

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian dan Pembahasan

Pada BAB ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara BAB II dan BAB III pada Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Fokus Intervensi *Foot Massage* Pada *Post Sectio Caesarea* Indikasi Ketuban Pecah Dini Hari Ke-1 Di Ruang Dewi Sinta Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi yang mengulas sesuai dengan tahapan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan dari hasil pengkajian mulai pada tanggal 11-12 Februari 2026 akan penulis bahas lebih lengkap di bawah ini

1. Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tahap pengkajian merupakan fondasi utama dalam memberikan asuhan keperawatan yang *evidence-based*. Pada kasus ini, pengkajian dilakukan secara komprehensif mencakup alloanamnesa dan autoanamnesa pada tanggal 11 Februari 2026. Klien, Ny. D (26 tahun) dengan status obstetric P₁A₀ H-1 usia kehamilan 38 minggu, datang dengan indikasi medis Ketuban Pecah Dini (KPD) di mana terdapat rembesan cairan ketuban jernih sebanyak ± 50 cc sejak tanggal 10 Februari 2026 jam 15.00 WIB tanpa diikuti tanda-tanda persalinan aktif meskipun telah diberikan motivasi relaksasi HIS. Kondisi KPD tanpa perburukan tanda inpartu ini secara medis sangat berisiko memunculkan asfiksia janin dan infeksi intrauterin,

sehingga keputusan tindakan operasi *Sectio Caesarea (SC)* pada tanggal 11 Februari 2026 jam 11.30 WIB merupakan prosedur penyelamatan yang sangat presisi dan terindikasi kuat. Hasil pengkajian keluhan utama menyoroti masalah nyeri abdomen pada area luka karena tindakan insisi *Post Sectio Caesarea*. Nyeri ini diuraikan dengan PQRST yang sangat jelas: dipicu oleh trauma insisi bedah (P), berkarakteristik tajam seperti disayat-sayat (Q), terlokalisir di area abdomen (R), memiliki intensitas nyeri berat dengan skala 6 (S), dan bersifat hilang timbul serta memberat dengan pergerakan (T). Secara patofisiologis, insisi jaringan mulai dari cutis, subcutis, fasia, otot abdomen, hingga dinding uterus (insisi SBR semilunar) memicu pelepasan mediator kimiawi neurogenik (bradikinin, prostaglandin, serotonin) yang menstimulasi reseptor nosiseptif. Respon fisiologis nyeri berat ini tervalidasi oleh tanda-tanda vital klien yang menunjukkan takikardia (Nadi: 105 x/menit) dan takipnea (RR: 22 x/menit) akibat aktivasi sistem saraf simpatis. Berdasarkan pengkajian asuhan keperawatan terdapat beberapa Pola Fungsional virginia henderson yang mengalami gangguan atau perubahan signifikan pasca operasi *Sectio Caesarea*. Berikut adalah pola-pola yang terganggu beserta buktinya:

a. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Selama hamil : klien mengatakan tidak merasa nyeri

Saat dikaji: klien mengatakan nyeri luka *Post Sectio Caesarea* untuk pengkajian nyeri nya didapatkan :

P : Penyebab nyeri karena *Post Sectio Caesarea*

Q: Nyeri seperti disayat-sayat

R: Abdomen area luka *post section caesarea*

S: Skala nyeri 6

T: Nyeri hilang timbul dan bertambah saat klien bergerak maupun beraktivitas

b. Pola Istirahat dan Tidur:

Saat dikaji, klien mengatakan kesulitan untuk tidur dan pada malam hari hanya tidur 2-3 jam., Klien mudah terbangun karena merasakan nyeri pada luka *Post Sectio Caesarea*, saat bayi rewel atau menangis, dan saat lingkungan ruangan di rumah sakit ramai. Klien juga hanya tidur siang kurang lebih 30 menit.

2. Diagnosa Yang Muncul

a. Nyeri Akut

Berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan pada Ny. D di Ruang Dewi Sinta Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi didapatkan data subjektif dari klien yaitu Klien mengatakan nyeri pada area luka *Post Sectio Caesarea* yakni dengan hasil pengkajian nyeri :

P : Penyebab nyeri karena *Post Sectio Caesarea*,

Q : Nyeri seperti tersayat-sayat,

R : Abdomen area luka *Post Sectio Caesarea*,

S: Skala nyeri 6 (nyeri sedang),

T : Hilang timbul dan bertambah saat beraktivitas/bergerak.

Dan data objektif yaitu klien tampak gelisah, meringis, tampak mata panda pada kelopak mata pasien, tampak menahan nyeri, bersikap protektif (mengindari nyeri). TD :120/80 mmHg, N : 105x/menit, RR : 22 x/menit, S : 36,3°C, SpO2: 99 %.

Nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan. Persepsi setiap orang tentang nyeri tergantung pada pengalaman dan keadaan emosional. Nyeri bersifat subjektif dan pribadi. Dua orang yang berbeda dengan rangsangan nyeri yang sama dapat dirasakan berbeda (Maharani 2023)

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Data pertama didapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri dan meringis, tampak gelisah, mengeluh sulit tidur, dan bersikap protektif terhadap nyeri.

Menurut teori tentang persepsi nyeri individu yang berbeda-beda dalam hal skala dan tingkatnya dijelaskan oleh (Wijayanti et al. 2024) yaitu menyatakan bahwa nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

Penulis memprioritaskan nyeri sebagai diagnosa utama karena nyeri merupakan kebutuhan hirarki utama klien. Berdasarkan kebutuhan manusia menurut Abraham Maslow, kebutuhan rasa aman dan nyaman memang berada pada urutan kedua setelah kebutuhan fisik, tetapi klien merasakan kenyamanan terganggu sehingga membutuhkan pertolongan untuk mengatasi nyerinya agar kebutuhan rasa nyaman terpenuhi

Dalam proses pembedahan akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi, hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (Nyeri akut) (Sinta 2024).

Foot Massage adalah sentuhan yang dilakukan pada kaki dengan sadar yang digunakan untuk meningkatkan kesehatan dan terdapat manfaat untuk menurunkan tingkat nyeri, *Foot Massage* yang diberikan menghasilkan stimulus yang lebih cepat sampai ke otak dibandingkan enggan rasa sakit yang dirasakan sehingga dapat menghasilkan hormon serotonin dan dopamine (Astuti, Dewi, and Arini 2023).

Menurut (PPNI 2016) penulis menegaskan diagnosa nyeri akut menjadi diagnosa utama atau prioritas karena nyeri adalah faktor yang dapat menjadikan seluruh jaringan terjadi kerusakan apabila nyeri terjadi dan tidak diatasi akan menimbulkan perubahan pada jaringan bahkan dapat menyebabkan kehilangan jaringan yang normal. Nyeri akut jika tidak segera ditangani secara benar akan menjadi nyeri kronis.

Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional. dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hinggaberat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPPPNI, 2017) yang permasalahannya ditangani karena terjadi perubahan ekspresi saraf-saraf dan apabila besar dan sulit tidak segera ditangani akan menjadi kerusakan dari system saraf yang dapat menyebabkan perubahan syok neurogenik akibat fungsi autonomi ditandai dengan nyeri hebat, gelisah, kulit kering,tekanan nadi melambat dan hipertensi. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri selama 2 x 24 jam atau Tindakan untuk mengatasi nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan tujuan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun,sulit tidur menurun(Soyono 2023).

Adapun intervensi yang telah ditetapkan adalah manajemen nyeri antara lain Identifikasi lokasi, karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, berikan teknik nonfarmakologis ntuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi pijat (*Foot Massage*),kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan,pencahayaan, kebisingan), fasilitaasi istirahat dan tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan Teknik

nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Kolaborasi pemberian Ketorolac 3 x 30 mg (IV) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Adapun implementasi yang sudah penulis lakukan untuk mengatasi nyeri adalah mengajarkan teknik *Food Massage* dan pemberian analgetik. Penulis melakukan tindakan keperawatan pada klien dalam rentang waktu dua hari berturut-turut yaitu melakukan tindakan *Foot Massage* dan pemberian analgetik Ketorolac 3 x 30 mg (IV).

Implementasi yang dilakukan penulis pada Ny. D tidak menemukan hambatan atau kendala dan sesuai teori yang ada, faktor yang mendukung dilaksanakannya implementasi tersebut dikarenakan klien dapat bekerja sama dengan baik dan kooperatif, serta alat maupun sarana prasarana tidak terdapat hambatan.

Teori yang ada sesuai dengan keadaan yang sebenarnya di lapangan Dimana saat penulis mengajarkan dan melakukan tindakan *Foot Massage*, klien kooperatif saat diimplementasikan tindakan *Foot Massage* terhadap klien, nyeri yang dirasakan oleh klien berkurang dan merasa lebih nyaman setelah diimplementasikan tindakan *Foot Massage* dan tindakan *Foot Massage* merupakan tindakan yang efektif untuk meredakan nyeri. Evaluasi hari ketiga nyeri sudah berkurang dengan skala nyeri 6 sebelum diimplementasikan tindakan *Foot Massage* dan setelah diimplementasikan tindakan

Foot Massage skala nyeri 3, dari data objektif klien tampak rileks dan kooperatif. Oleh karena itu intervensi dilanjutkan rencana tindak

lanjut yaitu monitor nyeri secara atau mandiri. Jika masalah teratasi maka penulis melanjutkan intervensi dengan metode klien dapat memonitor nyeri secara mandiri dirumah.

Evaluasi yang terdapat pada karya tulis ilmiah ini adalah evaluasi formatif dan sumatif Evaluasi formatif dilakukan setiap setelah melakukan tindakan pada pasien, sedangkan evaluasi sumatif dilakukan di hari pertama sampai hari kedua dengan format S-O-A-P dengan mengacu pada kriteria hasil pasien.

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis sudah sesuai dengan apa yang terdapat dalam teori dan peneliti yang pernah dilakukan. Tidak ada kesenjangan dan perkembangan kesehatan klien berjalan dengan baik. Tindakan *Foot Massage* dilakukan pada klien memiliki pengaruh dalam penurunan Intensitas nyeri *Post Sectio Caesarea*

b. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan pada Ny. D di ruang Dewi Sinta Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi didapatkan data subjektif dari klien yaitu mengeluh sulit tidur, tidur malam hanya tidur 2-3 jam, kemampuan beraktivitas menurun karena kurang tidur, tidur terganggu dan sering terjaga karena bayinya nangis dan rewel dan karena nyeri *Post Sectio Caesarea*. Dan data objektif adalah klien tampak mata panda pada kedua kantung mata pasien, tampak sering menguap saat diajak berkomunikasi.

Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017). Penulis menjadikan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur prioritas kedua dikarenakan klien mengeluh sulit tidur, tidur malam hanya tidur 2-3 jam, tidur terganggu dan sering terjaga karena bayinya nangis dan rewel, dan sulit tidur dan karena nyeri *Post Sectio Caesarea*. Gangguan pola tidur apabila tidak ditangani dengan benar dapat menyebabkan stress dan kelelahan setelah melahirkan, menurunkan kualitas tidur, menimbulkan komplikasi penyakit (Winarti et al. 2023).

Intervensi atau Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu dukungan tidur selama 2 x 24 jam untuk mengatasi pola tidur yang berhubungan dengan hambatan lingkungan dengan tujuan keluhan sulit tidur membaik, keluhan tidak puas tidur membaik, keluhan pola tidur berubah meningkat, keluhan istirahat tidak cukup membaik.

Adapun intervensi yang telah ditetapkan yaitu dukungan tidur antara lain : identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mengatur posisi) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Adapun implementasi yang sudah penulis lakukan untuk mengatasi gangguan pola tidur adalah memfasilitasi istirahat dan tidur. modifikasi lingkungan agar menjadi tenang. Penulis melakukan tindakan keperawatan pada klien dalam rentang waktu tiga hari berturut-turut yaitu melakukan tindakan anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mengatur posisi).

Implementasi yang dilakukan penulis pada klien Ny.D tidak menemukan hambatan atau kendala dan sesuai teori yang ada, faktor mendukung dilaksanakannya implementasi tersebut dikarenakan yang klien dapat bekerja sama dengan baik dan kooperatif, lingkungan yang kondusif, serta alat maupun sarana prasarana yang mendukung. Evaluasi hari ketiga gangguan pola tidur sudah teratasi, klien mengatakan tidur sudah cukup membaik tidur 5-6 jam pada malam hari, data objektif klien tampak terbaring ditempat tidur. Oleh karena dari itu intervensi dihentikan.

c. Risiko infeksi (D.0142)

Berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan pada Ny. D di Ruang Dewi Sinta Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi di dapatkan data subjektif dari klien yaitu klien mengatakan ada luka *Post Sectio Caesarea*, klien mengatakan luka tertutup perban, klien mengatakan tidak tahu cara merawat lukanya. Dan data objektifnya adalah tampak luka *Post Sectio Caesarea* terbalut kasa/perban, luka tidak ada rembesan dan tampak rapi dibalut perban.

Resiko infeksi merupakan keadaan seorang individu dimana beresiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasite lain) dari sumber-sumber eksternal eksogen dan endogen (Muklis 2023).

Infeksi luka operasi yang mungkin terjadi adalah karena pembedahan merupakan Tindakan paling yang dengan disengaja dilukai pada jaringan. Gejala yang muncul seperti tanda-tanda inflamasi, yaitu terasa panas, nyeri, kemerahan, bengkak, dan kadang-kadang disertai dengan keluarnya cairan atau nanah dari tempat luka (Muklis 2023)

Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka *post* operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi (Sinta 2024).

Penulis menjadikan diagnosa keperawatan risiko infeksi prioritas masalah ketiga dikarenakan diagnosa keperawatan risiko infeksi belum aktual, masih risiko dan belum terdapat tanda peradangan pada Ny. D dimana apabila masalah timbul secara perlahan-lahan dan tidak segera diatasi oleh individu itu Sendiri akan menyebabkan infeksi sehingga akan mengancam nyawa (Zain 2025). Infeksi luka operasi merupakan luka yang disebabkan karena faktor section caesarea infeksi. Risiko infeksi (PPNI, 2017), ialah sesuatu kondisi menurut yang beresiko mengalami peningkatan terkena organisme patogenik Infeksi luka operasi ialah infeksi operasi serta merupakan salah satu komplikasi utama pembedahan (Sedana 2023). Aspek pemicu terbentuknya

peradangan pasca pembedahan berasal dari luka pada jalur lahir yang menjadi tempat berkembangbiak bakteri. Hal ini terjadi sebab energi tahan tubuh rendah setelah melahirkan, bisa perawatan yang kurang baik dan kurang melindungi kebersihan luka pasca operasi diarea.

Intervensi atau tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu pencegahan infeksi selama 2 x 24 jam untuk mengatasi tingkat infeksi yang berhubungan efek prosedur invasif dengan tujuan nyeri menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun.

Adapun intervensi yang telah ditetapkan yaitu pencegahan infeksi antar lain monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan anjurkan yang benar, meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Intervensi lain yang ditetapkan yaitu perawatan luka antara lain: monitor karakteristik luka (misal drainase, warna, ukuran dan bau), monitor tanda-tanda infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, kolaborasi pemberian injeksi ceftriaxone 2 x 1 gr, dan oral Metronidazol 2 x 500 mg.

Adapun implementasi yang sudah penulis lakukan untuk risiko infeksi adalah memonitor tanda dan gejala infeksi mengatasi local dan sistemik, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cuci tangan

6 langkah pada klien dan keluarga, sesuai intervensi yang dibuat oleh penulis.

Implementasi pada hari kedua penulis melakukan monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan, konsumsi makan tinggi kalori dan protein, dan kolaborasi pemberian obat. Implementasi pada hari ketiga penulis melakukan perawatan luka, perawatan luka merupakan tindakan merawat luka dengan upaya mencegah infeksi, membutuh atau menghambat pertumbuhan kuman atau bakteri pada kulit dan Jaringan tubuh lainnya. Penulis melakukan tindakan keperawatan pada klien dalam rentang 2 hari berturut-turut yaitu melakukan tindakan pemberian analgetik injeksi ceftriaxone 2 x 1 gr, dan Metronidazol 2 x 500 mg.

Implementasi yang dilakukan penulis pada klien Ny. D tidak menemukan hambatan atau kendala dan sesuai teori yang ada, faktor mendukung dilakukannya implementasi tersebut dikarenakan klien dapat bekerja sama dengan baik dan kooperatif, lingkungan yang kondusif, serta alat maupun sarana prasarana yang mendukung Evaluasi hari ketiga teratasi, dari data subjektif klien mengatakan mengerti tanda dan gejala infeksi, melakukan cuci tangan 6 langkah, mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.

Dari data objektif klien tampak kooperatif, balutan luka tampak kering, tidak ada rembesan, tidak ada bengkak disekitar luka. Oleh karena itu intervensi dipertahankan dengan dilanjutkan intervensi atau rencana tindak lanjut yaitu, monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, lakukan perawatan luka atau ganti balut secara mandiri. Jika masalah teratasi maka penulis melanjutkan intervensi dengan metode klien dapat memonitor nyeri secara mandiri dirumah.

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis sudah sesuai dengan apa yang terdapat dalam teori dan penelitian yang pernah dilakukan. Tidak ada kesenjangan dan perkembangan kesehatan klien berjalan dengan baik tindakan pencegahan infeksi dan perawatan luka yang dilakukan pada klien memiliki pengaruh yang bermakna dalam penurunan resiko infeksi *Post Sectio Caesarea*.

3. Diagnosa Keperawatan Yang Kemungkinan Muncul Tetapi Tidak Muncul

penelitian ini penulis tidak menemukan data yang menunjang pada pasien sehingga penulis tidak dapat menegakan diagnosa yang memiliki kemungkinan muncul pada konsep Asuhan Keperawatan yang disusun sebelumnya, yaitu sebagai berikut :

a. Ansietas (D.0080)

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Tim Pokja

SDKI DPP PPNI, 2017). Pada kasus ini diagnosa keperawatan ansietas tidak muncul dikarenakan tidak ditemukan data yang mendukung baik data mayor maupun data minor untuk menegakkan diagnose tersebut.

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Keterbatasan dalarn gerakan Mark dan satu atas lebih ekstrimis herry mandiri (Tim POKJA SDKI DPP DAN1. 2017) Pada kasus ini penulis tidak menegakan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas tidak muncul dikarenakan tidak ditemukan data yang mendukung baik data mayor maupun data minor untuk menegakkan diagnose tersebut.

B. Keterbatasan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komprehensif dan penyusunan karya tulis pada kasus Ny. D dengan diagnosa medis *Post Sectio Caesarea* indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruang Dewi Sinta Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi, penulis menyadari bahwa praktik nyata ini masih memiliki beberapa keterbatasan, antara lain:

1. Keterbatasan Waktu Observasi dan Evaluasi: Pelaksanaan asuhan keperawatan hanya dilakukan dalam rentang waktu yang terbatas, yakni selama 2 x 24 jam terhitung dari tanggal 11 Februari hingga 12 Februari 2026. Waktu 2 hari ini sangat singkat untuk memantau proses penyembuhan luka jaringan insisi *Post Sectio Caesarea* secara tuntas. Akibatnya, evaluasi terhadap pencapaian luaran risiko infeksi dan pemulihan nyeri akut belum dapat diobservasi hingga klien mencapai fase pemulihan paripurna.

2. Keterbatasan Generalisasi (Subjek Tunggal): Karya tulis ini merupakan pendekatan studi kasus yang hanya berfokus pada evaluasi satu subjek pasien, yaitu Ny. D. Respons positif seperti penurunan skala nyeri yang awalnya skala 6 (nyeri sedang) menjadi skala 3 (nyeri ringan) serta peningkatan durasi tidur dari 2-3 jam menjadi 5-6 jam, bersifat sangat individual dan subjektif. Oleh karena itu, tingkat keberhasilan asuhan ini tidak dapat digeneralisasikan secara mutlak kepada seluruh populasi pasien *Post Sectio Caesarea* lainnya.