh sulit tidur akan dilakukan intervensi dukungan tidur dengan tujuan agar keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan

pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, kemampuan beraktivitas meningkat.

Hasil penulisan ini juga didukung oleh penulisan yang dilakukan oleh Melisa (2022), untuk diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), intervensi yang diterapkan yaitu manajemen nyeri dengan tujuan agar keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Menyusui efektif berhubungan dengan rawat gabung, intervensi yang diterapkan yaitu konseling laktasi dengan tujuan agar perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan/pancaran ASI meningkat, hisapan bayi meningkat. Dari kasus Ny. T dan penulis sebelumnya serta teori, terdapat persamaan dan perbedaan pada intervensi keperawatan. Pada penulisan Melisa (2022), persamaan intervensi keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, intervensi yang diterapkan yaitu manajemen nyeri dengan tujuan agar keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun.

Sedangkan perbedaan pada penulisan Melisa (2022) yaitu Menyusui efektif berhubungan dengan rawat gabung, intervensi yang diterapkan yaitu konseling laktasi dengan tujuan agar perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan/pancaran ASI meningkat, hisapan bayi meningkat. Perbedaan tersebut menurut penulis karena adanya perbedaan diagnosis keperawatan yang ditemukan dari masalah atau kondisi yang dialami saat pengkajian ke pasien, sehingga memerlukan intervensi yang sesuai dengan diagnosis keperawatan dan kondisi pasien.

Menurut asumsi penulis dari kasus Ny. Y dan penulis sebelumnya serta teori, terdapat persamaan dan perbedaan pada intervensi keperawatan. Pada penulis sebelumnya terdapat persamaan dan perbedaan intervensi keperawatan. Perbedaan tersebut menurut penulis karena adanya perbedaan diagnosis keperawatan yang ditemukan dari masalah atau kondisi yang dialami saat pengkajian ke pasien, sehingga memerlukan intervensi yang sesuai dengan diagnosis keperawatan dan kondisi pasien.

D. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan selama 5 hari berturut-turut dari tanggal 05 Februari sampai 9 februari berdasarkan Tindakan yang telah direncanakan pada intervensi keperawatan. Dalam implementasi Tindakan keperawatan pada gangguan mobilitas fisik dukungan mobilisasi ,identifikasi adanya nyeri ,identifikasi,toleransi fisik melakukan pergerakan ,monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi . Masalah nyeri akut, penulis melakukan implementasi seperti identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri : dengan Teknik relaksasi dan Tarik nafas dalam, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetic, seperti pronalgex supp 2x100 mg dan paracetamol 3x500 mg. Masalah ansietas ,penulis melakukan terapi relaksasi identifikasi penurunan tingkat energi ,ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif

Hal ini sesuai dengan yang tercantum di dalam buku SIKI DPP PPNi (2018) bahwa pasien yang mengeluh pusing, tekanan darah tinggi akan dilakukan implementasi seperti identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda/gejala peningkatan TIK, monitor intake dan output cairan, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, cegah terjadinya kejang, pertahankan suhu tubuh normal, kolaborasi pemberian analgetik. Pasien yang mengeluh nyeri akan dilakukan implementasi seperti identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetic. Pasien yang terdapat bekas luka post op akan dilakukan implementasi seperti monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, Batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien,

jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan. Pasien dengan gangguan aktivitas akan dilakukan implementasi seperti identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

Hasil penulisan ini juga didukung oleh penulisan yang dilakukan oleh Melisa (2022), implementasi yang dilakukan untuk masalah nyeri akut yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri : dengan Teknik relaksasi dan Tarik nafas dalam, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetic, seperti cefadroxil, asam mefenamat, paracetamol. Masalah menyusui efektif implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui, mengidentifikasi keinginan dan tujuan menyusui, menggunakan Teknik mendengarkan aktif (dengarkan permasalahan ibu), memberikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar, menganjurkan Teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu. Masalah gangguan pola tidur implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi factor pengganggu tidur, membatasi waktu tidur siang, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Menurut asumsi penulis, berdasarkan implementasi yang penulis lakukan pada Ny.Y dengan penulisan sebelumnya terdapat persamaan dan perbedaan implementasi yang dilakukan. Hal ini dikarenakan adanya perbedaan diagnosis dan intervensi yang direncanakan, sehingga implementasi disesuaikan pada perencanaan yang dirumuskan.

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dari hasil Tindakan keperawatan pada kasus Ny. Y dari tanggal05 februari sampai 9 februari 2025, di dapatkan kriteria hasil di dapatkan kriteria hasil mengatakan masalah gangguan mobilitas fisik teratasi pasien mengatakan tubuhnya tidak lemah lagi ,pasien tampak ditandai sudah tidak lemah lagi pasien

tampak sudah duduk dan mulai berjalan gangguan mobilitas fisik teratasi pasien mengatakan skala nyeri sudah berkurang dengan skala 1, pasien sudah tampak tidak meringis lagi, skala nyeri 1, TTV : TD : 120/70 mmHg, RR : 21x/menit, N : 82x/menit, S : 36.6°C. Evaluasi hari kelima untuk masalah ansietas teratasi ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak khawatir lagi dengan akibat dari kondisi yang di hadapi dan pasien tampak sudah tidak gelisah lagi ,pasien tampak tidur nyaman pasien tampak segar masalah ansietas teratasi di hari kelima .

Berdasarkan teori (Krismonita, 2021) bahwa evaluasi keperawatan adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya.

Berdasarkan hasil evaluasi yang penulis lakukan pada Ny. T terdapat perbedaan dengan penulisan sebelumnya, seperti pada penulisan Melisa (2022) Dimana selama melakukan evaluasi selama 3 hari ditemukan semua masalah sudah teratasi untuk semua diagnosis keperawatan. Sedangkan pada Ny. T selama melakukan evaluasi selama 5 hari ditemukan masalah teratasi untuk masalah , dan risiko infeksi

Menurut asumsi saya pada evaluasi tidak ditemukan kesenjangan dengan teoritis dan jurnal karena penulisan merujuk pada buku SDKI, SLKI, dan SIKI. Berdasarkan dari urutan awal yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan terakhir evaluasi keperawatan sudah penulis dapatkan dan penulis rencanakan, serta penulis laksanakan. Terdapat persamaan dengan pelaksanaan yang dilakukan Tim Pokja SDKI, SLKI, SIKI DPP PNI 2017-2022, dan ada terdapat perbedaan dari hasil penulisan orang lain dengan yang penulis dapatkan karena tidak semua tanda dan gejala yang dialami setiap pasien itu harus sama. Semua diagnosa keperawatan yang didapatkan dijalankan sesuai dengan referensi yang penulis temukan meskipun ada terdapat perbedaan dan persamaan dengan jurnal yang penulis ambil. Semua diagnosa serta masalah keperawatan sudah teratasi dan dihentikan oleh penulis karena telah tercapai.

Berdasarkan hasil evaluasi yang penulis lakukan pada Ny. Y terdapat persamaan dengan penelitian sebelumnya, seperti pada penelitian

Salsabila (2023), dimana selama melakukan evaluasi selama 5 hari ditemukan semua masalah sudah teratasi untuk semua diagnosis keperawatan yang ditemukan. Begitu juga pada Ny. Y selama melakukan evaluasi selama 5 hari ditemukan masalah teratasi untuk semua diagnosis yang ditemukan. Pendapat penulis untuk meminimalkan diagnosa yang terjadi yaitu diperlukan langkah langkah korektif yang sistematis. Evaluasi dan revisi diagnosa secara berkala menjadi hal yang penting, mengingat kondisi pasien dapat berubah seiring waktu sehingga membutuhkan penyesuaian terhadap diagnosa yang telah ditetapkan. Dokumentasi yang akurat dan terintegrasi juga berperan besar dalam membantu perawat menelusuri proses pengambilan keputusan dan melakukan perbaikan jika terjadi kesalahan. Selain itu, diskusi tim keperawatan dan supervisi klinis dapat menjadi sarana untuk memperoleh umpan balik serta meningkatkan ketepatan diagnosa. Komunikasi yang terbuka dengan pasien dan keluarga juga turut membantu memperoleh informasi tambahan yang mungkin belum terdali secara optimal, sehingga diagnosa keperawatan dapat diperbarui secara lebih akurat.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penulisan penerapan asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan post op sectio cesarea Indikasi CPD di Ruang kebidanan RSUD prof H muhammad yamin ,SH pariaman.pada tanggal 05 february sampai 10 february 2025 ,maka di dapat di simpulkan sebagai berikut

1. Pengkajian

Pada saat di lakukan pengkajian pada tanggal 05 february 2025 jam 14.00 WIB , pasien mengeluh nyeri pada daerah perut bagian bawah , nyeri di sebabkan oleh luka bekas operasi SC ,pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak , pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat ,pasien mengatakan nyeri pasien mengatakan pusing,pasien mengatakan nyeri berada pada skala 5 ,pasien mengatakan nyeri di rasakan hilang timbul dan saat duduk mau berdiri,pasien mengatakan sulit miring kanan/kiri karena nyeri, pasien mengatakan tubuh nya lemas, pasien mengatakan semua aktivitas masih di bantu sama keluarga sama perawat.

2. Diagnosa keperawatan

Dalam teori yang di kemukaan penulis diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus post op sectio cesarea indikasi cephalovelic dispropotions adalah sebanyakdiagnosis keperawatan 7 diagnosis keperawatan sedangkan Ny. Y di temukan 3 diagnosis keperawatan yaitu

Gangguan mobilitas fisik b.d kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik d.d pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur aktivitas pasien tampak di bantu suami dan perawat. Nyeri akut b.d Agen pencendera fisik (prosedur operasi SC) d.d pasien mengeluh nyeri pada daerah perut bagian bawah ,nyeri di sebabkan oleh luka bekas SC ,pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak, pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat ,pasien mengatakan nyeri berada pada skala 5 ,pasien mengatakan nyeri di rasakan hilang timbul dan saat bergerak, pasien tampak meringgis Ansietas b.d krisis situasional d.d pasien tampak gelisah, sulit tidur ,tampak pucat, mata cekung TD: 130/86 mmHg

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang disusun tergantung kepada masalah keperawatan yang ditemukan yaitu sesuai dengan teori yang telah ada, berdasarkan dengan SIKI DPP PPNI (2018). Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh penulis yaitu manajemen peningkatan tekanan intracranial, manajemen nyeri, pencegahan infeksi, dukungan ambulasi, edukasi menyusui, dan dukungan tidur.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan mengacu kepada rencana Tindakan yang telah disusun. Sebagian besar Tindakan keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan yaitu pada tanggal 05 Februari sampai 9 februari 2025.

5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi yang telah dilakukan pada 05 februari sampai 9 februari 2025 dalam bentuk SOAP. Evaluasi tersebut selama 5 hari untuk Ny. Y masalah teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik , nyeri akut, ansietas

SARAN

1. Bagi penulis

Diharapkan penulis lebih mengerti dan memahami lagi tentang asuhan keperawatan maternitas, serta mampu dalam penerapan dan pemberian asuhan keperawatan yang professional.

2. Bagi institusi

Diharapkan institusi pendidikan dapat menyediakan fasilitas, sarana, prasarana dalam proses pendidikan, melengkapi perpustakaan dengan buku-buku keperawatan khususnya keperawatan maternitas sehingga dapat mempermudah dalam perkuliahan maupun proses penulisan dan dapat

mempertahankan dan memperbanyak kerja sama terhadap rumah sakit untuk meningkatkan proses pembelajaran dan proses pendidikan bagi mahasiswa sehingga memiliki banyak pengalaman dan skill.

3. Bagi rumah sakit

Diharapkan rumah sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup yang lebih sehat bagi Masyarakat. Bagi tenaga Kesehatan khususnya perawat diharapkan bagi perawat ruangan untuk lebih meningkatkan pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP). Serta memberikan edukasi yang layak pada pasien khususnya pasien post natal.

4. Bagi pasien keluarga

Diharapkan kepada pasien Ny. Y dapat menjaga Kesehatan, pola makan, serta pola hidup yang sehat dan teratur, serta rutin kontrol ke poliklinik kebidanan atau pelayanan Kesehatan sehingga kondisi Kesehatan dapat dipertahankan secara optimal. Peran keluarga juga penting dalam meningkatkan derajat Kesehatan pasien, keluarga juga bisa berperan dalam membantu aktivitas selama proses pengobatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT atas nikmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan keperawatan pada Ny.Y dengan post op sectio cesarea Indikasi CPD di Ruang kebidanan RSUD prof H muhammad yamin ,SH pariaman.” Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini ditulis dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan, Fakultas Psikologi dan Kesehatan, Universitas Negeri Padang, peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan KTI ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan KTI ini.

DAFTAR PUSTAKA

Ansori. (2022). *Asuhan keperawatan ansietas pada pasien pre operasi sectio caesarea diruang belimbing RSUD Klungkung*. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents, 3(April), 49–58.

- Azlina, N. (2019). *Hubungan perawatan luka perineum dengan proses penyembuhan luka di klinik lena baru binjai tahun 2019* (Doctoral dissertation, INSTITUT KESEHATAN HELVETIA).
- Bahiyatun, S. P. (2019). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Egc.
- Dewi, Yuanita Viva Avia. (2020) *Asuhan Kebidanan 3*. Bandung: Media Sains Indonesia
- Dr. Noer Saudah, S. M., Dr. Indah Lestari, S. M., & Catur Prasastia Lukita Dewi, S. M. (2019). *Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ibu Dengan Kehamilan Patologis*. Mojokerto
- Ernawan, P. B., Tampubolon, R., & Bagus, R. (2021). Identifikasi Faktor-Faktor Terkait Kejadian *Cephalopelvic Dispropotion* (CPD) a Pada Ibu Hamil Di Kabupaten Semarang: Identification of Factors Related to the Incidence of Preeclampsia in Pregnant Women in Semarang Regency. *Jurnal Sains dan Kesehatan*, 3(2), 269-277.
- Falentina, Dea (2019). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Op Sectio Caesarea Di Ruang Perawatan Mawar Nifas Rsud. Abdul Wahab Sjahrane Samarinda*. Skripsi D-III Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Kaltim.
- Fujiwan, A. (2019). *Mengimplementasikan Rencana Keperawatan Yang Sesuai Kebutuhan Pasien*.
- Iwani, S. Z. (2020). *Langkah-Langkah Perumusan Rencana Keperawatan*.
- Juliathi, N. L. P., Marhaeni, G. A., & Mahayati, N. M. D. (2021). *Gambaran persalinan dengan sectio caesarea di instalasi gawat darurat kebidanan rumah sakit umum pusat sanglah Denpasar tahun 2020*. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (The Journal Of Midwifery)*, 9(1), 19-27.
- Sulfianti, S., Indryani, I., Purba, D. H., & Sitorus, S. (2020). *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan: Buku Pegangan Mahasiswa Kebidanan*.
- Sung, S., & Mahdy, H. (2023). *Cesarean Section*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2018. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pustaka Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pustaka Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pustaka Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Wahyuningsih, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. Deepublish.
- Widiastini, L. P. (2019). *Buku ajar asuhan kebidanan pada ibu bersalin dan bayi baru lahir*. In Media.
- Wiknjosastro H. *Ilmu Kebidanan*. Edisi ke-4 Cetakan ke-2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2019; 523 - 529.
- Zubaidah, S. S. T., Rusdiana, N., Kep, M., Raihana Norfitri, S. S. T., Keb, M., Iis Pusparina, S. S. T., & Kes, M. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Nifas*. Deepublish.
- Sulfianti, S., Indryani, I., Purba, D. H., & Sitorus, S. (2020). *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan: Buku Pegangan Mahasiswa Kebidanan*.
- Sung, S., & Mahdy, H. (2023). *Cesarean Section*.
- Wahyuningsih, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. Deepublish.

Widiastini, L. P. (2019). *Buku ajar asuhan kebidanan pada ibu bersalin dan bayi baru lahir*. In Media.

Wiknjosastro H. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-4 Cetakan ke-2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2019; 523 - 529.

Zubaidah, S. S. T., Rusdiana, N., Kep, M., Raihana Norfitri, S. S. T., Keb, M., Iis Pusparina, S. S. T., & Kes, M. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Nifas*. Deepublish

