

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Kondisi Laporan Kasus

Laporan kasus ini dilaksanakan di Ruang Nifas RSUD Bali Mandara yang merupakan salah satu ruang perawatan bagi ibu pasca persalinan, termasuk pasien yang menjalani tindakan sectio caesarea. Ruangan ini dilengkapi dengan berbagai fasilitas yang mendukung pelayanan keperawatan seperti tempat tidur pasien yang dapat diatur posisinya, alat pemantauan tanda-tanda vital, serta peralatan perawatan luka dengan teknik steril. Lingkungan ruang perawatan dijaga kebersihannya serta memiliki ventilasi dan pencahayaan yang cukup sehingga mendukung proses pemulihan pasien. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. L dilakukan selama tiga hari, yaitu mulai tanggal 15 Februari 2026 sampai dengan 17 Februari 2026.

2. Karakteristik Subyek Laporan Kasus

Subyek dalam laporan kasus ini adalah seorang perempuan berusia 35 tahun dengan status perkawinan menikah. Pasien menjalani persalinan melalui tindakan sectio caesarea pada usia kehamilan 34–35 minggu karena usia kehamilan belum cukup bulan sehingga memerlukan tindakan operasi. Pasien dirawat di ruang nifas dalam kondisi post operasi hari pertama.

Secara umum, pasien dalam keadaan sadar compos mentis, namun tampak lemah dan aktivitas masih terbatas. Pasien mengeluhkan nyeri pada luka operasi, disertai mual, pusing, dan lemas. Hasil pemeriksaan menunjukkan luka operasi masih tertutup balutan tanpa tanda-tanda infeksi, namun pasien terpasang infus dan kateter sebagai prosedur invasif.

Masalah keperawatan utama yang diangkat dalam laporan ini adalah risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasive (luka operasi seksio sesarea).

3. Hasil Pengkajian

Hasil studi kasus ini menguraikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. L dengan diagnosis keperawatan risiko infeksi akibat post sectio caesarea di Ruang Nifas RSUD Bali Mandara tahun 2026. Proses asuhan keperawatan dilakukan melalui lima tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan metode wawancara kepada pasien dan keluarga, observasi langsung terhadap kondisi pasien, serta pengumpulan data dari rekam medis pasien.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.L DENGAN RISIKO INFEKSI AKIBAT POST SECTIO CAESAREA DI RUANG NIFAS RSUD BALI MANDARA TAHUN 2026

I. PENGKAJIAN

A. Identitas pasien

Identitas pasien		penanggung jawab	
Nama	: Ny. L		: Tn. D
Umur	: 35 Tahun		: 36 Tahun
Agama	: Hindu		: Hindu
Pendidikan	: SI		: D3
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga		: Wiraswasta
Alamat	: Jl Kamboja No Kavling 15 Mengwi Badung		: Jl Kamboja No Kavling 15 Mengwi Badung
Tanggal Pengkajian	: 15 Februari 2026		
Jam	: 12.20 Wita		

B. Alasan dirawat

1. Alasan masuk rumah sakit

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien, suami pasien, dan data rekam medis, pasien datang ke RSUD Bali Mandara pada tanggal 14 Februari 2026 pukul 20.30 WITA dengan keluhan tekanan darah meningkat disertai nyeri pada bagian perut serta pembengkakan pada kedua kaki dan tangan sejak siang hari. Pasien mengatakan tidak mengalami sakit kepala, pandangan kabur, maupun nyeri ulu hati. Pasien juga mengatakan tidak terdapat lendir bercampur darah yang keluar dari jalan lahir dan gerakan bayi masih dirasakan aktif. Pada tanggal 15 Februari 2026 pukul 09.00 WITA pasien melahirkan bayi perempuan melalui tindakan sectio caesarea dan dipindahkan ke ruang nifas pada pukul 12.10 WITA.

C. Keluhan saat dikaji

Pasien mengatakan nyeri pada area jahitan bekas operasi, merasa mual setelah operasi, serta merasa pusing dan lemas saat mencoba duduk. Pasien juga mengatakan belum dapat menyusui bayinya karena bayi masih dirawat di ruang perawatan terpisah. Selain itu, pasien mengaku merasa takut terhadap luka operasi karena sebelumnya belum pernah menjalani persalinan dengan tindakan seksio sesarea.

D. Riwayat masuk rumah sakit

1) Keluhan utama

Pasien datang ke rumah sakit dengan keluhan tekanan darah meningkat disertai nyeri perut dan pembengkakan pada kedua kaki dan tangan.

2) Riwayat persalinan sekarang

a) Tanggal persalinan : 15 Februari 2026 Jam 09.00 Wita

- b) Tapsiran Persalinan : Maret 2026
- c) Tipe persalinan : Seksio sesarea
- d) Lama persalinan : 30 Menit
- e) Kala I : - Jam
- f) Kala II : - Jam
- g) Kala III : - Jam
- h) Kala IV : - Jam
- 3) Penyulitan persalinan : Tidak terdapat penyulitan selama persalinan
- 4) Jenis kelamin bayi : L/P BB Lahir : 1,700 gram

A. Riwayat obstetri dan ginekologi

- 1) Riwayat Menstruasi
 - a) Menarche : Umur 14 Tahun Siklus : Teratur
 - b) Banyaknya : 2 sampai 3x ganti pembalut Lamanya : 4 Sampai 5 hari
 - c) Keluhan : Nyeri di area bawah perut saat haid hari pertama
- 2) Riwayat Pernikahan
 - a) Menikah : 1 Kali
 - b) Lama : 6 Tahun

B. Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu

Tabel 1.
Kehamilan, persalinan dan nifas pada Ny.L dengan Risiko Infeksi akibat post
Seksio Sesarea Tahun 2026

No	Tahun	Kehamilan (abortus, prematur, aterm, mati)	Penolong	Jenis kelamin	Keadaan anak sekarang
1	2022	Aterm	Dokter dan Bidan	Laki-laki	Sehat
2	2026	Prematur	Dokter dan Bidan	Perempuan	Sehat

3) Riwayat Keluarga Berencana

- a) Akseptor KB : Jenis IUD Lama 3 Tahun
- b) Masalah : Tidak ada
- c) Rencana KB : MOW

C. Pola kebutuhan dasar

1) Kebutuhan oksigen

Sebelum sakit :Pasien mengatakan selama masa kehamilan tidak mengalami gangguan pernapasan, namun sering merasa lelah karena kondisi kehamilan.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pernapasan, tetapi masih merasa lemas setelah operasi.

2) Kebutuhan nutrisi

Sebelum sakit :Pasien mengatakan makan dalam porsi normal sebanyak 3 kali sehari dan minum air putih dengan cukup.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan tetap makan 3 kali sehari namun dalam porsi lebih sedikit. Pasien menghabiskan sekitar 2/3 porsi makanan dari rumah sakit dan minum air putih kurang dari 2000 ml per hari.

3) Kebutuhan eliminasi

Sebelum sakit :Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dan BAK 6–7 kali sehari.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan belum dapat BAB dan BAK sekitar 2–4 kali sehari.

4) Kebutuhan istirahat tidur

Sebelum sakit :Pasien mengatakan mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan rutin berjalan pagi serta sore hari sebelum persalinan.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan merasa nyeri saat duduk, berdiri, dan berjalan, namun masih dapat melakukannya secara perlahan.

5) Kebutuhan aktivitas

Sebelum sakit :Pasien mengatakan tidur teratur mulai pukul 22.00 WITA hingga pukul 07.30 WITA, namun kadang terbangun karena ingin BAK.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan mengalami kesulitan tidur akibat nyeri pada luka operasi serta masih beradaptasi dengan kehadiran anggota keluarga baru.

6) Berpakaian

Sebelum sakit :Pasien mengatakan tidak mengalami hambatan dalam berpakaian.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan suami saat berpakaian, namun mulai belajar menggunakan pakaian secara mandiri.

7) Rasa nyaman

Sebelum sakit :Pasien mengatakan selalu menjaga kebersihan diri selama masa kehamilan.

Sesudah sakit :Pasien tampak menjaga kebersihan diri dengan baik.

8) Kebersihan diri

Sebelum sakit :Pasien mengatakan merasa aman saat melakukan aktivitas sehari-hari.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan merasa lebih aman apabila didampingi suami atau keluarga saat beraktivitas.

9) Rasa aman

Sebelum sakit :Pasien mengatakan terkadang merasakan nyeri pada bagian punggung selama kehamilan.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan nyeri pada bagian bawah perut di area luka operasi dengan skala nyeri 2, nyeri dirasakan hilang timbul sekitar 5 menit sekali dan terasa seperti ditusuk-tusuk.

10) Pola komunikasi

Sebelum sakit :Pasien mengatakan mampu berkomunikasi dengan baik dengan orang di sekitarnya.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan tetap mampu berkomunikasi dengan baik dengan keluarga dan orang di sekitarnya.

11) Ibadah

Sebelum sakit ;Pasien mengatakan rutin melakukan ibadah pagi dan sore selama masa kehamilan.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan masih melakukan ibadah di tempat tidur sebelum tidur.

12) Produktivitas

Sebelum sakit :Pasien mengatakan tidak mengalami hambatan dalam melakukan pekerjaan sehari-hari.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan aktivitas sehari-hari menjadi terbatas setelah operasi.

13) Rekreasi

Sebelum sakit :Pasien mengatakan sesekali melakukan rekreasi bersama keluarga.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan belum dapat melakukan kegiatan rekreasi.

14) Kebutuhan belajar

Sebelum sakit :Pasien mengatakan sering mencari informasi mengenai kehamilan melalui internet dan media sosial.

Sesudah sakit :Pasien mengatakan mencari informasi mengenai perawatan bayi, seperti vaksinasi dan nutrisi bayi, melalui media sosial.

D. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum : E4 V5 M6
2. General survey : Compos mentis
3. Tanda-tanda vital
 - a) Tekanan Darah : 180/90 mmHg
 - b) Denyut Nadi : 60 x/menit
 - c) RR : 22x/menit
 - d) Temperatur : 36,0 °C
4. Head to toe : Kepala
 - a) Wajah : Normal
 - b) Pucat (Tidak ada)
 - c) Cloasma (Tidak ada)
 - d) Sklera : Putih
 - e) Konjungtiva : Merah muda
 - f) pembesaran limphe node : Tidak ada
 - g) pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada
 - h) Telinga : Bersih
5. Buah dada (Payudara)
 - a) Konsistensi : Payudara pasien teraba sedikit lunak atau sedikit kenyal
 - b) Putting susu : Menonjol

- c) ASI/ Colostrum : Asi belum keluar
 - d) Kelainan : Tidak ada kelainan
 - e) Kebersihan : Payudara tampak bersih
6. Abdomen
- a) Linea : Nigra
 - b) Satriae : Ada
 - c) Luka SC : Ada, kondisi luka masih tertutup balutan, balutan luka tampak bersih dan kering, luka operasi terletak di bagian bawah abdomen dengan panjang 10 cm.
 - d) Bising usus : 15x/menit
 - e) TFU : 2 jari di bawah pusat
 - f) Kontraksi : Ada
7. Genitalia
- a) Kebersihan : Bersih
 - b) Lokhea : Baik Karakteristik : Lochea Rubra
8. Perineum dan anus
- a) Perineum : Tidak terdapat robekan pada periuneum
 - b) Hemoroid : Tidak ada
9. Ekstremitas Atas
- a) Oedema : Tidak terdapat oedema
 - b) Varises : Tidak terdapat varices
 - c) CRT : <2 detik

10. Ekstremitas Bawah

- a) Oedema : Terdapat oedema pada pergelangan kaki
- b) Varises : Tidak terdapat varices
- c) CRT : <2 detik
- d) Tanda homon : Tidak ada

E. Data penunjang

- 1) Pemeriksaan Laboratorium : Ada

Tabel 2.
Pemeriksaan Laboratorium pada Ny.L dengan Risiko Infeksi Akibat
Post Seksio Sesarea Tahun 2026

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi			
Wbc	H 11.25	$10^3/uL$	4.10-11.00
Hgb	12.9	g/dL	12.0-16.0
Hct	35.2	%	35.0-47.0
Plt	224	$10^3/uL$	150-440
Faal ginjal			
Ureum	18	mg/dL	<50
Elektrolit&gas darah			
Natrium (na)	138	Mmol/L	136-145
Kalium (k)	3.5	Mmol/L	3.5-5.1

- 2) Pemeriksaan radiologik : Tidak ada

F. Diagnosis medis

G3P1102 34–35 minggu T/H intrauterin + LMR PEB + impending eklamsia +NST suspicious berulang

G. Pengobatan

- 1) Nefedipin 3 x10 mg tab
- 2) Cefadroxil 3 x 500 mg tab

- 3) Vitamin A(retnol) 1 x 200.000 IU kapsul
- 4) Dopamed 3 x 500 mg tab
- 5) Paracetamol 3 x 500 mg tab

H. Analisis data

Tabel 3.

Analisis Data Asuhan Keperawatan Pada Ny.L dengan Risiko Infeksi Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas RSUD Bali Mandara Tahun 2026

Data Fokus	Analisis Data	Masalah Keperawatan
1	2	3
DS: 1. Pasien mengeluhkan nyeri pada luka operasi sesar dengan skala nyeri 2 (ringan). 2. Pasien mengaku belum mengetahui cara merawat luka pasca operasi sesar. DO: 1. Pasien tampak lemah 2. Luka operasi masih tertutup balutan. 3. Pasien terpasang infus dan kateter 4. Luka operasi sepanjang 10 cm	Luka post operasi ↓ Luka insisi abdomen ↓ Kerusakan integritas kulit ↓ masuknya mikroorganisme ↓ Risiko Infeksi	Risiko infeksi (D.0142)

Risiko infeksi dibuktikan dengan adanya luka operasi sectio caesarea, luka operasi masih tertutup balutan, terpasang infus intravena, terpasang kateter urin, pasien tampak lemah, pasien mengeluh nyeri pada area luka operasi dengan skala nyeri 2, serta pasien belum mengetahui cara merawat luka pasca operasi.

I. Rencana keperawatan

Tabel 4.

Rencana Keperawatan Asuhan Keperawatan Pada Ny.L dengan Risiko Infeksi Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas RSUD Bali Mandara Tahun 2026

Tgl/ jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional	Paraf
1	2	3	4	5	6
15/02 /2025 12.30 Wita	Risiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan adanya luka operasi sectio caesarea, luka operasi masih tertutup balutan, terpasang infus intravena, terpasang kateter urin, pasien tampak lemah, pasien mengeluh nyeri pada area luka operasi dengan skala nyeri 2, serta pasien belum mengetahui cara merawat luka pasca operasi.	1. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x30 Menit maka Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Demam menurun	Intervensi Utama Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak, nyeri, peningkatan suhu tubuh) Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung pasien. Edukasi 1. Ajarkan pasien cara memeriksa kondisi luka operasi. 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. Intervensi Pendukung Perawatan pasca seksio sesarea (I.14567) Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital ibu	Observasi 1. Untuk mendeteksi secara dini terjadinya infeksi pada pasien Terapeutik 1. Untuk mengurangi risiko masuknya mikroorganisme dari luar. Edukasi 1. Agar pasien dapat mengenali tanda infeksi secara dini. 2. Untuk mencegah penyebaran mikroorganisme penyebab infeksi 3. Agar pasien dapat memantau kondisi luka dan mendeteksi tanda infeksi. Intervensi Pendukung Perawatan pasca seksio sesarea (I.14567) Observasi 1. Mengetahui faktor risiko dan kondisi pasien.	 Febri

1	2	3	4	5	6
			2. Monitor respon fisiologis (nyeri, perubahan uterus, kondisi luka) 3. Monitor kondisi luka dan balutan	1. Memonitor tanda-tanda vital ibu 2. Menilai kondisi pasca operasi.	
			Terapeutik 1. Motivasi mobilisasi dini 6 jam 2. Fasilitasi dukungan menyusui yang memadai, jika memungkinkan	Terapeutik 1. Mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi. 2. Mendukung keberhasilan menyusui dan ikatan ibu-bayi.	
			Edukasi 1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi 2. Ajarkan Latihan ekstermitas, perubahan posisi, batuk dan napas dalam 3. Anjurkan ibu mengkonsumsi nutrisi TKTP	Edukasi 1. Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga. 2. Mencegah komplikasi akibat imobilisasi. 3. Mendukung proses penyembuhan luka.	
			Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotik	Kolaborasi 1. Untuk mencegah terjadinya infeksi.	

J. Implementasi keperawatan

Tabel 5.
Implementasi Asuhan Keperawatan Pada Ny.L dengan Risiko Infeksi Akibat Post
Seksio Sesarea di Ruang Nifas RSUD Bali Mandara Tahun 2026

No	Tanggal dan waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
1	15 Februari 2026 12.20 Wita	1. Melakukan informed consent kepada pasien sebelum tindakan keperawatan. 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.	DS: Pasien mengatakan setuju dan bersedia DO: Pasien tampak kooperatif dan menandatangani lembar persetujuan tindakan.	 Febri
	13.00 Wita	1. Mengobservasi tanda-tanda vital dan kondisi umum pasien.	DS: Pasien mengatakan masih merasa lemas dan nyeri pada luka operasi. DO: TD 180/90 mmHg, N 60x/menit, RR 22x/menit, S 36°C.	 Febri
	13.45 Wita	1. Memonitor kondisi post partum meliputi TFU, kontraksi uterus, lochea, dan kondisi luka operasi.	DS: Pasien mengatakan masih nyeri ringan pada area luka operasi saat bergerak. DO: TFU teraba setinggi pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra normal, luka operasi tampak bersih dan kering	Perawat
	14.15 Wita	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi pada luka operasi.	DS: Pasien mengatakan belum mengetahui tanda infeksi pada luka operasi. DO: Tidak terdapat kemerahan, bengkak, maupun cairan pada luka operasi.	Perawat
	15.10 Wita	1. Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai program medis.	DS: Pasien mengatakan bersedia diberikan terapi obat sesuai anjuran dokter.	Perawat

1	2.	3	4
		DO: Antibiotik diberikan sesuai instruksi medis.	
2	16 Februari 2026 13.00 Wita	1. Mengobservasi tanda-tanda vital pasien.	 Febri
		DS: Pasien mengatakan kondisi tubuh sedikit lebih baik. DO: TD 140/75 mmHg N 80x/menit RR 20x/menit Suhu 36,2°C	
		1. Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi pada luka operasi.	 Febri
		DS: Pasien mengatakan nyeri luka operasi mulai berkurang. DO: Balutan luka operasi tampak bersih dan kering, tidak terdapat kemerahan maupun cairan pada luka.	
	13.20 Wita	1. Memberikan edukasi mengenai perawatan luka operasi.	 Febri
		DS: Pasien mengatakan mulai memahami cara menjaga kebersihan luka operasi. DO: Pasien mampu mengulangi kembali penjelasan yang diberikan.	
	13.30 Wita	1. Mengajukan peningkatan asupan nutrisi tinggi protein dan cairan.	 Febri
		DS: Pasien mengatakan nafsu makan mulai meningkat. DO: Pasien menghabiskan sebagian besar makanan yang diberikan.	
	13.45 Wita	1. Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai program medis.	 Perawat
		DS: Pasien mengatakan tidak ada keluhan setelah pemberian obat. DO: Antibiotik diberikan sesuai anjuran dokter	
3	17 Februari 2026 08.00 Wita	1. Mengobservasi tanda-tanda vital dan kondisi umum pasien.	 Febri
		DS: Pasien mengatakan tubuh terasa lebih nyaman dan nyeri berkurang.	

1	2	3	4	5
			DO: TD 130/90 mmHg, N 78x/menit, RR 20x/menit, S 36,5°C,	
09.15 Wita	1.	Memonitor kondisi post partum meliputi TFU, kontraksi uterus, lochea, dan kondisi luka operasi.	DS: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah berkurang. DO: TFU 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra normal, luka operasi tampak bersih dan kering.	Perawat
08.35 Wita	1.	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi pada luka operasi.	DSPasien mengatakan tidak ada demam maupun nyeri berlebih pada luka operasi. DO: Tidak terdapat tanda infeksi pada luka operasi.	 Febri
11.20 Wita	1.	Memberikan edukasi mengenai perawatan luka operasi di rumah.	DS: Pasien mengatakan sudah memahami cara menjaga kebersihan luka operasi di rumah. DO: Pasien mampu menjelaskan kembali cara perawatan luka operasi.	Perawat
12.15 Wita	1.	Kolaborasi pemberian terapi sesuai program medis.	DS; Pasien mengatakan bersedia mengikuti anjuran pengobatan. DO: Terapi diberikan sesuai instruksi dokter.	Perawat

K. Evaluasi keperawatan

Tabel 6.
Implementasi Asuhan Keperawatan Pada Ny.L dengan Risiko Infeksi Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas RSUD Bali Mandara Tahun 2026

No	Diagnosis	Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
	Risiko Infeksi (D.0142)		S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang. O : Balutan luka tampak bersih, tidak ada tanda infeksi Tanda-tanda vital: TD: 130/90 mmHg Nadi: 78 x/menit RR: 20 x/menit Suhu: 36,5°C A : Masalah risiko infeksi teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi dan observasi tanda infeksi	 Febri

E. Pembahasan

1. Pengkajian Keperawatan Pada Ny.L Dengan Risiko Infeksi Akibat Post Seksio Sesarea

Pengkajian keperawatan pada Ny.L dilakukan pada tanggal 15 Februari 2026 di Ruang Nifas RSUD Bali Mandara melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan telaah rekam medis. Pengkajian dilakukan untuk memperoleh data secara menyeluruh mengenai kondisi pasien meliputi keadaan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual sehingga dapat menentukan masalah keperawatan yang dialami pasien.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa Ny.L merupakan ibu postpartum yang menjalani persalinan melalui tindakan seksio sesarea akibat impending eklampsia. Data subjektif yang ditemukan yaitu pasien mengeluhkan nyeri pada luka operasi, merasa lemas, takut bergerak karena khawatir luka jahitan terbuka, serta belum

mampu beraktivitas secara mandiri. Pasien juga mengatakan tidurnya terganggu akibat nyeri yang dirasakan.

Data objektif menunjukkan kondisi umum pasien lemah dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital didapatkan tekanan darah 180/90 mmHg, nadi 60 x/menit, respirasi 22 x/menit, dan suhu 36°C. Luka operasi masih tertutup balutan tanpa tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau cairan. Namun, hasil laboratorium menunjukkan peningkatan leukosit ($11,25 \times 10^3/\text{uL}$) yang mengindikasikan adanya risiko infeksi.

Temuan pada kasus ini sejalan dengan Janah dkk,(2025) yang menyatakan bahwa persalinan sectio caesarea memiliki risiko lima kali lebih besar mengalami komplikasi infeksi dibandingkan persalinan normal, yang dipengaruhi oleh adanya luka operasi dan penurunan daya tahan tubuh. Selain itu, kasus ini juga sejalan dengan Hidayat, (2024) yang menjelaskan bahwa pasien post operasi sectio caesarea umumnya mengalami nyeri luka, keterbatasan aktivitas, serta peningkatan risiko infeksi apabila perawatan luka tidak dilakukan dengan baik.

Berdasarkan kondisi tersebut, penulis berasumsi bahwa Ny. L memiliki risiko tinggi mengalami infeksi akibat luka operasi, kondisi tubuh yang lemah, keterbatasan mobilisasi, serta kurangnya pengetahuan mengenai perawatan luka. Secara teoritis, pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis untuk mengumpulkan data secara menyeluruh meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual guna menentukan masalah keperawatan secara tepat (PPNI, 2017).

Dengan demikian, hasil pengkajian menunjukkan adanya faktor risiko infeksi pada Ny. L berupa luka operasi seksio sesarea, kondisi lemah, keterbatasan

mobilisasi, serta kurangnya pengetahuan pasien, sehingga menjadi dasar dalam penetapan diagnosis keperawatan risiko infeksi pada pasien post sectio caesarea.

2. Diagnosis Keperawatan Pada Ny.L Dengan Risiko Infeksi Akibat Post Seksio Sesarea

Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosis keperawatan pada Ny. L adalah risiko infeksi yang berhubungan dengan luka operasi seksio sesarea. Penetapan diagnosis ini didasarkan pada adanya faktor risiko seperti luka operasi, tindakan invasif, kondisi pasien yang lemah, serta keterbatasan mobilisasi setelah operasi.

Data subjektif yang mendukung meliputi keluhan nyeri pada luka, rasa lemas, takut bergerak karena khawatir luka terbuka, serta kurangnya pengetahuan tentang perawatan luka. Sementara itu, data objektif menunjukkan adanya luka operasi yang masih tertutup balutan, kondisi umum lemah, dan riwayat prosedur invasif yang meningkatkan risiko infeksi.

Kasus ini juga sejalan dengan Janah dkk, (2025) yang menyebutkan bahwa persalinan seksio sesarea memiliki risiko infeksi lebih tinggi dibandingkan persalinan normal karena adanya luka operasi yang menjadi pintu masuk mikroorganisme. Kasus ini juga sejalan dengan Trisnawati dkk, (2023) yang menjelaskan bahwa infeksi luka operasi dapat memperlambat pemulihan dan memperpanjang lama perawatan luka yang kurang optimal dapat meningkatkan risiko infeksi pada pasien post seksio sesarea.

Berdasarkan kondisi tersebut, diagnosis risiko infeksi pada Ny. L dinilai sudah tepat karena didukung oleh adanya luka operasi, kondisi fisik yang lemah, dan keterbatasan mobilisasi. Hal ini juga sesuai dengan SDKI PPNI (2017) yang

menyebutkan bahwa risiko infeksi ditegakkan bila terdapat faktor seperti prosedur invasif, kerusakan integritas kulit, dan penurunan kondisi tubuh.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa diagnosis risiko infeksi pada Ny. L telah sesuai dengan data klinis, teori, dan hasil kajian sebelumnya, sehingga diperlukan intervensi keperawatan yang tepat untuk mencegah terjadinya infeksi pada pasien post seksio sesarea.

3. Intervensi Keperawatan Pada Ny.L Dengan Risiko Infeksi Akibat Post Seksio Sesarea

Setelah diagnosis keperawatan ditegakkan, tahap selanjutnya adalah penyusunan rencana intervensi. Pada Ny. L, tujuan dan kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan risiko infeksi menurun dengan indikator tidak adanya tanda infeksi, luka tampak bersih, suhu tubuh dan leukosit dalam batas normal, serta pasien mampu menjelaskan cara pencegahan infeksi secara mandiri (PPNI, 2019).

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi berkurangnya tanda infeksi seperti kemerahan, nyeri, pembengkakan, dan tidak adanya cairan pada luka. Selain itu, pasien diharapkan mampu menjaga kebersihan luka, melakukan mobilisasi bertahap, serta memahami pentingnya nutrisi dalam proses penyembuhan.

Kasus ini juga sejalan dengan Rimadeni dkk, (2022) yang menyatakan bahwa pasien post seksio sesarea memerlukan intervensi berupa pemantauan kondisi luka, mobilisasi dini, serta edukasi kesehatan untuk mencegah infeksi. Selain itu kasusus ini juga sejalan dengan Rantesigi & Nurazizah,(2023) yang menyebutkan bahwa pasien post seksio sesarea memiliki risiko komplikasi lebih tinggi, termasuk infeksi,

sehingga diperlukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk mencegah terjadinya komplikasi.

Berdasarkan temuan pada kasus Ny. L dan hasil studi tersebut, penulis berasumsi bahwa intervensi seperti pemantauan kondisi luka, perawatan luka secara aseptik, mobilisasi dini, serta edukasi kesehatan dapat membantu menurunkan risiko infeksi.

Perencanaan keperawatan pada kasus ini mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan fokus pada pencegahan infeksi dan perawatan luka, meliputi pemantauan tanda infeksi, menjaga kebersihan luka, mengganti balutan secara aseptik, memantau tanda vital, menganjurkan mobilisasi dini, serta memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga.

Dengan demikian, intervensi keperawatan pada Ny. L difokuskan pada upaya pencegahan infeksi melalui pemantauan kondisi pasien, perawatan luka, mobilisasi, dan edukasi kesehatan sehingga diharapkan dapat menurunkan risiko infeksi serta mempercepat pemulihan perawatan pasca persalinan.

4. Implementasi Keperawatan Pada Ny.L Dengan Risiko Infeksi Akibat Post Seksio Sesarea

Implementasi keperawatan pada Ny. L dilakukan sesuai intervensi yang telah direncanakan dengan diagnosis risiko infeksi pada pasien post seksio sesarea selama 3 hari perawatan di ruang nifas. Tindakan yang dilakukan meliputi identifikasi faktor risiko seperti adanya luka operasi, pemantauan tanda vital, observasi kondisi luka, serta pengkajian tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak, nyeri, peningkatan suhu tubuh, dan adanya cairan pada luka. Selain itu dilakukan perawatan luka secara aseptik, menjaga kebersihan lingkungan,

menganjurkan pasien menjaga kebersihan diri, serta memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan pencegahan infeksi.

Kasus ini juga sejalan dengan temuan Hidayat, (2024) bahwa pasien post seksio sesarea memiliki risiko tinggi mengalami infeksi apabila kebersihan luka tidak dijaga dengan baik sehingga diperlukan pemantauan luka secara berkala dan edukasi kesehatan sebagai upaya pencegahan. Selain itu, kasus ini juga sejalan dengan Puspita, (2024) yang menjelaskan bahwa infeksi daerah operasi dapat terjadi dalam waktu kurang dari 30 hari pasca operasi sehingga pemantauan luka menjadi sangat penting pada pasien post seksio sesarea.

Menurut penulis, keberhasilan implementasi pada Ny. L dipengaruhi oleh pemantauan kondisi luka secara rutin serta pemberian edukasi kesehatan mengenai pencegahan infeksi. Edukasi yang diberikan membantu pasien memahami cara merawat luka dan mengenali tanda infeksi sejak dini. Dukungan keluarga juga berperan dalam menjaga kebersihan luka sehingga proses penyembuhan lebih optimal.

Pelaksanaan ini juga sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang menekankan identifikasi faktor risiko, pemantauan tanda infeksi, menjaga kebersihan luka, serta pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga.

Dengan demikian, implementasi keperawatan pada Ny. L difokuskan pada upaya pencegahan infeksi melalui observasi kondisi pasien, perawatan luka secara aseptik, menjaga kebersihan diri, serta edukasi kesehatan sehingga risiko infeksi dapat diminimalkan dan proses pemulihan pasien berjalan optimal.

5. Evaluasi Keperawatan Pada Ny.L Dengan Risiko Infeksi Akibat Post Seksio Sesarea

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan tindakan yang telah diberikan. Hasil evaluasi pada Ny.L setelah 3 hari perawatan menunjukkan bahwa risiko infeksi dapat diminimalkan.

Data subjektif menunjukkan pasien mengatakan luka operasi terasa lebih nyaman, tidak ada nyeri berlebih, sudah memahami cara menjaga kebersihan luka, serta berkomitmen menjaga kebersihan diri untuk mencegah infeksi.

Data objektif menunjukkan luka operasi tampak bersih dan kering, tanpa kemerahan maupun pembengkakan, suhu tubuh dalam batas normal, serta pasien kooperatif selama perawatan. Selain itu, pasien mampu menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi serta cara perawatan luka dengan benar.

Pada bagian assessment, masalah keperawatan risiko infeksi belum terjadi ditandai dengan tidak adanya tanda infeksi pada luka operasi. Sedangkan pada planning, intervensi keperawatan dilanjutkan dengan memantau kondisi luka, mempertahankan teknik aseptik, serta mengedukasi pasien mengenai perawatan luka dan tanda infeksi.

Kasus ini juga sejalan dengan Puspita dkk, (2024) yang menyatakan bahwa infeksi daerah operasi pada pasien sectio caesarea dapat terjadi dalam waktu kurang dari 30 hari sehingga diperlukan pemantauan luka secara berkala. Selain itu, kasus ini juga sejalan dengan Janah dkk, (2025) yang menyebutkan bahwa persalinan sectio caesarea memiliki risiko infeksi lebih tinggi dibandingkan persalinan normal sehingga evaluasi kondisi luka sangat penting untuk mencegah komplikasi.

Menurut penulis, hasil evaluasi pada Ny. L menunjukkan bahwa tindakan pencegahan infeksi yang dilakukan secara optimal mampu mencegah terjadinya infeksi serta mendukung proses penyembuhan luka.

Hal ini juga sesuai dengan indikator luaran pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yang digunakan sebagai acuan dalam menilai keberhasilan intervensi pada masalah risiko infeksi (PPNI, 2018).

F. Keterbatasan

Dalam laporan kasus ini terdapat beberapa keterbatasan selama pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.L dengan diagnosis risiko infeksi post sectio caesarea, yaitu waktu pengamatan yang relatif singkat sehingga evaluasi hanya berfokus pada tanda awal risiko infeksi dan belum menggambarkan kondisi pasien secara menyeluruh,.Selain itu, pemantauan kondisi pasien setelah pulang dari rumah sakit belum dapat dilakukan secara optimal sehingga kepatuhan pasien dalam melakukan perawatan luka secara mandiri serta penerapan edukasi pencegahan infeksi belum dapat dinilai secara menyeluruh. Keterbatasan lainnya juga terdapat pada kurangnya data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium lanjutan yang dapat memperkuat penilaian risiko infeksi secara komprehensif, sehingga hasil evaluasi lebih menekankan pada kondisi klinis pasien selama masa perawatan di rumah sakit.