

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E (P3 A1) DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* (POD 0) ATAS INDIKASI PARTUS LAMA DI RUANG AGATE BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SLAMET GARUT

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan
di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun oleh :

YAYANG HENHEN
KHG.A22046



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E (P3 A1) DENGAN *POST*
SECTIO CAESAREA (POD 0) ATAS INDIKASI PARTUS LAMA
DI RUANG AGATE BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr.SLAMET GARUT**

NAMA : YAYANG HENHEN

NIM : KHGA22046

Karya Tulis Ilmiah Ini Di Setujui Untuk Di Sidangkan Dalam Akhir
Program Studi Diploma III Keperawatan

Garut, juni 2025

Menyetujui Pembimbing

Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd

LEMBAR PENGESAHAN

**Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E (P3 A1)
DENGAN POST SECTIO CAESAREA (POD 0) ATAS
INDIKASI PARTUS LAMA DI RUANG AGATE BAWAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SLAMET GARUT**

Penyusun : Yayang Henhen

NIM : KHGA22046

Garut, juli 2025

Karya Tulis Ini Telah Di Sidangkan Dan Pertanggung Jawabkan Di Hadapan

Penguji

Menyetujui

Penguji 1

Penguji 2



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si.

Mengetahui,

Mengesahkan,

Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd

ABSTRAK

IV BAB, 121 Halaman, 11 Tabel, 2 Bagan

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan keperawatan pada Ny. E (P3A1) dengan *post sectio caesarea* (POD 0) Atas Indikasi Partus Lama di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut”. Partus lama merupakan kondisi persalinan yang berlangsung lebih dari durasi fisiologis normal, berisiko menimbulkan komplikasi serius bagi ibu dan janin, sehingga kerap memerlukan tindakan *Sectio Caesarea* (SC). Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memberikan gambaran asuhan keperawatan komprehensif pada pasien *post sectio caesarea* hari pertama (POD 0) akibat partus lama, dengan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Metode penulisan menggunakan pendekatan studi kasus deskriptif terhadap Ny. E (P3A1) di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut. Hasil pengkajian menunjukkan keluhan nyeri insisional, keterbatasan mobilitas, dan kesulitan menyusui. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan meliputi nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan menyusui tidak efektif. Intervensi yang dilakukan difokuskan pada manajemen nyeri, mobilisasi dini, serta edukasi dan dukungan laktasi. Evaluasi menunjukkan perbaikan kondisi fisik dan peningkatan kemampuan mandiri pasien dalam perawatan diri. Studi ini menekankan pentingnya pendekatan keperawatan yang sistematis dan empatik untuk mempercepat pemulihan pasca operasi dan mencegah komplikasi. Diharapkan hasil studi ini menjadi referensi dalam pemberian asuhan keperawatan *post SC* secara holistik dan berbasis kebutuhan individu pasien.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, *Post Sectio Caesarea*, Partus Lama, Nyeri Akut, Mobilisasi Dini.

Daftar Pustaka : 24 buah (2017-2024)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah yang berjudul. ” ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E (P3 A1) DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* (POD 0) ATAS INDIKASI PARTUS LAMA DI RUANG AGATE BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SLAMET GARUT”

Karya tulis ini disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan DIII Keperawatan di sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya tulis ini, penulis mendapat banyak pengarahan, bimbingan, dan dorongan dari berbagai pihak yang membantu kelancaran penulisan Karya tulis ini. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H Suryadi, Msi, selaku Ketua Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M,Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Ketua Kaprodi DIII Keperawatan.
5. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd., selaku Pembimbing saya yang telah banyak memberikan saran, dan arahan penuh kesabaran, kasih sayang, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini..
6. Ibu K Dewi Budiarti, S.Kep.,M.Kep., selaku penguji I Karya Tulis Ilmiah.

7. Ibu Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si, selaku penguji II Karya Tulis Ilmiah.
8. Seluruh dosen beserta staf Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
9. Kepala ruangan, CI Pembimbing beserta staf di ruang Agate Bawah yang telah memberikan kemudahan, kesempatan dan izinnya kepada penulis untuk menerapkan Proses Asuhan Keperawatan kepada Ny. E di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
10. Kepada pasien Ny. E selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya selama melaksanakan asuhan keperawatan.
11. Sebagai ungkapan terimakasih, Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan kepada : Kedua orang tua tercinta, terkasih, dan tersayang cinta pertamaku (Bapak), dan pintu surgaku (Mama). Terimakasih telah mengusahakan semuanya untuk anak bungsumu yang satu ini. Mamah salah satu orang yang menjadi tempat keluh kesah penulis sekaligus menjadi tempat curhat penulis, dan Bapak yang selalu memberikan dukungan dan semangatnya untuk anak kesayangannya ini. Mah, pak, terimakasih atas doa hebat yang kalian panjatkan untuk penulis. Semoga mama dan bapak sehat selalu dan selalu ada dalam lindungan Allah SWT, dan selalu ada dalam setiap episode kehidupan penulis. Penulis meminta maaf belum bisa memberikan yang terbaik dan penulis berharap suatu saat nanti mama dan bapak bisa bangga dengan anak bungsunya ini.
12. Kepada cinta kasih kakak saya Inneu Suryantini & kakak ipar saya Iskit Ginanjar tercinta dan saudara-saudara saya., terimakasih atas segala do'a, usaha, motivasi yang telah diberikan kepada penulis.

13. Kepada seseorang yang tak kalah penting kehadirannya bagi penulis, *my fiancé*, Rivaldi Rasel Putra Lesmana. Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup saya yang selalu memberikan semangat. Berkontribusi banyak dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, baik tenaga, waktu, maupun materi kepada saya, mendukung maupun menghibur dalam kesedihan, mendegar keluh kesah, memberi semangat untuk pantang menyerah. Semoga Allah selalu memberikan keberkahan dalam segala hal yang kita lalui.
14. Teman-teman perjuangan penulis, Mita Puji Astuti, Zeni Aulia, Mely Sena Prameswari, dan rekan-rekan kelas A. We did it guys terimakasih sudah sama-sama berjuang selama 3 tahun ini dan juga terimakasih sudah memberikan banyak pelajaran serta pengalaman yang tidak akan pernah dilupa. Akhirnya kita ada di titik ini, selamat melanjutkan perjalanan.
15. Dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak memberikan bantuan, motivasi dan dukungan selama penyusunan karya tulis ini.
16. Terakhir, terima kasih kepada Wanita sederhana yang memiliki impian besar, namun terkadang sulit dimengerti isi kepalanya, yaitu penulis diriku sendiri, Yayang Henhen. Seorang anak bungsu yang berjalan memasuki 23 tahun, sangat keras kepala dan yang penuh ambisi, namun sifatnya seperti anak kecil seusianya. Terima kasih telah berusaha keras untuk meyakinkan dan menguatkan diri sendiri bahwa kamu dapat menyelesaikan studi ini sampai selesai. Berbahagialah selalu dengan dirimu sendiri. Rayakan kehadiranmu sebagai berkah dimanapun kamu menjejakkan kaki. Jangan sia-siakan usaha dan doa yang selalu kamu langitkan. Allah sudah merencanakan dan memberikan porsi terbaik untuk perjalanan

hidupmu. Semoga Langkah kebaikan selalu menyertaimu, dan semoga Allah selalu meridhai setiap langkahmu serta menjagamu dalam lindungan-Nya. Aamiin.

Tidak ada imbalan yang dapat penulis berikan sebagai pengganti jasa dan ketulusannya, hanyalah do'a yang tulus, mudah-mudahan segala bantuan yang telah diberikan menjadi ibadah dan mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu dengan tangan terbuka penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini dimasa yang akan datang.

Garut, 02 Juni 2025



Penulis,

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR BAGAN	xii
BAB I	
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan penelitian	5
C. Metode Penulisan.....	7
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II.....	9
TINJAUAN TEORITIS	9
A. KONSEP DASAR PARTUS LAMA	9
1. Definisi.....	9
2. Etiologi Partus Lama.....	10
3. Patofisiologi	11
4. Tanda dan Gejala	15
5. Klasifikasi	16
6. Pencegahan Partus Lama	17
7. Faktor Resiko	18
8. Komplikasi.....	20
9. Penatalaksanaan	21
B. KONSEP DASAR SECTIO CAESAREA	23
1. Definisi.....	23
2. Etiologi.....	24
3. Patofisiologi	25
4. Komplikasi.....	28
5. Faktor Resiko	28
6. Proses penyembuhan luka <i>sectio caesarea</i>	29

7. Pemeriksaan Penunjang	30
8. Dampak <i>sectio caesarea</i> Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia.....	30
C. KONSEP DASAR POST PARTUM	32
1. Definisi.....	32
2. Tahapan Masa Post Partum.....	33
3. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum.....	34
4. Patofisiologi	36
5. Kebutuhan Masa Post Partum	37
6. Komplikasi Post Partum.....	39
D. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN.....	40
1. Pengkajian.....	40
2. Diagnosa Keperawatan	52
3. Intervensi Keperawatan.....	53
4. Implementasi.....	66
5. Evaluasi	66
BAB III	68
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	68
A. TINJAUAN KASUS.....	68
1. Pengkajian.....	68
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas.....	81
3. Proses Keperawatan	84
4. Catatan Perkembangan.....	98
B. PEMBAHASAN	114
1. Tahap pengkajian	114
2. Diagnosa keperawatan	115
3. Perencanaan	118
4. Implementasi.....	118
5. Evaluasi	119
BAB IV	122
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	122
A. Kesimpulan	122
B. Rekomendasi.....	123
DAFTAR PUSTAKA	125
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Presentase sectio caesarea periode 2025.....	4
Tabel 2. 1 Analisa Data.....	50
Tabel 2. 2 Perencanaan Keperawatan	54
Tabel 3. 1 Riwayat Persalinan Dahulu.....	70
Tabel 3. 2 Pola Aktivitas Sehari-hari	77
Tabel 3. 3 Data Penunjang	79
Tabel 3. 4 Therapy Medis	79
Tabel 3. 5 Analisa Data.....	79
Tabel 3. 6 Perencanaan, Implementasi dan Rasional.....	84
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan POD I	98
Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan POD II.....	106

DAFTAR BAGAN

Bagan 1. 1 Pathway Partus Lama.....	14
Bagan 1. 2 Pathway Post Sectio caesarea Atas Indikasi Partus Lama	27

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap perempuan menginginkan persalinannya berjalan dengan lancar serta melahirkan bayi dengan sehat dan sempurna. Persalinan bisa saja berjalan secara normal, namun tidak jarang proses persalinan mengalami hambatan dan harus dilakukan melalui operasi. Hal ini berarti janin dan ibu dalam keadaan gawat darurat dan hanya dapat diselamatkan jika persalinan dilakukan dengan jalan operasi. (Sihombing *et al.*, 2018).

Persalinan adalah kejadian yang berakhir dengan keluarnya bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang kemudian diikuti dengan keluarnya plasenta dan selaput janin. Perubahan fisik dapat terjadi pada proses persalinan, terutama ibu merasakan sakit pinggang dan perut serta perubahan psikologis, seperti kecemasan saat persalinan. Proses persalinan ini akan berlangsung selama 10 sampai 13 jam (primigravida), sedangkan proses persalinan (multigravida) akan berlangsung selama 6 sampai 8 jam. Persalinan itu bisa terjadi komplikasi bahkan sampai menyebabkan kematian ibu (Mukhtar, 2023).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2024, jumlah kematian ibu masih sangat tinggi mencapai 287.000 perempuan meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2020. Tingginya jumlah kematian ibu di berbagai wilayah di dunia mencerminkan kesenjangan

dalam akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas dan kesenjangan pendapatan. AKI di negara-negara berpendapatan rendah pada tahun 2020 adalah 430 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan 13 per 100.000 kelahiran hidup di negara-negara berpendapatan tinggi. Penyebab kematian tertinggi pada ibu hamil dan persalinan yaitu pendarahan hebat, infeksi setelah melahirkan, tekanan darah tinggi selama kehamilan (preeklamsia dan eklamsia), komplikasi persalinan dan aborsi yang tidak aman. Selain itu, Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Jawa Barat tahun 2023 tercatat sebanyak 147/1000 kelahiran.

Berdasarkan informasi dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2023, Angka Kematian Ibu (AKI) masih berada di angka sekitar 205 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini belum memenuhi target yang telah ditetapkan, yaitu 183 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024 dan lebih dari 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Kematian ibu terjadi akibat komplikasi dalam kehamilan, perdarahan setelah melahirkan, masalah pada masa nifas, dan penanganan yang tidak sesuai terhadap komplikasi tersebut (Ulfa dkk. 2024).

Angka kematian ibu di provinsi Jawa Barat tahun 2023 tercatat sebanyak 147/1000 kelahiran hidup, dengan target penurunan AKI 80-84% dari 1.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi di Jawa Barat tahun 2023 tercatat sebesar 13,56/1.000 kelahiran hidup menurun signifikan dari 26 per 1.000 kelahiran hidup selama satu periode terakhir (Dinkes Jawa Barat, 2023). Data mengenai kematian ibu di Kabupaten Garut pada tahun 2021 tercatat 112 kasus, menjadikannya peringkat pertama di antara 27 kabupaten atau kota yang berada di Provinsi Jawa Barat, berdasarkan data rekam medis RSUD dr. Slamet Garut dari Januari hingga April 2025, tercatat sebanyak 1.321 kasus Tindakan *sectio caesarea* (SC) (Dinkes Garut, 2021).

Kematian ibu dapat disebabkan oleh pendarahan, infeksi, gawat janin, partus lama, dan salah satu penyebab resiko pendarahaan karena partus lama. Idealnya untuk *Primi gravida* sekitar 14 jam, 13 jam pada kala I, 5 menit 1 jam kala II, sedangkan untuk *multi gravida* berlangsung lebih dari 18 jam. Jadi yang dimaksud dengan partus lama yaitu persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi, dan lebih dari 18 jam pada multi. Sehingga dapat menimbulkan gejala dehidrasi, infeksi, kelelahan ibu, serta asfiksia dan kematian janin dalam kandungan. Sehingga ini akan berpengaruh terhadap proses persalinan, maka beberapa tenaga kesehatan melakukan tindakan dengan *episiotomi* bahkan melakukan tindakan *sectio caesarea* (WHO, 2019)

Partus lama pada ibu dapat menyebabkan infeksi, ruftur uteri, pembentukan fistula, dan cedera otot dasar panggul hingga kematian. Sedangkan pada janin akan terjadi infeksi, trauma serebri, cedera dan asfiksia yang dapat meningkatkan kematian bayi. Dengan tindakan *sectio caesarea* ini, maka dapat mengakhiri kehamilan dan persalinan yang tidak bisa dilakukan partum pervaginam (Fitriah et al., 2022).

Sectio Caesarea adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Juliathi et al., 2020). Seseorang melakukan operasi *Sectio Caesarea*, jika tidak dapat melakukan persalinan secara normal karena indikasi seperti gawat janin, disproporsi sepelopelvik, persalinan lama, plasenta previa, prolapsus tali pusat, malpresentase janin/letak lintang, panggul sempit dan preeklamsia (Rangkuti et al., 2023).

Dampak dari tindakan *sectio caesarea* mencakup nyeri pada area insisi, risiko trombosis, penurunan fungsi, penurunan elastisitas otot, serta masalah dalam

menyusui (Rustam dalam Swandi, 2018). Nyeri setelah *sectio caesarea* muncul akibat luka pada area insisi, kembung yang disebabkan oleh gas yang terperangkap saat fungsi usus masih dalam tahap pemulihan, nyeri pinggang yang disebabkan oleh peregangan otot-otot abdomen selama prosedur bedah, nyeri otot karena imobilisasi, dan kadang mengalami ketidaknyamanan akibat distensi pada kandung kemih.

Berdasarkan data RISKESDAS tahun 2020, jumlah persalinan dengan metode *Sectio Caesarea* (SC) di Indonesia sebesar 17,6% dan tahun 2021 angka kejadian SC meningkat 19%. Berdasarkan informasi yang didapat di RSUD dr. Slamet Garut, informasi mengenai jumlah ibu yang menjalani *post sectio caesarea* antara bulan Januari sampai dengan April 2025 dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini:

Tabel 1. 1
Presentase *sectio caesarea* dengan berbagai indikasi periode 2025
Januari sampai April tahun 2025 di RSUD dr. Slamet Garut

No	Kasus	Jumlah	Presentase
1	SC Indikasi PEB	327	41,18%
2	SC Indikasi KPD	214	26,95%
3	SC Indikasi Letak Sungsang	102	12,84%
4	SC Indikasi Partus Lama	77	9,69%
5	SC Indikasi PPT	38	4,78%
6	SC Indikasi Gawat Janin	33	4,14%
7	SC Indikasi Plasenta Previa Marginalis	2	0,25%
8	SC Indikasi Presentasi Dagu	1	0,12%
	TOTAL	1,321	100%

Sumber : Rekam Medis RSUD dr. SLAMET GARUT 2025

Berdasarkan tabel 1.1 dapat dilihat kasus *sectio caesarea* atas indikasi partus lama di RSUD dr. Slamet Garut pada periode bulan Januari sampai dengan bulan April 2025 tercatat sebanyak 77 kasus dengan persentase 5,87%. Angka ini menempatkan indikasi partus lama sebagai penyebab ke-4 terbanyak dari seluruh tindakan *sectio caesarea* yang dilakukan selama periode tersebut (Data Rekam Medis di RSUD dr. Slamet Garut).

Mengingat komplikasi dari *sectio caesarea* pada ibu, terjadinya infeksi intrapartum seperti, rupture uteri, infeksi dan pembentukan fistula. Selanjutnya komplikasi *post sectio caesarea* juga dapat terjadi setelah persalinan yaitu perdarahan, infeksi nifas, luka kantung kemih dan rupture uteri. Oleh karena itu perlu dilakukan pendekatan asuhan keperawatan yang sistematis dan komprehensif dengan melakukan pengkajian, menetapkan diagnosa, menentukan perencanaan, melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan.

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *sectio caesarea* dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul **“Asuhan keperawatan pada Ny. E (P3A1) dengan *post sectio caesarea* (POD 0) Atas Indikasi Partus Lama di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut”**.

B. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada ibu *post sectio caesarea* atas indikasi partus lama secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologi, psikologi, sosial dan

spiritual dengan pendekatan proses keperawatan dan mendokumentasikannya dalam bentuk studi kasus.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penulisan Karya Tulis Ilmiah adalah penulis mampu:

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. E (P3A1) dengan *Post Sectio Caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama di ruang Agate bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. S (P3 A1) dengan *Post Sectio Caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menyusun intervensi pada Ny. E (P3A1) dengan *Post Sectio Caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu mengimplementasikan intervensi yang telah dirancang untuk mencapai kriteria hasil pada Ny. E (P3A1) dengan *Post Sectio Caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu mengevaluasi perkembangan kondisi pada Ny. E (P3A1) dengan *Post Sectio Caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. E (P3A1) dengan *Post Sectio Caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

C. Metode Penulisan

Metode yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah dengan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus, sedangkan teknik pengumpulan data pada kasus ini sebagai berikut :

a. Wawancara

Penulis berkomunikasi langsung dengan metode tanya jawab atau diskusi yang dilakukan dengan klien, keluarga dan perawat yang memberikan informasi yang dibutuhkan.

b. Observasi

Teknik observasi adalah dengan mengumpulkan data dari sumber yang mendukung kasus tersebut.

c. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Mempelajari status klien yang bersumber dari catatan buku status pasien seperti catatan dokter dan perawat.

e. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah cara mendapatkan informasi dan teori-teori yang relevan dari literatur buku dan internet yang berhubungan dengan kasus sebagai dasar acuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini.

D. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan yang digunakan dalam penyusunan pada karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

- BAB I : Pedahuluan, berisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode dan sistematika penulisan.
- BAB II : Meliputi tinjauan teoritis bersifat konsep dasar partus lama, konsep dasar *Post Sectio Caesarea*, konsep Post partum, dampak *Post Sectio Caesarea* terhadap kebutuhan dasar manusia, dampak partus lama terhadap kebutuhan dasar manusia, serta proses keperawatan maternitas.
- BAB III : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pegkajian, diagosa, intervensi, implementasi dan evaluasi dan pembahasan tentang perbandingan antar teori dengan kenyataan yang ada di lapangan
- BAB IV : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR PARTUS LAMA

1. Definisi

Partus lama adalah suatu kondisi dalam proses persalinan di mana waktu yang dibutuhkan untuk melahirkan melebihi batas fisiologis yang dianggap normal. Sulistyowati (2024) menjelaskan bahwa partus lama terjadi ketika persalinan berlangsung lebih dari 24 jam pada wanita yang baru pertama kali hamil (primigravida), dan lebih dari 18 jam pada wanita yang pernah melahirkan sebelumnya (multipara). Dengan kata lain, partus lama menggambarkan ketidaksesuaian antara lamanya proses persalinan dengan waktu yang diharapkan dalam keadaan fisiologis normal.

Menurut Munafiah (2023), partus lama dipahami sebagai suatu kondisi dalam persalinan yang ditandai dengan lambatnya kemajuan waktu persalinan, sehingga menyebabkan proses kelahiran berlangsung lebih lama dari biasanya. Dalam definisi ini, fokus utama berada pada aspek keterlambatan waktu sebagai ciri utama yang membedakan partus lama dari persalinan normal. Partus lama menunjukkan adanya pergeseran dari pola durasi normal persalinan, meskipun belum tentu langsung mengarah pada komplikasi, sehingga tetap harus diidentifikasi secara cermat.

Mayangsari (2023), mendefinisikan partus lama sebagai suatu bentuk kelainan waktu dalam proses persalinan, yang terjadi apabila tidak terdapat kemajuan persalinan dalam kurun waktu tertentu sesuai standar medis. Definisi ini menggaris bawahi pentingnya durasi waktu sebagai indikator utama untuk

menentukan apakah suatu persalinan tergolong partus lama atau tidak. Dengan demikian, partus lama dapat dimaknai sebagai suatu penyimpangan dari jalannya persalinan fisiologis yang ditandai oleh keterlambatan tanpa harus melihat terlebih dahulu apa penyebabnya.

Dari ketiga definisi diatas dapat disimpulkan partus lama adalah kondisi persalinan yang berlangsung melebihi durasi waktu normal fisiologis, ditandai oleh lambatnya kemajuan proses kelahiran. Kondisi ini mencerminkan penyimpangan dari pola waktu persalinan yang diharapkan, di mana waktu yang dibutuhkan untuk melahirkan melebihi standar durasi yang telah ditetapkan menurut kategori kehamilan (primigravida maupun multipara). Meskipun partus lama tidak selalu langsung berimplikasi pada komplikasi, keberadaannya harus diwaspadai melalui identifikasi yang cermat karena menunjukkan adanya keterlambatan proses persalinan yang dapat memengaruhi jalannya persalinan fisiologis. Dengan demikian, durasi waktu menjadi indikator utama dalam menentukan status partus lama sebagai suatu kelainan waktu dalam proses persalinan.

2. Etiologi Partus Lama

Etiologi partus lama secara primer melibatkan faktor-faktor mekanis yang menghambat kemajuan persalinan. Amir (2019) menyatakan bahwa gangguan pada kontraksi uterus yang kurang efektif akan menyebabkan dorongan yang tidak optimal untuk mendorong janin melalui jalan lahir. Selain itu, ketidaksesuaian antara ukuran atau posisi janin dengan dimensi panggul ibu dapat menimbulkan hambatan mekanis sehingga proses kelahiran menjadi tertunda. Kondisi jalan lahir yang tidak memadai, seperti panggul yang sempit atau adanya

obstruksi, turut berkontribusi terhadap perlambatan persalinan. Ketiga aspek ini merupakan penyebab utama yang berperan dalam terjadinya partus lama.

Partus lama tidak hanya ditentukan oleh faktor mekanis, melainkan juga dipengaruhi oleh kondisi psikologis dan fisiologis ibu. Putri (2021) menegaskan bahwa faktor psikologis seperti stres dan kecemasan yang dialami ibu selama proses persalinan dapat mengganggu efektivitas kontraksi uterus melalui mekanisme hormon stres yang memodulasi respons fisiologis. Selain itu, status nutrisi yang buruk dapat menurunkan daya tahan dan kekuatan kontraksi uterus, sehingga memperpanjang durasi persalinan. Infeksi pada saluran reproduksi juga berperan sebagai faktor etiologis dengan cara menimbulkan inflamasi yang menghambat proses persalinan secara fisiologis.

Nugroho (2022) menjelaskan bahwa etiologi partus lama bersifat multifaktorial, yang berarti sering kali merupakan hasil interaksi kompleks antara beberapa faktor sekaligus. Contohnya, disproporsi cephalopelvic yang merupakan ketidaksesuaian ukuran kepala janin dengan panggul ibu, jika dikombinasikan dengan kontraksi uterus yang lemah dan posisi janin yang abnormal, akan secara signifikan memperlambat proses persalinan. Pemahaman komprehensif terhadap kombinasi faktor ini sangat penting dalam menentukan intervensi klinis yang tepat, guna meminimalkan risiko komplikasi maternal dan neonatal serta memperbaiki hasil persalinan.

3. Patofisiologi

Patofisiologi partus lama melibatkan gangguan pada mekanisme fisiologis yang mengatur proses persalinan sehingga durasi persalinan menjadi lebih lama dari batas normal. Menurut Fibrianti (2020), penyebab utama partus lama adalah ketidakefektifan kontraksi uterus yang dapat terjadi akibat penurunan

kekuatan dan koordinasi kontraksi otot rahim. Kontraksi uterus yang tidak adekuat menyebabkan kurangnya tekanan yang diperlukan untuk membuka serviks secara progresif dan mendorong janin melalui jalan lahir, sehingga proses dilatasi serviks dan penurunan janin menjadi terhambat.

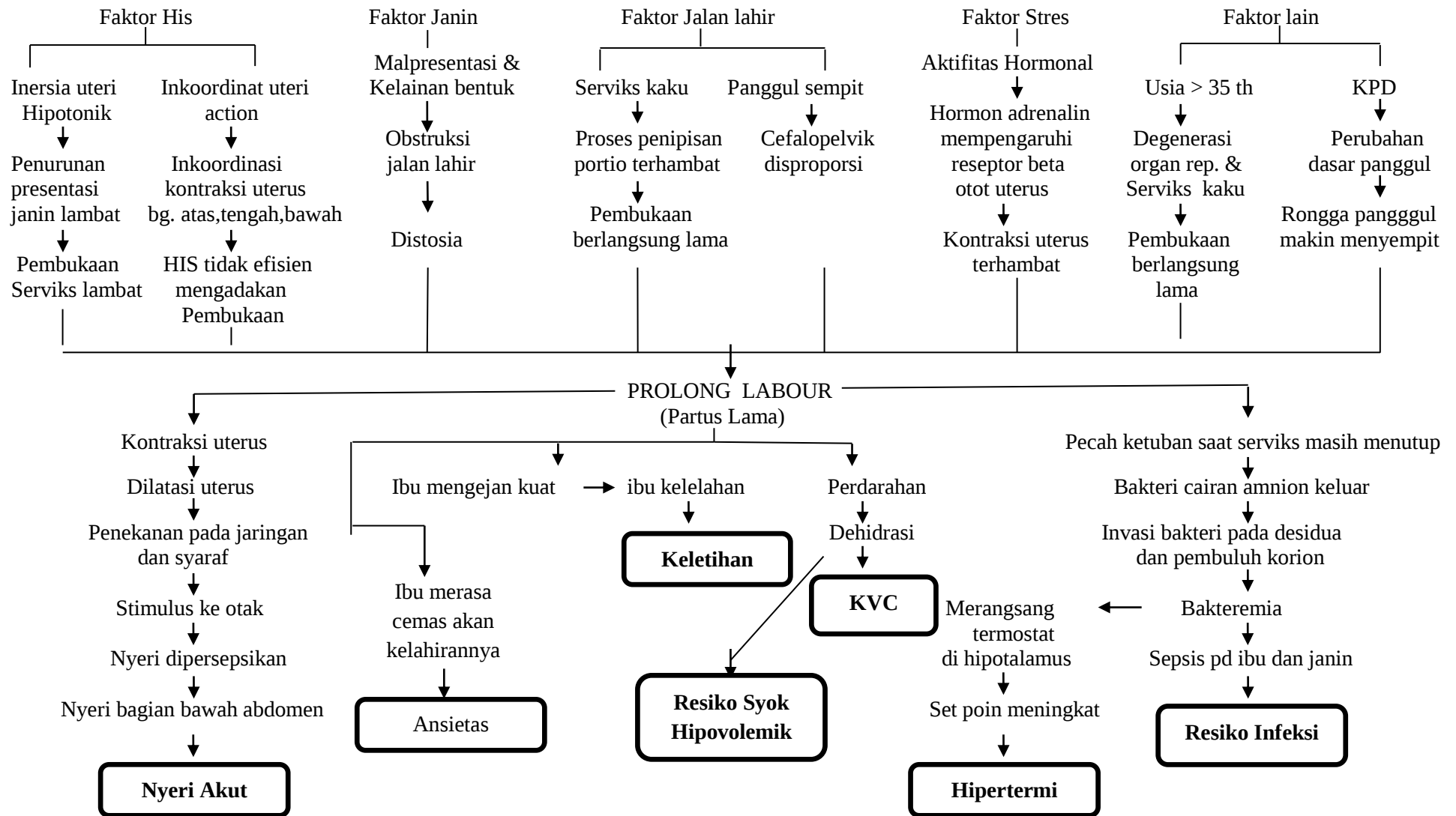
Selain gangguan kontraksi, faktor mekanis seperti disproporsi cephalopelvik (CPD) turut berperan penting dalam patofisiologi partus lama. CPD terjadi ketika ukuran kepala janin melebihi kapasitas panggul ibu, sehingga jalur lahir menjadi sempit dan menyulitkan keluarnya janin. Hal ini menyebabkan proses persalinan menjadi stagnan atau melambat karena janin tidak dapat turun secara efektif meskipun uterus berkontraksi. Kondisi lain yang juga dapat berkontribusi adalah posisi janin yang abnormal, misalnya presentasi sungsang atau posisi melintang, yang menghambat jalannya persalinan secara fisiologis.

Gangguan ini menyebabkan sistem neurohormonal yang mengatur persalinan juga terganggu. Normalnya, proses persalinan diatur oleh pelepasan hormon oksitosin yang merangsang kontraksi uterus secara ritmis dan kuat. Namun, pada partus lama, respons uterus terhadap oksitosin dapat menurun, baik karena kelelahan otot rahim maupun karena adanya faktor penghambat lain, sehingga kontraksi menjadi tidak efektif. Penurunan efektivitas kontraksi ini memperpanjang fase persalinan aktif, meningkatkan risiko komplikasi maternal dan janin seperti infeksi, hipoksia, dan trauma persalinan.

Secara keseluruhan, patofisiologi partus lama merupakan hasil interaksi antara gangguan kontraksi uterus yang lemah dan hambatan mekanis pada jalan lahir yang mengakibatkan proses persalinan tidak berjalan sesuai dengan pola fisiologis normal. Pemahaman mendalam terhadap mekanisme ini penting untuk

menentukan strategi intervensi klinis yang tepat guna mencegah komplikasi dan mempercepat proses persalinan.

Bagan 1. 1 Pathway Partus Lama



Sumber : Arya, N. (2020)

4. Tanda dan Gejala

Partus lama dapat dikenali melalui berbagai tanda dan gejala klinis yang menunjukkan bahwa proses persalinan berlangsung lebih lama dari yang diharapkan. Menurut Amelia (2019), salah satu indikator utama adalah dilatasi serviks yang lambat atau tidak progresif, yang dapat dilihat dari pembukaan serviks yang kurang dari 1 cm per jam selama fase aktif persalinan. Selain itu, kontraksi uterus yang lemah atau tidak teratur juga menjadi tanda penting, di mana kontraksi tidak cukup kuat untuk mendorong janin melalui jalan lahir. Kondisi ini sering disertai dengan kelelahan pada ibu akibat durasi persalinan yang panjang, serta adanya tanda-tanda stres janin seperti perubahan pola denyut jantung. Identifikasi dini terhadap tanda dan gejala ini sangat penting untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dan menentukan intervensi yang tepat waktu.

Beberapa tanda dan gejala partus lama yang sering ditemukan antara lain:

- a. Pembukaan serviks yang lambat atau stagnan selama fase aktif persalinan.
- b. Kontraksi uterus yang lemah, tidak teratur, atau tidak efektif.
- c. Janin tidak mengalami penurunan atau posisi janin stagnan di jalan lahir.
- d. Durasi persalinan melebihi batas waktu normal (>18 jam pada multipara, >24 jam pada primigravida).
- e. Kelelahan dan penurunan kondisi fisik ibu selama proses persalinan.
- f. Tanda-tanda stres janin, seperti denyut jantung janin yang tidak stabil atau menurun.
- g. Terjadinya keluarnya cairan ketuban yang berwarna keruh atau berbau tidak sedap sebagai indikasi infeksi.

5. Klasifikasi

Setelah mengidentifikasi tanda dan gejala partus lama, pemahaman terhadap klasifikasi kondisi tersebut menjadi aspek penting dalam proses evaluasi dan penanganan klinis. Klasifikasi partus lama berdasarkan durasi persalinan serta fase persalinan yang mengalami hambatan dapat membantu tenaga kesehatan dalam menentukan strategi intervensi yang tepat dan efektif. Menurut Sulistyowati, A (2024), partus lama pada primigravida didefinisikan sebagai persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam, sedangkan pada multigravida lebih dari 18 jam. Klasifikasi ini merupakan acuan penting dalam mengidentifikasi derajat keterlambatan persalinan sehingga dapat dilakukan penanganan yang sesuai guna mengurangi risiko komplikasi maternal dan neonatal.

Beberapa klasifikasi partus lama yang diuraikan berdasarkan durasi serta fase persalinan meliputi:

- a. Partus lama fase laten: Persalinan yang berlangsung lebih dari 8 jam pada fase laten, yaitu fase awal dimana serviks mulai mengalami pembukaan namun masih dalam kecepatan yang lambat.
- b. Partus lama fase aktif: Persalinan yang berlangsung lebih dari 12 jam pada fase aktif, dimana seharusnya terjadi pembukaan serviks yang progresif dengan kontraksi uterus yang teratur dan efektif.
- c. Partus lama total: Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida, yang mencakup keseluruhan proses persalinan dari awal hingga bayi lahir.

Dengan klasifikasi yang terstruktur, penanganan partus lama dapat dilakukan secara tepat waktu dan sesuai dengan kondisi klinis pasien, sehingga keselamatan ibu dan janin dapat lebih terjamin.

6. Pencegahan Partus Lama

Pencegahan partus lama menjadi langkah krusial dalam upaya meningkatkan keselamatan ibu dan bayi selama proses persalinan, pencegahan dapat dilakukan dengan melakukan pemantauan dan evaluasi yang ketat terhadap kondisi ibu dan janin sejak masa kehamilan hingga persalinan berlangsung. Hal ini meliputi pemeriksaan rutin untuk mendeteksi adanya faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya partus lama. Selain itu, pemberian edukasi kepada ibu hamil mengenai tanda-tanda persalinan dan pentingnya segera mendapatkan bantuan medis juga menjadi aspek penting dalam pencegahan. Pemantauan kontraksi uterus dan perkembangan pembukaan serviks secara berkala selama persalinan dapat membantu tenaga kesehatan dalam mengenali awal tanda keterlambatan persalinan dan melakukan intervensi dini.

Upaya pencegahan lainnya meliputi optimalisasi kondisi fisik dan psikologis ibu selama kehamilan, seperti menjaga pola makan sehat, menghindari stres berlebihan, serta melakukan aktivitas fisik yang sesuai dengan anjuran medis. Pemberian cairan dan nutrisi yang cukup selama persalinan juga dapat mencegah kelelahan yang memperparah kondisi partus lama. Selain itu, penerapan manajemen persalinan yang baik dan penggunaan metode stimulasi persalinan, seperti oksitosin, harus dilakukan secara tepat dan sesuai indikasi medis untuk menghindari komplikasi. Dengan pendekatan yang komprehensif ini, risiko partus lama dapat diminimalkan sehingga proses persalinan dapat berjalan dengan lebih lancar dan aman. (Putri, Y. A 2021)

Berikut beberapa langkah pencegahan partus lama secara ringkas (Putri, Y. A 2021) :

- a. Pemantauan rutin kondisi ibu dan janin selama kehamilan dan persalinan.
- b. Deteksi dini faktor risiko yang berpotensi menyebabkan partus lama.
- c. Edukasi kepada ibu hamil mengenai tanda-tanda persalinan dan pentingnya konsultasi medis.
- d. Menjaga kondisi fisik dan psikologis ibu dengan pola hidup sehat.
- e. Optimalisasi asupan cairan dan nutrisi selama persalinan.
- f. Pengelolaan persalinan yang tepat dan penggunaan stimulasi kontraksi uterus sesuai indikasi medis.

7. Faktor Resiko

Faktor risiko partus lama merupakan aspek penting yang perlu dipahami untuk mencegah dan mengelola kondisi ini secara efektif. Menurut Rahmawati (2021), partus lama dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang berasal dari ibu, janin, maupun lingkungan persalinan. Faktor-faktor tersebut menyebabkan proses persalinan menjadi tidak efisien sehingga berlangsung lebih lama dari waktu normal. Faktor risiko maternal meliputi kondisi fisik ibu seperti panggul yang sempit, usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua, serta adanya riwayat persalinan lama sebelumnya. Selain itu, gangguan pada kontraksi uterus seperti kontraksi yang lemah atau tidak teratur juga dapat memperlambat kemajuan persalinan. Dari sisi janin, posisi janin yang tidak ideal atau presentasi abnormal turut berperan dalam mempersulit proses persalinan.

Pemahaman terhadap faktor risiko ini penting untuk dilakukan sejak masa kehamilan melalui pemeriksaan dan pemantauan yang teratur. Dengan

demikian, intervensi dini dapat dilakukan untuk mengurangi kemungkinan terjadinya partus lama yang berisiko menimbulkan komplikasi serius bagi ibu dan bayi. Penanganan yang tepat berdasarkan faktor risiko yang ada juga dapat meningkatkan keberhasilan proses persalinan secara keseluruhan.

Beberapa faktor risiko partus lama yang umum ditemukan antara lain:

a. Panggul yang sempit atau abnormal

Bentuk dan ukuran panggul yang tidak memadai menjadi salah satu faktor utama yang menghambat jalan lahir sehingga menyebabkan persalinan memanjang (Rahmawati, 2021).

b. Usia ibu terlalu muda (<20 tahun) atau terlalu tua (>35 tahun)

Usia ibu yang terlalu muda atau lanjut berpengaruh pada kemampuan fisiologis dalam menjalani proses persalinan dengan lancar (Putri, 2023).

c. Riwayat persalinan lama sebelumnya

Riwayat persalinan lama memiliki risiko lebih besar mengalami kondisi yang sama pada persalinan berikutnya karena faktor anatomi dan fisiologis yang serupa. (Sulistyowati, A. 2022)

d. Kontraksi uterus yang tidak efektif atau tidak teratur

Pentingnya kontraksi uterus yang kuat dan teratur untuk kemajuan persalinan, dan ketidakefektifan kontraksi merupakan penyebab utama partus lama. (Amelia, 2019)

e. Posisi atau presentasi janin yang abnormal

Posisi janin yang tidak ideal seperti sungsang atau lintang menyebabkan hambatan mekanis selama persalinan. (Rahmawati, 2021)

d. Janin dengan berat badan besar (makrosomia)

Janin dengan berat badan berlebih akan sulit melewati jalan lahir sehingga memperlambat proses kelahiran. (Putri, 2023)

e. Kondisi psikologis ibu yang kurang stabil atau stres tinggi

Stres dan ketegangan pada ibu dapat mengganggu pola kontraksi uterus dan keseimbangan hormon, memperpanjang durasi persalinan. (Amelia, 2019)

8. Komplikasi

Menurut Sulastri (2022), durasi persalinan yang melebihi waktu normal dapat menyebabkan gangguan fisiologis pada ibu dan bayi, baik secara langsung maupun tidak langsung. Komplikasi yang muncul bervariasi, mulai dari trauma jalan lahir hingga infeksi dan asfiksia pada bayi baru lahir. Pemahaman menyeluruh mengenai komplikasi ini sangat penting untuk mendukung pengambilan keputusan klinis yang cepat dan berbasis risiko. Komplikasi dapat terjadi pada ibu dan janin, berikut adalah penjelasannya :

a. Komplikasi pada Ibu (Allen et al, 2022)

1) Perdarahan postpartum & atonia uteri

Persalinan lama menyebabkan otot uterus tidak mampu berkontraksi dengan efektif setelah kelahiran, menyebabkan perdarahan berat dan kebutuhan intervensi medis lebih tinggi.

2) Robekan jalan lahir (laserasi, episiotomi, OASI)

Durasi fase kedua persalinan yang berkepanjangan berkorelasi dengan peningkatan risiko laserasi serviks, vagina, dan perineum, terutama episiotomi tingkat lanjut.

3) Infeksi uterus (chorioamnionitis, endometritis)

Lamanya fase kedua persalinan meningkatkan insiden infeksi intrauterin seperti chorioamnionitis dan endometritis secara signifikan.

4) Masuk ICU dan intervensi operatif

Penelitian lain menemukan peningkatan rujukan ke ICU dan kebutuhan tindakan operatif seperti sesar atau vakum/forceps sebagai akibat persalinan lama.

b. Komplikasi pada Janin / Neonatus (Torres et al, 2020)

1) Asfiksia & hipoksia neonatorum

Prolongasi fase kedua (>3–4 jam pada nullipara, >2–3 jam pada multipara) meningkatkan risiko Apgar rendah dan asfiksia neonatal.

2) NICU admission

Bayi yang lahir setelah persalinan lama memiliki peluang lebih tinggi untuk dirawat di NICU.

3) Sepsis neonatal

Peningkatan risiko sepsis akibat infeksi intrauterin pada bayi dari persalinan fase kedua berkepanjangan.

4) Cedera intrakranial & trauma mekanik

Risiko perdarahan intrakranial serta cedera mekanik seperti fraktur klavikula akibat tekanan jalan lahir panjang.

5) Kematian intrauterin atau neonatal

Meski jarang, prolongasi persalinan dapat menyebabkan kematian janin intrauterin atau neonatal pasca-lahir akibat kombinasi hipoksia, infeksi, dan trauma jalan lahir.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien SC dengan indikasi partus lama :

a. Pre-Operatif

1) Puasa pendek dan hidrasi akhir dengan gula kompleks

Teigen dan kolega (2020) merekomendasikan puasa makanan padat maksimal 6–8 jam, namun hidrasi terakhir dengan maltodekstrin hingga 2 jam sebelum SC membantu menjaga keseimbangan energi dan mencegah resistensi insulin .

2) Pemberian antibiotik profilaksis dan edukasi komprehensif

Yun & Ling-Qun (2023) menekankan pentingnya antibiotik yang diberikan 30–60 menit sebelum insisi serta edukasi informed consent, skrining kondisi ibu, dan persiapan mental pasien .

b. Intra-Operatif

1) Anestesi multimodal dan antiemetic

Teigen et al, (2020) menyarankan penggunaan spinal anesthesia plus NSAID (ketorolac) dan antiemetik (ondansetron/dexamethasone) untuk mengendalikan nyeri dan mual pascaoperasi .

2) Teknik bedah optimal & manajemen cairan

Yun & Ling-Qun (2023) mendukung insisi transversal dengan penundaan penjepitan tali pusat hingga 30–60 detik, serta pengaturan cairan masuk maksimum 3 L dengan dukungan oksitosin untuk mencegah atonia uteri .

c. Post-Operatif

1) Mobilisasi dini (< 12 jam)

Teigen et al, (2020) menyarankan mobilisasi pascaoperasi dalam 12 jam pertama. Studi lokal oleh Krismayanti et al. (2024)

menunjukkan ERACS mempersingkat mobilisasi menjadi rata-rata 13,1 jam, dibandingkan ~33,7 jam secara konvensional.

2) Pengangkatan kateter dan pemberian nutrisi oral awal

Menurut *Teigen et al*, (2020), kateter dilepas setelah 12 jam, dengan asupan cairan oral dimulai segera setelah operasional; Krismayanti et al. (2024) melaporkan pengangkatan kateter sekitar 6 jam, disusul minum ringan dalam 30 menit setelahnya .

3) Analgesia multimodal (NSAID + paracetamol)

Panduan ERAS Society yang diterjemahkan oleh *Yun & Ling-Qun* (2023) menganjurkan pemberian NSAID dan paracetamol terjadwal untuk mengurangi kebutuhan opioid dan memfasilitasi mobilisasi dini.

4) Pemantauan tanda vital & fungsi organ

Teigen et al. (2020) menunjukkan bahwa observasi tanda vital, keluaran urine ≥ 30 ml/jam, kondisi fundus uteri, lochia, dan kondisi luka pasca-SC adalah krusial untuk mendeteksi komplikasi dini .

5) Edukasi dan persiapan pulang dalam 24-48 jam

Yun & Ling-Qun (2023) dan Krismayanti et al. (2024) merekomendasikan pasien dipersiapkan pulang dalam 24–48 jam, lengkap dengan edukasi tentang nyeri, tanda infeksi, mobilisasi, ASI, dan tindak lanjut klinik.

B. KONSEP DASAR SECTIO CAESAREA

1. Definisi

Sectio caesarea adalah prosedur bedah yang dilakukan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus dengan tujuan mengeluarkan janin. Tindakan

ini dipilih ketika persalinan normal melalui jalan lahir vagina berpotensi membahayakan keselamatan ibu, janin, atau keduanya. Dengan demikian, *sectio caesarea* merupakan intervensi medis penting dalam obstetri yang ditujukan untuk menjaga keselamatan maternofetal (Betrán, 2023).

Sectio caesarea merupakan metode terminasi kehamilan secara bedah melalui laparotomi dan histerotomi, di mana janin dan plasenta dievakuasi. Prosedur ini dapat dilakukan secara elektif atau dalam keadaan darurat, dengan penggunaan anestesi regional sebagai pilihan utama untuk mengurangi risiko anestesi umum dan menjaga kesadaran ibu selama operasi (Saint Louis, 2023).

Lebih jauh, *sectio caesarea* diindikasikan pada situasi di mana persalinan per vaginam tidak memungkinkan atau berisiko tinggi bagi ibu maupun janin. Prosedur ini umumnya menggunakan sayatan uterus low-segment horizontal yang telah terbukti efektif dalam menyelamatkan nyawa serta meningkatkan hasil kesehatan ibu dan bayi ketika dilakukan sesuai indikasi klinis yang tepat (Betrán et al., 2023).

Sectio caesarea merupakan prosedur bedah penting dalam bidang obstetri yang dilakukan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus untuk mengeluarkan janin. Prosedur ini dilakukan sebagai alternatif persalinan normal saat kondisi klinis menunjukkan risiko bagi keselamatan ibu atau janin. Dengan pelaksanaan yang tepat, SC berperan signifikan dalam menyelamatkan nyawa serta meningkatkan hasil kesehatan maternofetal, baik dilakukan secara elektif maupun darurat, menggunakan teknik dan anestesi yang sesuai dengan indikasi medis.

2. Etiologi

a. Etiologi Partus Lama dari Faktor Ibu

Meliputi kondisi-kondisi yang mempengaruhi kemampuan ibu dalam menjalani proses persalinan normal. Gangguan kontraksi uterus yang tidak efektif atau lemah merupakan salah satu penyebab utama, sehingga proses pembukaan serviks dan penurunan janin menjadi lambat (Putri, Y. A 2021). Selain itu, faktor anatomi seperti pelvis sempit atau adanya sumbatan pada jalan lahir, misalnya oleh fibroid atau jaringan parut bekas operasi, juga dapat memperpanjang durasi persalinan (Rahman et al., 2023).

b. Etiologi Partus Lama dari Faktor Janin

Berhubungan dengan kondisi yang menghambat kemajuan persalinan secara mekanis atau fungsional. Posisi janin yang tidak ideal, seperti presentasi bokong atau melintang, dapat menyebabkan ketidaksesuaian antara janin dan jalan lahir sehingga persalinan tertunda (Sutanto, A. V., & Hidayat, M. 2021). Berat janin yang berlebih (makrosomia) juga menjadi faktor penting karena ukuran janin yang besar menyulitkan proses penurunan melalui jalan lahir (Nasution et al., 2023). Selain itu, kelainan pada tali pusat atau kondisi janin lain yang menyebabkan kurangnya respons gerakan janin dapat mengganggu mekanisme persalinan yang optimal (Sari & Lestari, 2021).

3. Patofisiologi

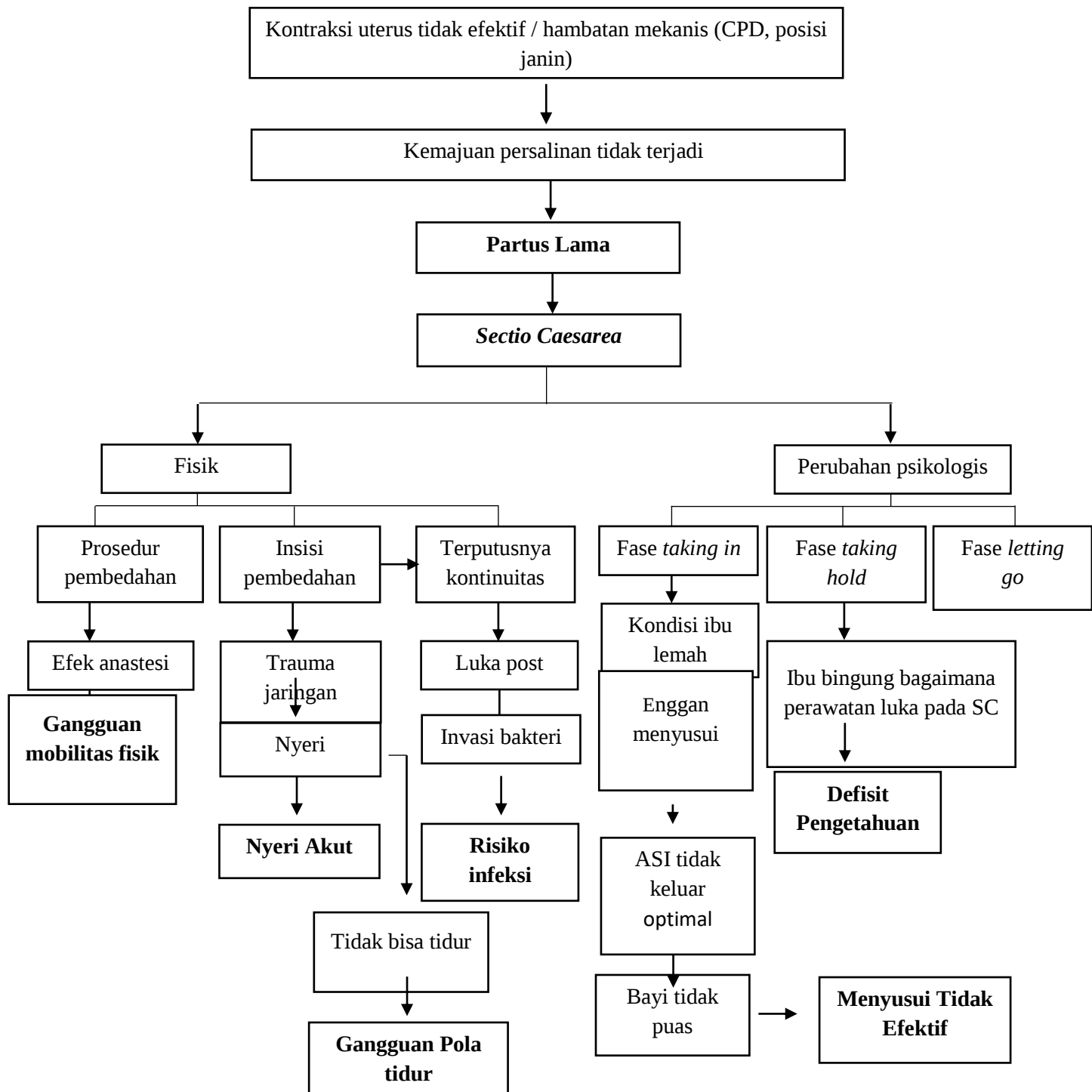
Sectio caesarea merupakan prosedur operatif obstetri yang secara fisiologis dan anatomis mengganggu integritas jaringan abdomen dan uterus. Patofisiologi dari tindakan ini mencakup respons tubuh terhadap pembedahan mayor, yang dimulai sejak dilakukan insisi hingga fase penyembuhan pascaoperatif. Menurut Rahman et al. (2024), pembedahan SC memicu respon inflamasi lokal dan sistemik akibat kerusakan jaringan dan intervensi bedah yang invasif, terutama pada lapisan otot uterus dan dinding perut. Aktivasi kaskade

inflamasi ini ditandai dengan pelepasan mediator seperti prostaglandin, histamin, dan sitokin proinflamasi yang menginduksi vasodilatasi, permeabilitas kapiler, dan infiltrasi sel-sel imun pada lokasi luka.

Sayatan pada uterus, khususnya pada segmen bawah, menyebabkan gangguan pada struktur otot polos miometrium. Proses pemotongan dan kemudian penutupan kembali dinding uterus menimbulkan reaksi inflamasi steril yang diikuti oleh fase proliferaatif dan remodeling jaringan. Dalam konteks ini, terjadi deposisi kolagen dan pembentukan jaringan fibrotik yang berpotensi memengaruhi elastisitas uterus dan respon kontraktile pada kehamilan atau persalinan berikutnya. Selain itu, pemutusan serabut saraf dan pembuluh darah kapiler di area insisi dapat menurunkan tonus uterus sementara waktu, sehingga meningkatkan risiko atonia uteri dan perdarahan post partum (Rahman et al., 2024).

Dari aspek neuroendokrin, tindakan SC juga mengganggu jalur fisiologis yang mendukung persalinan spontan, seperti pelepasan oksitosin dan prostaglandin yang fisiologisnya terjadi melalui stimulasi mekanis serviks dan distensi uterus. Dengan tidak terjadinya proses fisiologis ini secara alami, sekresi hormon yang memfasilitasi kontraksi dan laktasi dapat terhambat. Selain itu, anestesi spinal maupun general yang digunakan dalam SC turut memengaruhi sistem kardiovaskular dan respirasi ibu, yang perlu dimonitor secara ketat karena potensi terjadinya hipotensi, bradikardi, dan gangguan perfusi organ vital. Secara keseluruhan, *Sectio caesarea* bukan hanya sebuah prosedur mekanis untuk mengeluarkan janin, tetapi juga merupakan intervensi bedah yang memicu reaksi fisiologis kompleks yang memerlukan perhatian multidisipliner selama dan setelah prosedur (Rahman et al., 2024).

Bagan 1. 2 Pathway *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Partus Lama



Sumber: Arya Nurul (2020)

4. Komplikasi

Komplikasi yang timbul akibat dilakukannya tindakan *sectio caesarea* menurut (Khasanah, 2014 & Sugiarti, 2018) antara lain :

- a. Komplikasi pada ibu
 - 1) Infeksi luka insisi.
 - 2) Perdarahan.
 - 3) Luka kandung kemih.
- b. Komplikasi pada janin
 - 1) Kematian perinatal.
 - 2) Hipoksia janin
 - 3) Tidak dapat langsung menangis dan keterlambatan menangis yang mengakibatkan kelainan pada hemodinamika.

5. Faktor Resiko

Faktor risiko yang menyebabkan dilakukannya tindakan *Sectio caesarea* (SC) sangat beragam dan saling berkaitan, mencerminkan kompleksitas dalam praktik obstetri modern. Menurut Wulandari (2022), SC menjadi pilihan apabila terdapat indikasi klinis yang menghambat persalinan normal, baik dari sisi maternal maupun fetal. Di antaranya adalah riwayat SC sebelumnya yang meningkatkan risiko ruptur uterus, serta kondisi disproporsi sefalopelvik yang menyebabkan ketidaksesuaian ukuran antara kepala janin dan panggul ibu. Selain itu, presentasi janin abnormal seperti sungsang atau lintang menjadi alasan utama karena berpotensi menimbulkan komplikasi saat persalinan pervaginam. Wulandari, S., et al. (2022) juga menyebutkan bahwa plasenta previa, preeklamsia, eklamsia, serta tanda-tanda gawat janin seperti penurunan denyut jantung fetal merupakan indikasi medis untuk melakukan tindakan SC segera. Tak hanya itu, kehamilan ganda dengan letak janin yang tidak

menguntungkan serta infeksi aktif di jalan lahir seperti herpes genitalis turut menjadi pertimbangan penting. Dengan demikian, SC dilaksanakan bukan sebagai pilihan elektif semata, tetapi sebagai intervensi berbasis evaluasi risiko yang bertujuan untuk melindungi keselamatan ibu dan bayi.

6. Proses penyembuhan luka *sectio caesarea*

Proses penyembuhan luka setelah tindakan *Sectio caesarea* (SC) merupakan rangkaian biologis kompleks yang melibatkan fase inflamasi, proliferasi, dan remodelling jaringan, yang masing-masing berperan penting dalam pemulihan integritas struktur jaringan uterus dan dinding abdomen. Menurut Wulandari (2022), fase inflamasi dimulai segera setelah tindakan pembedahan dan berlangsung selama beberapa hari, ditandai dengan infiltrasi neutrofil dan makrofag ke area luka untuk membersihkan debris serta memicu respon imun lokal. Fase ini penting sebagai tahap awal yang menentukan keberhasilan regenerasi jaringan. Selanjutnya, fase proliferasi berlangsung selama 4 hingga 21 hari pasca operasi, ditandai dengan aktivitas fibroblas yang memproduksi kolagen tipe III, pembentukan jaringan granulasi, serta angiogenesis untuk mendukung metabolisme jaringan baru. Pada tahap ini, luka mulai menunjukkan tanda-tanda penyatuan kembali struktur anatomis dan berkurangnya eksudat inflamasi. Fase terakhir adalah remodelling atau maturasi, yang dapat berlangsung selama beberapa bulan, bahkan hingga satu tahun, ditandai dengan konversi kolagen tipe III menjadi tipe I, reorganisasi serat kolagen, dan penguatan tensile strength jaringan luka. Wulandari (2022) menekankan bahwa keberhasilan proses penyembuhan ini sangat dipengaruhi oleh faktor individu seperti status nutrisi, kontrol glukosa darah, kebersihan luka, serta ketiadaan infeksi atau trauma berulang pada area insisi. Oleh karena itu, pendekatan multidisipliner dan pemantauan ketat selama masa nifas menjadi

krusial untuk mencegah komplikasi penyembuhan seperti dehisensi luka atau infeksi nosokomial.

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan leukosit atau *white blood ceel count* (WBC), untuk mengidentifikasi adanya infeksi.
- b. Elektrolit, pemeriksaan ini bertujuan untuk memastikan ketidakseimbangan cairan atau kadar asam dan basa pada tubuh.
- c. Hemoglobin atau Hematokrit, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui kadar sel darah merah, dan mengevaluasi kehilangan darah pada proses pembedahan.
- d. Golongan darah, pemeriksaan ini bertujuan untuk menurunkan resiko akan kondisi kesehatan tertentu, menginformasikan diri kemungkinan mengalami kesehatan tertentu, jika mengalami resiko pembekuan darah dan pendarahan serta kondisi batu ginjal
- e. Urinalis atau kultur urine pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi ginjal dan saluran kemih serta memantau hasil pengobatan (Tucker & Susan Martin, 2019).

8. Dampak *sectio caesarea* Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut (Maryunani, 2015) tindakan *sectio caesarea* juga berdampak pada kebutuhan dasar manusia yaitu sebagai berikut :

a. Nyeri

Ibu *post sectio caesarea* akan merasakan nyeri di area pembedahan atau nyeri pada bekas luka operasi.

b. Eliminasi BAK/BAB

Efek anestesi pada saat tindakan *sectio caesarea* dapat membuat BAB tertunda selama 2-3 hari setelah persalinan BAK biasanya akan mengalami kesulitan sesudah pemasangan kateter.

c. Nutrisi dan Cairan

Setelah 6 jam pasca bedah maka dapat diberikan minum sedikit-sedikit, klien dapat makan makanan yang lunak atau biasa pada hari pertama.

d. Mobilisasi

Ibu 6 jam *post sectio caesarea* dapat menggerakkan kaki, tangan serta tubuhnya, kemudian dapat duduk pada jam ke 8-12 dan dapat berjalan pada 24 jam pasca operasi.

e. Personal Hygiene

Kebersihan diri ibu akan mengurangi sumber infeksi, memberikan rasa nyaman, kebersihan yang harus dilakukan yaitu mandi, perawatan luka, post operasi, perawatan gigi dan mulut, ibu post op *sectio caesarea* akan terbatas melakukan kebersihan diri.

f. Istirahat

Ibu *post sectio caesarea* harus istirahat dengan cukup, istirahat yang cukup sekitar 8 jam pada malam.

g. Seksual atau Reproduksi

Pada ibu *post sectio caesarea* hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika lochea sudah berhenti, hendaknya 40 hari setelah persalinan, dan ibu *post sectio caesarea* dapat hamil kembali dengan jarak kurang lebih 2 tahun dari *sectio caesarea*.

C. KONSEP DASAR POST PARTUM

1. Definisi

Masa post partum, atau masa nifas, didefinisikan sebagai periode setelah kelahiran yang dimulai segera setelah lahirnya plasenta dan berlangsung hingga sekitar enam minggu, di mana tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis untuk kembali ke kondisi sebelum hamil. Menurut Widyastuti, R. (2021), masa ini mencakup involusi uterus, pemulihan keseimbangan hormonal, serta penyesuaian sistem reproduksi dan metabolik ibu. Proses ini sangat krusial bagi pemulihan menyeluruh pascakelahiran, serta sebagai fase awal dalam adaptasi ibu terhadap peran barunya.

Menurut Susanti (2022), masa postpartum merupakan fase transisional yang melibatkan pemulihan organ tubuh, stabilisasi emosi, dan awal menyusui. Dalam konteks kebidanan, masa ini dianggap sebagai bagian integral dari siklus reproduksi yang membutuhkan perhatian khusus karena rentan terhadap komplikasi seperti infeksi, perdarahan, dan gangguan psikologis. Susanti juga menekankan bahwa pemantauan ibu dalam masa ini sama pentingnya dengan saat kehamilan dan persalinan, terutama untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi.

Menurut Nurhalimah (2020), masa postpartum adalah tahapan pemulihan menyeluruh yang tidak hanya bersifat fisiologis, tetapi juga psikososial dan emosional. Proses ini melibatkan penyesuaian ibu dalam aspek perawatan bayi, pembentukan ikatan emosional (bonding), serta pemulihan stamina dan pola hidup sehari-hari. Dalam pandangannya, pendekatan holistik sangat diperlukan agar masa nifas dapat berlangsung optimal dan mencegah terjadinya komplikasi jangka panjang.

2. Tahapan Masa Post Partum

Masa postpartum dibagi menjadi tiga tahapan utama berdasarkan waktu dan proses fisiologis yang dialami ibu pascakelahiran. Tahapan ini menggambarkan transisi tubuh ibu dari kondisi setelah melahirkan kembali menuju keadaan fisiologis pra kehamilan, sekaligus menjadi waktu krusial untuk pemulihan dan adaptasi terhadap peran sebagai ibu. Menurut Widyastuti, R. (2021), pembagian tahapan postpartum mencerminkan dinamika perubahan biologis dan psikologis yang perlu dipantau secara sistematis untuk mencegah komplikasi dan memastikan kesehatan ibu dan bayi tetap optimal.

Tahapan Masa Postpartum:

a. Postpartum Dini (Immediate Postpartum)

Merupakan 24 jam pertama setelah kelahiran, di mana pengawasan intensif sangat diperlukan karena ibu berada dalam masa risiko tinggi terhadap komplikasi seperti perdarahan postpartum (perdarahan uterus atonia), hipotensi, dan gangguan involusi uterus. Dalam fase ini, uterus mulai berkontraksi untuk kembali ke ukuran normal, dan plasenta telah dilahirkan. Pemantauan tanda-tanda vital, kontraksi uterus, serta jumlah perdarahan sangat penting Widyastuti, R. (2021).

b. Postpartum Intermediat (Early Postpartum)

Berlangsung dari hari ke-2 hingga sekitar minggu ke-7 setelah persalinan. Fase ini merupakan masa aktif pemulihan fisiologis organ reproduksi, di mana proses involusi uterus, penurunan lochia, serta adaptasi hormonal terjadi secara progresif. Selain itu, terjadi peningkatan produksi ASI (laktogenesis II) dan pemulihan luka jahitan (jika ada). Perubahan emosional seperti baby blues juga bisa muncul pada tahap ini Widyastuti, R. (2021).

c. Postpartum Lanjut (Late Postpartum)

Fase ini berlangsung dari akhir minggu ke-6 hingga sekitar minggu ke-12 pasca persalinan. Penyesuaian psikis dan sosial menjadi fokus utama, termasuk adaptasi terhadap peran ibu, hubungan interpersonal dalam keluarga, serta kembalinya siklus menstruasi. Jika tidak ada komplikasi, tubuh ibu akan mendekati kondisi fisiologis sebelum hamil. Fase ini juga penting untuk pemantauan kesehatan mental ibu, seperti risiko depresi postpartum Widyastuti, R. (2021).

3. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum

Adaptasi fisiologis yang dapat ditemukan pada ibu post partum menurut (Razmi et al, 2018) sebagai berikut:

a. Perubahan Sistem Reproduksi

- 1) Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8 cm, lebar sekitar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm. Uterus terbagi menjadi 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri.
- 2) Serviks setelah 2 jam persalinan hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup kembali.
- 3) Vagina wanita mengalami peregangan dan penekanan yang berukuran besar sepanjang proses melahirkan berlangsung, akibatnya vagina mengalami robekan. Adapun untuk vagina akan normal kembali pada 6 hingga 8 minggu sesudah proses melahirkan. Pada pasien post *sectio caesarea* tidak terdapat robekan atau perubahan lainnya pada vagina.

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Adanya konstipasi karena otot perut mengalami peregangan. Ibu setelah melahirkan menjadi takut untuk BAB karena terdapat luka jahitan *sectio caesarea* diperut bagian bawah.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Selama 24 jam mengalami kesulitan yang namanya konstipasi karena otot perut mengalami peregangan. Ibu setelah melahirkan menjadi takut untuk BAK karena terdapat luka jahitan *sectio caesarea* diperut bagian bawah.

d. Sistem Endokrin

Terdapat perubahan hormon pada system endokrin yang terlibat dalam proses melahirkan. Pada tahap yang ke 3 saat melahirkan, hormon oksitoksin melepaskan plasenta dan menahan kontraksi oleh karena itu mampu mencegah terjadinya pendarahan. Selanjutnya untuk merangsang sekresi oksitoksin dan keluarnya asi dapat dilakukan dengan isapan dari bayi. Sehingga memudahkan uterus kembali menjadi normal. Adaptasi psikologis yang dapat ditemukan pada ibu post partum menurut (Resmi et al, 2015) sebagai berikut :

1) *Fase Taking in*

Pada fase ini biasa disebut dengan fase ketergantungan karena dimulai sejak hari pertama melahirkan hingga hari ke-2, ibu akan mengalami fokus pada diri sendiri dan membutuhkan perlindungan serta pelayanan.

2) *Fase Taking Hold*

Pada Fase ini ibu akan merasakan kekhawatiran jika tidak mampu dan bertanggungjawab dalam merawat atau mengasuh sang buah hati. Lamanya fase ini sekitar 3 hingga 10 hari setelah proses persalinan. Selain itu ibu juga menjadi lebih sensitif sehingga sangat mudah marah dan tersinggung. Oleh karena itu membutuhkan dukungan moral guna meningkatkan kepercayaan diri.

3) *Fase Letting Go*

Fase dimana ibu siap mendapatkan peran baru yang dimulai sejak 10 hari setelah persalinan. Kondisi ibu sudah beradaptasi langsung dengan sang buah hati. Pada kondisi ini ibu akan berusaha untuk menjaga anaknya dengan menyusui dan mencukupi segala kebutuhannya. Selain itu ibu juga lebih percaya diri untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

4. **Patofisiologi**

Post partum akan terjadi perubahan fisiologis dan psikologis pada perubahan fisiologis terjadi proses involusi menyebabkan terjadi peningkatan kadar oxytocin, peningkatan kontraksi uterus sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut, dan perubahan pada vagina dan perineum terjadi ruptur jaringan dan terjadi trauma mekanis, personal hygiene yang kurang baik, pembuluh darah rusak menyebabkan genitalia menjadi kotor dan terjadi juga pendarahan. Sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara. Laktasi dipengaruhi oleh hormon ekstrogen dan peningkatan prolaktin, sehingga terjadi pembentukan asi, tetapi terkadang terjadi juga aliran darah payudara berurai dari uterus (Involusi) dan retensi darah dipembuluh payudara maka akan terjadi bengkak dan penyempitan pada duktus inteverus. Sehingga asi tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif. Pada perubahan psikologis akan

muncul *takking in* (Ketergantungan), *takking hold* (ketergantungan kemandirian), *letting go* (Kemandirian).

5. Kebutuhan Masa Post Partum

Wahyuningsih, (2019) menegaskan kebutuhan masa post partum meliputi :

a. Nutrisi dan Cairan

Nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah sebagai berikut :

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori setiap hari.
- 2) Diet berimbang, protein, mineral dan vitamin.
- 3) Minum sedikitnya 2 liter tiap hari (kurang lebih 8 gelas).
- 4) Fe/tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan.
- 5) Kapsul Vit.A 200.000 unit.

b. Ambulasi

Ambulasi dini (early ambulation) adalah kebijaksanaan agar secepatnya tenaga kesehatan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidur membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat dalam 24-48 jam post partum. Hal ini dilakukan bertahap. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyakit misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya. Keuntungan dari ambulasi dini adalah sebagai berikut :

- 1) Ibu merasa lebih sehat.
- 2) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik.
- 3) Memungkinkan kita mengajarkan ibu untuk merawat bayinya.

- 4) Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses pasca persalinan, tidak mempengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan pendarahan, tidak memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri.

c. Eliminasi

Setelah 6 jam post partum diharapkan ibu dapat berkemih, jika kandung kemih penuh atau lebih dari 8 jam belum berkemih disarankan melakukan kateringisasi hal-hal yang menyebabkan kesulitan berkemih (retensio urine) pada post partum :

- 1) Berkurangnya tekanan intra abdominal.
- 2) Otot-otot perut masih lemah.
- 3) Edema dan uretra.
- 4) Dinding kandung kemih kurang sensitif.
- 5) Ibu post partum diharapkan bisa defekasi atau buang air besar setelah hari kedua post partum, jika hari ke 3 belum defekasi bisa diberi obat pencahar oral atau rektal.

d. Kebersihan Diri

Pada masa post partum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu keberhasilan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan yang sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum.
- 2) Mengajarkan ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan kebelakang.
- 3) Sarankan ibu ganti pembalut setidaknya dua kali sehari.
- 4) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.

5) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi luka jahit pada alat kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

e. Istirahat dan Tidur

Menganjurkan ibu istirahat cukup dan dapat melakukan kegiatan rumah tangga secara bertahap. Kurang istirahat dapat mengurangi produksi Asi, memperlambat proses involusi dan depresi pasca persalinan. Selama masa post partum, alat-alat internal dan eksternal berangsur kembali ke keadaan sebelum hamil (involusi).

6. Komplikasi Post Partum

a. Pendarahan

Proses pendarahan sebanyak 500 cc pada saat janin sudah lahir ataupun diatas 1000 cc sesudah melahirkan abnormal atau sectio caesarea pada kurun waktu 24 jam dan maksimal 6 minggu pada saat sesudah melahirkan (Satriyandari & Hariyari 2017).

b. Infeksi post partum *Sectio caesarea*

Masuknya mikroorganisme yang menyebabkan trauma atau kerusakan jaringan atau sel-sel pada dinding perut yang terbuka akibat dari proses pembedahan untuk mengeluarkan janin dan plasenta. Bekas jahitan mengeluarkan darah, demam, nyeri, perut kram, mengalami keputihan dengan aroma tidak sedap (Kurniasih, & Kurniati 2016).

c. Mastitis

Yaitu peradangan pada jaringan payudara. Kasus mastitis diperkirakan terjadi dalam 12 minggu pertama, namun dapat pula terjadi sampai tahun kedua menyusui. Mastitis perlu diperhatikan karena dapat meningkatkan

penularan beberapa penyakit dan mastitis menjadi salah satu alasan ibu untuk berhenti menyusui (Hasanah, et al 2017).

d. Depresi Post Partum (DPP)

Merupakan kondisi gangguan jiwa yang terjadi pada hari pertama setelah melahirkan. Adapun gangguan yang terjadi meliputi kondisi hati yang sedih, labil, bingung dan dysphoria pada diri sendiri (Fairus & Widiyanti, 2015).

D. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

Proses keperawatan adalah metode dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. (Budyono, 2016). Dalam proses keperawatan ada 5 tahapan yang tidak dapat dipisahkan dan saling berhubungan,. Adapun langkah-langkah proses keperawatan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan. Diagnosa yang diangkat akan menentukan perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat (Aspiani, 2017).

a. Identitas Klien

Pada penderita dengan indikasi *sectio caesarea* dapat terjadi pada setiap umur kehamilan yang dapat dilihat pada kehamilan muda.

b. Keluhan Utama

Pada klien 6 jam *post sectio caesarea* keluhan utamanya yaitu klien mengeluh nyeri pada bekas operasi, badannya lemah, tidak berani untuk bergerak dan rasa haus yang berlebihan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran, dan luka operasi juga menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien *post sectio caesarea* dengan penggunaan format P, Q, R, S, T yaitu sebagai berikut :

- 1) P (Provokatif/Paliative) : apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul : apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur atau tidak.
- 2) Q (Qualitative) : seperti apa keluhan yang dirasakan pada klien dengan *post sectio caesarea* seperti diiris-iris atau nyeri terbakar.
- 3) R (Region/Radiasion) : dimana letak keluhan *post sectio caesarea*, bisa didaerah abdomen bawah atau menyebar ke daerah lainnya.
- 4) S (Skala) : intensitas nyeri yang dirasakan klien, dan rentang 0-5 (0 : tidak nyeri, kesulitan beraktivitas, 1,2 dan 3 : nyeri ringan, 4 dan 6 : nyeri sedang, 7 dan 10 : nyeri berat).
- 5) T (Time) : nyeri yang dirasakan klien *post sectio caesarea* bisa malem, siang atau kadang-kadang, terus menerus, berlangsung lama, bisa hilang timbul.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji terhadap adanya penyakit menular atau menurun.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji penyakit berat yang pernah diderita salah satu anggota yang ada TBC, DM dan hipertensi.

d. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Kaji kapan datangnya menarche siklus haid, hari pertama haid dan terakhir. Untuk dapat diketahui yang keluar darah muda atau darah tua, encer atau menggumpal, lamanya nyeri atau tidak, berbau atau tidak, dimana untuk mengetahui gambaran-gambaran tentang keadaan alat kandungan.

b) Riwayat Perkawinan

Kaji berapa kali kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang.

c) Riwayat Keluarga Berencana

Kaji jenis kontrasepsi yang direncanakan setelah persalinan serta jumlah anak yang direncanakan oleh keluarga.

2) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Kehamilan Sekarang

Kaji usia kehamilan, pemeriksaan kehamilan, frekuensi melakukan imunisasi TT dan keluhan-keluhan waktu hamil.

b) Riwayat Persalinan Sekarang

Kaji tanggal, hari, jam persalinan, tipe dan lamanya persalinan, komplikasi dalam kehamilan. Penting pengkajian riwayat bersalin sekarang untuk mengetahui faktor prediposisi yang dapat mempengaruhi post sectio caesarea.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Pada umumnya tidak dijumpai penurunan kesadaran kemungkinan klien bersikap diam, meringis, gelisah karena nyeri, serta penampilan biasanya lemah dan pucat.

2) Tanda-tanda Vital

Pada klien post *sectio caesarea*, terkadang tekanan darah menurun akibat *sectio caesarea*, nadi kemungkinan cepat apabila klien cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi.

- a) Nadi dan suhu tubuh diatas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi, orang dewasa (60-80x/menit).
- b) Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena proses persalinan. Tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya perdarahan.
- c) Respirasi keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan denyut nadi dan suhu tubuh. frekuensi pernafasan normal orang dewasa adalah (16-24x/menit). Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Bila pernafasan pada ibu post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan adanya tanda-tanda syok.

3) Pemeriksaan Head to toe

a) Kepala dan Wajah

(1) Kepala

Kaji bentuk kepala, amati kesimetrisan muka dan tengkorak, warna dan distribusi rambut kepala, keadaan rambut, kulit kepala, adanya massa, pembengkakan dan nyeri tekan.

(2) Mata

Kaji kesimetrisan mata, konjungtiva anemis atau tidak anemis pada ibu *post sectio caesarea* biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan oleh kondisi anemia atau dikarenakan proses persalinan yang mengalami pendarahan, sklera berwarna putih atau ikterik, ketajaman penglihatan, pupil isokor atau anisokor.

(3) Hidung

Kaji keadaan bentuk dan fungsi hidung, kesimetrisan lubang hidung, warna kulit, adanya pembengkakan atau sumbatan dan secret, apakah ditemukan nyeri tekan dan dikaji fungsi penciuman.

(4) Telinga

Kaji keadaan telinga luar, saluran telinga, gendang telinga/membrane timpani dan pendengaran. Kesimetrisan telinga kiri dan kanan dan kebersihannya. Adanya nyeri tekan dan kaji juga pendengaran dengan menggunakan arloji dan bisikan.

(5) Mulut dan Gigi

Kaji mulut dan gigi apakah ada kelainan konginetal seperti bibir sumbing, warna kebersihan gigi, dan lidah. Apakah ada pembengkakan atau nyeri tekan dan serta kaji juga tentang fungsi pengecapan baik atau tidak.

b) Leher

Dikaji mengenai warna kulit. Kaji adanya pembesaran kelenjar limfe dan pembesaran kelenjar tiroid, mengani kelenjar limfe dan kelenjar getah bening. Yang membesar dapat

menunjukkan adanya infeksi ditunjang dengan adanya data yang lain seperti hipertermi, nyeri dan bengkak.

c) Dada

Kaji kesimetrisan dada kiri dan kanan, kebersihan dada, lihat perkembangan dada dan frekuensinya. Palpasi adakah nyeri tekan atau tidak, apakah ada suara nafas normal antara dada kiri dan kanan, bunyi nafas biasanya vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan sebagainya.

(1) Payudara

Kaji bentuk simetris atau tidak, kemungkinan terdapat tanda-tanda pembengkakan ASI sedikit atau bahkan belum. Kemungkinan ditemukan keluarnya kolostrum pada 6 jam pertama, puting susu tampak menonjol, aerola warna hitam atau cokelat kehitaman. Payudara tampak bersih atau tidak, palpasi ada atau tidaknya benjolan dan nyeri tekan. 6 jam setelah post sectio caesarea belum ditemukan adanya pembengkakan pada payudara, dan nyeri tekan.

(2) Paru-paru

Kaji apakah ada suara nafas normal antara dada kiri dan kanan, bunyi nafas biasanya vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan sebagainya.

(3) Jantung

Kaji kemungkinan ditemukan bunyi jantung S1 S2 tidak terdapat suara tambahan seperti murmur atau gallop.

d) Abdomen

Kaji keadaan abdomen dan kebersihannya. Kemungkinan ditemukannya striae dan linea nigra. Pada luka *post sectio caesarea* harus dikaji apakah terdapat luka operasi, bentuk cembung, tanda-tanda infeksi seperti terdapat eritema, bengkak, keadaan balutan apakah ada noda atau kering utuh. Teraba keras atau lembek, abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan, sedangkan apabila abdomen lembek menunjukkan resiko pendarahan dan dapat dimasase untuk merangsang kontraksi. Setelah persalinan TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari. Hari kedua post partum TFU 1 cm dibawah pusat, hari ke 3-4 post partum TFU 2 cm dibawah pusat, hari ke 5-7 post partum TFU pertengahan pusat symfisis. Hari ke 10 post partum TFU tidak teraba lagi.

e) Genetalia

Dikaji adakah pengeluaran lochea rubra, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah edema vulva, bagaimana posisi cateter, apakah terpasang dengan baik atau tidak.

f) Ekstremitas

(1) Ekstermitas Atas

Kaji kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya edema, klien dengan post operasi biasanya terpasang infusu dan ada keterbatasan gerak.

(2) Ekstremitas Bawah

Kaji kesimetrisannya, ada tidaknya edema, bagaimana dengan pergerakannya, biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya.

f. Aspek Psikologis, Sosial, dan Spiritual

1) Aspek Psikologis

Kaji labilitas emosional, dari kegembiraan sampai ketakutan, marah atau menarik diri. Klien atau pasangannya dapat memiliki pertanyaan atau salah terima peran dalam pengalaman menderita suatu penyakit mungkin mengekspresikan ketidak mampuan untuk menghadapi situasi baru. Selain itu ada peningkatan ketegangan, keprihatian, perasaan dan simulasi simpatik.

2) Aspek Sosial

Kaji akibat tindakan persalinan, kaji juga terhadap hubungan interpersonal pasien dengan keluarganya selama pasien dirawat.

3) Aspek Spiritual

Dikaji bagaimana persepsi pasien akan kesembuhannya sehubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaan pasien selama dirawat dirumah sakit.

g. Pola sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Mengkaji kebiasaan makan klien sebelum dan sesudah dirawat dirumah sakit, mencangkup frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, dan keluhan saat makan.

2) Pola Cairan

Mengkaji asupan minuman, infus, dan apakah klien kehilangan cairan yang berlebihan atau tidak.

3) Pola Eliminasi BAK dan BAB

Kaji kemungkinan klien mengalami gangguan eliminasi BAB berupa konstipasi yang disebabkan oleh penurunan peristaltic usus. Selain itu juga akan mengalami gangguan eliminasi berupa retensi urine yang terjadi akibat distensi pada kandung kemih. Adapun yang dikaji mencakup BAB: frekuensi, warna, bau, konsistensi, masalah dan keluhan.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Kaji waktu tidur klien, lama tidur klien, dan kendala klien saat tidur.

5) Personal Hygiene

Kaji kebersihan kulit, rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene. Pada klien post partum spontan mempunyai keterbatasan aktivitas sehingga personal hygiene kurang atau tidak dapat melakukan perawatan diri.

h. Data Penunjang

- 1) Jumlah darah lengkap hemoglobin atau hematokrit (Hb/Ht) : mengkaji perubahan dari kadar sebelum partus mengevaluasi efek dari kehilangan darah setelah partus.
- 2) Urinalis: kultur urine, darah, vaginal, dan lochea dan pemeriksaan tambahan didasarkan pada kebutuhan individual.

i. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang

relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien (Setiawan, 2014).

Tabel 2. 1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan tanda mayor DS : a. Mengeluh nyeri. DO : a. Tampak meringis. b. Bersikap protektif (waspada menghindari nyeri). c. Gelisah d. Sulit tidur Gejala dan tanda minor DS : - DO : a. TD meningkat b. Frekuensi nadi meningkat c. Pola nafas berubah d. Nafsu makan berubah e. Proses berpikir terganggu f. Menarik diri g. Berfokus pada diri sendiri h. Diaforesis	<i>Sectio caesarea</i> merupakan tindakan meninsisi jaringan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan merangsang neuroreseptor kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri.	Nyeri Akut
2	Gejala dan Tanda Mayor DS : a. Mengeluh sulit untuk menggerakkan ekstremitas. DO : a. Kekuatan otot menurun. b. Rentang gerak (ROM) Gejala dan Tanda Minor DS : a. Nyeri saat bergerak. b. Enggan melakukan pergerakan c. Merasa cemas saat bergerak menurun.	Tindakan <i>sectio caesarea</i> menggunakan anastesi spinal dan adanya penurunan saraf ekstremitas bawah sehingga mengakibatkan gangguan mobilitas fisik.	Gangguan mobilitas fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
	DO : a. Gerakan terbatas b. Fisik lemah		
3	DS : - DO : -	<i>Post op sectio caesarea</i> menyebabkan adanya luka jika proteksi kurang maka bakteri akan tumbuh dengan baik sehingga menimbulkan infeksi.	Resiko Infeksi
4	Gejala dan Tanda Mayor DS : a. Mengeluh ASI tampak belum keluar DO : a. ASI tidak/belum menetes. b. Ibu tampak masih lemah c. Payudara terasa lembek dan tidak bengkak. Gejala dan Tanda Minor DS : a. Mengeluh nyeri saat menyusui DO : a. ASI belum keluar secara optimal b. Refleks hisap bayi lemah c. Luka post operasi <i>sectio caesarea</i> menghambat posisi menyusui	Karena nyeri luka <i>post operasi sectio caesarea</i> menyebabkan ibu kesulitan dalam melakukan posisi menyusui sehingga proses menyusui tidak berjalan dengan efektif.	Menyusui Tidak Efektif
5	Gejala dan Tanda Mayor DS : a. Menanyakan masalah yang dihadapi. DO : a. Mengajukan perilaku tidak sesuai b. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Tindakan <i>sectio caesarea</i> membutuhkan perawatan khusus sehingga klien kurang mengetahui tentang kondisi yang sedang dialami dan menyebabkan deficit pengetahuan	Defisit pengetahuan

No	Data	Etiologi	Masalah
	Gejala dan Tanda Minor DS : - DO : a. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat. b. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeris).		
6	Gejala dan Tanda Mayor DS : a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh sering terjaga c. Mengeluh tidak puas tidur d. Mengeluh pola tidur berubah e. Mengeluh istirahat tidak cukup DO : - Gejala dan Tanda Minor DS: a. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun DO : -	<i>Sectio caesarea</i> merupakan tindakan meninsisi jaringan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan merangsang neuroreseptor kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri yang dapat menyebabkan gangguan pola tidur	Gangguan Pola Tidur

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Meningkatkan pentingnya, diagnosa keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan, maka

dibutuhkan standar diagnosa keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis internasional yang telah dilakukan sebelumnya. (SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah sebagai berikut :

- a Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik post *sectio caesarea*.
- b Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis post *sectio caesarea*
- c Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif post operasi *sectio caesarea*
- d Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan teknik menyusui
- e Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi mengenai perawatan luka post *sectio caesarea*.
- f Gangguan pola tidur berhubungan dengan akibat nyeri sehingga kurang control tidur pada post operasi *sectio caesarea*

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI,2018).

Tabel 2. 2 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri menurun dengan Kriteria hasil : 1) Frekuensi nadi membaik 2) Pola nafas membaik keluhan nyeri menurun. 3) Meringis menurun. 4) Gelisah menurun. 5) Kesulitan tidur Menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2) Identifikasi skala nyeri. 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5) Identifikasi pengetahuan nyeri pada kualitas hidup.	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik dan frekuensi nyeri 2) Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan Mengetahui respons pasien terhadap nyeri yang dirasakan. 3) Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4) Untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien tentang nyeri 5) Untuk mengetahui pengaruh obat analgetik ke klien.
			Terapeutik 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.	Terapeutik 1) Mengurangi rasa nyeri dengan aromaterapi. 2) Untuk memberikan kenyamanan pada pasien.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			3) Fasilitasi istirahat dan tidur. 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi 1) Jelaskan penyebab, Periode, dan pemicu nyeri. 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.	3) Untuk mengurangi rasa nyeri. 4) Untuk meredakan nyeri klien. Edukasi 1) Untuk meningkat kan pengetahuan tentang nyeri. 2) Untuk mengalihkan perhatian dari rasa nyeri yang dirasakan. 3) Untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi 1) Untuk mengurangi rasa nyeri
2	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :	Dukungan mobilisasi Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.	Dukungan mobilisasi Observasi 1) Untuk mengetahui adanya nyeri.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
		1) Pergerakan ekstremitas meningkat . 2) Kekuatan otot meningkat. 3) Nyeri menurun. 4) Kelemahan fisik menurun. 5) Gerakan terbatas menurun	2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi. 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 2) Anjurkan melakukan	2) Mencegah terjadinya kelemahan. 3) Mencegah terjadinya resiko jatuh. 4) Untuk mengetahui kondisi umum klien. Terapeutik 1) Untuk mencegah resiko jatuh. 2) Untuk meningkatkan imobilisasi. 3) Untuk meningkatkan imobilisasi fisik.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			mobilisasi dini. 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur).	Edukasi 1) Untuk meningkatkan pengetahuan klien. 2) Untuk meningkatkan kekuatan otot. 3) Untuk meningkatkan pergerakan fisik.
3	Resiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan derajat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1) Demam menuurn.	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1) Untuk mengetahui ada tidaknya tanda tanda

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
		2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun. 4) Bengkak menurun	dan sistemik. Terapeutik 1) Batasi jumlah pengunjung. 2) Berikan perawatan kulit pada daerah edema. 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 4) Pertahanka teknik <i>aseptic</i> pada pasien beresiko tinggi. Edukasi 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.	infeksi. Terapeutik 1) Memberikan kenyamanan dan menghindari kontaminasi dari pengunjung 2) Mencegah resiko infeksi. 3) Menjaga kebersihan diri dan mencegah pasien terkontaminasi mikroorganisme patogen. 4) Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada pasien Edukasi 1) Memberikan pengetahuan pada pasien jika ada tanda infeksi segera diperiksakan. 2) Untuk menjaga kebersihan area luka. 3) Untuk mempercepat proses penyembuhan luka

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			2) Ajarkan cara memeriksakan luka 3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan. Kolaborasi 4) Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.	dengan bantuan asupan cairan dengan seimbang. Kolaborasi 4) Mengurangi resiko penyakit yang terjadi.
4	Menyusui Tidak Efektif	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka status menyusui membaik, dengan kriteria hasil: 1) Kelelahan maternal menurun 2) Tetesan/pancaran ASI meningkat 3) Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat 4) Lecet pada puting menurun	Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui	Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi 1) Untuk menyesuaikan metode edukasi dengan kondisi ibu. 2) Untuk mengetahui motivasi ibu dalam menyusui. Terapeutik

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			Terapeutik 1) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga Kesehatan, dan masyarakat Edukasi 1) Berikan konseling menyusui	1) Mendukung pemahaman ibu terhadap informasi yang diberikan. 2) Meningkatkan efektivitas penyuluhan dengan waktu yang disepakati bersama. 3) Meningkatkan pemahaman dan memberdayakan ibu dalam proses menyusui. 4) Menumbuhkan motivasi dan mengurangi kecemasan saat menyusui. 5) Meningkatkan keberhasilan menyusui melalui dukungan sosial dan emosional. Edukasi 1) Untuk membantu ibu memahami masalah yang dihadapi dan meningkatkan kesiapan menyusui. 2) Untuk meningkatkan motivasi ibu dan memperkuat keyakinan dalam memberikan ASI eksklusif. 3) Untuk memastikan posisi dan pelekatan yang benar sehingga proses menyusui menjadi efektif dan tidak menimbulkan nyeri.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar 4) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 5) Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	4) Untuk menjaga elastisitas puting, mencegah kerusakan kulit, dan mempersiapkan payudara agar siap menyusui. 5) Untuk melancarkan aliran ASI, mencegah bendungan, dan mendukung refleks oksitosin agar produksi ASI optimal.
5	Defisit pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat.	Edukasi Kesehatan Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.	Edukasi Kesehatan Observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan klien menerima informasi.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
		2) Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik meningkat 3) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. 4) Presepsi yang keliru terhadap masalah menurun.	2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 3) Berikan kesempatan untuk bertanya	2) Untuk mengetahui faktor yang meningkatkan hidup bersih dan sehat Terapeutik 1) Untuk media pendidikan kesehatan. 2) Untuk menyiapkan pendidikan kesehatan. 3) Untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien. Edukasi 1) Untuk meningkatkan pengetahuan klien

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			Edukasi 1) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.	2) Untuk meningkatkan hidup bersih dan sehat. 3) Untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
6	Gangguan pola tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : a. Kemampuan beraktivitas meningkat b. Keluhan sulit tidur menurun c. Keluhan sering terjaga menurun d. Keluhan tidak puas tidur berubah e. keluhan istirahat tidak cukup	Dukungan Tidur (I.09265) Observasi 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi) 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi	Dukungan Tidur (I.09265) Observasi 1) Untuk mengetahui pola dan aktivitas dan tidur klien 2) Untuk mengetahui factor yang dapat mengganggu tidur secara fisik maupun psikologis 3) Untuk mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4) Untuk mengetahui obat tidur yang telah dikonsumsi oleh klien

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			Terapeutik 1) Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 2) Batas waktu tidur siang, jika perlu 3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4) Tetapkan jadwal rutin 5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijatm pengaturan posisi, terapi akupresur) Edukasi 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama	Teurapeutik 1) Untuk mengubah lingkungan menjadi lebih nyaman sehingga tidak mengganggu tidur 2) Agar ketika malam hari tidak terjaga dari tidur 3) Untuk meningkatkan kenyamanan saat tidur 4) Agar klien terbiasa dengan pola tidurnya 5) Agar kualitas tidur meningkat apabila kenyamanan ditingkatkan Edukasi 1) Agar klien mengetahui pentingnya tidur yang cukup dapat mempercepat proses penyembuhan penyakit 2) Agar klien terbiasa dengan pola tidurnya 3) Makanan dan minuman yang dapat mengganggu pola tidur seperti kafein

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			sakit 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3) Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 4) Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya	4) Agar pasien dapat meningkatkan kenyamanannya secara mandiri dan kualitas tidur terpenuhi.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan rencana keperawatan dan impelentasinya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Proses evaluasi terdiri dari 2 tahap sebagai berikut :

- a. Mengukur pencapaian tujuan perawat menggunakan keterampilan pengkajian untuk mendapatkan yang akan digunakan dalam evaluasi faktor yang dievaluasi dalam status kesehatan klien, yang terdiri dari beberapa komponen, meliputi : kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi, tanda dan gejala yang spesifik.
- b. Membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan dan pencapaian tujuan. Setelah data terkumpul status keadaan klien, maka perawat membandingkan dengan kriteria hasil, selanjutnya membuat keputusan tentang pencapaian klien terhadap kriteria hasil, ada tiga kemungkinan keputusan pada tahap ini, sebagai berikut :

- 1) Tujuan tercapai

Klien menunjukkan perubahan sesuai standar yang telah ditetapkan.

- 2) Tujuan tercapai sebagian

Klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan dari kriteria yang telah ditetapkan.

3) Tujuan tidak tercapai

Klien tidak menunjukkan perubahan dan kemampuan sama sekali. Selain hal diatas terdapat 2 komponen untuk mengetahui kualitas tindakan keperawatan sebagai berikut :

a) Proses (formatif)

Evaluasi formatif dilakukan setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan dengan tujuan untuk menilai keefektifan terhadap tindakan yang dilaksanakan sistem penulisan pada tahap ini menggunakan sistem “SOAP”.

b) Hasil (sumatif)

Evaluasi sumatif adalah suatu metode dalam menilai kualitas dan efisiensi tindakan yang diberikan (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1) Identitas klien

Nama : Ny. E

Umur : 35 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Status pernikahan : Menikah

Alamat : Kp. Cireungit

Tanggal masuk: 21 April 2025

Tanggal persalinan : 22 April 2025

Tanggal pengkajian : 22 April 2025

No.RM : 01445866

Diagnosa medis : P3A1 *Post Sectio Caesarea* POD 0 atas

Indikasi Partus Lama

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. D
 Umur : 35 Tahun
 Alamat : Kp. Cireungit
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Hubungan dengan klien : Suami

b. Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka *post sectio caesarea* di perut bagian bawah.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian hari senin tanggal 22 April 2025 jam 18.45 WIB, klien mengeluh nyeri pada luka post operasi *sectio caesarea*. Klien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika tidak bergerak, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan hanya disekitar luka *sectio caesarea*, dengan skala nyeri 7 dari rentang (0-10), rasa nyeri yang dirasakan hilang timbul.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah di operasi SC, tidak mempunyai riwayat hipertensi ataupun penyakit penyerta lainnya yang memerlukan perawatan khusus, dan klien tidak memiliki penyakit menular maupun turunan, klien tidak pernah di rawat selama 3 bulan terakhir.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan bahwa dikeluarganyaq tidak ada yang memiliki penyakit hipertensi, tidak ada yang memiliki penyakit menurun seperti TB paru, DM, dan lain-lain, atau menular lainnya.

f. Riwayat Obstetrik dan Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Klien pertama kali haid pada usia 15 tahun, dengan siklus haid 28 hari, dengan lama haid 6-7 hari. Dismenore pada hari pertama haid, HPHT pada tanggal 22 Juli 2024 dengan taksiran persalinan 20 April 2025.

b) Riwayat Pernikahan

Klien mengatakan ini pernikahan yang pertama, klien menikah pada usia 20 tahun dan suaminya berusia 24 tahun, lama pernikahan 16 tahun.

c) Riwayat KB

Klien mengatakan pernah menggunakan KB suntik selama 4 tahun, klien mengatakan ingin memiliki jumlah anak 3, sekarang klien menggunakan KB *intrauterine device* (IUD)

d) Riwayat Kehamilan, persalinan, nifas dahulu

Tabel 3. 1 Riwayat Persalinan Dahulu

No	Persalinan ke	Tahun	Tempat	Perolongan	Cara melahirkan	BB Bayi	Jenis kelamin	Keadaan
1	1	2009	RS	Bidan	Abortus		Laki - laki	Meninggal, keguguran mg ke 4
2	2	2014	RS	Bidan	Spontan	3,800 gram	Perempuan	Hidup
3	3	2020	RS	Bidan	Spontan	3,300 gram	Laki – laki	Hidup

e) Riwayat Kehamilan Sekarang

- (1) Status gravida ibu : G4P3A1 usia kehamilan 9 bulan 37 – 38 minggu
- (2) Penambahan BB saat hamil : 13 kg, BB sebelum hamil 75 kg, BB setelah hamil 85 kg, TB klien 151 cm. IMT sebelum hamil : 32.9 (Obesitas)
- (3) Frekuensi ANC : 8x *antenatal care*, 1x USG
- (4) Status Imunisasi TT : Mendapatkan imunisasi 2x
- (5) Keluhan selama hamil : Trimester I : mual mual dan muntah, Trimester II : Pusing dan nyeri pada pinggang, Trisimester III : tidak ada gejala.
- (6) Gerakan janin pertama kali dirasakan : Ketika usia 16 Minggu
- (7) Obat yang diberikan selama hamil : Tablet FE (selalu diminum)

f) Riwayat Persalinan Sekarang

Pada tanggal 22 April 2024 pada pukul 11.12 WIB, ibu melahirkan bayi dengan *sectio caesarea*, lahir dengan jenis kelamin perempuan dengan berat 3.780 gr dan panjang badan 52 cm. APGAR 9, sejak lahir klien

belum memberikan bayinya ASI karena bayi dirawat diruang perinatology dan ibu terpisah ruangan.

g. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : Klien tampak meringis
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) GCS : 15 (E4 V5 M6)
- 4) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 102x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu tubuh : 36.1°C

5) Pemeriksaan fisik *Head to toe*

a) Kepala

(1) Rambut dan Wajah

Bentuk kepala bulat, simetris, warna rambut hitam, lurus dan bersih, penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak bersih, ekspresi wajah meringis, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan

(2) Mata

Bentuk kedua mata simetris, konjungtiva anemis, sklera kemerahan, bola mata dapat digerakkan ke segala arah, reflek pupil mengecil saat diberi rangsangan cahaya dan melebar saat cahaya dihindarkan. Fungsi penglihatan baik, terbukti dapat membaca papan nama mahasiswa dengan jarak ± 30 cm

(3) Telinga

Letak telinga simetris antara kanan dan kiri, terdapat serumen, fungsi pendengaran baik, terbukti dapat menjawab pertanyaan mahasiswa tanpa diulang.

(4) Hidung

Letak kedua lubang hidung simetris, tidak terdapat penafasan cuping hidung, bersih, klien dapat membedakan bau kayu putih dan parfum dengan mata tertutup, tidak ada nyeri tekan pada area sinus. Klien mengatakan tidak ada keluhan pada hidung.

(5) Mulut, lidah dan gigi

Mukosa bibir merah muda, tampak lembab, tidak terdapat stomatitis, lidah tampak bersih, dapat membedakan rasa, reflek menelan baik. Gigi bersih, tidak ada karang gigi, tidak ada caries, tidak memakai gigi palsu. Klien mengatakan tidak ada keluhan pada mulut, lidah dan gigi.

b) Leher

Tampak bersih, pergerakan leher dapat menggerakkan kesegala arah, tidak ada lesi dan jejas, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan kelenjar getah bening.

c) Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, warna kulit sawo matang, tidak ada pembengkakan atau jejas dan lesi, tidak ada nyeri tekan pada dada.

d) Jantung

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi: 102x/menit, bunyi S1 dan S2 (lup dup).

e) Paru-paru

Irama regular, bunyi nafas vesikuler, frekuensi nafas RR 20x/menit,

f) Payudara

Bentuk payudara simetris, puting susu menonjol, payudara tampak bersih, aerola berwarna hitam, ada pengeluaran ASI sedikit, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, payudara teraba lunak dan hangat.

g) Abdomen

Terdapat distensi abdomen, terdapat luka operasi *sectio caesarea* ±15 cm, luka operasi tertutup perban horizontal bagian bawah perut, terdapat linea nigra, terdapat striae. Bising usus 6x/menit. Tinggi fundus uteri (TFU) 2 jari dibawah pusat, teraba keras, terdapat nyeri tekan pada perut bawah dengan skala nyeri 7 (0-10), nyeri seperti di sayat-sayat, nyeri dirasakan saat bergerak secara tiba-tiba, bunyi timpani pada kuadran 4 terdapat keluhan nyeri.

h) Genetalia, Perineum dan Anus

Keadaan genetalia kotor, ibu sudah mengganti pembalut 1x1, labia minora simetris antara labia kanan dan kiri, terdapat lochea lubra, klien terpasang dower cateter, output urin ±150 cc dalam urine bag, warna urine merah, perineum utuh, tidak terdapat hemoroid

i) Ekstremitas

Atas: bentuk simetris, kedua tangan bisa digerakkan (ROM), tidak terdapat sianosis di kuku, kuku bersih, kuku tampak pendek, tangan kiri terpasang infus RL 20 tpm, tidak ada edema, turgor kulit baik, CRT <2 detik, tidak ada nyeri tekan, kekuatan otot 5/4

Bawah : bentuk kedua kaki simetris, tidak terdapat sianosis dikuku, tidak ada varises, tidak ada edema, reflek patella (+), reflek homan sign (+), tidak ada nyeri tekan, kekuatan otot 2/2, klien mengatakan aktivitas di bantu keluarga.

a. Konsep diri

Klien mengatakan kelahiran anaknya ini adalah anugrah Allah SWT dan sangat mensyukurinya. Klien berharap agar cepat sembuh dan segera merawat anaknya oleh karena itu klien selalu kooperatif dengan semua tindakan medis. Untuk data konsep diri mencakup 5 point sebagai berikut :

1) Body image (citra diri)

Klien menerima rasa sakit dan luka pada tubuhnya dan tidak malu dengan keadaannya. Merasa senang dengan kelahiran anaknya yang lahir tanpa ada cacat atau kekurangan apapun. Klien menerima bentuk tubuhnya yang sekarang.

2) Ideal diri

Klien menyadari bahwa dalam keadaan sekarang sangat membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.

3) Harga diri

Klien sangat senang dengan kelahiran anaknya dan bangga sebagai seorang wanita karena sekarang sudah menjadi seorang ibu dari ke dua orang anaknya.

4) Peran diri

Klien mengatakan dapat menjalankan perannya sebagai seorang ibu dengan baik karena sebelumnya sudah memiliki dan merawat anaknya serta menyusuinya, sebagai seorang istri dan ibu rumah tangga.

5) Identitas diri

Klien seorang perempuan dengan usia 37 tahun, klien beragama islam, klien senang dengan kelahiran anak keduanya.

b. Aspek psikologi

- 1) Klien masih bergantung pada keluarga dan perawat dalam melakukan aktivitasnya pada hari pertama klien masih dibantu dalam beraktivitas, dan perhatian klien masih tertuju pada dirinya.

Klien mengatakan merasa bahagia dengan kelahirannya meskipun dilakukan *sectio caesarea*.

- 2) Persepsi diri, klien berharap agar segera sembuh dan segera pulang kerumah.
- 3) Respon ibu terhadap kelahiran bayi, klien mengatakan sangat bahagia dan bersyukur atas kelahiran bayinya yang sehat.
- 4) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi, keluarga mengatakan bahagia klien bisa melahirkan dengan selamat dan bayinya yang sehat.

c. Aspek sosial

Klien mengatakan hubungan dengan orang terdekat tidak ada masalah dan hubungannya sangat baik, interaksi dengan tenaga medis, keluarga dan pasien lainnya terjalin dengan baik, klien pun tampak kooperatif, komunikasi dengan orang lain lancar tidak ada konflik dalam hubungannya dengan orang lain.

d. Pola koping

Apabila ada yang tidak dimengerti oleh klien, klien selalu bertanya langsung kepada perawat ataupun dokter yang memeriksanya.

e. Pola nilai dan kepercayaan

Klien adalah seorang penganut agama islam. Pada saat dirawat klien sangat bersyukur terhadap Allah SWT atas anugrahnya berupa bayi perempuan yang sangat didambakannya.

f. Kebiasaan seksual sebelum masa nifas klien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri, klien dalam masa nifas, setelah masa nifas selesai klien beserta suami sepakat menggunakan alat kontrasepsi KB IUD. alat KB telah dipasang, pasca melahirkan.

g. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 2 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Nutrisi 1) Makan Jenis Frekuensi Porsi Cara 2) Minum Jenis Frekuensi Cara	Nasi+lauk pauk 3x/hari 1-2 porsi Mandiri Air putih 6-7 gelas/hari Mandiri	Saat dikaji klien menggunakan bius spinal sehingga perlu puasa selama 3-4 jam dan hanya diperbolehkan minum air hangat saja
2	Pola Eliminasi		

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
	1) BAB Frekuensi Bau Warna Keluhan 2) BAK Frekuensi Warna Keluhan	1x/hari Khas feses Khas feses Tidak ada 1x/hari Khas feses Tidak ada	Belum BAB Terpasang DC, urine 600 cc Khas urine Tidak ada
3	Pola Istirahat Siang Malam Keluhan	2 jam 7 jam Tidak ada	Saat dikaji klien baru masuk ruang rawat inap
4	Personal Hygiene Mandi Gosok gigi Ganti baju Cara	2x/hari 2x/hari 2x/hari Mandiri	Dibersihkan menggunakan waslap
5	Aktivitas	Ibu mengatakan aktivitas sehari sehari menjadi Ibu rumah tangga	klien dianjurkan untuk bed rest karena efek farmakologis dari bius spinal <i>post operasi sectio caesarea</i>

h. Data Penunjang

Tabel 3. 3 Data Penunjang

Tanggal : 22 April 2025

Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai normal
Hematologi			
Darah Rutin			
Hemoglobin	13.5	g/dL	13-16
Hematokrit	42	%	35-47
Leukosit	H 17.690	/mm ³	3.800-10.800
Trombosit	247.000	/mm ³	150.000-440.000
Eritrosit	4,62	Juta/mm ³	3,6-5,8

i. Therapy Medis

Tabel 3. 4 Therapy Medis

Tanggal : 22 April 2025

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
1	Cairan infus RL	20 tpm	IV
2	Keterolac	2 x 30 mg	IV
3	Metronidazole	2 x 500 mg	IV
4	Cefotaxime	2 x 1 gr	IV
5	Dopamet	3x250 mg	Oral

j. Analisa Data

Tabel 3. 5 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
-----------	-------------	-----------------	----------------

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : a. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi. b. Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat-sayat. c. Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul. d. Klien mengatakan nyeri bertambah apabila melakukan aktivitas atau bergerak. DO : a. Terdapat luka insisi pada abdomen bagian bawah, panjang luka ± 15 cm. b. Skala nyeri 7 (0-10). c. Klien tampak meringis. d. Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 102x/menit, Respirasi : 20x/menit.	<i>Sectio caesarea</i> merupakan tindakan meninsisi jaringan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan merangsang neuroreseptor kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri.	Nyeri Akut
2	DS : a. Klien mengatakan merasa lemah. b. klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga. DO : a. Pasien <i>bedrest</i> b. Terdapat luka insisi pada abdomen bagian bawah, panjang luka ± 15 cm	Partus lama adalah suatu indikasi dilakukannya sc. dalam prosedur pembedahan dilakukan anestesi sehingga diperlukan untuk <i>bedrest</i> selama waktu yang dianjurkan.	Gangguan Mobilitas Fisik
3	DS : - DO : Terdapat luka post SC	Post operasi <i>sectio caesarea</i> menyebabkan adanya luka jika proteksi kurang maka bakteri akan tumbuh dengan baik sehingga menimbulkan infeksi.	Resiko Infeksi

No	Data	Etiologi	Masalah
4	Gejala dan Tanda Mayor DS : a. Kelelahan maternal b. Kecemasan maternal DO : a. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu b. Asi tidak menetes/memancar c. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam d. Nyeri dan/lecet terus menerus setelah minggu kedua Gejala dan Tanda Minor DS : - DO : a. Intake bayi tidak adekuat b. bayi menghisap tidak terus menerus c. Bayi menangis saat menyusui	Post SC, belum adanya hormon prolactin, kelenjar alveoli mammae belum efektif mengeluarkan ASI, Risiko Menyusui tidak efektif	Risiko Menyusui Tidak Efektif

2. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik *post sectio caesarea*.

DS :

- a. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi.
- b. Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat-sayat.
- c. Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.
- d. Klien mengatakan nyeri bertambah apabila melakukan aktivitas atau bergerak

DO :

- a. Terdapat luka insisi pada perut bagian bawah.
- b. Skala nyeri 7 (0-10).
- c. Klien tampak meringis.
- d. Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 102x/menit, Respirasi : 20x/menit,
Suhu tubuh : 36.1°C

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akibat *post sectio caesarea*.

DS :

- a. Klien mengatakan merasa lemah.
- b. klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga.

DO :

- a. Pasien *bedrest*
- b. Terdapat luka insisi pada abdomen bagian bawah.
- c. Kekuatan otot ekstremitas bawah menurun 2/2.
- d. Klien tampak lemah.

- 3) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif post operasi *sectio caesarea*

DS : -

DO : -

- 4) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan teknik menyusui

DS:

- Kelelahan maternal
- Kecemasan maternal

DO:

- Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
- Asi tidak menetes/memancar
- BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
- Nyeri dan/lecet terus menerus setelah minggu kedua

3. Proses Keperawatan

Nama : Ny. E Alamat : Kp Cireungit

Umur : 35 Tahun NO. RM : 01445866

Tanggal Masuk : 21 April 2025 Diagnosa Medis: Post SC atas indikasi partus lama

Tabel 3. 6 Perencanaan, Implementasi dan Rasional

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Rasional	Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi			
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik post <i>section caesarea</i> ditandai dengan : DS : 1) Klien mengeluh nyeri pada luka operasi. 2) Klien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun dengan skala nyeri 0-3 (0-10) 2) Meringis berkurang	Manajemen Nyeri Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.	Manajemen Nyeri Observasi 1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik dan frekuensi nyeri.	Tanggal : 22 April 2023 Jam : 14.30 WIB 1) Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik nyeri, frekuensi. Respon: Klien mengatakan nyeri	Tanggal : 22 April 2025 Jam : 21.00 WIB S : Klien mengatakan masih merasa nyeri. O : 1) Klien tampak meringis. 2) Skala nyeri 6 (0-10)

	mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat sayat. 3) Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul. 4) Klien mengatakan nyeri bertambah apabila melakukan aktivitas atau bergerak DO : 1) Terdapat luka insisi pada abdomen bagian bawah. 2) Skala nyeri 7 (0-10). 3) Klien tampak	3) Tanda-tanda vital dalam batas normal tekanan darah : 120/90 mmHg nadi : 80x/menit Respirasi: 22x/menit Suhu tubuh : 36,5°C	2) Identifikasi skala nyeri. 3) Identifikasi respons nyeri non verbal.	tingkat nyeri yang dirasakan 2) Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan 3) Mengetahui respons pasien terhadap nyeri yang dirasakan.	pada abdomen seperti disayat-sayat. Jam : 14.35 2) Mengidentifikasi skala nyeri Respon : Skala nyeri 7 (0-10) Jam : 14.40 3) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Respon : Klien tampak meringis	3) TD : 110/90 mmHg. 4) Nadi : 82x/menit 5) Respirasi : 22x/menit 6) Suhu tubuh : 36,°C A : Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi 1) Pantau tanda-tanda vital selama periode nyeri. 2) lakukan pengkajian nyeri klien yang mencakup lokasi, karakteristik, frekuensi dan skala nyeri. 3) Anjurkan untuk berlatih tehnik relaksasi nafas dalam dan distraksi. 4) Kolaborasi dalam pemberian terapi farmakologis.
--	--	--	--	--	---	--

			2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri seperti kebisingan.	2) Untuk memberikan kenyamanan pada pasien.	menit. Jam : 14.55 2) Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri Respon : Meminta keluarga klien menciptakan lingkungan yang nyaman dengan mengurangi kebisingan.	
			Edukasi 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam.	Edukasi 1) Untuk mengalihkan perhatian dari rasa nyeri yang dirasakan.	Jam : 15.05 1) Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam. Respon :	

			Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik.	Kolaborasi 1) Untuk mengurangi rasa nyeri.	Klien mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam. Jam : 15.10 1) Memberikan terapi analgetic keterolak 30 mg intravena. Respon : Klien tampak lebih tenang.	Yayang Henhen
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akibat <i>post sectio caesarea</i> . DS : 1) Klien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan mobilitas fisik membaik. dengan kriteria hasil : 1) Kekuatan otot meningkat.	Dukungan Mobilisasi Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.	Dukungan mobilisasi Observasi 1) Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Tanggal : 22 April 2025 Jam : 20.00 WIB 1) Mengidentifikasi adanya nyeri pada abdomen bagian	Tanggal : 22 April 2025 Jam : 21.10 WIB S : Klien mengatakan enggan bergerak karena nyeri.

	mengatakan merasa lemah. 2) klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga. DO : 1) Pasien <i>bedrest</i> 2) Terdapat luka insisi pada abdomen bagian bawah. 3) Kekuatan otot ekstremitas bawah menurun 2/2. 4) Klien tampak lemah.	2) Nyeri berkurang 3) Gerakan terbatas Menurun 4) Pergerakan ekstremitas meningkat 5) Kelemahan fisik menurun.	2) Monitor kondisi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi Terapeutik 1) Berikan tehnik	2) Agar kondisi dan tekanan jantung pasien dapat terkontrol Terapeutik 1) Mengurangi rasa	bawah. Respon : Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah. Jam : 20.02 2) Memonitor kondisi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi. Respon : Didapatkan tekanan darah 140/95 mmHg Jam : 15.50 1) Memberikan tehnik nonfarmakologis	O : 1) Tekanan darah 130/90 mmHg 2) Klien tampak lemas 3) Masih terpasang kateter urine. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1) Monitor tekanan darah 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Yayang Henhen
--	---	---	--	---	--	--

			Nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik distraksi dan relaksasi 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri seperti kebisingan.	nyeri dengan teknik nafas dalam 2) Untuk memberikan kenyamanan pada pasien.	untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik nafas dalam Respon : Klien melakukan nafas dalam 5 kali dalam 1 menit. Jam : 14.55 2) Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri Respon : Meminta keluarga klien menciptakan lingkungan yang nyaman dengan mengurangi kebisingan.	
--	--	--	---	---	--	--

			Edukasi 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam.	Edukasi 1) Untuk mengalihkan perhatian dari rasa nyeri yang dirasakan.	Jam : 15.05 1) Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam. Respon : Klien mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam. Jam : 15.10 3) Memberikan terapi analgetic keterolak 1x30 mg intravena. Respon :	
--	--	--	--	---	---	--

			Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik.	Kolaborasi 1) Untuk mengurangi rasa nyeri.	Klien tampak lebih tenang.	
3	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif <i>post section caesarea</i> DS : - DO : -	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi. dengan kriteria hasil : 1) Tidak ada tanda demam, kemerahan, nyeri dan bengkak. 2) Kadar sel darah putih dalam batas normal.	Pencegahan Infeksi Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi	Pencegahan Infeksi Observasi 1) Untuk mengetahui ada tidaknya tanda tanda infeksi.	Tanggal : 22 April 2025 Jam : 20.25 WIB 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi. Respon : Luka <i>post sectio caesarea</i> masih	Tanggal : 22 April 2025 Jam : 21.15 WIB S : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi. O : 1) Keadaan luka tertutup perban.

			Terapeutik 1) Batasi jumlah pengunjung. 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 3) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.	Terapeutik 1) Memberikan kenyamanan dan menghindari kontaminasi dari pengunjung 2) Menjaga kebersihan diri dan mencegah pasien terkontaminasi mikroorganisme patogen. 3) Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada pasien	tertutup kain kasa Jam 20.26 1) Membatasi jumlah pengunjung. Respon : Klien ditemani suaminya saja. Jam : 20.27 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Respon : Klien memahaminya. Jam : 20.30	2) Panjang luka verban kurang lebih 15 cm A : Resiko infeksi belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi 1) Membatasi jumlah pengunjung 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air mengalir dan sabun. 3) Berikan informasi tentang cara mengurangi potensi infeksi pasca operasi. 4) Berikan antibiotic sesuai anjuran dokter.
--	--	--	--	--	---	--

			Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian antibiotik.	Kolaborasi 1) Mengurangi resiko penyakit yang terjadi	3) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. Respon : Mengganti seprai pasien. Jam : 20.30 1) Berkolaborasi memberikan antibiotik Respon : Memberikan cefotaxime 1 gr dan metronidazole 500 mg intravena.	Yayang Henhen
4	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang	Setelah dilakuka tindakan keperawatan maka status menyusui membaik	Edukasi Kesehatan	Edukasi Menyusui (I.12393)	Tanggal 22 April 2025 Jam 20.31	Tanggal 25 April 2025 Jam 21.20

	dari 8 kali dalam 24 jam - Nyeri dan/lecet terus menerus setelah minggu kedua		2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.	2) Untuk menjaga kebersihan area luka.	2) Mengajarkan cara mencuci tangan 6 langkah menggunakan sabun dan air mengalir. Respon : klien sudah mengetahui cara mencuci tangan dengan benar. Jam : 20.27 3) Menganjurkan meningkatkan asupan cairan Respon : Pasien dan keluarga memahaminya, pasien terpasang infus RL 20 tpm	1) Memberikan penyuluhan Kesehatan Respon : Klien mampu mengikuti cara pijat oksitosin 2) Mengajarkan perawatan payudara Respon : Klien mampu mengikuti pijat oksitosin 3) Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon : Klien mampu bertanya mengenai beberapa hal yang kurang dimengerti E : Masalah teratasi sebagian.
--	---	--	---	---	---	--

			3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan. Kolaborasi 4) Kolaborasi pemberian antibiotik.	3) Untuk mempercepat proses penyembuhan luka dengan bantuan asupan cairan dengan seimbang. Kolaborasi 4) Mengurangi resiko penyakit yang terjadi	Jam : 20.30 4) Berkolaborasi memberikan antibiotik Respon : Memberikan cefotaxime 1 gr dan metronidazole 500 mg intravena.	Yayang Henhen
--	--	--	--	--	--	---------------

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. E
 Umur : 27 Tahun
 No. RM : 1405082
 Diagnosa medis : Post SC atas indikasi partus lama

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan POD I

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
1	23 April 2025 Jam : 08.00	DX 1	S : Klien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post <i>sectio caesarea</i> di abdomen bagian bawah O : 1) Klien tampak meringgis 2) Skala nyeri 5 (0-10) 3) Tekanan darah : 120/80 mmHg 4) Nadi : 80x/menit 5) Respirasi : 20x/menit 6) Suhu tubuh : 36°C A : Nyeri akut teratasi sebagian	Yayang Henhen .

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	Jam : 08.15 Jam : 08.20 Jam : 08.25 Jam : 10.00		P : Lanjutkan intervensi 1) Pantau tanda-tanda vital selama periode nyeri 2) Lakukan pengkajian nyeri klien yang mencakup lokasi, karakteristik, frekuensi, dan skala nyeri. 3) Anjurkan untuk berlatih teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi 4) Kolaborasi dalam pemberian terapi I : 1) Memantau tanda-tanda vital selama periode nyeri Respon : - Tekanan darah : 120/80 mmHg - Nadi : 80x/menit - Respirasi : 20x/menit - Suhu tubuh : 36°C 2) Mengkaji tingkat nyeri klien yang mencakup lokasi, karakteristik, frekuensi dan skala nyeri Respon : klien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri timbul ketika bergerak dan nyeri berkurang saat klien istirahat nyeri dirasakan seperti disayat-sayat nyeri dirasakan diperut bagian bawah, nyeri tidak menyebar ke daerah lain, skala nyeri 5 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul.	

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			3) Mengajarkan untuk berlatih teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi Respon : Mengajarkan klien untuk nafas dalam 5 kali dalam 1 menit. 4) Berkolaborasi dalam pemberian terapi memberikan obat analgetic Respon : keterolak 30 mg intravena E : Masalah teratasi sebagian	
2	23 April 2025 Jam : 08.22	DX 2	S : Klien mengeluh nyeri O : Klien mampu duduk sendiri di tempat tidur A : gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1) Monitor tekanan darah 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3) Fasilitasi melakukan pergerakan. 4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Yayang Henhen

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	Jam : 08.28		I : 1) Memonitor tekanan darah Respon : Tekanan darah 120/80 mmHg 2) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon : Klien tampak sedikit meringis saat melakukan mobilisasi 3) Memfasilitasi melakukan pergerakan. Respon : Klien sudah bisa miring kiri dan kanan 4) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Klien dibantu keluarga melakukan mobilisasi E : Masalah teratasi sebagian	

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
3	23 April 2025	DX 3	S : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi <i>sectio caearea</i> O : 1) Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> di abdomen bagian bawah $\pm$ 14 cm 2) Tidak ditemukan kemerahan, bengkak, ataupun cairan nanah pada luka, luka tampak kering. A : Resiko Infeksi Teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1) Batasi jumlah pengunjung. 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air 3) lakukan perawatan luka pada abdomen bagian bawah post operasi 4) Berikan informasi tentang cara mengurangi potensi infeksi pasca operasi 5) Berikan antibiotik sesuai anjuran dokter. I : 1) Membatasi jumlah pengunjung Respon : Klien hanya ditemani oleh suaminya	Yayang Henhen

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	Jam : 16.37 Jam : 16.40 Jam : 16.45 Jam : 16.50 Jam : 17.00		2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air mengalir dan sabun. Respon : Klien dan keluarga mengikuti instruksi yang diberikan oleh perawat 3) Melakukan perawatan luka pada abdomen bagian bawah post operasi Respon : Tidak ditemukan kemerahan, bengkak, ataupun cairan nanah pada luka, luka tampak kering 4) Berikan informasi tentang cara mengurangi potensi infeksi pasca operasi Respon : Klien sudah memahaminya 5) Berikan antibiotik sesuai anjuran dokter. Respon : Memberikan cefotaxime 1 gr dan metronidazole 500 mg intravena. E :	

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			Masalah belum teratasi	
4	23 April 2025	DX 4	S : Klien mengatakan ASInya belum keluar O : 1) ASI tampak belum keluar 2) Aerola keluar sedikit 3) Puting menonjol 4) Payudara tidak tampak bengkak A : Resiko menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 4) Sediakan materi dan media penyuluhan Kesehatan 5) Ajarkan perawatan payudara 6) Berikan kesempatan untuk bertanya I : 4) Memberikan penyuluhan Kesehatan Respon : Klien mampu mengikuti cara pijat oksitosin	Yayang Henhen

Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan POD II

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
1	24 April 2025 Jam : 07.30	DX 1	S : Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang O : 1) Meringis sedikit menurun 2) Skala nyeri 4 (0-10) 3) Tekanan darah 125/90 mmHg 4) Nadi : 90x/menit 5) Respirasi : 22x/menit 6) Suhu tubuh : 36,5°C A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1) Pantau tanda-tanda vital selama periode nyeri 2) Lakukan pengkajian nyeri klien yang mencakup lokasi, karakteristik, frekuensi dan skala nyeri. 3) Anjurkan untuk berlatih teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi 4) Kolaborasi dalam pemberian terapi I :	Yayang Henhen

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	Jam : 07.50 Jam : 08.55		E : Masalah teratasi sebagian.	
2	24 April 2025 Jam : 09.00	DX 2	S : 1) Klien mengatakan nyeri sudah berkurang saat bergerak. 2) Klien mengatakan sudah bisa duduk tegak diatas tempat tidur dan berjalan kekamar mandi. O : 1) Klien sudah melakukan pergerakan dan aktivitas secara bertahap berjalan kaki sendiri ke kamar mandi 2) Tekanan darah 125/90mmHg A : Mobilitas Fisik Teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1) Kaji tingkat perkembangan klien,keterampilan motorik,kemampuan dan kemudahan saat bergerak	

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	Jam : 09.42 Jam : 09.45		2) Monitor tekanan darah 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4) Fasilitasi melakukan pergerakan. 5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan I : 1) Mengkaji tingkat perkembangan klien, keterampilan motorik, kemampuan dan kemudahan saat bergerak Respon : Klien sudah bisa duduk tegak diatas tempat tidur tanpa sandaran bantal dan berjalan ke kamar mandi 2) Monitor tekanan darah Respon : Tekanan darah 125/90 mmHg 3) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon : Klien tampak sedikit meringis saat melakukan mobilisasi	

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	Jam : 09.50 Jam : 10.00 Jam : 10.05		4) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Klien dibantu keluarga melakukan mobilisasi E : Masalah teratasi	
2	24 April 2025 Jam : 09.00	DX 3	S : Klien mengatakan nyeri berkurang pada luka operasi O : 1) Terdapat luka post operasi <i>section caesarea</i> di abdomen bagian bawah $\pm$ 15 cm 2) Tidak ditemukan kemerahan, bengkak, ataupun cairan nanah pada luka, luka tampak kering 3) Luka tertutup perban anti air	Yayang Henhen

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	Jam : 09.42		A : Resiko Infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1) Melakukan ganti perban 2) Batasi jumlah pengunjung. 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air 4) Lakukan perawatan luka pada abdomen bagian bawah <i>post sectio caesarea</i> 5) Berikan informasi tentang cara mengurangi potensi infeksi pasca operasi 6) Berikan antibiotik sesuai anjuran dokter. I : 1) Membatasi jumlah pengunjung Respon : Klien hanya ditemani suaminya 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien menggunakan air mengalir dan sabun. Respon : Klien dan keluarga mengikuti instruksi yang diberikan oleh perawat	

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
	Jam : 09.45 Jam : 09.50 Jam : 10.00 Jam : 10.05		3) Melakukan perawatan luka pada abdomen bagian bawah <i>post sectio caesarea</i> Respon : Tidak ditemukan kemerahan, bengkak, ataupun cairan nanah pada luka, luka tampak kering 4) Berikan informasi tentang cara mengurangi potensi infeksi pasca operasi Respon : Klien sudah memahaminya 5) Berikan antibiotik sesuai anjuran dokter. Respon : Memberikan cefotaxime 1 gr E : Masalah belum tertasi	

No	Tanggal Dan Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
3	24 April 2025 Jam 10.10 Jam 10.15	DX 4	S : Klien mengatakan ASInya belum keluar O : 1) ASI belum keluar 2) Aerola berwarna hitam 3) Puting menonjol 4) Payudara tidak tampak bengkak A : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1) Melakukan pemijatan payudara I : Melakukan pemijatan payudara Respon : Klien melakukan pemijatan payudara E : Masalah teratasi sebagian.	Yayang Henhen

B. PEMBAHASAN

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. E (P3A1) dengan *post sectio caesarea* di ruang agate bawah RSUD dr. Slamet Garut, yang di lakukan pada tanggal 22 April 2025 sampai dengan 24 April 2025. Pada pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kasus dalam pelaksanaan secara nyata sesuai dengan tahapan proses keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi. Selama melaksanakan asuhan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan apapun, adapun kesenjangan yang terjadi dalam beberapa tahap proses keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Tahap pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, dimana penulis mengkaji klien secara keseluruhan meliputi aspek biologis-psikologis-sosial-spiritual. Data yang diperoleh merupakan data subjektif dan data objektif yang kemudian dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan. Selama pengkajian ditemukan data pada Ny. E (P3A1) *post sectio caesarea* atas indikasi partus lama, yaitu klien mengeluh nyeri luka operasi, nyeri bertambah apabila digerakkan dan berkurang apabila tidak digerakkan, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, dengan skala nyeri 7 (0-10) dan nyeri dirasakan hilang timbul, klien tampak meringis dan klien tampak gelisah. Luka *post sectio caesarea* mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan merangsang neuroreseptor kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri (Prawihardjo, 2016).

Pada kasus Ny. E mengeluh nyeri saat bergerak, klien enggan untuk melakukan pergerakan, klien terpasang infus ditangan sebelah kiri, klien tampak

lemah, kekuatan otot 2/2 dan aktivitas dibantu keluarga dan perawat. Karena adanya luka *post sectio caesarea* yang merangsang neuroreseptor nyeri sehingga mengakibatkan kemampuan untuk beraktivitas terbatas karena klien merasa nyeri saat melakukan pergerakan. (Dongoes, 2015).

Pada kasus Ny. E *post sectio caesarea* atas indikasi partus lama ditemukan luka *post sectio caesarea* dibagian perut bawah ± 15 cm horizontal, suhu 36°C , leukosit $17.690/\text{mm}^3$. Terjadi peningkatan leukosit hal ini dikarenakan saat operasi tubuh bisa terpapar kuman, baik dari lingkungan, dari jaringan tubuh sendiri dan alat yang digunakan yang kurang steril. Dilakukan tindakan *sectio caesarea* dan terdapat luka *post sectio caesarea* yang mengakibatkan jaringan terbuka akibat proses pembedahan insisi dan proteksi akan menimbulkan invasi bakteri dan beresiko terjadi infeksi (Dongoes, 2015)

2. Diagnosa keperawatan

Dari data yang penulis dapat diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. E adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik *post sectio caesarea*.
Nyeri pada luka operasi terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan yang merangsang reseptor kimia yang disampaikan ke thalamus dan korteks serebri dan dipresepsikan nyeri, nyeri juga dapat membuat tanda-tanda vital berubah. Batasan karakteristik nyeri akut perubahan tekanan darah, perubahan frekuensi jantung, perubahan frekuensi respirasi, sikap melindungi area nyeri, mengekspresikan perilaku (misalnya gelisah, merengek, meringis), melaporkan persepsi nyeri secara verbal. Berdasarkan data yang didapat ada yang sesuai dengan batasan karakteristik yaitu perubahan tekanan darah, perubahan frekuensi jantung, perubahan

respirasi, melaporkan nyeri secara verbal dan mengekspresikan perilaku sehingga penulis mengangkat diagnosa nyeri akut (Doengoes, 2017).

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri *post sectio caesarea*. Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia dalam mobilisasi pada ibu post partum dapat disebabkan oleh trauma yang dimaksud oleh adanya luka operasi *sectio caesarea* yang menyebabkan ibu merasa nyeri dari luka operasi *sectio caesarea* yang dialami oleh ibu akan membuat mobilitas fisik ibu terganggu. Selain karena nyeri mobilitas fisik ibu disebabkan oleh kurang terpaparnya informasi tentang aktifitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, dan keengganan melakukan pergerakan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Karakteristik hambatan mobilitas fisik kesulitan membolak-balikan posisi, keterbatasan, kemampuan, melakukan keterampilan motorik halus, keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar, keterbatasan rentang pergerakan sendi. Diagnosa diatas ditegakkan karena pada klien ditemukan tanda-tanda : klien mengatakan tidak berakivitas seperti biasa, aktivitas dibantu, klien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri, klien enggan untuk melakukan pergerakan karena nyeri, klien tampak lemah, kekuatan otot 4/4 Sehingga penulis mengangkat diagnosa gangguan resiko infeksi.
- c. Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : kerusakan integritas kulit, resiko infeksi dapat terjadi karena adanya luka pembedahan *sectio caesarea*. Ini dapat terjadi jika adanya peningkatan leukosit dan adanya tanda-tanda infeksi. Infeksi luka operasi diklasifikasikan sebagai luka insisi atau organ yang penyembuhan luka operasi *sectio caesarea* selama 1 minggu sedangkan pemulihan rahim

sekitar 3 bulan atau dalam kurun 1 tahun apabila terdapat implant. Tanda-tanda infeksi rubor (kemerahan), calor (panas), dolor (nyeri), tumor (bengkak), fungtio laesa. Adapun batasan karakteristik resiko infeksi yaitu kerusakan integritas kulit, trauma jaringan, penyakit kronis, pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan patogen, vaksinasi tidak adekuat. Berdasarkan data yang didapatkan ada yang sesuai dengan batasan karakteristik resiko infeksi yaitu kerusakan integritas kulit, trauma jaringan, terdapat peningkatan leukosit $17,690/\text{mm}^3$, terdapat luka *post sectio caesarea* dibagian bawah abdomen ± 15 cm horizontal. Sehingga penulis mengangkat diagnosa resiko infeksi (Doengoes, 2015)

- d. Menyusui tidak efektif adalah ketika ibu dan bayi menghadapi ketidaknyamanan atau masalah saat menyusui. Ketidاكلancaran dalam produksi ASI pada ibu setelah melahirkan dapat disebabkan oleh minimnya rangsangan hormon oksitosin yang sangat berperan dalam proses pengeluaran ASI. Produksi ASI dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik yang bersifat internal maupun eksternal. Faktor internal mencakup keadaan fisik, mental, pengetahuan ibu, dan kondisi fisik anak. Faktor eksternal mencakup inisiasi menyusui dini (IMD) serta frekuensi menyusui yang memengaruhi hormon dalam tubuh ibu. (Alamsyahbudin et al., 2021).

Diagnosa keperawatan yang tidak muncul berdasarkan konsep teori dibab 2 adalah diagnosa defisit perawatan diri dan gangguan pola tidur. Data-data yang diperoleh oleh penulis tidak ditemukan data yang mendukung terhadap diagnosa tersebut sehingga penulis tidak menegakkan diagnosa defisit perawatan diri dan defisit pengetahuan

3. Perencanaan

Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan (SIKI, 2017) : yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik *post sectio caesarea* adalah dengan dikaji karakteristik nyeri, observasi tanda-tanda vital, kolaborasi dalam pemberian analgetik, ajarkan tehnik rileksasi, seperti nafas dalam.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri *post sectio caesarea* dengan monitor keadaan umum, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan mengajarkan mobilisasi sederhana seperti merubah posisi setiap 2 jam (Doenges, 2017).

Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit, yaitu observasi tanda-tanda infeksi, lakukan perawatan luka *post sectio caesarea*, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, kolaborasi pemberian antibiotik.

Menyusui tidak efektif dibuktikan dengan pasien menanyakan masalah yang dihadapi, pasien bertanya bagaimana cara mengatasi masalah tersebut. Pada tahap perencanaan terjadi kesenjangan antara rencana yang ada pada teori dan yang terjadi di lapangan, dimana rencana yang telah ditetapkan penulis berdasarkan situasi dan kondisi.

4. Implementasi

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan tindakan yang telah direncanakan. Implementasi yang dilakukan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik *post sectio caesarea* dengan mengkaji karakteristik nyeri, observasi TTV, berkolaborasi dalam pemberian analgetik keterolak 30 mg. Mengajarkan tehnik relaksasi seperti nafas dalam. Pada hari berikutnya

penulis baru bisa melakukan evaluasi pada catatan perkembangan. Setelah melakukan tindakan tersebut penulis mengevaluasi masalah nyeri pada klien teratasi sebagian. Tindakan yang ketiga yaitu untuk mengatasi masalah yang ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri *post sectio caesarea* dengan memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi melakukan pergerakan dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. untuk mengatasi resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit dengan mengobservasi tanda-tanda terjadinya infeksi seperti (rubor, calor, dolor, tumor, dan functio laesa), melakukan perawatan luka operasi *sectio caesarea*, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, memberikan antibiotic cefotaxime 1 gr. Dan terakhir untuk mengatasi masalah yang keempat yaitu menyusui tidak efektif dilakukan penyuluhan kesehatan mengenai bagaimana teknik menyusui yang benar pada ibu *post sectio caesarea*.

Pada tahap implementasi pelaksanaan terdapat kesenjangan teori dengan yang terjadi di lapangan. Intervensi utama tidak dapat dilakukan semua begitupun dengan intervensi pendukung. dikarenakan keterbatasan waktu dalam pelaksanaan dan kurangnya kelengkapan peralatan di ruangan. Faktor-faktor yang mendukung kelancaran adalah hasil kerja sama dengan berbagai pihak

5. Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang membandingkan antara kriteria tujuan dan hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan dan dalam mengevaluasi hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. E selama 3 hari

dari tanggal 21 April 2025 sampai 24 April 2025. Penulis secara langsung melakukan observasi terhadap perkembangan klien.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik *post section caesarea*.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari nyeri menurun dengan skala nyeri 4 dan keluhan nyeri masih dirasakan oleh klien, hanya teratasi sebagian. Penyembuhan luka pasca operasi *sectio caesarea* selama 1 minggu, sedangkan pemulihan rahim sekitar 3 bulan. Rasa nyeri mungkin masih terasa sampai 6 bulan, dengan intensitas ringan yang disebabkan oleh simpul benang pada fascia (sarung otot) sedangkan lama penyembuhan *sectio caesarea* berlanjut selama 1 tahun atau lebih hingga bekas luka merekat kuat (Damayati & Zuiatna, 2019).

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari kelemahan fisik menurun, kekuatan otot meningkat, masalah teratasi.

c. Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : kerusakan integritas kulit.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari tidak ada tanda-tanda infeksi berupa rubor (kemerahan), calor (panas), dolor (nyeri), tumor (bengkak), fungtio laesa, klien mengatakan nyeri diluka bekas operasi *sectio caesarea*, masalah belum teratasi. Penyembuhan luka pasca operasi *sectio caesarea* selama 1 minggu, sedangkan pemulihan rahim sekitar 3 bulan. Rasa nyeri mungkin masih terasa sampai 6 bulan, dengan intensitas ringan yang disebabkan oleh simpul benang pada *fascia* (sarung otot) sedangkan lama penyembuhan *sectio caesarea* berlanjut selama 1 tahun atau lebih hingga bekas luka merekat kuat (Damayati & Zuiatna, 2019).

- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan teknik menyusui.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari tingkat pengetahuan meningkat dan pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, masalah teratasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. E (P3A1) dengan *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 22-26 April 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian yang meliputi biologi, psikologi, sosial, dan spiritual, pada Ny. E (P3A1) dengan *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. E (P3A1) dengan *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu membuat rencana asuhan keperawatan pada Ny. E (P3A1) dengan *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. E (P3A1) dengan *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari setiap tindakan keperawatan pada Ny. E (P3A1) dengan *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama diruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. E (P3A1) dengan *post sectio caesarea* (POD 0) atas indikasi partus lama diruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

B. Rekomendasi

Berlatar belakang dari kesimpulan diatas, penulis merekomendasikan sebagai berikut:

1. Rumah Sakit

Diharapkan RSUD dr. Slamet Garut dapat mempertahankan serta meningkatkan kebijakan, sarana prasarana, pelayanan dan keperawatan yang ada serta kebersihan lingkungan Rumah Sakit. Penulis sangat terbantu dalam memperoleh data-data dan melakukan asuhan keperawatan karena terfasilitasi dengan cukup baik dari segala aspek.

2. Perawat

Penulis mengharapkan perawat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal baik dengan peningkatan jenjang pendidikan, mengikuti pelatihan workshop atau seminar.

3. Klien dan Keluarga

Diharapkan keluarga khususnya suami memberikan dukungan yang optimal, meningkatkan kebutuhan nutrisi, menjaga kebersihan diri, menjaga dan melakukan perawatan pada luka operasi untuk menghindari terjadinya infeksi pada klien.

4. Institusi Pendidikan

Untuk dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* atas indikasi partus lama secara komprehensif, perlu didukung oleh literatur dan buku sumber yang menunjang. Oleh karena itu, hendaknya pihak perpustakaan asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* atas indikasi partus lama demi kelancaran peserta didiknya dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif. Study kasus ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lanjut khususnya tentang perawatan *post sectio caesarea* atas indikasi Partus Lama.

5. Untuk Mahasiswa

Dalam melakukan asuhan keperawatan praktek lapangan, mahasiswa diharapkan menerapkan teori yang telah didapatkan selama pendidikan DIII Keperawatan. Mahasiswa mampu memberikan edukasi tentang pentingnya nutrisi yang cukup untuk mempercepat penyembuhan dan memberi edukasi tentang mobilisasi dini.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, T., et al. (2022). Maternal outcomes in prolonged labor: A systematic review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 48(3), 335–342.
- Amelia, R. (2019). *Manajemen persalinan normal dan komplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Amir, M. (2019). *Dasar-dasar obstetri dan ginekologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Arya, N. (2020). *Pathway post sectio caesarea atas indikasi partus lama* [Diagram tidak diterbitkan].
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Media.
- Betrán, A. P., et al. (2023). The global epidemiology of caesarean section. *The Lancet Global Health*, 11(1), e50–e58.
- Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI). (2017). *Standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI). (2017). *Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI). (2017). *Standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Dinas Kesehatan Garut. (2021). *Laporan tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Garut*. Dinas Kesehatan Kabupaten Garut.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2023). *Profil kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2023*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Fairus, M., & Widiyanti, S. (2014). Hubungan dukungan suami dengan kejadian depresi postpartum pada ibu nifas. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, 7(1), 11–18.
- Fatmawati. (2017). Dampak partus lama terhadap ibu dan bayi. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 6(2), 134–141.
- Fibrianti, D. (2020). *Patofisiologi obstetri dan ginekologi*. Bandung: Refika Aditama.
- Hasanah, A. I., Hardiani, R. S., & Susumaningrum, L. A. (2017). Hubungan Teknik Menyusui dengan Risiko Terjadinya Mastitis pada Ibu Menyusui di Desa Kemuning Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 5(2), 260–267.
- Juliathi, N. L., Purnawati, N. M., & Wardani, I. G. A. (2020). Tindakan sectio caesarea pada ibu hamil. *Jurnal Kesehatan Prima*, 14(1), 45–51.

- Khasanah, U. (2015). *Risiko operasi sectio caesarea*. Surabaya: Penerbit Universitas Airlangga.
- Krismayanti, R., et al. (2024). Enhanced recovery after cesarean surgery (ERACS) di Indonesia: Studi kasus mobilisasi dini. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 27(1), 45–52.
- Kurniasih, Y., & Kurniati, N. (2016). *The Holistic Midwifery Care Of Post Partum Mother With Post Sectio Caesarea At PKU Muhammadiyah Mother And Children Hospital Of Kotagede*.
- Maryunani, A. (2015). *Kebutuhan dasar manusia pasca sectio caesarea*. Jakarta: Trans Info Media.
- Mukhtar. (2023). *Asuhan persalinan normal dan komplikasinya*. Jakarta: Penerbit Kesehatan Mandiri.
- Nasrudin. (2020). Faktor-faktor yang memengaruhi partus lama. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan*, 10(1), 23–31.
- Nurhalimah. (2020). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Penerbit Trans Info Media.
- Putri, Y. A. (2021). Pengaruh Kecemasan terhadap Durasi Persalinan Kala I. *Jurnal Kesehatan*, 10(3), 150–158.
- Rahman, et al. (2024). *Jurnal Ilmiah Keperawatan*.
- Rahmawati, S. (2021). Faktor-Faktor Risiko Persalinan Lama pada Ibu Primigravida. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak*, 15(2), 25–34.
- Rangkuti, H., Siregar, N. F., & Hasibuan, M. (2023). Indikasi dan komplikasi pada *sectio caesarea*. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 8(1), 15–22.
- Razmi, N. K. G., dkk. (2018). Adaptasi Psikologis Ibu Postpartum (Fase Taking-in) Di Rumah Sakit. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 4(2).
- Rositawati, T. (2018). Pengaruh partus lama terhadap kesehatan ibu dan bayi. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 50–56.
- Saint Louis. (2023). *Annual Report on Maternal and Child Health Outcomes, 2023*. St. Louis City Health Department, Publication No. S-MCH-23/001.
- Sari, A. D., & Lestari, R. (2021). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Makrosomia pada Ibu Hamil. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan*, 10(1), 12–25.
- Satriyandari, Y., & Hariyati, N. R. (2017). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Perdarahan Postpartum. *JHeS (Journal of Health Studies)*, 1(1), 49–64.
- Sihombing, R. A., Hutapea, F., & Sinaga, T. (2018). Analisis faktor yang memengaruhi persalinan dengan tindakan *sectio caesarea*. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan*, 5(2), 115–122.

- Sulistiyowati, A. (2024). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Partus Lama. *Jurnal Kebidanan*, 13(1), 10–18.
- Susanti, H. D., Astuti, I. W., & Mulhaeriah, (2022). *Asuhan Keperawatan Maternitas: Sistem Reproduksi dan Kesehatan Wanita*. Jakarta: Penerbit EGC.
- Sutanto, A. V., & Hidayat, M. (2021). *Asuhan pada Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Swandi, S. (2018). Dampak post *sectio caesarea* terhadap pemenuhan kebutuhan dasar. Dalam Rustam (Ed.), *Asuhan keperawatan maternitas*. Bandung: Cita Pustaka Media.
- Torres, M. et al. (2020). A Systematic Review of Obstetric Management in Prolonged Labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 18(4), 405–415.
- Ulfa, N., Pratiwi, R., & Zubaedah, R. (2024). Evaluasi angka kematian ibu di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(1), 33–40.
- Wahyuningsih, S. (2019). *Asuhan Keperawatan Post Partum*. Yogyakarta: Budi Utama.
- Widyastuti, R. (2021). *Asuhan Kebidanan dan Bayi Baru Lahir*. Bandung: Penerbit Media Sains Indonesia.
- World Health Organization. (2024). *Maternal mortality: Levels and trends 2000 to 2020*. <https://www.who.int>
- Wulandari, S., et al. (2022). Plasenta Previa: Mekanisme dan Faktor Risiko. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 208–219.

LAMPIRAN I

SATUAN ACARA PENYULUHAN

MOBILISASI DINI PADA PASIEN POST *SECTIO CAESAREA*

Masalah : Kurangnya pengetahuan tentang mobilisasi *post SC*

Pokok Bahasan : Mobilisasi dini pada pasien *post SC*

Sasaran : Ny. E dan keluarga

Waktu : 30 menit, 22 April 2025

Tempat : Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut

Pemberi materi : Yayang Henhen

A. Latar Belakang

Persalinan dengan metode *Sectio Caesarea* merupakan prosedur bedah mayor yang memerlukan perhatian khusus pada masa pemulihan. Salah satu aspek penting dalam pemulihan pasca SC adalah mobilisasi dini. Banyak ibu yang enggan bergerak karena rasa nyeri atau kekhawatiran terhadap luka operasi. Mobilisasi dini memiliki banyak manfaat dalam mencegah komplikasi dan mempercepat proses penyembuhan. Edukasi yang tepat mengenai pentingnya dan cara mobilisasi dini sangat krusial bagi ibu dan keluarga untuk mendukung pemulihan yang optimal.

B. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan, peserta diharapkan memahami pentingnya dan mampu melakukan mobilisasi dini secara mandiri.

C. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 30 menit diharapkan klien dan keluarga dapat mengetahui tentang:

1. Pengertian mobilisasi dini
2. Tujuan mobilisasi dini
3. Manfaat mobilisasi dini
4. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan
5. Tahapan-tahapan mobilisasi dini

D. Materi Penyuluhan

1. Pengertian mobilisasi dini pada ibu post SC
2. Manfaat mobilisasi dini pada ibu post SC:
 - a. Mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam (DVT) dan emboli paru
 - b. Memperlancar sirkulasi darah
 - c. Mencegah konstipasi dan memperlancar buang air besar (BAB)
 - d. Mempercepat pemulihan fungsi organ dan kekuatan otot
 - e. Mengurangi nyeri pasca operasi
 - f. Mengingatkan rasa nyaman dan kemandirian ibu
 - g. Mencegah perlekatan usus.
3. Waktu yang tepat untuk memulai mobilisasi dini
4. Tahapan mobilisasi dini (dari miring, duduk, berdiri, hingga berjalan)
5. Hal-hal yang perlu diperhatikan selama mobilisasi dini adalah (manajemen nyeri, dukungan, tanda bahaya).

E. Metode dan media

1. Metode
 - a. Ceramah
 - b. Diskusi/tanya jawab
 - c. Demonstrasi
 - d. Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan sasaran
1	Pembukaan	5 menit	- Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan dari penyuluhan - Menyebutkan materi yang akan disampaikan	- Menjawab salam - Mendengarkan - Mendengarkan dan memperhatikan - Mendengarkan
2	Penyampaian	15 menit	- Pengertian tentang mobilisasi dini - Menjelaskan tujuan mobilisasi dini - Menjelaskan manfaat mobilisasi dini - Menjelaskan faktor-faktor yang perlu diperhatikan - Menjelaskan tahapan-tahapan mobilisasi dini - Mendemonstrasikan pada klien	- Mendengar & memperhatikan - Mendengar & memperhatikan - Mendengar & memperhatikan - Mendengar & memperhatikan - Mendengar & memperhatikan - Memperhatikan demonstrasi
3	Evaluasi	5 menit	- Mempersilahkan Ny. E untuk mengajukan pertanyaan - Menjawab pertanyaan	- Mengajukan pertanyaan - Mendengarkan
4	Penutup	5 menit	- Menyimpulkan materi yang telah disampaikan	- Mengikuti kesimpulan

			bersama Ny. E - Penutup penyuluhan dengan salam	- Menjawab salam
--	--	--	--	------------------

G. Evaluasi

1. Proses: secara penyuluhan berlangsung
2. Hasil: dapat secara subyektif (lisan) menyebutkan
 - a. Pengertian mobilisasi dini
 - b. Tujuan mobilisasi dini
 - c. Manfaat mobilisasi dini
 - d. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan
 - e. Tahapan-tahapan mobilisasi

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian mobilisasi

Mobilisasi dini adalah tahapan atau upaya untuk menggerakkan tubuh sedini mungkin setelah operasi, dalam hal ini setelah persalinan dengan *Section Caesarea*. Bukan berarti langsung melakukan aktivitas berat, tetapi secara

bertahap menggerakkan bagian tubuh mulai dari yang paling sederhana hingga mampu berjalan.

B. Tujuan mobilisasi dini

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernafasan lebih baik
4. Mempertahankan tonus otot
5. Membantu penyembuhan luka

C. Manfaat

1. Mencegah pembekuan darah (Trombosis Vena Dalam/DVT dan Emboli Paru): dengan bergerak, aliran darah menjadi lancar, mengurangi risiko terbentuknya gumpalan darah di kaki yang bisa berbahaya jika lepas dan menyumbat paru-paru.
2. Memperlancar sirkulasi darah: gerakan membantu darah mengalir lebih baik ke seluruh tubuh, termasuk ke area luka operasi, dan mempercepat penyembuhan.
3. Mencegah konstipasi dan memperlancar buang air besar (BAB): gerakan usus akan terstimulasi, membantu melancarkan pencernaan dan mencegah sembelit yang sering terjadi pasca operasi.
4. Mempercepat pemulihan fungsi organ dan kekuatan otot: otot-otot yang tidak digerakkan akan melemah. Mobilisasi dini membantu mempertahankan dan mengembalikan kekuatan otot serta fungsi organ tubuh lainnya.
5. Mengurangi nyeri pasca operasi: meskipun awalnya terasa nyeri, gerakan ringan justru membantu mengurangi kekakuan dan meningkatkan kenyamanan dalam jangka panjang.

6. Meningkatkan rasa nyaman dan kemandirian ibu: ibu akan merasa lebih cepat pulih, lebih mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari, dan tidak terlalu bergantung pada orang lain.
7. Mencegah perlekatan usus: gerakan membantu mencegah usus saling menempel (adhesi) yang bisa menyebabkan nyeri atau masalah pencernaan di kemudian hari.

D. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan

1. Mobilisasi jangan dilakukan terlalu cepat karena dapat menyebabkan ibu terjatuh
2. Yakinkan ibu melakukan gerakan-gerakan secara bertahap
3. Kondisi tubuh akan cepat pulih jika ibu melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat.

E. Tahapan-tahapan mobilisasi dini

Pasca operasi *Seccio Caesarea*

1. Tahap 1: gerakan ringan di tempat tidur (6-8 jam post SC)
 - a. Gerakkan kaki dan tangan: lakukan gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan kaki, menggerakkan jari-jari kaki, mengepal dan membuka tangan.
 - b. Miring kanan dan kiri: Miringkan tubuh secara perlahan ke sisi kanan dan kiri, gunakan bantal untuk menyangga perut atau luka operasi saat miring. Lakukan secara bergantian.
2. Tahap 2: duduk di tepi tempat tidur (8-12 jam post SC)
 - a. Posisikan diri: miringkan tubuh ke satu sisi, lalu gunakan siku untuk menopang tubuh dan dorong perlahan hingga posisi duduk.

- b. Duduk menjuntai: biarkan kaki menjuntai di tepi tempat tidur selama beberapa menit untuk membiasakan diri.
 - c. Bernapas dalam: lakukan latihan napas dalam untuk membantu mengurangi nyeri dan melancarkan pernapasan.
3. Tahap 3: berdiri dan berjalan perlahan (12-24 jam post SC)
- a. Bantuan Awal: Mintalah bantuan perawat atau keluarga saat pertama kali mencoba berdiri.
 - b. Berdiri Tegak: Dorong tubuh perlahan dari posisi duduk ke berdiri.
 - c. Jalan Pendek: Mulai berjalan perlahan di sekitar tempat tidur atau kamar mandi. Jangan memaksakan diri.
 - d. Sangga Luka: Pegang atau sangga area luka operasi dengan bantal atau tangan saat batuk, bersin, atau bergerak untuk mengurangi tekanan.

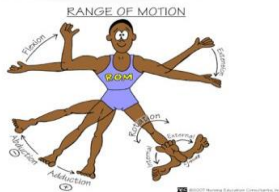
F. Hal penting tentang mobilisasi

1. Manajemen nyeri: jangan ragu meminta obat pereda nyeri kepada perawat jika nyeri tidak tertahankan. Nyeri yang terkontrol akan memudahkan mobilisasi.
2. Dukungan: minta bantuan dari perawat atau keluarga saat pertama kali mencoba bergerak, terutama saat berdiri dan berjalan.
3. Pakaian nyaman: gunakan pakaian yang longgar dan nyaman.
4. Cukup istirahat: meskipun penting untuk bergerak, pastikan ibu juga mendapatkan istirahat yang cukup.
5. Perhatikan tanda bahaya: segera beritahu perawat atau dokter jika mengalami:
 - a. Nyeri hebat yang tidak tertahankan.
 - b. Pendarahan berlebihan dari vagina atau luka operasi.

- c. Demam.
- d. Kaki bengkak, merah, atau terasa nyeri (bisa jadi tanda DVT).
- e. Sesak napas atau nyeri dada.
- f. Luka operasi basah, bernanah, atau berbau.

MACAM-MACAM MOBILISASI DINI

1. Mobilisasi secara aktif:
Mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuh dilakukan secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain



2. Mobilisasi secara pasif:
Mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuhnya dengan cara dibantu oleh orang lain secara total atau keseluruhan



RENTANG GERAK DALAM MOBILISASI

Rentang gerak aktif:

Hal ini melatih kelenturan dan kekuatan otot serta persendian dengan cara menggunakan otot-otot secara aktif. Misalnya: pasien berbaring/duduk sambil menggerakkan kaki & tangan secara mandiri



Rentang gerak pasif:

Hal ini melatih kelenturan dan kekuatan otot serta persendian dengan menggerakkan otot-otot secara pasif. Misalnya: pasien berbaring/duduk, perawat yang akan menggerakkan kaki & tangannya



Rentang gerak fungsional:

Hal ini melatih kelenturan dan kekuatan otot serta persendian dengan melakukan berbagai aktivitas yang diperlukan. Misalnya: pasien dapat berolahraga di area tempat tidur



APA ITU MOBILISASI DINI?



Mobilisasi dini adalah gerakan yang segera dilakukan pasca operasi, dengan tujuan untuk mengembalikan otot-otot agar tidak kaku, dan mengurangi rasa nyeri, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan luka operasi.

TUJUAN MOBILISASI DINI

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan kekuatan otot
5. Memperlancar proses BAB/BAK
6. Mempercepat penutupan jahitan luka operasi
7. Mengembalikan aktivitas pasien menjadi normal
8. Memberi kesempatan antara perawat & pasien untuk berinteraksi/berkomunikasi

MANFAAT MOBILISASI

1. Pasien menjadi lebih sehat & kuat
2. Mencegah terjadinya trombusis dan tromboemboli.

KERUGIAN BILA TIDAK MELAKUKAN MOBILISASI

1. Penyembuhan luka menjadi lama



2. Menambah rasa sakit



3. Badan menjadi pegal dan kaku



4. Kulit menjadi lecet dan luka



5. Memperlama perawatan di rumah sakit



MOBILISASI DINI



Yayang Henhen
KHG.A22046

PROGRAM STUDI DIPLOMA III
KEPERAWATAN
STIKES KARSA HUSADA GARUT
2024/2025

TAHAPAN MOBILISASI DINI PASCA OPERASI

1. Setelah operasi pada 6 jam pertama, pasien harus tirah baring dahulu. Mobilisasi dini yang perlu dilakukan oleh pasien adalah menggerakkan tangan, ujung jari kaki, dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.



2. Setelah 6-10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring kiri dan miring kanan untuk mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli



3. Setelah 24 jam, pasien dianjurkan untuk dapat belajar duduk ditempat tidur



4. Setelah pasien dapat duduk ditempat tidur, pasien dianjurkan untuk belajar berjalan



DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D., & Perry, S. E. (2010). *Maternity Nursing*. 7th Edition. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., & Dashe, J. S. (2018). *Williams Obstetrics*. 25th Edition. McGraw-Hill Education.
- Manuaba, I. B. G. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, S. (2016). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, A. B. (2013). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Susilowati, R. (2020). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Percepatan Pemulihan Pasien Post SC di Rumah Sakit. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 23(1), 45–52. <https://doi.org/10.7454/jki.v23i1.1201>
- World Health Organization. (2022). *Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- Yuliani, L., & Widayasih, H. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas: Konsep dan Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.

LAMPIRAN II

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Masalah : Menyusui Tidak Efektif

Pokok bahasan : Pijat Oksitosin

Sasaran : Ny. E dan Keluarga

Waktu : 30 menit, 25 April 2025

Tempat : Rumah Ny. E

Pemberi Materi : Yayang Henhen

A. Latar Belakang

Pijat oksitosin merupakan intervensi non-farmakologis yang efektif untuk meningkatkan produksi ASI pada ibu menyusui. Oksitosin, sering disebut "hormon cinta," berperan penting dalam refleksi pengeluaran ASI (let-down reflex). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa stimulasi fisik melalui pijatan pada area punggung dan bahu dapat merangsang pelepasan oksitosin, yang kemudian membantu ASI mengalir lebih lancar. Dalam konteks peningkatan cakupan ASI eksklusif dan keberhasilan menyusui, pemahaman serta praktik pijat oksitosin yang tepat sangat penting bagi ibu, keluarga, dan tenaga kesehatan.

B. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan ini, peserta diharapkan memahami dan mampu mempraktikkan pijat oksitosin dengan benar untuk meningkatkan produksi dan kelancaran ASI.

C. Tujuan Khusus

1. Menjelaskan pengertian pijat oksitosin.
2. Menyebutkan manfaat pijat oksitosin bagi ibu menyusui.
3. Menjelaskan indikasi dan kontraindikasi pijat oksitosin.

4. Mendemostrasikan teknik pijat oksitosin yang benar.
5. Mengidentifikasi waktu yang tepat untuk melakukan pijat oksitosin.

D. Materi Penyuluhan

1. Pengertian pijat oksitosin:
 - a. Definisi dan kaitannya dengan hormon oksitosin.
 - b. Mekanisme kerja pijat dalam merangsang pelepasan oksitosin.
2. Manfaat Pijat Oksitosin:
 - a. Meningkatkan produksi dan kelancaran ASI.
 - b. Mengurangi bendungan ASI.
 - c. Membantu proses involusi uteri.
 - d. Meningkatkan relaksasi dan mengurangi stres pada ibu.
 - e. Meningkatkan bonding antara ibu dan bayi.
3. Indikasi dan Kontraindikasi:
 - a. Indikasi: Ibu menyusui dengan produksi ASI sedikit, ASI tidak lancar, atau merasa tegang.
 - b. Kontraindikasi (jarang, namun perlu diperhatikan): Kondisi kulit tertentu pada area pijat (luka terbuka, infeksi), kondisi medis serius yang tidak memungkinkan pijatan, atau ketidaknyamanan ekstrem pada ibu.
4. Persiapan Pijat Oksitosin:
 - a. Posisi yang nyaman bagi ibu (duduk membungkuk di meja, bersandar pada bantal, atau dipeluk suami).
 - b. Penggunaan minyak pijat atau lotion yang aman.
 - c. Ciptakan suasana tenang dan nyaman.
5. Teknik Pijat Oksitosin (Demonstrasi):

- a. Area Pijat: sepanjang tulang belakang, dari leher hingga tulang ekor, terutama pada area bahu dan punggung atas di kedua sisi tulang belakang.
 - b. Gerakan Pijat:
 - Menggunakan kedua ibu jari atau kepala tangan (buku-buku jari).
 - Gerakan melingkar lembut dan tekanan sedang.
 - Gerakan memutar dari bahu ke arah tulang ekor dan kembali lagi.
 - Pijatan dilakukan selama 2-3 menit pada setiap sisi, total 10-15 menit.
 - c. Tips Penting: Pastikan ibu rileks, hindari tekanan yang terlalu kuat, dan perhatikan respons ibu.
6. Waktu Pelaksanaan:
- a. Dapat dilakukan sebelum atau di antara sesi menyusui.
 - b. Idealnya 2-3 kali sehari atau sesuai kebutuhan.

E. Metode

1. Ceramah interaktif.
2. Diskusi/tanya jawab.
3. Demonstrasi.

F. Media

1. Leaflet

G. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap	waktu	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta
1	Pembukaan	5 menit	- Memberi salam dan memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan penyuluh	- Menjawab salam - Mendengarkan penjelasan
2	Penyampaian	15	- Menjelaskan pengertian pijat	- Mendengarkan

		menit	oksitosin - Menjelaskan manfaat dan waktu pijat oksitosin - Menjelaskan langkah-langkah dan teknik pijat - Menunjukkan cara pijat dengan demonstrasi	- Mengamati demonstrasi - Bertanya jika kurang jelas
3	Evaluasi	5 menit	- Memberikan pertanyaan lisan untuk mengevaluasi pemahaman - Menjawab pertanyaan dari peserta	- Menjawab pertanyaan - Mengajukan pertanyaan
4	Penutup	5 menit	- Menyimpulkan materi bersama - peserta - Memberi salam penutup	- Mengikuti kesimpulan - Menjawab salam

H. Evaluasi

1. Evaluasi struktur:

- Kesiapan materi dan media penyuluhan
- Kesiapan tempat dan alat

2. Evaluasi Proses:

- Pelaksana dan sasaran (Ny. E dan keluarganya)

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Pijat oksitosin adalah teknik pijat lembut yang dilakukan di sepanjang tulang belakang bagian atas hingga ke area tulang belikat. Tujuannya adalah merangsang keluarnya hormon oksitosin, yaitu hormon yang memicu refleks pengeluaran ASI (*let-down reflex*) sehingga ASI lebih lancar dan produksi meningkat.

B. Manfaat Pijat Oksitosin

1. Meningkatkan produksi dan pengeluaran ASI
2. Merangsang refleks let-down (pengaliran ASI)
3. Mengurangi stres dan kelelahan ibu
4. Meningkatkan ikatan emosional ibu dan bayi

5. Meningkatkan kenyamanan saat menyusui

C. Waktu dan Frekuensi Pijat

1. Dilakukan 2–3 kali sehari
2. Dapat dilakukan sebelum menyusui atau ketika ASI belum lancar

D. Teknik dan Langkah-Langkah Pijat

1. Posisi ibu: Duduk bersandar, rileks, dengan punggung terbuka.
2. Pemijat berdiri di belakang ibu
3. Gunakan minyak atau baby oil agar pijatan nyaman.
4. Pijatan dilakukan perlahan dan lembut dari tulang leher bagian belakang turun ke sepanjang tulang belakang atas hingga ke tulang belikat.
5. Durasi pijat: 3–5 menit

E. Peran Keluarga

1. Membantu melakukan pijatan secara rutin
2. Memberikan dukungan emosional selama masa menyusui
3. Mengingatkan pentingnya ASI eksklusif

F. Hal Penting Dalam Pemijatan Oksitosin

1. Pastikan tangan bersih dan kuku pendek saat memijat
2. Ibu dalam kondisi rileks dan nyaman
3. Jika ibu merasa tidak nyaman atau nyeri, hentikan pijatan
4. Pijat oksitosin hanya sebagai pendukung, tetap lakukan perlekatan dan menyusui yang benar.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Panduan Praktis Pemberian ASI dan Manajemen Laktasi. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat.
- World Health Organization (WHO). (2022). Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. Geneva: WHO.
- Febriyanti, D., & Safitri, D. (2021). Pengaruh Pijat Oksitosin terhadap Produksi ASI pada Ibu Nifas. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 12(2), 45–51. <https://doi.org/10.1234/jkr.v12i2.5678>
- Siregar, R., & Lestari, P. (2020). Manfaat Pijat Oksitosin dalam Meningkatkan Refleks Let-Down pada Ibu Menyusui. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 9(1), 20–28.
- Sulistiyorini, L. (2020). Efektivitas Pijat Oksitosin terhadap Produksi ASI. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 10(2), 35–40.
- Yuliani, L., & Widiasih, H. (2019). Buku Ajar Keperawatan Maternitas: Konsep dan Aplikasi dalam Praktik. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, S. (2016). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

TUJUAN

1. Meningkatkan pelepasan hormon oksitosin dalam tubuh
2. Membantu menenangkan pikiran dan tubuh
3. Meningkatkan perasaan bahagia dan nyaman
4. Membantu ibu menyusui meningkatkan produksi air susu ibu (ASI)
5. Membantu memperkuat ikatan antara ibu dan bayi

PENGERTIAN

PIJAT OKSITOSIN MERUPAKAN SALAH SATU TEKNIK PIJAT YANG BANYAK DILAKUKAN PASCAPERSALINAN. TEKNIK PIJAT INI DAPAT MEMBERI STIMULASI PADA PUTING DAN DIYAKINI MAMPU MENINGKATKAN PRODUKSI ASI. HAL INI MENJADI SALAH SATU ALASAN KENAPA PIJAT OKSITOSIN DIPERCAYA BISA MEMBANTU DALAM PROSES MENYUSUI.



PIJAT OKSITOSIN

Yayang Henhen
KHGA22046

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

KAPAN MELAKUKANNYA?

1. Dilakukan 2 hari/1x, setiap pagi dan sore sebelum menyusui dan merah ASI
2. Saat pikiran ibu sedang pusing, badan pegal-pegal.



MANFAAT

1. Membantu ibu menyusui meningkatkan jumlah dan kualitas ASI
2. Membantu menurunkan hormon stres dalam tubuh
3. Membantu meningkatkan kualitas tidur
4. Memperkuat hubungan emosional antara ibu dan bayi
5. Membantu gejala depresi.



ALAT DAN BAHAN

1. Minyak oil/body lotion kelapa/baby
2. Washlap/handuk mandi
3. Waskom berisi air hangat
4. Waskom berisi air dengan suhu ruangan



Prosedur

1. Pijatan dimulai dengan sentuhan lembut di area bahu, leher, dan punggung bagian atas
2. Lakukan gerakan memutar dan tekanan ringan dengan telapak tangan di sepanjang tulang belakang dari leher hingga ke punggung bagian bawah
3. Ulangi pijatan sebanyak 3 kali
4. Bersihkan punggung ibu dengan washlap yang telah dibasahkan terlebih dahulu

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Yayang Henhen
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 02 Mei 2002
Agama : Islam
Alamat : Majalaya ibun, kab. Bandung

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN TALUN III
2. SMP NEGERI 1 IBUN
3. SMA NEGERI 1 MAJALAYA
4. STIKES KARSA HUSADA GARUT