

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. P (P₃A₀) *POST SECTIO*
CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI
DENGAN KEHAMILAN GEMELI DI RUANG
AGATE BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Menyelesaikan Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun oleh :

ULFAH AULIA RAHMAYANTI

KHGA.22099



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. P (P₃A₀) *POST SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEHAMILAN GEMELI DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT

NAMA : ULFAH AULIA RAHMAYANTI

NIM : KHGA22099

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah telah disetujui untuk disidangkan dalam

Ujian Akhir Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. P (P₃A₀) *POST SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEHAMILAN GEMELI DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT

NAMA : ULFAH AULIA RAHMAYANTI

NIM : KHGA22099

Garut, Juli 2025

Mengesahkan

Penguji I

Penguji II

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

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

Mengetahui,

Ketua Prodi D3 Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

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

ABSTRAK

IV BAB, 114 Halaman, 16 Tabel, 1 Bagan, 4 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan keperawatan pada Ny. P (P3 A0) *Post Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi Ketuban Pecah Dini dengan Kehamilan Gemeli di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut” yang dilatarbelakangi berdasarkan data rekam medis bulan Januari-April 2025, terdapat 794 tindakan *sectio caesarea*, di mana 214 kasus (26,95%) disebabkan oleh ketuban pecah dini (KPD), sehingga KPD menjadi faktor penting tingginya angka *sectio caesarea*. Tujuan penulis dapat memberikan gambaran asuhan keperawatan ibu *post sectio caesarea* sesuai dengan kebutuhan dasar (nyeri, aman dan nyaman, mobilisasi dini, perawatan luka, dan pencegahan komplikasi) berdasarkan teori keperawatan dan standar asuhan keperawatan. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus untuk memberikan gambaran asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan kondisi tersebut.. Hasil dari penelitian ditemukan masalah keperawatan nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari, masalah nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik teratasi, sedangkan risiko infeksi teratasi sebagian. Adapun Kesimpulan dalam Karya Tulis Ilmiah Asuhan keperawatan yang diberikan pada Ny. P dengan *post sectio caesarea* akibat ketuban pecah dini dan kehamilan gemeli telah terlaksana sesuai perencanaan yang telah dirancang sebelumnya. Penerapan prosedur keperawatan, termasuk perawatan luka dan mobilisasi, berjalan efektif untuk mendukung pemulihan pasien. Selain itu, dukungan emosional dan motivasi dari keluarga terbukti berperan penting dalam mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan kenyamanan pasien selama masa perawatan.

Kata Kunci: Asuhan keperawatan, *sectio caesarea*, kehamilan gemeli.

Daftar pustaka : 52 buah (2015-2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini sesuai batas waktu yang telah diberikan kepada penulis. Penyusunan Karya Tulis ini merupakan tugas dan salah satu syarat yang menunjang kelulusan dari program pendidikan Diploma D III di STIKes Karsa Husada Garut, dengan judul yang diambil untuk Karya Tulis ini adalah : Asuhan Keperawatan pada Ny. P_{3A0} *Post Sectio caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dengan Kehamilan Gemeli di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Selama pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak menghadapi kendala dan hambatan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak maka kendala tersebut dapat dilewati sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr.H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua pengurus 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 Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Ibu Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si, selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, dan bantuan kepada penulis dalam melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepada Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga dan mendidik penulis selama 3 tahun.
7. Kepala ruangan beserta staf ruangan dan CI di Ruang Agate Bawah di RSUD. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan dalam melakukan asuhan keperawatan.
8. Kepada Ayah Tercinta Ayah Obar Zaenal (Alm) rasa sayang kepada beliau tidak pernah berkurang saat mengingat kejadian itu sampai saat inipun masih tidak percaya. Alhamdulillah kini penulis bisa berada ditahap ini sebagaimana perwujudan terakhir sebelum benar-benar pergi. Meskipun pada akhirnya harus melewati perjalanan ini tanpa ditemani beliau. Terimakasih untuk selalu mengajarkan tetap kuat dan sabar. Rasa iri dan rindu yang tak tersampaikan pelukan yang tak ada balasan sering membuat saya terjatuh tapi itu semua tidak mengurangi rasa bangga dan terimakasih atas kehidupan yang ayah berikan.
9. Secara khusus kepada Ibu tercinta Ibu Atin Supriatin perempuan hebat yang menjadi tulang punggung keluarga sekaligus menjalankan dua peran orang tua bagi anak-anaknya. Terimakasih sudah melahirkan, merawat dan membesarkan dengan penuh kasih sayang dan selalu berjuang supaya bisa tumbuh dewasa dan bisa berada pada saat posisi ini.

10. Kepada ketiga adik kesayangan penulis Nabila Putria, Amira Rahmadani dan Fazril Alfarizi yang selalu memberikan dukungan moril dan motivasi dan mendoakan penulis.
11. Kepada sahabat penulis di bangku perkuliahan yang selalu kebersamaan dalam tiga tahun ini yaitu : Herlina Nur Sakinah, Windi Yuliani, Lia Aprilia, Winda Widayawati dan Salwa Farisa yang banyak membantu penulis dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah dan tak pernah henti saling menyemangati.
12. Kepada teman-teman terbaikku, Wina Siti Maspupah, Mira Julianda, Noor Tsina Apriliani, Reza Azzahra, Anisa Siti Nurhasanah, Salwa Audia Pega, Shintia Alivia Nazwa, Akmal Mustofa dan Jafar. Terima kasih karena telah hadir dan menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis, yang telah berkontribusi banyak dari awal hingga akhir penulisan, memberikan semangat, mendukung, menghibur, mendengarkan keluh kesah dan selalu ada untuk penulis, baik dalam suka maupun duka.
13. Kepada seseorang yang tidak kalah penting kehadirannya, yaitu pemilik nama dari Akhli Sidqi Alwafa. Terima kasih telah menjadi bagian dalam proses perjalanan penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah. Berkontribusi baik tenaga, waktu, menemani, mendukung, serta menghibur penulis dalam kesedihan, mendengarkan keluh kesah dan meyakinkan penulis untuk pantang menyerah hingga penyusunan skripsi ini terselesaikan.
14. Kepada klien Ny. P dan keluarganya selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerja sama selama melakukan asuhan keperawatan.

15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyajikan Karya tulis Ilmiah ini sudah berupaya untuk menuliskan dengan baik, akan tetapi "tidak ada gading yang tidak retak", maka dengan kerendahan hati penulis sangat menerima kritik dan saran yang membangun untuk penyempurnaan penulisan dikemudian hari.

Semoga Karya Tulis ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya pembaca. Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih dan salam sejahtera untuk kita semua.

Garut, Juni 2025

Ulfah Aulia Rahmayanti

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Metode dan Teknik Pengumpulan Data.....	6
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini	8
1. Definisi.....	8
2. Etiologi.....	9
3. Tanda dan Gejala	11
4. Klasifikasi Ketuban Pecah Dini	11
5. Komplikasi.....	12
B. Konsep Dasar Gemeli	13
1. Definisi.....	13
2. Etiologi.....	13
3. Diagnosis.....	14
4. Penatalaksanaan	14
C. Konsep Dasar <i>Sectio caesarea</i>	15
1. Definisi.....	15
2. Etiologi.....	16
3. Komplikasi.....	17
4. Pemeriksaan Penunjang	19

5. Penatalaksanaan	19
6. Dampak <i>Sectio caesarea</i> terhadap Kebutuhan Dasar Manusia.....	21
7. Patofisiologi	25
8. <i>Pathway Post Sectio Caesarea</i>	27
D. Konsep Dasar Masa Nifas/Post Partum.....	28
1. Definisi.....	28
2. Perubahan Fisiologis	28
3. Perubahan Psikologis	32
4. Tahapan Post Partum	33
E. Konsep Dasar Keperawatan	34
1. Pengkajian Keperawatan.....	34
2. Diagnosa Keperawatan	52
3. Intervensi Keperawatan.....	53
4. Implementasi Keperawatan.....	64
5. Evaluasi Keperawatan.....	64
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	65
A. Tinjauan Kasus	65
1. Pengkajian.....	65
2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas	78
3. Proses Keperawatan (Tahap Diagnosa, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi)	80
4. Catatan Perkembangan.....	88
B. Pembahasan.....	93
1. Tahap Pengkajian.....	94
2. Tahap Diagnosa	95
3. Tahap Perencanaan	101
4. Tahap Pelaksanaan.....	103
5. Tahap Evaluasi.....	104
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	106
A. Kesimpulan.....	106
B. Rekomendasi	107
DAFTAR PUSTAKA.....	109
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Perbandingan Kejadian Kasus SC di RSUD dr. Slamet Garut	3
Tabel 2. 1 Analisa Data.....	48
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan Tingkat Nyeri	54
Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan Dukungan Mobilisasi	56
Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan Pencegahan Infeksi	57
Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan Dukungan Tidur	58
Tabel 2. 6 Intervensi Keperawatan Edukasi Menyusui.....	59
Tabel 2. 7 Intervensi Keperawatan Edukasi Kesehatan	61
Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan Reduksi Ansietas.....	62
Tabel 3. 1 Riwayat Persalinan Dahulu	67
Tabel 3. 2 Pola Aktivitas Sehari-hari	75
Tabel 3. 3 Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium).....	76
Tabel 3. 4 Terapi Medis	76
Tabel 3. 5 Analisa Data.....	77
Tabel 3. 6 Proses Keperawatan	80
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan.....	88

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway <i>Post Sectio caesarea</i>	27
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN I : SAP LEAFLET MOBILISASI PASCA *SECTIO*
CAESAREA
- LAMPIRAN II : SAP LEAFLET KEBUTUHAN NUTRISI PADA IBU
POST PARTUM
- LAMPIRAN III : LEMBAR BIMBINGAN
- LAMPIRAN IV : DAFTAR RIWAYAT HIDUP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan dan kelahiran adalah proses alami dalam tubuh seorang perempuan, di mana bayi, plasenta, dan selaput ketuban dikeluarkan dari rahim melalui jalan lahir. Setiap perempuan yang akan melahirkan tentu berharap prosesnya berjalan lancar dan bayinya lahir dengan sehat. Namun, kenyataannya tidak semua persalinan berlangsung tanpa kendala atau bahkan dapat menyebabkan kematian. Angka Kematian Ibu (AKI) di seluruh dunia menurut World Health Organization (WHO) tahun 2020 sebanyak 295.000 kematian (WHO, 2021). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2020 menunjukkan peningkatan sebanyak 4.627 kematian. Jumlah tersebut mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2019 sebanyak 4.221 kematian (Kemenkes RI, 2021). Berdasarkan catatan dari Dinas Kesehatan Jawa Barat, jumlah AKI pada tahun 2020 sebesar 416 kasus (Dinkes Jabar, 2021). Sedangkan jumlah Angka kematian ibu di Kabupaten Garut pada tahun 2021 mencapai 112 kasus sebagian besar kematian ibu disebabkan 18,8% perdarahan pasca persalinan, hipertensi dalam kehamilan 17%, infeksi 9% dan penyebab lainnya 9,8% (Dinkes Kabupaten Garut, 2021).

Dalam beberapa kasus diatas ada beberapa proses melahirkan menghadapi hambatan yang mengharuskan tindakan operasi, baik demi keselamatan ibu dan bayinya maupun karena pilihan pribadi sang ibu

(Eriyani, et al., 2021). Persalinan *sectio caesarea* (SC) adalah prosedur operasi untuk mengeluarkan bayi melalui sayatan pada perut dan rahim ibu. Tindakan ini biasanya dilakukan atas dasar pertimbangan medis, baik dari kondisi ibu maupun janin. Beberapa alasan umum meliputi posisi janin yang tidak normal, plasenta previa, ketuban pecah dini atau kondisi lain yang bisa membahayakan keselamatan ibu dan bayinya (Hayati, N. et al., 2023). Komplikasi persalinan *sectio caesarea* antara lain adalah terjadinya infeksi puerperal (nifas) seperti terjadinya peningkatan suhu tubuh dalam beberapa hari pada periode masa nifas,, seperti peritonitis, sepsis, pada masa nifas terjadi komplikasi perdarahan, komplikasi pada daerah luka kandung kemih, embolisme paru-paru.

Ketuban pecah dini adalah kondisi selaput ketuban pecah sebelum adanya tanda persalinan (Indrasuari, Pariartha, dan Wijaya 2023). Menurut Khazaeni & Khazaeni, 2022 faktor risiko utama terjadinya ketuban pecah dini yaitu terdapat riwayat ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya, perdarahan pervaginam trimester II atau III, overdistensi uterus, kurangnya mengkonsumsi makanan yang mengandung tembaga dan asam askrobat, indeks massa tubuh rendah status social ekonomi rendah, merokok, menggunakan obat-obatan terlarang, kehamilan kembar, polihidramnion.

Kehamilan kembar (gemeli) adalah suatu kehamilan dengan dua atau lebih janin (Wiknjosastro, 2016). Pada kehamilan ganda biasanya terjadi pembesaran uterus yang lebih besar dibanding dengan kehamilan tunggal, hal ini mengakibatkan terjadinya ketegangan rahim yang dapat

merangsang pecahnya selaput ketuban (Mansjoer, 2016). Menurut Khazaeni & Khazaeni (2022) komplikasi yang dapat terjadi yaitu risiko infeksi pada janin dan ibu, kematian perinatal, sindrom gangguan pernapasan pada bayi, perdarahan intraventikular, hipoplasia paru janin, risiko melahirkan dengan operasi caesar.

Bagi ibu yang melahirkan melalui operasi caesar (SC), masa pemulihan bisa lebih kompleks. Beberapa risiko yang mungkin terjadi setelah operasi meliputi perdarahan di area luka, reaksi alergi terhadap obat (misalnya mual atau gatal), cedera akibat tindakan operasi, infeksi pada bekas luka, terbentuknya gumpalan darah di rahim atau perut, hingga komplikasi pada kehamilan berikutnya, seperti perlengketan rahim dan meningkatnya risiko rahim robek (ruptur uteri) (Tim Siloam Hospitals, 2023).

Berdasarkan rekam medis di RSUD Dr. Slamet pada bulan Januari-April 2025, data presentasi persalinan *sectio caesarea* di RSUD Dr. Slamet Garut disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 1. 1
Perbandingan Kejadian Kasus SC atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dengan Kasus SC lainnya di RSUD dr. Slamet Garut dari bulan Januari-April 2025

NO	KASUS	JUMLAH	PERSENTASE
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 Plasenta Previa Totalis	38	4,78%

NO	KASUS	JUMLAH	PERSENTASE
6.	SC Indikasi Gawat Janin	33	4,15%
7.	SC Indikasi Plasenta Previa Marginalis	2	0,25%
8.	SC Indikasi Presentasi Dagu	1	0,12%
TOTAL		794	100%

Sumber : (Buku Register Pasien RSUD Dr. Slamet Garut)

Dari hasil pengumpulan data, tercatat ada 794 tindakan operasi caesar (SC) yang dilakukan. Dari jumlah tersebut, 214 kasus atau sekitar 26,95% disebabkan oleh Ketuban Pecah Dini (KPD). Kondisi ini menjadi penyebab ketiga terbanyak dilakukannya SC, setelah preeklampsia berat (PEB). Temuan ini menunjukkan bahwa KPD merupakan salah satu faktor penting yang turut menyumbang tingginya angka persalinan melalui operasi caesar. Berdasarkan hal tersebut, KPD dapat menimbulkan berbagai komplikasi serius bagi ibu dan bayi, seperti kelahiran prematur, kematian janin, sindrom gangguan pernapasan, hingga perdarahan intraventrikular. Komplikasi-komplikasi ini dapat meningkatkan risiko kesakitan dan kematian selama masa kehamilan, persalinan, hingga masa nifas.

Oleh karena itu maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan komprehensif pada klien *post sectio caesarea* dengan menggunakan proses keperawatan dan didokumentasikan dalam Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. P (P₃ A₀) POST SECTIO CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEHAMILAN GEMELI DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT”**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada ibu dengan *post sectio caesarea* atas indikasi KPD secara langsung dan komprehensif meliputi aspek Bio-Psiko-Sosial dan Spiritual.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian yang meliputi aspek biopsiko-sosial dan spiritual pada Ny. P (P₃ A₀) dengan *post sectio caesarea* atas indikasi KPD
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Ny. P (P₃ A₀) dengan *post sectio caesarea* atas indikasi KPD
- c. Penulis mampu membuat rencana asuhan keperawatan pada Ny. P (P₃ A₀) dengan *post sectio caesarea* atas indikasi KPD
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. P (P₃ A₀) dengan *post sectio caesarea* atas indikasi KPD
- e. Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny. P (P₃ A₀) dengan *post sectio caesarea* atas indikasi KPD
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. P (P₃ A₀) dengan *post sectio caesarea* atas indikasi KPD

C. Metode dan Teknik Pengumpulan Data

Metode penulisan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah dengan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus, sedangkan teknik pengumpulan data pada studi kasus ini :

1. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan cara menggali informasi tentang keluhan dan keselamatan dilakukan pada klien dan keluarga.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pemeriksaan pada klien dari ujung kepala sampai telapak kaki.

3. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang perkembangan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

4. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mempelajari data-data klien, seperti data hasil laboratorium, data-data penunjang lain dan dokumentasi keperawatan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan sebelumnya.

5. 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

Sistematika laporan studi kasus ini terdiri dari 4 BAB dengan sistematika penulisan sebagai berikut :

BAB I yang menjelaskan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II Bab menjelaskan mengenai Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini, Konsep Dasar Gemeli, Konsep Dasar *Sectio caesarea* dan Konsep Dasar Post Partum serta Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.

BAB III menjelaskan tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan serta pembahasan permasalahan yang muncul dalam proses pemberian asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB IV berisi tentang kesimpulan dan rekomendasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

1. Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum proses persalinan dimulai. Jika kondisi ini terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu, maka disebut sebagai KPD preterm. Sementara itu, pada kehamilan cukup bulan, yaitu antara usia kehamilan 37 hingga 42 minggu, ketuban biasanya baru pecah menjelang atau saat persalinan dimulai (Negara, 2021).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah kondisi di mana selaput ketuban robek sebelum proses persalinan dimulai. Hal ini bisa terjadi saat ibu berada dalam fase laten persalinan, bahkan bisa muncul sejak trimester kedua maupun ketiga kehamilan. KPD biasanya ditandai dengan pecahnya ketuban dalam waktu satu jam, namun saat dilakukan pemeriksaan, belum ditemukan tanda-tanda persalinan aktif, seperti pembukaan jalan lahir (Nikmathul Ali et al., 2021).

Ketuban pecah dini (KPD) adalah kondisi di mana ketuban pecah sebelum proses persalinan dimulai, biasanya saat pembukaan serviks masih kurang dari 4 cm atau masih dalam fase laten. KPD bisa terjadi menjelang akhir masa kehamilan atau bahkan jauh sebelum waktu melahirkan. Jika ketuban pecah terjadi sebelum usia

kehamilan mencapai 37 minggu, kondisi ini disebut sebagai *premature rupture of membranes* (PROM) prematur. Sementara itu, PROM yang berlangsung lebih dari 12 jam sebelum persalinan dimulai dikenal sebagai PROM yang berkepanjangan (Zamilah et al., 2020).

Jadi dapat disimpulkan dari beberapa pengertian diatas bahwa Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah kondisi saat air ketuban keluar sebelum persalinan dimulai, biasanya saat bukaan masih di bawah 4 cm. KPD bisa terjadi di trimester kedua atau ketiga. Jika terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu, disebut PPROM. Bila ketuban pecah lebih dari 12 jam tanpa tanda persalinan, disebut PROM berkepanjangan. Kondisi ini berisiko bagi ibu dan bayi, sehingga perlu penanganan segera.

2. Etiologi

Faktor yang menyebabkan kejadian ketuban pecah dini antara lain: (Aspiani & Reny, 2017)

a. Infeksi

Ketuban pecah dini dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Salah satunya adalah infeksi, baik pada selaput ketuban, vagina, maupun cairan ketuban itu sendiri. Selain itu, kondisi serviks yang lemah atau tidak menutup dengan baik juga bisa memicu KPD.

b. Tekanan berlebih dalam Rahim

- 1) Trauma (misalnya saat berhubungan seksual atau amniosintesis)
- 2) Kehamilan ganda/kembar yang menyebabkan rahim terlalu meregang, dapat membuat selaput ketuban menjadi lebih tipis dan mudah pecah.
- 3) Posisi janin yang tidak normal, seperti sungsang atau melintang, juga meningkatkan risiko karena tekanan pada bagian bawah rahim menjadi lebih besar.

c. Terjadi infeksi di area saluran reproduksi, salah satunya infeksi saluran kemih (Arif & Kurnia, 2021).

d. Faktor sosial juga berperan, seperti kebiasaan mengonsumsi alkohol serta kondisi ekonomi yang kurang memadai (Arif & Kurnia, 2021).

e. Adanya ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan panggul ibu (sefalopelvik disproporsi), ditambah posisi janin yang tidak normal, menyebabkan kepala janin belum masuk ke rongga panggul. Akibatnya, selaput ketuban yang paling bawah langsung tertekan oleh tekanan dalam rahim (Arif & Kurnia, 2021).

3. Tanda dan Gejala

Menurut Sunarti (2017), beberapa tanda dan gejala KPD yang dapat dikenali antara lain:

- a. Keluarnya cairan dari vagina, yang bisa terjadi saat ibu tidur, duduk, berdiri, atau berjalan. Cairan ini bisa berwarna putih, keruh, bening, hijau, atau mengandung mekonium (kotoran janin).
- b. Demam, yang biasanya muncul jika ketuban sudah pecah cukup lama dan menyebabkan infeksi.
- c. Perdarahan dari vagina, yang bisa banyak dan mengindikasikan kondisi serius seperti plasenta previa (plasenta menutupi jalan lahir) atau solusio plasenta (plasenta terlepas dari dinding rahim).
- d. Nyeri perut atau kram, akibat kontraksi yang muncul setelah ketuban pecah.
- e. Denyut jantung janin meningkat, yang bisa menjadi tanda bahwa janin mengalami stres akibat infeksi.

4. Klasifikasi Ketuban Pecah Dini

Menurut Ernawati (2020), ketuban pecah dini diklasifikasikan berdasarkan usia kehamilan:

- a. Ketuban pecah dini (PROM) terjadi ketika selaput ketuban pecah saat usia kehamilan sudah cukup bulan (aterm), tetapi sebelum proses persalinan dimulai.

- b. Ketuban pecah prematur (PPROM) adalah kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum kehamilan mencapai usia 37 minggu, atau dengan kata lain terjadi sebelum waktunya dan saat kehamilan masih prematur.

5. Komplikasi

Menurut Sunarti (2017), ketuban pecah dini dapat menyebabkan berbagai risiko bagi ibu dan bayi:

a. Bagi Ibu:

- 1) Infeksi saat persalinan dan masa nifas
- 2) Volume air ketuban menjadi sedikit atau bahkan habis
- 3) Persalinan berlangsung lebih lama
- 4) Risiko perdarahan setelah melahirkan
- 5) Ibu harus menjalani persalinan dengan operasi caesar dan berpotensi meningkatkan angka kematian ibu.

b. Bagi Janin:

- 1) Kelahiran prematur yang berisiko menyebabkan gangguan pernapasan, suhu tubuh rendah
- 2) Anemia, infeksi berat (sepsis), kekurangan oksigen (hipoksia), tali pusat turun (prolaps funikuli)
- 3) Rendahnya skor APGAR

B. Konsep Dasar Gemeli

1. Definisi

Gemeli adalah kehamilan yang terjadi ketika seorang ibu mengandung dua janin dalam satu waktu. Jika kehamilan berasal dari satu sel telur yang membelah menjadi dua, disebut gemeli monozigot biasanya dikenal sebagai bayi kembar identik. Sekitar sepertiga dari kehamilan kembar termasuk dalam jenis ini. Sementara itu, sekitar dua pertiga lainnya disebut gemeli dizigot, yaitu kehamilan dari dua sel telur yang dibuahi secara terpisah. Jenis ini dikenal sebagai kembar fraternal atau tidak identik (Sari et al., 2020).

2. Etiologi

Secara umum, kehamilan kembar (gemeli) lebih sering terjadi karena pembuahan dua sel telur oleh dua sperma, yang dikenal sebagai kembar dizigot atau tidak identik. Sementara itu, kembar identik (monozigot), yang berasal dari satu sel telur dan satu sperma, terjadi lebih jarang. Kehamilan gemeli juga bisa dipengaruhi oleh faktor luar, baik secara langsung seperti penggunaan obat perangsang ovulasi, maupun tidak langsung akibat efek samping dari obat tertentu (Sari et al., 2020).

3. Diagnosis

Palpasi atau perabaan perut ibu hamil bisa digunakan untuk mendeteksi kehamilan kembar (gemeli) dengan tingkat akurasi sekitar 75%. Namun, keakuratannya sangat bergantung pada usia kehamilan, posisi dan ukuran janin, jumlah air ketuban, serta kekencangan dinding perut ibu. Selain palpasi, metode diagnosis lainnya mencakup pengambilan riwayat, pemeriksaan fisik (inspeksi dan auskultasi), serta pemeriksaan penunjang seperti radiologi, USG, dan tes laboratorium yang dilakukan selama masa kehamilan.

Kehamilan kembar cenderung menyebabkan persalinan terjadi lebih awal dari waktu seharusnya. Rata-rata, bayi kembar lahir pada usia kehamilan sekitar 35 minggu. Ada tiga komplikasi utama yang sering muncul pada kehamilan gemeli, yaitu:

- a. Kontraksi rahim yang terjadi lebih awal,
- b. Serviks (leher rahim) tidak mampu mempertahankan kehamilan, dan
- c. Ketuban pecah sebelum waktunya (Sari et al., 2020).

4. Penatalaksanaan

Kehamilan gemeli memerlukan perhatian dan penatalaksanaan yang lebih intensif dibandingkan kehamilan tunggal karena risiko komplikasi lebih tinggi. Pemantauan antenatal dilakukan lebih sering dengan pemeriksaan USG berkala untuk

menilai pertumbuhan janin, jumlah cairan ketuban, serta posisi plasenta. Kebutuhan nutrisi ibu ditingkatkan, termasuk pemberian suplementasi zat besi dan asam folat untuk mencegah anemia.

Deteksi dini komplikasi seperti preeklamsia, persalinan prematur, dan polihidramnion menjadi fokus utama, disertai edukasi kepada ibu mengenai tanda bahaya kehamilan. Perencanaan persalinan disesuaikan dengan kondisi janin dan ibu, dengan sectio caesarea sebagai pilihan jika terdapat risiko tinggi. Setelah persalinan, pemantauan ketat pada ibu dan bayi dilakukan, serta edukasi diberikan untuk perawatan luka, menyusui bayi kembar, dan dukungan keluarga dalam proses pemulihan.

C. Konsep Dasar *Sectio caesarea*

1. Definisi

Operasi caesar (*sectio caesarea*) adalah prosedur persalinan di mana bayi dilahirkan melalui sayatan pada perut (abdomen) dan rahim (uterus) ibu (Wulandari et al., 2018).

Operasi caesar (*sectio caesarea*) adalah metode persalinan di mana bayi dilahirkan melalui sayatan pada bagian perut ibu. Prosedur ini termasuk salah satu bentuk intervensi medis dalam pelayanan kesehatan ibu, yang memiliki kaitan erat dengan angka kesakitan dan kematian pada ibu maupun bayi (Wardhana et al., 2022).

2. Etiologi

Menurut Ansori (2022), terdapat dua penyebab utama dilakukannya operasi *caesar* (*sectio caesarea*), yaitu faktor dari ibu dan dari bayi:

a. Faktor dari ibu

Beberapa kondisi pada ibu yang dapat menjadi alasan dilakukannya operasi caesar antara lain adalah:

- 1) Primigravida (kehamilan pertama) dengan posisi janin yang tidak normal.
- 2) Ibu yang baru pertama kali melahirkan (primipara) di usia yang lebih tua dan mengalami kelainan letak janin.
- 3) Ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan panggul ibu (CPD – cephalopelvic disproportion).
- 4) Riwayat kehamilan atau persalinan yang buruk.
- 5) Panggul sempit atau tidak proporsional.
- 6) Placenta previa, terutama pada kehamilan pertama.
- 7) Solusio plasenta (tingkat I hingga III).
- 8) Kehamilan yang disertai komplikasi atau penyakit seperti gangguan jantung atau diabetes.
- 9) Hambatan dalam proses persalinan seperti adanya kista ovarium atau mioma uteri.

Selain itu, beberapa kondisi medis lain yang menjadi indikasi operasi caesar meliputi preeklampsia berat (PEB), ketuban pecah dini (KPD), dan hambatan pada jalan lahir.

b. Faktor dari bayi

Dari sisi bayi, alasan operasi caesar bisa meliputi:

- 1) Ukuran bayi yang terlalu besar (giant baby).
- 2) Tanda-tanda janin dalam keadaan gawat atau stres (fetal distress).
- 3) Posisi janin tidak normal seperti sungsang.
- 4) Masalah pada tali pusat, seperti lilitan atau posisi abnormal.
- 5) Kehamilan ganda atau biasa disebut kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih dalam satu rahim dengan satu atau dua plasenta

3. Komplikasi

Menurut Yuhana dan Tuti Farida (2022), operasi *caesar* (SC) dapat menimbulkan berbagai komplikasi, baik bagi ibu maupun bayi.

Berikut ini penjelasannya:

a. Komplikasi pada Ibu:

- 1) Infeksi masa nifas (puerperal infection)

Infeksi ini bisa ringan, seperti demam selama beberapa hari setelah melahirkan, atau bisa berat, seperti peritonitis

(radang pada lapisan perut), sepsis, dan infeksi serius lainnya.

2) Perdarahan

Pendarahan dapat terjadi selama operasi, terutama jika pembuluh darah arteri ikut terbuka, atau karena kondisi rahim yang tidak berkontraksi dengan baik (atonia uteri).

3) Komplikasi lainnya

Meskipun jarang, beberapa komplikasi lain yang mungkin terjadi termasuk cedera pada kandung kemih, emboli paru (penyumbatan pembuluh darah di paru-paru), dan sebagainya.

4) Masalah pada kehamilan berikutnya

Salah satu komplikasi yang bisa muncul setelah operasi adalah melemahnya dinding rahim. Hal ini berisiko menyebabkan robekan rahim (ruptur uteri) pada kehamilan berikutnya, terutama jika operasi caesar sebelumnya dilakukan dengan teknik klasik.

b. Komplikasi pada Bayi:

Kondisi bayi yang dilahirkan melalui operasi caesar sangat tergantung pada alasan medis yang mendasari keputusan operasi tersebut. Dengan kata lain, komplikasi yang dialami bayi umumnya berkaitan dengan situasi darurat atau masalah

kesehatan yang sudah ada sebelum atau saat persalinan berlangsung.

4. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan hemoglobin atau hematokrit. Untuk melihat apakah ada penurunan kadar darah setelah operasi dan untuk menilai seberapa banyak darah yang hilang.
 - b. Pemeriksaan jumlah sel darah putih (leukosit). Untuk mendeteksi apakah ada infeksi dalam tubuh.
 - c. Tes golongan darah, waktu perdarahan, dan waktu pembekuan darah. Untuk mengetahui jenis darah pasien dan memastikan kemampuan tubuh dalam menghentikan perdarahan dengan normal.
 - d. Pemeriksaan urin atau kultur urin. Untuk memeriksa adanya infeksi saluran kemih atau kelainan lainnya dalam urin.
 - e. Pemeriksaan kadar elektrolit dalam darah. Untuk memastikan keseimbangan zat-zat penting dalam tubuh seperti natrium, kalium, dan lainnya yang memengaruhi fungsi organ vital.
- (Hijratun, 2021)

5. Penatalaksanaan

a. Pemberian Cairan Infus

Selama 24 jam pertama pasca operasi, pasien belum diperbolehkan makan atau minum, sehingga cairan infus seperti glukosa 10%, garam fisiologis, dan Ringer Laktat diberikan

untuk mencegah dehidrasi dan menjaga keseimbangan tubuh. Jika Hb rendah, transfusi darah dapat diberikan sesuai kebutuhan.

b. Pola Makan (Diet)

Setelah pasien bisa buang angin (flatus), cairan infus biasanya dihentikan dan mulai diberi minum serta makan lewat mulut. Sekitar 6–10 jam pasca operasi, pasien sudah boleh minum dalam jumlah sedikit seperti air putih atau teh manis.

c. Kateterisasi

Kateter dipasang selama 24–48 jam (atau lebih lama tergantung kondisi), untuk mencegah penumpukan urin yang bisa menghambat kontraksi rahim dan memicu perdarahan.

d. Pemberian Obat

Obat-obatan yang diberikan meliputi antibiotik, pereda nyeri (seperti parasetamol, tramadol, atau supositoria ketoprofen), dan vitamin untuk pemulihan kondisi tubuh.

e. Perawatan Luka

Luka operasi diperiksa sejak hari pertama. Jika balutan basah atau berdarah, harus segera diganti.

f. Perawatan Rutin

Pemantauan tanda vital seperti suhu tubuh, tekanan darah, nadi, dan pernapasan dilakukan secara berkala.

g. Perawatan Payudara

Jika ibu menyusui, ASI bisa diberikan sejak hari pertama pasca operasi. Bila tidak menyusui, payudara dapat dibalut untuk mengurangi rasa nyeri dan mencegah pembengkakan. (Octaviasari, 2023).

6. Dampak *Sectio caesarea* terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan fisiologis merupakan tingkat paling dasar dari kebutuhan manusia yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan lainnya. Berbagai kondisi fisiologis dapat memengaruhi keseimbangan kebutuhan ini, terutama pada ibu nifas pasca-*sectio caesarea*, yang mengalami perubahan fisiologis akibat prosedur bedah.

a. Rasa aman dan nyaman

Luka pasca operasi yang signifikan pada dinding perut dan rahim dapat menyebabkan nyeri, yang merupakan respons tubuh terhadap kerusakan jaringan. Nyeri ini umumnya muncul 12 hingga 36 jam setelah operasi dan cenderung membaik pada hari ketiga pasca operasi (Dewi, Nunung, & Astri, 2019).

b. Nutrisi

Pasien pasca-*sectio caesarea* mengalami perubahan dalam sistem pencernaan, memerlukan waktu 3 hingga 4 hari untuk pemulihan nafsu makan sebelum fungsi usus kembali normal. Penurunan kadar estrogen dan progesteron setelah melahirkan

juga berkontribusi pada penurunan asupan makanan selama satu hingga dua hari. Nutrisi yang memadai sangat penting untuk mendukung penyembuhan luka dan produksi ASI (Lulia, 2020).

c. Keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa

Sekitar 24 hingga 40 jam setelah operasi, tubuh menahan cairan akibat stimulasi hormon anti-diuretik sebagai respons terhadap trauma dan anestesi. Kekurangan kalium dan natrium dapat terjadi akibat kehilangan cairan elektrolit dan darah selama prosedur, sehingga terapi elektrolit seperti ringer laktat diperlukan untuk menjaga keseimbangan cairan dan mencegah dehidrasi serta infeksi (Lowdermik, 2015).

d. Oksigenasi

Ibu pasca-*sectio caesarea* mungkin mengalami penurunan saturasi oksigen dan peningkatan frekuensi pernapasan akibat penurunan fungsi paru selama operasi dan penumpukan sekret di saluran napas. Hal ini dapat menyebabkan ketidaknyamanan, seperti keinginan untuk batuk, serta penurunan saturasi oksigen (Silfianingsih, 2022).

e. Istirahat dan tidur

Kebutuhan tidur ibu pasca-*sectio caesarea* sering kali tidak terpenuhi, terutama karena nyeri. Idealnya, ibu memerlukan sekitar 8 jam tidur malam dan 1 jam tidur siang. Ketidacukupan

tidur dapat memengaruhi produksi ASI, memperlambat involusi uteri, dan meningkatkan stres (Puspita & Dwi, 2015).

f. Mobilisasi dan aktivitas fisik

Mobilisasi post sectio caesarea merupakan suatu pergerakan, posisi dengan post sectio caesarea untuk memulihkan fungsi tubuh seperti peristaltic usus, sirkulasi darah, mengurangi rasa nyeri, dan meningkatkan toleransi otot perut (Heriyani, 2017) .

Pelaksanaan atau Tahapan-tahapan Mobilisasi Dini Tahap tahap mobilisasi dini pada ibu post sectio caesarea sebagai berikut (Nisa Afina et al., 2020).

- 1) Pada 6-12 jam, ibu diharuskan untuk bisa miring ke kiri dan ke kanan.
- 2) Kemudian pada 12-24 jam pertama ibu dilatih untuk dapat mulai latihan duduk.
- 3) Setelah 24 jam pasien bisa duduk, lalu diajarkan untuk berlatih berjalan.

g. Eliminasi urin dan fekal

1) Buang Air Kecil (BAK)

Pasca persalinan, kapasitas kandung kemih meningkat, dan trauma jaringan di sekitar uretra dapat menghambat fungsi kandung kemih. Distensi berlebihan dapat menyebabkan perdarahan dan kerusakan lebih lanjut,

dengan pemulihan biasanya terjadi dalam 5 hingga 7 hari (Wahyuningsih, 2019).

2) Buang Air Besar (BAB)

Fisiologis, tekanan pada alat pencernaan dapat menyebabkan konstipasi akibat pengeluaran cairan berlebih selama persalinan (Asriani & Sartika, 2023).

h. Kebersihan dan perawatan diri

Ibu dengan luka pasca-*sectio caesarea* sering kali mengalami nyeri, yang menghambat kemampuan mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti mandi dan perawatan diri. Oleh karena itu, dukungan dari keluarga atau perawat sangat diperlukan untuk menjaga kebersihan dan mengurangi risiko infeksi (Dian & Grasiana, 2022).

i. Integritas kulit dan penyembuhan luka

Sectio caesarea melibatkan pembedahan untuk melahirkan janin, yang merusak jaringan dan memerlukan waktu pemulihan sekitar enam hingga delapan minggu (Eva, 2022).

j. Kebutuhan psikososial

Komplikasi pasca-*sectio caesarea* dapat menyebabkan stres pada ibu akibat perubahan bentuk tubuh. Dukungan keluarga sangat penting untuk mengurangi stres, yang dapat memengaruhi produksi ASI dan berpotensi menyebabkan post partum blues jika tidak ditangani (Agustin, 2022).

k. Kebutuhan seksual

Dalam beberapa budaya dan agama, hubungan seksual dilarang selama 40 hari atau enam minggu setelah melahirkan, meskipun keputusan tersebut tergantung pada pasangan. Secara medis, hubungan seksual selama masa nifas dapat berisiko, termasuk potensi emboli dan infeksi rahim (Gustrii, 2022).

7. Patofisiologi

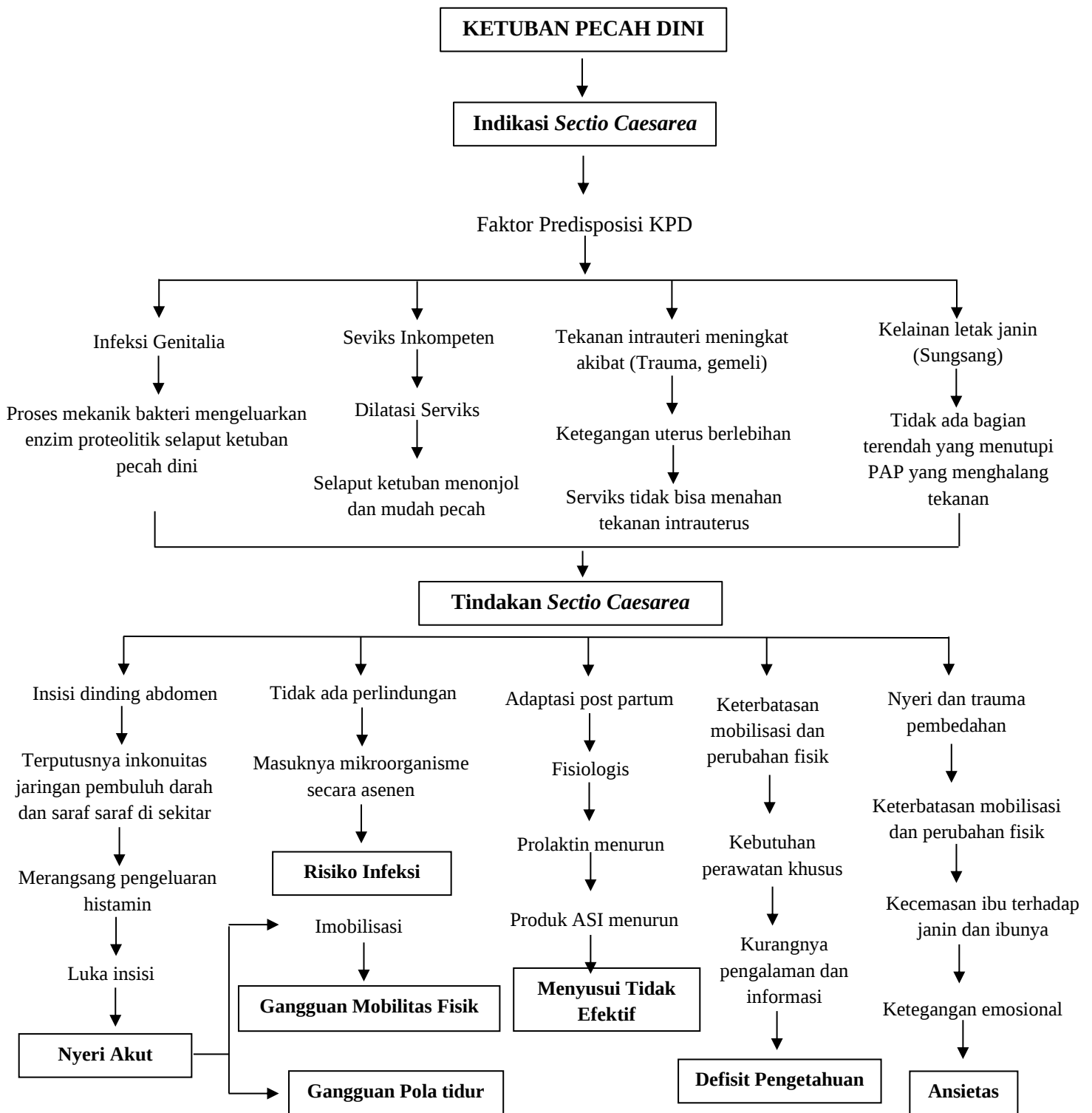
Ketuban Pecah Dini (KPD) terjadi ketika ketuban pecah sebelum waktunya, biasanya akibat lemahnya membran ketuban, meningkatnya tekanan dalam rahim, atau kombinasi keduanya. Tekanan intrauterin yang tinggi dapat mempercepat pecahnya ketuban, terutama jika jaringan ikat dan aliran darah ke selaput ketuban tidak memadai, sehingga membran menjadi rapuh dan air ketuban mudah keluar.

Selama persalinan, ketuban umumnya pecah akibat kontraksi dan peregangan yang terus-menerus, namun biasanya hanya pada area tertentu yang mengalami perubahan biokimia dan menjadi lemah.

Keseimbangan antara pembentukan dan pemecahan matriks ekstraseluler menjaga kekuatan ketuban. Gangguan pada struktur jaringan, jumlah sel, atau proses pemecahan kolagen dapat membuat

selaput ketuban lebih rentan pecah. Faktor seperti pembesaran rahim, kontraksi, dan gerakan janin turut memengaruhi hal ini.

Pada kehamilan kembar (gemeli), risiko KPD lebih tinggi karena rahim membesar lebih cepat dan tekanan intrauterin meningkat. Volume air ketuban yang lebih besar dan gerakan janin yang lebih aktif juga menambah beban pada selaput ketuban, yang jika disertai kelemahan struktural di akhir kehamilan, dapat memicu pecahnya ketuban lebih awal (Prawirohardjo, 2016)

8. Pathway *Post Sectio Caesarea*Bagan 2.1 Pathway *post sectio caesarea*

(Sumber : SDKI, 2019)

D. Konsep Dasar Masa Nifas/Post Partum

1. Definisi

Masa post partum, atau yang juga dikenal sebagai masa nifas (puerperium), adalah periode selama sekitar enam minggu setelah melahirkan, di mana tubuh ibu terutama organ reproduksi mengalami pemulihan dan kembali ke kondisi sebelum hamil (Rahmi, 2019).

Masa nifas adalah periode setelah keluarnya plasenta, yang berlangsung hingga organ reproduksi ibu kembali ke kondisi semula sebelum hamil. Masa ini biasanya berlangsung sekitar enam minggu (Anggara Harry, 2019).

2. Perubahan Fisiologis

Perubahan Fisiologis pada Ibu Selama Masa Nifas (Zahroh Nuursafa, 2021):

a. Rahim (Uterus) :

Setelah melahirkan, rahim secara bertahap kembali ke ukuran normal (proses ini disebut involusi). Awalnya, rahim terasa di atas pusar, lalu perlahan turun dan mengecil hingga beratnya kembali seperti sebelum hamil dalam waktu sekitar 6 minggu. Kontraksi rahim juga membantu menghentikan perdarahan pasca persalinan.

b. Leher Rahim (Serviks):

Setelah melahirkan, serviks melebar dan lunak, lalu secara bertahap kembali mengecil dan menutup dalam waktu 6 minggu.

c. Vagina:

Vagina juga mengalami perubahan bentuk setelah melahirkan dan mengeluarkan cairan nifas (lochia), yang terdiri dari:

- 1) *Lochia rubra* : Merah kehitaman (hari 1–3)
- 2) *Lochia sanguilenta* : Merah kecoklatan (hari 3–7)
- 3) *Lochia serosa* : Kekuningan (setelah 1 minggu)
- 4) *Lochia alba* : Putih (setelah 2 minggu)

d. Vulva:

Bagian luar alat kelamin wanita ini meregang selama persalinan. Awalnya akan tampak kendur, tapi biasanya kembali normal dalam waktu sekitar 3 minggu.

e. Payudara:

Setelah plasenta keluar, hormon prolaktin meningkat, dan produksi ASI dimulai. ASI pertama yang keluar disebut kolostrum, yang sudah terbentuk sejak kehamilan sekitar 12 minggu. Payudara akan membesar dan terasa keras sebagai tanda dimulainya proses menyusui.

f. Tanda Vital:

- 1) Suhu tubuh bisa sedikit naik setelah melahirkan tapi akan kembali normal dalam 12 jam.
- 2) Denyut nadi biasanya sedikit melambat.
- 3) Tekanan darah bisa sedikit menurun karena kehilangan darah saat persalinan, namun akan kembali stabil seiring waktu.
- 4) Pernafasan

Selama proses persalinan, frekuensi pernapasan ibu akan mengalami peningkatan akibat kebutuhan oksigen yang tinggi untuk mendukung tenaga saat mengejan dan untuk memastikan bahwa pasokan oksigen kepada janin tetap terjaga. Setelah proses persalinan selesai, frekuensi pernapasan ibu akan kembali ke tingkat normal.

g. Sistem Peredaran Darah (Kardiovaskuler)

Setelah proses persalinan, denyut jantung, volume, dan curah jantung mengalami peningkatan yang signifikan akibat terhentinya aliran darah ke plasenta. Hal ini menyebabkan peningkatan beban pada jantung, yang dapat diatasi melalui hemokonsentrasi hingga volume darah kembali ke tingkat normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

h. Sistem Pencernaan

Ibu yang menjalani operasi caesar (*sectio caesarea*) memerlukan waktu 1-3 hari untuk memulihkan fungsi saluran pencernaan dan nafsu makan, sementara ibu yang melahirkan secara spontan cenderung lebih cepat merasa lapar. Perubahan buang air besar biasanya terjadi dalam 1-3 hari postpartum akibat penurunan tonus otot, serta dipengaruhi oleh enema, asupan nutrisi yang tidak memadai, dehidrasi, dan ketakutan terhadap nyeri. Faktor-faktor ini dapat menyebabkan konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama, sehingga kebiasaan defekasi yang teratur perlu dilatih kembali.

i. Sistem Perkemihan

Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, buang air kecil seringkali sulit akibat spasme sfingter dan edema leher buli-buli akibat kompresi kepala janin dengan tulang pubis. Dalam 12-36 jam setelah melahirkan, urine dalam jumlah besar akan dihasilkan. Penurunan signifikan kadar hormon estrogen setelah plasenta dilahirkan menyebabkan diuresis, sementara uterus yang mengalami dilatasi akan kembali normal dalam waktu sekitar 6 minggu.

j. Sistem Integumen

Perubahan pada kulit selama kehamilan, seperti hiperpigmentasi yang terjadi pada wajah, leher, payudara, dinding perut, dan

beberapa lipatan sendi akibat pengaruh hormon, akan menghilang selama masa nifas.

k. Sistem Musculoskeletal

Ambulasi umumnya dimulai dalam rentang waktu 4-8 jam setelah persalinan. Mobilisasi dini sangat bermanfaat untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

3. Perubahan Psikologis

Tiga Tahap Penyesuaian Psikologis Ibu Setelah Melahirkan (Zahroh Nuursafa, 2021):

a. Fase *Taking In* (Hari 1–2):

Pada tahap awal setelah melahirkan, ibu biasanya masih sangat bergantung pada orang lain. Di fase ini, ibu bisa mengalami berbagai perasaan seperti:

- 1) Kecewa terhadap bayinya (misalnya jika tidak sesuai harapan).
- 2) Tidak nyaman karena perubahan fisik setelah melahirkan.
- 3) Merasa bersalah karena belum bisa menyusui.
- 4) Merasa tertekan oleh kritik dari suami atau keluarga soal cara merawat bayi.

b. Fase *Taking Hold* (Hari 3–10):

Ibu mulai ingin belajar dan mengambil alih tanggung jawab dalam merawat bayinya, tapi sering merasa cemas atau ragu

dengan kemampuannya. Perasaan ibu juga lebih sensitif dan mudah tersinggung di fase ini.

c. Fase *Letting Go* (Setelah Hari ke-10):

Di tahap ini, ibu mulai menerima dan menjalani peran barunya sebagai orang tua dengan lebih percaya diri. Ia juga mulai terbiasa dengan kebutuhan dan ketergantungan bayinya.

4. Tahapan Post Partum

Ada 3 tahapan masa post partum yaitu:

a. *Immadiate postpartum*

Pada masa ini berlangsung dari kelahiran plasenta hingga 24 jam setelahnya. Masalah yang umum terjadi selama fase ini adalah perdarahan akibat atonia uteri. Oleh karena itu, pemantauan terhadap kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah, dan suhu sangat penting untuk mencegah risiko komplikasi lebih lanjut.

b. *Early postpartum* (24jam - 1minggu) Pada masa ini involusi uteri harus sudah normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam dan nutrisi ibu tampak baik serta menyusui dengan baik.

c. *Late postpartum* (1minggu – 6 minggu) Waktu yang diperlukan untuk pulih kembali sehat sempurna (Wahyuningsih, 2019).

E. Konsep Dasar Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dilakukan perawat secara langsung kepada pasien sebagai bagian dari pelayanan kesehatan. Proses ini terdiri dari lima tahap yang saling berkaitan, yaitu: pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan tindakan (implementasi), evaluasi, dan pendokumentasian (Budiono, 2015).

1. Pengkajian Keperawatan

Tahap awal ini bertujuan untuk mengumpulkan berbagai informasi tentang kondisi pasien, baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Informasi ini menjadi dasar untuk mengenali masalah dan kebutuhan pasien agar perawatan bisa diberikan secara tepat.

a. Identitas Pasien

Data yang dikumpulkan meliputi: Nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), diagnosis medis.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien pasca operasi sesar (*sectio caesarea*) biasanya mengeluh nyeri di area bekas sayatan operasi, terutama saat bergerak.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang (Menggunakan pendekatan PQRST)

P (*Palliative/Provocative*) : Nyeri bertambah jika pasien bergerak, dan berkurang saat istirahat atau tidak banyak bergerak.

Q (*Quality/Quantity*) : Nyeri digambarkan seperti ditusuk-tusuk atau terbakar. Intensitas nyeri bervariasi tergantung kondisi pasien.

R (*Region*) : Nyeri dirasakan di bagian bawah perut (area bekas operasi). Bisa saja menyebar ke area sekitarnya, tergantung tingkat keparahan.

S (*Severity/Skala*) : Tingkat keparahan nyeri:

Skala 1–3: nyeri ringan

Skala 4–6: nyeri sedang

Skala 7–10: nyeri berat

T (*Time*) :

Nyeri bisa hilang timbul atau terjadi sesekali. Kaji kapan nyeri mulai muncul dan seberapa sering dirasakan.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Tanyakan apakah pasien pernah menderita penyakit kronis seperti: jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis, atau penyakit menular seksual.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah ada anggota keluarga dengan riwayat penyakit kronis seperti: jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis,

atau penyakit kelamin. Hal ini penting karena bisa menjadi faktor risiko seperti preeklampsia atau bayi besar (giant baby).

5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

a) Riwayat Ginekologi:

(1) Menstruasi:

Tanyakan usia pertama haid (menarche), biasanya sekitar usia 10–16 tahun (rata-rata 12 tahun).

Tanyakan siklus haid (normal 28 hari), lama haid (3–5 hari), jumlah darah, warna darah (merah muda/tua), adanya nyeri, dan tanggal HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) untuk menghitung TP (Taksiran Partus).

(2) Riwayat Perkawinan

Tanyakan usia dan lama pernikahan serta apakah pernikahan ini yang pertama atau berikutnya.

(3) Riwayat Kontrasepsi

Apakah pernah ikut program KB, jenis alat kontrasepsi yang digunakan, keluhan yang dirasakan, dan rencana penggunaan alat kontrasepsi setelah masa nifas.

6) Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ditanyakan jumlah kehamilan sebelumnya, tanggal dan jenis persalinan, penolong persalinan, lama proses persalinan, serta kondisi bayi saat lahir, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.

b) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Tanyakan keluhan selama hamil (untuk mengetahui indikasi SC), apakah imunisasi TT sudah dilakukan, berat badan sebelum dan sesudah hamil, serta keteraturan pemeriksaan kehamilan.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah proses menilai kondisi tubuh pasien secara menyeluruh dari kepala hingga kaki (head to toe) untuk mendeteksi tanda-tanda klinis penyakit.

1) Keadaan Umum

Keadaan umum mencakup tingkat kesadaran dengan skor GCS normal 15 (compos mentis): Eye 4, Verbal 5, Motorik 6, serta penampilan ibu apakah tampak baik atau tidak terawat.

2) Tanda-Tanda Vital

a) Tekanan darah : Apakah mengalami peningkatan / penurunan (Biasanya menurun akibat perdarahan)

- b) Respirasi : kembali normal selama masa nifas (16–24x/menit).
 - c) Suhu tubuh : Pengukuran suhu penting untuk mendeteksi tanda awal infeksi pasca operasi. Suhu tubuh di atas normal ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) bisa menjadi indikasi infeksi, terutama pada ibu post *sectio caesarea* dengan ketuban pecah dini.
 - d) Nadi : Pada masa nifas, denyut nadi biasanya kembali ke kisaran normal yaitu 60–100 kali per menit.
- 3) Antropometri, meliputi pengukuran tinggi badan serta berat badan sebelum hamil, saat hamil, dan setelah melahirkan. Data ini penting untuk menilai status gizi dan pemulihan ibu setelah persalinan.
- 4) Pemeriksaan Fisik Head to Toe
- Pemeriksaan ini dilakukan dari kepala hingga kaki untuk menilai kondisi umum dan mendeteksi adanya kelainan atau komplikasi.
- a) Kepala
- Inspeksi : Dilihat bentuk kepala dan kulit kepala, apakah ada benjolan, luka, atau lesi. Warna dan jumlah rambut juga diperhatikan, apakah merata, rontok, atau

mengalami perubahan lain. Wajah diperiksa apakah ada ekspresi kesakitan atau cloasma gravidarum.

Palpasi : Dilakukan untuk meraba ada tidaknya pembengkakan, benjolan, serta menilai tekstur rambut.

b) Mata

Inspeksi : Menilai kesimetrisan, kelengkapan struktur mata, kondisi konjungtiva (apakah pucat/anemis, yang biasa terjadi karena anemia pasca perdarahan), serta warna sklera (apakah normal atau menguning). Diperhatikan juga ketajaman penglihatan dan kondisi pupil (isokor atau anisokor).

Palpasi : Dilakukan untuk mendeteksi adanya benjolan atau peningkatan tekanan bola mata.

c) Hidung

Inspeksi : Bentuk dan struktur tulang hidung, gerakan cuping hidung, serta kondisi lubang hidung (apakah ada sumbatan, sekret, perdarahan, atau polip).

Palpasi : Diperiksa adanya pembengkakan atau nyeri tekan yang mungkin menandakan infeksi.

d) Telinga

Inspeksi : Dilihat bentuk, ukuran, serta kebersihan telinga. Diperhatikan juga ketegangan lubang telinga dan ketajaman pendengaran.

Palpasi : Diraba kartilago telinga dan tulang mastoid untuk memastikan tidak ada nyeri tekan atau tanda infeksi.

e) Leher

Inspeksi : Menilai bentuk leher apakah simetris, serta adanya pembesaran kelenjar tiroid.

Palpasi : Dilakukan untuk memastikan ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, pembengkakan vena jugularis, atau nyeri tekan yang dapat mengindikasikan gangguan sistemik.

f) Pemeriksaan Mulut dan Orofaring

Inspeksi dan Palpasi Struktur Luar : Meliputi pemeriksaan warna mukosa mulut dan bibir apakah pucat (indikasi anemia), tekstur kering atau lembab, ada tidaknya lesi, stomatitis, atau sariawan.

Inspeksi dan Palpasi Struktur Dalam : Diperiksa kondisi gigi (apakah lengkap atau tidak), apakah terdapat gigi yang goyang atau berlubang, pendarahan atau radang pada gusi, posisi dan pergerakan lidah, serta kebersihan langit-langit mulut.

g) Pemeriksaan Dada

(1) Paru-paru:

Inspeksi : Amati gerakan dada saat bernapas apakah simetris atau tidak, ada atau tidak luka, jejas, penggunaan otot bantu pernapasan, serta pola napas teratur atau tidak.

Palpasi : Raba dada untuk mendeteksi adanya nyeri tekan atau benjolan di area paru.

Perkusi : Dilakukan untuk mengetahui resonansi paru. Bunyi yang normal adalah sonor, jika ditemukan bunyi redup bisa menandakan adanya cairan atau konsolidasi.

Auskultasi : Dengarkan bunyi napas normal atau adanya suara tambahan seperti ronki atau wheezing yang bisa mengindikasikan gangguan pernapasan.

(2) Jantung:

Inspeksi : Perhatikan bentuk dada dan simetris tidaknya, ada tidaknya luka bekas tindakan atau jejas.

Palpasi : Raba area prekordial untuk mendeteksi nyeri tekan, denyutan abnormal, atau benjolan.

Perkusi : Bunyi perkusi jantung biasanya redup karena tertutup otot dan jantung itu sendiri.

Auskultasi : Dengarkan bunyi jantung S1 dan S2 (lup/dup), apakah terdengar jelas, ritmis, dan ada tidaknya bunyi tambahan seperti murmur.

(3) Payudara:

Inspeksi: Amati kulit payudara, adakah peradangan (kemerahan), pembengkakan, atau perubahan warna.

Periksa apakah puting menonjol atau datar, dan kondisi areola (apakah menghitam atau normal).

Palpasi : Raba untuk melihat adanya benjolan, nyeri tekan, kekerasan (pembengkakan) payudara, produksi ASI (keluar atau tidak), serta apakah konsistensi payudara terasa keras atau lembek.

h) Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi : Amati luka bekas operasi *sectio caesarea*, adanya tanda infeksi (kemerahan, bengkak, nanah), keberadaan linea nigra, dan striae gravidarum.

Palpasi : Periksa nyeri tekan, posisi kandung kemih, dan pembesaran organ (misal hati). Kaji tinggi fundus uteri (TFU) sesuai hari postpartum. Contoh: hari ke-2 TFU 1 cm di bawah pusat, hari ke-10 TFU tidak teraba. Periksa apakah uterus teraba keras (kontraksi baik) atau lunak (berisiko atonia uteri).

Perkusi : Normalnya timpani. Jika terdengar redup bisa mengindikasikan adanya distensi atau massa.

Auskultasi : Bunyi usus (bising usus) normalnya 6–30 kali per menit. Jika tidak terdengar, waspadai ileus paralitik.

i) Pemeriksaan Genitalia dan Anus

Inspeksi : Amati pengeluaran lochea (warna, jumlah, bau), apakah sesuai dengan tahap postpartum, misalnya: Lochia rubra: hari ke-1 sampai 3 postpartum, darah segar bercampur jaringan. Lochia serosa: hari ke-4 sampai 10, warna coklat atau merah muda. Lochia alba: hari ke-10 dan seterusnya, warna kekuningan atau putih. Amati juga adanya edema vulva, hemoroid, posisi dan aliran kateter urin (apakah lancar), serta kebersihan daerah perineum yang biasanya masih tampak kotor karena darah sisa operasi.

j) Pemeriksaan Ekstremitas

(1) Ekstremitas Atas:

Inspeksi: Perhatikan kesimetrisan lengan, adanya sianosis (kebiruan), edema, dan kekuatan otot. Periksa juga ROM (range of motion) serta capillary refill time (CRT) yang normalnya < 2 detik. Turgor kulit juga

diperiksa untuk menilai hidrasi (normal kembali < 2 detik).

Palpasi : Raba adanya nyeri tekan, benjolan, atau pembengkakan.

(2) Ekstremitas Bawah:

Inspeksi: Periksa apakah kedua tungkai simetris, ada sianosis atau edema, kekuatan otot, dan kemampuan bergerak. Refleks patella diperiksa. Waspada adanya Homans sign positif sebagai tanda trombosis vena dalam. Pasien post operasi biasanya mengalami kelemahan otot pada hari pertama.

Palpasi: Nyeri tekan, adanya benjolan, pembengkakan, serta suhu lokal apakah meningkat (indikasi inflamasi).

d. Data Psikologi, Sosial dan Spiritual

1) Psikologis

Setelah melahirkan, ibu umumnya memasuki fase awal adaptasi yang disebut taking in, yaitu masa di mana ibu masih sangat bergantung pada orang lain, biasanya berlangsung selama satu hingga dua hari pertama pasca persalinan. Pada fase ini, perhatian ibu lebih terfokus pada dirinya sendiri dan pengalaman melahirkannya.

a) Pola Pikir

Dari segi pola pikir, penting untuk mengetahui sejauh mana pemahaman ibu tentang cara menyusui dan merawat bayinya, apakah ia sudah memiliki rencana untuk pemberian ASI, serta harapannya terhadap jenis kelamin anak. Juga perlu digali apakah kehamilan ini memang direncanakan dan diinginkan sebelumnya, serta siapa saja yang akan membantunya merawat bayi di rumah.

b) Persepsi Diri

Persepsi diri ibu juga perlu diperhatikan, seperti apa yang saat ini paling ia pikirkan, harapan yang ingin dicapai setelah menjalani perawatan, serta bagaimana ia merasakan perubahan fisik dan emosional setelah kehamilan.

c) Konsep Diri

Konsep dirinya dapat dilihat dari bagaimana ibu menggambarkan dirinya sendiri termasuk perannya sebagai ibu, pandangan idealnya, identitas diri, dan rasa percaya dirinya.

d) Aspek komunikasi

Aspek komunikasi juga tak kalah penting. Dilihat dari bagaimana cara ibu berbicara, apakah bahasa yang

digunakan jelas dan mudah dimengerti, serta apakah ia mampu berinteraksi dan menyampaikan kebutuhan atau keinginannya dengan baik.

2) Sosial

Meskipun sedang dalam masa pemulihan setelah operasi, sebagian besar ibu yang menjalani persalinan dengan *sectio caesarea* masih bisa berinteraksi dan bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, meski mungkin dalam batas-batas tertentu sesuai kondisi fisiknya.

3) Spiritual

Aspek spiritual juga menjadi bagian penting. Banyak ibu menjadikan iman, agama, dan kepercayaan kepada Tuhan sebagai sumber kekuatan untuk menghadapi proses pemulihan pasca persalinan. Rasa pasrah dan keyakinan bahwa semuanya adalah bagian dari rencana Tuhan seringkali membantu mereka untuk lebih tenang dan menerima kondisi dengan lapang dada.

e. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Dalam hal pola nutrisi, penting untuk mengetahui kebiasaan makan dan minum pasien baik sebelum maupun selama dirawat di rumah sakit. Ini mencakup seberapa sering pasien makan dan minum, jenis makanan serta minuman yang

dikonsumsi, dan apakah ada keluhan seperti mual, muntah, atau sulit makan. Setelah menjalani operasi, pasien biasanya diminta untuk berpuasa selama kurang lebih 6 jam untuk mencegah komplikasi pencernaan.

2) Pola Eliminasi

Kondisi buang air besar dan kecil juga perlu diperhatikan. Ini meliputi warna dan konsistensi feses, serta frekuensi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK). Pada ibu yang baru melahirkan melalui operasi caesar, konstipasi cukup sering terjadi akibat penurunan gerakan usus setelah operasi.

3) Istirahat dan Tidur

Setelah persalinan, terutama melalui operasi caesar, pola tidur ibu bisa terganggu. Hal ini biasanya disebabkan oleh rasa tidak nyaman atau nyeri di area luka operasi, serta karena harus menyesuaikan diri dengan kehadiran bayi yang membutuhkan perhatian sepanjang waktu.

4) Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

Pasien yang baru menjalani operasi caesar seringkali mengalami kelemahan fisik yang membuat mereka sulit untuk merawat diri sendiri secara optimal. Aktivitas seperti mandi, mengganti pakaian, dan menjaga kebersihan tubuh bisa terganggu karena keterbatasan gerak dan rasa nyeri. Bantuan

dari keluarga atau tenaga kesehatan sangat dibutuhkan selama masa pemulihan ini.

f. Data Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

a) Hemoglobin (Hb): Kadar Hb bisa menurun setelah operasi karena kehilangan darah, yang bisa mengarah pada anemia.

b) Leukosit: Diperiksa untuk melihat ada atau tidaknya infeksi pascaoperasi.

c) Trombosit: Menilai kemampuan pembekuan darah, penting untuk proses penyembuhan luka.

2) Pemeriksaan Urine

Tes urine biasanya dilakukan untuk melihat apakah terdapat protein di dalam urin. Jika terdapat protein maka menjadi tanda adanya gangguan pada fungsi ginjal atau kondisi lain seperti preeklampsia, yang penting untuk dipantau pasca persalinan.

g. Analisa Data

Tabel 2. 1
Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1.	Gejala dan Tanda Mayor Ds : Mengeluh nyeri Do : 1. Tampak meringis	Ketuban pecah dini menyebabkan tindakan <i>sectio caesarea</i> , insisi dinding abdomen menyebabkan kerusakan	Nyeri Akut

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
	2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Ds : - Do : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan menurun 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	jaringan, pembuluh darah, dan saraf, memicu pelepasan histamin sehingga timbul luka insisi yang menimbulkan Nyeri Akut	
2.	Gejala dan tanda Mayor Ds : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Nyeri saat bergerak 3. Enggan melakukan pergerakan 4. Merasa cemas saat bergerak Do : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun 3. Sendi kaku 4. Gerakan tidak terkoordinasi 5. Gerakan terbatas 6. Fisik lemah Gejala dan Tanda Minor Ds : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Do : 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	Ketuban pecah dini menyebabkan tindakan <i>sectio caesarea</i> dengan insisi dinding abdomen menyebabkan terputusnya jaringan, merangsang pelepasan histamin, timbul luka insisi, yang berakibat imobilisasi dan gangguan mobilitas fisik.	Gangguan Mobilitas Fisik

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
3.	Faktor risiko : 1. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh) 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; imunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat)	Ketuban pecah dini menyebabkan tindakan <i>sectio caesarea</i> area insisi tidak memiliki perlindungan sehingga memungkinkan masuknya mikroorganisme secara aseptik. Hal ini menimbulkan risiko terjadinya infeksi	Risiko Infeksi
4.	Gejala dan tanda mayor Ds : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Do : - Gejala dan Tanda Minor Ds : Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Do : -	Ketuban pecah dini menyebabkan tindakan <i>sectio caesarea</i> , insisi dinding abdomen menyebabkan terputusnya jaringan, pembuluh darah, dan saraf di sekitar area operasi. Hal ini memicu pelepasan histamin dan menimbulkan luka insisi, yang akhirnya dapat menyebabkan gangguan pola tidur	Gangguan Pola Tidur
5.	Gejala dan Tanda Mayor Ds : 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal Do : 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu dengan benar 2. ASI tidak menetes/memancar	Ketuban pecah dini menyebabkan tindakan <i>sectio caesarea</i> , terjadi adaptasi post partum secara fisiologis yang menyebabkan penurunan hormon prolaktin. Akibatnya, produksi ASI menurun sehingga dapat	Menyusui Tidak Efektif

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
	3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua Gejala dan Tanda Minor Ds : - Do : 1. Intake bayi tidak adekuat 2. Bayi menghisap tidak terus menerus 3. Bayi menangis saat disusui 4. Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui 5. Menolak untuk mengisap	mengakibatkan menyusui tidak efektif	
6.	Gejala dan Tanda Mayor Ds : Menanyakan masalah yang dihadapi Do : 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan Tanda Minor Ds : - Do : 1. Menjalani pemeriksaan yang tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	Ketuban pecah dini menyebabkan tindakan <i>sectio caesarea</i> , pasien mengalami keterbatasan mobilisasi dan perubahan fisik sehingga membutuhkan perawatan khusus. Namun, karena kurangnya pengalaman dan informasi, hal ini dapat menimbulkan defisit pengetahuan	Defisit Pengetahuan
7.	Gejala dan Tanda Mayor Ds: 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi Do: 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur	Ketuban pecah dini menyebabkan tindakan <i>sectio caesarea</i> , insisi dinding abdomen menyebabkan terputusnya jaringan, pembuluh darah, dan saraf di sekitar area operasi. Hal ini memicu pelepasan histamin dan menimbulkan luka insisi, yang akhirnya dapat	Ansietas

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
	Gejala dan Tanda Minor Ds : 1. Mengeluh pusing. 2. Anoreksia. 3. Palpitasi. 4. Merasa tidak berdaya. Do : 1. Frekuensi napas meningkat. 2. Frekuensi nadi meningkat. 3. Tekanan darah meningkat. 4. Diaforesis. 5. Tremor. 6. Muka tampak pucat. 7. Suara bergetar. 8. Kontak mata buruk. 9. Sering berkemih. 10. Berorientasi pada masa lalu.	menyebabkan gangguan pola tidur	

(Sumber : SDKI, 2019)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah hasil penilaian klinis yang dilakukan untuk memahami bagaimana seseorang, keluarga, atau komunitas merespons suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialami. Diagnosis ini sangat penting karena menjadi dasar dalam merencanakan keperawatan yang tepat, agar klien bisa mendapatkan perawatan yang sesuai dan mencapai kondisi terbaik. (SDKI, 2019)

Diagnosa yang mungkin muncul adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077.
Hal 172)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054
Hal 124)

- c. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (tindakan *sectio caesarea*) (0124 Hal 304)
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055 Hal 126)
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029 Hal. 75)
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111 Hal. 246)
- g. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080 Hal 180)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan atau terapi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan hasil penilaian klinis, dengan tujuan untuk meningkatkan, mencegah, dan memulihkan kesehatan pasien, baik itu individu, keluarga, maupun komunitas. Sesuai dengan Pasal 30 Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, perawat memiliki kewenangan untuk merencanakan dan melaksanakan asuhan keperawatan, melakukan rujukan, menangani keadaan gawat darurat, memberikan konsultasi, bekerja sama dengan tim lainnya, memberikan penyuluhan dan konseling, memberikan obat sesuai resep dokter atau obat yang dijual bebas, serta menangani kasus dan memberikan terapi

tambahan seperti intervensi komplementer dan alternatif (SIKI, 2018).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077.
Hal 172)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam
diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria Hasil : Tingkat nyeri (L.08066)

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Sikap protektif menurun
- 5) Frekuensi nadi membaik
- 6) Pola nafas membaik
- 7) Tekanan darah membaik
- 8) Kesulitan tidur menurun

Tabel 2. 2

Intervensi Keperawatan Nyeri Akut (Tingkat Nyeri I.12391)

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
1	2	3
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri secara Verbal	Observasi 1) Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebar atau tidak 2) Mengetahui skala nyeri 3) Mengetahui respon non-verbal dari ketidaknyamanan

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
1	2	3
	4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 7) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 9) Jelaskan strategi meredakan nyeri 10) Anjurkan teknik non farmakologis Kolaborasi 11) Kolaborasi pemberian antibiotik	4) Untuk menghindari faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5) Untuk membantu mengurangi komplikasi 6) Lingkungan dapat mempengaruhi derajat tingkat nyeri 7) Meningkatkan rasa nyaman pada pasien Edukasi 8) Untuk membantu mengurangi faktor pemicu nyeri 9) Untuk mengontrol nyeri Ketika muncul 10) Untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 11) Untuk membantu proses penyembuhan

Sumber : (SDKI 2019, SIKI 2019, SLKI 2019)

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054

Hal 124)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil : Mobilitas Fisik (L.05042)

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Gerakan terbatas menurun
- 4) Nyeri menurun
- 5) Kelemahan fisik menurun
- 6) Gerakan tidak terkoordinasi menurun

Tabel 2. 3

Intervensi Keperawatan Mobilitas Fisik (Dukungan Mobilisasi I.05173)

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Anjurkan mobilisasi dini 9) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi.	Observasi 1) Untuk mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh klien 2) Mengetahui sejauh mana pasien dapat melakukan pergerakan 3) Untuk mengetahui kondisi umum pasien pada saat mobilisasi Terapeutik 4) Untuk membantu aktivitas mobilisasi 5) Untuk membantu melakukan pergerakan 6) Untuk membantu pasien dalam bergerak Edukasi 7) Pasien dapat mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Agar pasien dapat melakukan mobilisasi segera mungkin 9) Diharapkan dapat meningkatkan aktivitas klien

Sumber : (SDKI 2019, SIKI 2019, SLKI 2019)

c. Resiko infeksi ditandai dengan adanya luka post tindakan *caesarea* (0124 Hal 304)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun

Kriteria Hasil : Tingkat Infeksi (L.14137)

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Demam menurun
- 3) Kemerahan menurun
- 4) Nyeri menurun
- 5) Bengkak menurun

Tabel 2. 4

Intervensi Keperawatan Resiko Infeksi (Pencegahan Infeksi I.14539)

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi ditandai dengan adanya luka <i>post sectio caesarea</i> (0124)	Pencegahan Infeksi I.14539 Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit pada area edema 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Edukasi 5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 8) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 9) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	Observasi 1) Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi Terapeutik 2) Deteksi dini terhadap adanya infeksi 3) Mencegah masuknya mikroorganisme melalui luka operasi 4) Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar luka operasi Edukasi 5) Agar klien mengetahui tanda dan gejala infeksi 6) Mencuci tangan yang benar dapat menurunkan resiko infeksi 7) Asupan nutrisi seperti tinggi kalori dan protein dapat mempercepat penyembuhan luka 8) Untuk mempertahankan cairan yang cukup Kolaborasi 9) Mencegah infeksi dan penyebaran ke daerah sekitar luka operasi

Sumber : (SDKI 2019, SIKI 2019, SLKI 2019)

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055 Hal 126)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan pola tidur meningkat

Kriteria Hasil : Pola tidur (L.05045)

- 1) Keluhan sulit tidur menurun
- 2) Keluhan tidak puas tidur menurun
- 3) Keluhan istirahat tidak cukup menurun
- 4) Keluhan pola tidur berubah

Tabel 2. 5

Intervensi Keperawatan Gangguan Pola Tidur (Dukungan Tidur I.05174)

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
1	2	3
Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055)	Dukungan tidur I.05174 Observasi 1) Identifikasi pola tidur 2) Identifikasi factor pengganggu tidur 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu dan lainnya) 6) Batasi tidur siang, jika perlu Edukasi 7) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	Observasi 1) Untuk mengetahui pola tidur pasien 2) Untuk mengetahui faktor yang mengganggu tidur 3) Untuk menghindari terjadinya sulit tidur 4) Untuk mengetahui obat tidur yang dikonsumsi pasien Terapeutik 5) Untuk memberikan rasa nyaman pada klien 6) Untuk membantu mengurangi terjadinya sulit tidur Edukasi 7) Tidur yang cukup akan meningkatkan daya tahan tubuh sehingga tubuh tidak mudah terserang penyakit

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
1	2	3
	8) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	8) Untuk mencegah terjadinya sulit tidur

Sumber : (SDKI 2019, SIKI 2019, SLKI 2019)

e. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI
(D.0029 Hal. 75)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan menyusui tidak efektif meningkat

Kriteria Hasil : Status menyusui (L.03029)

- 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
- 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar
- 3) Tetesan /pancaran ASI meningkat
- 4) Suplai ASI adekuat
- 5) Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat
- 6) Kepercayaan diri ibu meningkat
- 7) Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat

Tabel 2.6

Tabel 2. 6

Intervensi Keperawatan Menyusui Tidak Efektif (Edukasi Menyusui I.12393)

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
1	2	3
Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	Edukasi Menyusui I.12393 Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui	Observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan pasien 2) Agar klien dapat mencapai tujuan menyusui

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
1	2	3
	Terapeutik 3) Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan 4) Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya 6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7) Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat Edukasi 8) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 9) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar 10) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas 11) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memeras ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	Terapeutik 3) Agar pasien mengerti dan paham tentang ASI 4) Agar pasien paham mengenai apa yang disampaikan 5) Untuk memberikan kesempatan bertanya tentang hal yang belum dipahami 6) Kepercayaan diri ibu dalam menyusui meningkat 7) Untuk memotivasi pasien dalam memberikan ASI Edukasi 8) Untuk mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 9) Perlekatan yang benar akan menghindari bayi menyusui lama dan sering 10) Menjaga kebersihan pada payudara dan memperbaiki bentuk puting susu sehingga bayi menyusui dengan baik 11) Agar pasien mengetahui perawatan payudara

Sumber : (SDKI 2019, SIKI 2019, SLKI 2019)

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111 Hal. 246)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat

Kriteria Hasil : Tingkat Pengetahuan (L.12111)

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat
- 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat

- 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- 4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat
- 5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
- 6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- 7) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Tabel 2. 7

Intervensi Keperawatan Defisit Pengetahuan (Edukasi Kesehatan I.11348)

Diagnosa Kep 1	Intervensi 2	Rasional 3
Defisit perawatan pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Edukasi Kesehatan I.11348 Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 3) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6) Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 7) Ajarkan perilaku bersih dan sehat	Observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan pasien dalam menerima informasi 2) Memudahkan dalam menerima informasi dan perubahan perilaku sesuai anjuran Terapeutik 3) Untuk penunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan teratur 4) Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu 5) Untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi Edukasi 6) Untuk sebagai pengetahuan agar kedepannya lebih berhati-hati 7) Untuk meminimalisir komplikasi yang akan timbul

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
1	2	3
	8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.	8) Untuk mengoptimalkan pencapaian keluarga sehat

Sumber : (SDKI 2019, SIKI 2019, SLKI 2019)

g. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
(D.0080 Hal 180)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam
diharapkan tingkat ansietas menurun

Kriteria Hasil : Tingkat Pengetahuan (L.09093)

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun
- 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- 3) Perilaku gelisah menurun
- 4) Perilaku tegang menurun
- 5) Konsentrasi membaik
- 6) Pola tidur membaik

Tabel 2. 8

Intervensi Keperawatan Ansietas (Reduksi Ansietas I.09314)

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
1	2	3
Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan	Observasi 1) Mengetahui tingkatan perubahan ansietas pasien. 2) Agar dapat membandingkan pengambilan keputusan pasien awal dan saat ini

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
1	2	3
	3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 4) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6) Pahami situasi yang membuat ansietas 7) Dengarkan dengan penuh perhatian 8) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 9) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 10) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 11) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 12) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 13) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 14) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu 15) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 16) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 17) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 18) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 19) Latih Teknik relaksasi	3) Untuk dapat memperhatikan kondisi pasien Terapeutik 4) Agar pasien dapat merasakan kenyamanan saat mengungkapkan perasaannya 5) Untuk mengurangi rasa cemas pada pasien 6) Untuk mengantisipasi kenyamanan kondisi pasien 7) Menggunakan teknik bhsps untuk menimbulkan rasa nyaman pada pasien 8) Agar pasien merasa diperhatikan 9) Untuk menumbuhkan rasa saling percaya satu sama lain 10) Untuk memfasilitasi kenyamanan pasien 11) Memberikan support agar pasien tidak merasa bingung Edukasi 12) Memberikan penjelasan kepada pasien untuk mengetahui apa penjelasan sesuai dengan pasien 13) Beri penjelasan tentang prognosis pasien 14) Agar pasien tidak merasa kesepian dan selalu mendapatkan support 15) Untuk menyesuaikan diri pasien dengan kebutuhan 16) Untuk mengetahui sejauh apa tingkat kecemasan pasien 17) Memberikan teknik relaksasi pada pasien 18) Untuk menguatkan psikologi pasien 19) Untuk memberikan rasa nyaman pasien

Diagnosa Kep	Intervensi	Rasional
1	2	3
	Kolaborasi 20) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	Kolaborasi 20) Untuk mengurangi rasa cemas pasien

Sumber : (SDKI 2019, SIKI 2019, SLKI 2019)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan nyata yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien beralih dari kondisi kesehatan yang bermasalah menuju kondisi yang lebih baik, sesuai dengan hasil yang telah ditargetkan. Tahapan ini mencerminkan penerapan atau pelaksanaan dari rencana keperawatan yang sebelumnya telah disusun dalam tahap perencanaan (Ahmad Yusrila, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap penilaian untuk melihat apakah ibu pasca operasi caesar (SC) sudah mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya sendiri, mengatasi keterbatasan dalam merawat diri, serta menunjukkan peningkatan kemandirian. Selain itu, evaluasi ini juga bertujuan memastikan bahwa keluhan atau rasa tidak nyaman yang muncul akibat tindakan operasi dapat diatasi dengan baik (Ahmad Yusrila, 2020).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama	: Ny. P
Umur	: 31 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Pamegatan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Status	: Kawin
Diagnosa Medis	: P ₃ A ₀ Partus Prematurus Indikasi KPD dengan kehamilan Gemeli
No. RM	: 01447022
Tanggal Masuk	: Sabtu, 26 April 2025
Tanggal Persalinan	: Sabtu, 26 April 2025
Tanggal Pengkajian	: Sabtu, 26 April 2025 Pukul 18.00

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. W
Umur	: 38 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Pamegatan
Pendidikan : SD
Hubungan dengan pasien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri di bagian perut bawah pada bekas luka operasi.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji pada hari Sabtu 26 April 2025 pukul 18.00 WIB Ny. P mengeluh nyeri pada luka operasi. Nyeri dirasakan ketika klien bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, skala nyeri 6 dari (0-10), dan dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi, asma, diabetes melitus, tuberkulosis maupun penyakit kelamin.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ada anggota keluarganya yang mempunyai riwayat persalinan kembar yaitu dari keluarga suaminya, dan anggota keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat

penyakit seperti hipertensi, asma, diabetes melitus, tuberkulosis dan penyakit menular lainnya.

5) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

Klien mengatakan pertama haid pada umur 14 tahun, dengan siklus haid 28 hari Lamanya haid 6 – 7 hari, keluhan haid nyeri, HPHT 25 Oktober 2025 dan taksiran partus 1 Juli 2025

(2) Riwayat perkawinan

Klien mengatakan pertama kali kawin pada usia perkawinan 18 tahun dan lama perkawinan 13 tahun

(3) Riwayat kontrasepsi

Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil kontrasepsi suntik 1 bulan, waktu dan lama penggunaan 4 bulan. Jenis kontrasepsi setelah melahirkan menggunakan alat kontrasepsi IUD.

b) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Tabel 3. 1

Riwayat Persalinan Dahulu

Kehamilan	Tahun Persalinan	Umur Kehamilan	Jenis Partus	Penolong	Jenis Kelamin	BBL	Keadaan
1	2013	38 Minggu	Normal	Bidan	Laki-laki	3.100 gr	Sehat
2	2019	40 Minggu	Normal	Bidan	Perempuan	3.200 gr	Sehat

(2) Riwayat kehamilan sekarang

Selama masa kehamilan, klien mengalami beberapa keluhan yang berbeda pada setiap trimester. Pada trimester pertama, klien mengeluhkan mual dan muntah. Memasuki trimester kedua, keluhan mual dan muntah tetapi tidak berlebihan. Kemudian pada trimester ketiga, tepatnya saat usia kehamilan memasuki minggu ke-33, klien mengalami pecah ketuban secara tiba-tiba.

Selama masa kehamilan, klien telah mendapatkan imunisasi TT. Berat badan klien sebelum hamil 82 kg, dan mengalami peningkatan menjadi 93 kg selama kehamilan. Dengan tinggi badan 155 cm. Pemeriksaan kehamilan dilakukan secara teratur.

(3) Riwayat Persalinan Sekarang

Pada hari Sabtu, 26 April 2025 klien dibawa ke rumah sakit dengan keluhan ketuban pecah dini sejak $\pm$ beberapa jam sebelum masuk ruang perawatan. Setelah dilakukan pemeriksaan dan observasi, didapatkan hasil bahwa pembukaan serviks belum ada dan klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan sectio caesarea. Bayi pertama lahir dengan jenis kelamin perempuan dengan berat 465 gram atau 15.5 ons,

panjang 45 cm, keadaan bayi sehat sedangkan bayi kedua lahir dengan berat 480 gram atau 16 ons, panjang 45 cm, keadaan bayi sehat. Klien dan bayi tidak rawat gabung dikarenakan bayi lahir dengan keadaan premature yang diharuskan dirawat di NICU.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum :

- a) Kesadaran umum : Composmentis E : 4, M : 6, V : 5 =
GCS 15
- b) Penampilan umum : Klien tampak lemah

2) Tanda-tanda vital

- a) Tekanan darah : 120/90 mmHg
- b) Respirasi : 22x /menit
- c) Suhu : 36.7° C
- d) Nadi : 101x / menit
- e) Saturasi : 99%

3) Pemeriksaan fisik head to toe

a) Kepala dan rambut

Bentuk kepala musocephal, kulit kepala bersih, tidak ada luka, tidak ada lesi, rambut tampak rapih, kulit kepala bersih, warna rambut hitam, penyebaran rambut merata, tidak adanya pembengkakan/penonjolan, tekstur rambut halus.

b) Wajah

Bentuk wajah simetris, tidak ada luka/lesi, tidak ada cloasma gravidarum, klien tampak meringis.

c) Mata

Bentuk kedua mata simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, refleks pupil isokor terbukti ketika diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik terbukti dapat membaca papan nama mahasiswa dengan jarak kurang dari 30 cm, tidak ada massa (benjolan), tidak ada peningkatan tekanan bola mata.

d) Hidung

Kedua lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, tidak ada polip, fungsi penciuman dapat mencium bau alkohol, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada bengkak dan nyeri tekan.

e) Telinga

Bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, lubang telinga tidak ada kelainan, fungsi pendengaran baik, telinga tampak bersih, tidak terdapat serumen, tidak ada nyeri tekan pada kartilago dan tulang mastoid.

f) Mulut

Mukosa bibir merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada lesi, gigi tampak bersih dan lengkap, tidak ada

pendarahan/radang gusi, tidak ada kelainan pada lidah, refleks menelan baik.

g) Leher

Bentuk leher simetris dan bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pergerakan leher normal terbukti klien dapat menengok ke kanan dan kiri, tidak ada bengkak atau nyeri tekan, tidak ada peningkatan JVP.

h) Dada

(a) Jantung : Suara jantung S1S2 (lup/dup), irama jantung teratur

(b) Paru-paru : Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat luka, tidak ada jejas, tidak ada otot bantu nafas, ada pengembangan pada paru maksimal, tidak ada nyeri tekan, bunyi nafas vesikuler.

(c) Payudara : Kulit daerah sekitar payudara tampak bersih, tidak ada lesi atau luka, puting menonjol, areola coklat kehitaman, tidak ada benjolan atau nyeri tekan, pengeluaran ASI sudah keluar, tidak ada bengkak. Klien dan bayi tidak rawat gabung tetapi klien ASI sudah keluar dengan cara dipumping dan ASI diberikan ke ruangan NICU

i) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, terdapat luka pembedahan SC 10 cm horizontal di bawah abdomen dan luka luka tertutup verban, terdapat linea nigra dan striae livide. Klien mengatakan nyeri abdomen pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak, nyeri seperti disayat-sayat dan nyeri hilang timbul, klien klien juga tampak meringis menahan nyeri. Bising usus 12x/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, konsistensi uterus teraba keras, tidak ada distensi abdomen.

j) Genetalia dan Anus

Terdapat lochea rubra keluar dari vagina, berwarna merah muda, bau amis, perineum utuh, tidak ada oedema vulva, terpasang kateter, urine yang keluar 200 cc yang keluar dalam urine bag, tidak terdapat hemoroid.

k) Ekstremitas

(a) Ekstremitas Atas : Bentuk kedua tangan simetris antara kanan dan kiri, jumlah jari tangan kanan dan kiri lengkap, kedua tangan bisa digerakan, tidak ada oedema, tidak ada lesi, tidak ada sianosis, turgor kulit kembali ke semula < 2 detik, CRT kembali ke semula < 2 detik, terpasang infus RL 20 Tpm di tangan kiri, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan.

(b) Ekstremitas Bawah Bentuk kedua kaki simetris antara kanan dan kiri, klien mengatakan belum mampu untuk menggerakkan kakinya, Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur, pergerakan klien terbatas dan aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat. Refleks patela (+), human sign (-), pergerakan klien terbatas, tidak ada oedema, tidak ada lesi, tidak ada benjolan

kekuatan otot :

5	5
4	4

d. Aspek Psikologi

Klien berada pada fase taking in, klien masih ketergantungan dan aktivitas masih dibantu keluarga dan perawat.

1) Pola Pikir

Klien mengatakan ini adalah persalinan ketiganya, sebelumnya telah memiliki dua anak dan berpengalaman cara merawat bayi dan menyusui sehingga tampak percaya diri memberikan ASI karena ASI sudah keluar dengan cara dipumping.

2) Konsep diri

a) Citra diri

b) Klien merasa baik-baik saja dan klien menyukai semua anggota tubuh.

c) Harga diri

Klien mengatakan tidak merasa malu ketika bertemu dengan orang lain, klien merasa berharga karena mampu menjadi seorang istri sekaligus menjadi seorang ibu.

d) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera cepat pulih agar bisa beraktivitas seperti biasanya dan ingin merawat anaknya.

e) Peran diri

Klien mengatakan perannya di keluarga adalah seorang istri dan menjadi seorang ibu.

f) Identitas diri

Klien mampu menyebutkan nama dan alamatnya dengan benar dan klien merasa sebagai ibu dari satu anak serta seorang istri dari suaminya.

e. Aspek Sosial

1) Gaya komunikasi

Pasien mampu berkomunikasi dengan orang yang ada disekitarnya dan mampu berbicara dengan jelas.

f. Aspek Spritual

Klien beragama islam dan selalu berdoa agar segera pulih dan ingin segera pulang ke rumah.

g. Pola Aktivitas sehari-hari

Tabel 3. 2

Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di rumah	Di rumah sakit
1	Pola Nutrisi dan cairan 1). Makan - Jenis makanan - Frekuensi makan - Porsi - Cara 2). Minum - Jenis minum - Frekuensi minum - Cara - Keluhan	Nasi, lauk, pauk. Sayur 3x1/hari 1 porsi habis Mandiri	Klien belum makan (4 jam <i>post sectio caesarea</i>) Klien belum minum (4 jam <i>post sectio caesarea</i>)
2.	Pola Eliminasi 1) BAB - Warna feses - Konsistensi - Frekuensi - Keluhan 2) BAK - Warna urine - Frekuensi - Keluhan	Kuning kecoklatan Padat 1x1 segari Tidak ada Kuning 7-8 kali Tidak ada keluhan	Belum BAB (4 jam <i>post sectio caesarea</i>) Kuning Terpasang Dc Tidak ada keluhan
3.	Pola Istirahat dan Tidur - Lama tidur siang - Kualitas tidur siang - Lama tidur malam - Kualitas tidur malam - Keluhan	1-2 jam/hari Nyenyak 7-8 jam/hari Nyenyak Tidak ada keluhan	Belum tidur siang (4 jam <i>post sectio caesarea</i>) Belum tidur malam (4 jam <i>post sectio caesarea</i>)
4.	Personal Hygiene 1) Mandi Gosok gigi Keramas Ganti baju Cara	2x/Hari 2x/Hari 1 minggu 3x 2x/hari Mandiri	Klien mengatakan belum mandi (4 jam <i>post sectio caesarea</i>) 1x Belum keramas 1x Dibantu

h. Pemeriksaan Penunjang

Nama : Ny. P

No RM : 01447022

Umur : 31 Tahun

Tanggal Pemeriksaan : Sabtu, 26 April 2025

Tabel 3. 3**Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium)**

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi			
Hematologi tanpa diff			
Hemoglobin	14.1	g/dL	13-16
Hematokrit	43	%	35-47
Jumlah leukosit	12.3	/mm ³	3.800-10.800
Jumlah trombosit	231	/mm ³	150.000-440.000
Jumlah eritrosit	3.7	Juta/mm ³	3.6-5.8

i. Terapi Medis

Tabel 3. 4**Terapi Medis**

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi
Cefotaxime	2x1 gram	Intravena	Golongan antibiotik yang melawan bakteri dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhannya.
Metronidazole	3x1	Intravena	Untuk mengatasi penyakit akibat infeksi dan beberapa jenis protozoa dan parasite.
Ketorolac	3x30 gram	Intravena	Untuk mengatasi nyeri akut dan digunakan dalam jangka waktu pendek (<5 hari).
Asam mefenamat	3x1	Oral	Golongan antiinflamasi nonsteroid (NSAID).

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi
			Untuk mengurangi hormon penyebab peradangan dan nyeri pada tubuh
Infus RL	20 Tpm	Intravena	Untuk menggantikan cairan elektrolit dalam tubuh.

j. Analisa Data

Tabel 3. 5

Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds : - Klien mengeluh nyeri perut di bagian luka operasi - Klien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak. - Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat - Nyeri dirasakan hilang timbul Do : - Terdapat luka post op sc di bagian bawah abdomen $\pm$ 10 cm dan tertutup verban - Klien tampak meringis menahan nyeri - Skala nyeri 6 (0-10) - TTV : TD : 120/90 mmHg N : 101x / menit S : 36.7° C Rr : 22x / menit Spo2 : 99%	Ketuban pecah dini menyebabkan tindakan <i>sectio caesarea</i>, insisi dinding abdomen menyebabkan kerusakan jaringan, pembuluh darah, dan saraf, memicu pelepasan histamin sehingga timbul luka insisi yang menimbulkan Nyeri Akut	Nyeri Akut
2.	Ds : - Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak - Klien mengatakan belum mampu untuk menggerakkan kakinya Do : - Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur - Pergerakan klien terbatas	Ketuban pecah dini menyebabkan tindakan <i>sectio caesarea</i> dengan insisi dinding abdomen menyebabkan terputusnya jaringan, merangsang pelepasan histamin, timbul luka insisi, yang berakibat imobilisasi dan gangguan mobilitas fisik.	Gangguan Mobilitas Fisik

No.	Data	Etiologi	Masalah
	3. Aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat 4. Terpasang Dc dan urine keluar 200 cc 5. Kekuatan otot 5 5 — — 4 4		
3.	Efek prosedur invasif (tindakan <i>sectio caesarea</i>)	Ketuban pecah dini menyebabkan tindakan <i>sectio caesarea</i> area insisi tidak memiliki perlindungan sehingga memungkinkan masuknya mikroorganisme secara aseptik. Hal ini menimbulkan risiko terjadinya infeksi	Risiko Infeksi

2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan *sectio caesarea*), ditandai dengan :

Ds :

- 1) Klien mengeluh nyeri perut di bagian luka operasi
- 2) Klien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak.
- 3) Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat
- 4) Nyeri dirasakan hilang timbul

Do :

- 1) Terdapat luka post op sc di bagian bawah abdomen $\pm$ 10 cm dan tertutup verban
- 2) Klien tampak meringis menahan nyeri
- 3) Skala nyeri 6 (0-10)
- 4) TTV :
 - TD : 120/90 mmHg
 - N : 101x / menit
 - S : 36.7° C
 - Rr : 22x / menit
 - Spo2 : 99%

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, ditandai dengan :

Ds :

- 1) Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak
- 2) Klien mengatakan belum mampu untuk menggerakkan kakinya

Do :

- 1) Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur
- 2) Pergerakan klien terbatas
- 3) Aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat
- 4) Terpasang Dc dan urine yang keluar 200 cc
- 5) Kekuatan otot

5	5
4	4

- c. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (tindakan *sectio caesarea*)

3. Proses Asuhan Keperawatan

Nama : Ny. P

Umur : 31 Tahun

No RM : 01447022

Tabel 3. 6
Proses Keperawatan

No	Diagnosa Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
1.	Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik, ditandai dengan : Ds : 1) Klien mengeluh nyeri perut di bagian luka operas 2) Klien mengatakan nyeri	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tampak meringis menurun	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi 1. Observasi TTV 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui kondisi umum klien 2. Untuk mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebar atau tidak	Sabtu, 26 April 2025 19.00 WIB Observasi 1. Mengbservasi TTV Respon : TD : 120/80 mmHg N : 80x/ menit S : 36.2° C Rr : 23x/ menit Spo2 : 99% 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri	Sabtu, 26 April 2025 19.20 WIB S : - Klien mengatakan nyeri perut dibagian luka post op, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat - Klien mengatakan nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak

No	Diagnosa Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
	bertambah pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak. 3) Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat 4) Nyeri dirasakan hilang timbul Do : 1) Terdapat luka post op sc di bagian bawah abdomen $\pm$ 10 cm dan tertutup verban 2) Klien tampak meringis	3. Skala nyeri menurun (1-3) 4. Frekuensi nadi membaik	3. Identifikasi skala nyeri 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam)	3. Untuk mengetahui skala nyeri 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Untuk mengurangi rasa nyeri	Respon : Klien mengatakan nyeri perut di bagian luka operasi, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan hilang timbul 3. Mengidentifikasi skala nyeri Respon : Skala nyeri 6 (0-10) 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon : Klien mengatakan nyeri bertambah Ketika bergerak dan nyeri berkurang ketika tidak bergerak Terapeutik 5. Memberikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) Respon : Klien melakukan relaksasi nafas dalam saat nyeri muncul dan	- Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul O : - Skala nyeri 6 dari (0-10) - Klien tampak meringis - TTV : TD : 120/70 mmHg R : 21x/menit S : 36°C N : 75x/menit Spo2 : 99% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Observasi TTV - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan

No	Diagnosa Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
	menahan nyeri 3) Skala nyeri 6 (0-10) 4) TTV : TD : 120/90 mmHg N : 101x / menit S : 36.7o C Rr : 22x / menit Spo2 : 99%		6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri	6. Untuk membantu klien merasa lebih nyaman, mengurangi stres, dan menurunkan persepsi nyeri pasca operasi. Edukasi 7. Untuk membantu klien memahami cara mengontrol nyerinya secara mandiri.	klien tampak tenang dan nyaman 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Mengurangi kebisingan di sekitar pasien dengan mengingatkan pengunjung/keluarga untuk menjaga ketenangan) Respon : Klien tampak tenang dan nyaman Edukasi 7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri (menjelaskan cara meredakan nyeri dengan Tarik nafas dalam) Respon : Klien mengerti strategi meredakan nyeri dengan teknik nafas dalam dan mampu menerapkan teknik	- Berikan teknik nonfarmakologi teknik relaksasi nafas dalam - Berikan analgetik

No	Diagnosa Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
			Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian analgetik	Kolaborasi 8. Untuk mengontrol nyeri ketika muncul	relaksasi saat nyeri muncul. Kolaborasi 8. Mengkolaborasi pemberian analgetik ketorolac 1x30 gram dengan pemberian lewat intravena Respon : Nyeri berkurang Paraf  Ulfah Aulia Rahmayanti	
2.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri ditandai dengan : Ds : 1) Klien mengatakan nyeri pada	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh klien	Sabtu, 26 April 2025 19.25 WIB Observasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon : Klien mengatakan nyeri perut bawah dibagian luka bekas operasi	Sabtu, 26 April 2025 19.40 WIB S : - Klien mengatakan masih nyeri pada saat melakukan pergerakan - Klien mengatakan kakinya sudah bisa digerakan dan sudah

No	Diagnosa Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
	saat bergerak 2) Klien mengatakan belum mampu menggerakkan kakinya Do : 1) Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur 2) Pergerakan klien terbatas 3) Aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat 4) Terpasang Dc dan urine yang keluar 200 cc	1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Gerakan terbatas menurun 4. Nyeri menurun 5. Kelemhan fisik menurun	Terapeutik 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Terapeutik 2. Untuk membantu melakukan pergerakan Edukasi 3. Pasien dapat mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi	Terapeutik 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Keluarga bersedia terlibat untuk membantu klien melakukan pergerakan Edukasi 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi post sc berupa satuan acara penyuluhan tentang mobilisassi dini post section caesarea dengan media lefleaf Respon : Klien diberikan penyuluhan mengenai mobilisasi dini pasca operasi sc dan memahami tujuan, prosedur mobilisasi dan tahapan mobilisasi lainnya.	bisa melakukan miring kanan dan kiri O : - Aktivitas klien dibantu oleh keluarga pasien - Terpasang DC - Klien tampak bisa menggerakkan kaki dan tangan - Klien tampak sudah mencoba melakukan miring kanan dan kiri dan latihan duduk - Tampak pergerakan klien terbatas - Klien tampak lemah - Kekuatan otot 5 5 4 4 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

No	Diagnosa Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi				
1	2	3	4	5	6	7				
	5) Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4		4. Anjurkan mobilisasi dini 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi.	4. Untuk membantu pergerakan klien 5. Untuk membantu mencegah kekakuan otot dan sendi, serta mempercepat pemulihan pasca operasi.	4. Menganjurkan mobilisasi dini post sc Respon : Klien diberikan edukasi berupa cara melakukan mobilisasi dini 5. Mengajarkan mobilisasi dini post sc 6-12 jam (Latihan miring kanan dan miring kiri) Respon : Klien melakukan latihan miring kanan dan kiri Paraf  Ulfah Aulia Rahmayanti	- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Ajarkan mobilisasi post sc 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur dan setelah 24 jam latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet.
5	5									
4	4									
3.	Risiko Infeksi (0124) ditandai dengan adanya luka post tindakan <i>sectio</i>	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan	Pencegahan Infeksi I.14539 Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Observasi 1. Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi	Sabtu, 26 April 2025 19.45 WIB Observasi 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Sabtu, 26 April 2025 20.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri luka bekas operasi				

No	Diagnosa Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
	<i>caesarea</i> ditandai dengan : Ds : 1) Klien mengatakan nyeri di bagian luka operasi Do : 1) Terdapat luka sc ± 10 dan tertutup verban 2) Suhu : 36.7° C 3) Leukosit : 12.3 mm/3 4) TTV : TD : 120/90 mmHg N : 101x / menit S : 36.7° C Rr : 22x / menit Spo2 : 99%	tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Tidak ada tanda-tanda infeksi	Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Berikan perawatan luka	Terapeutik 2. Mencegah masuknya mikroorganisme melalui luka operasi 3. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar luka operasi 4. Untuk membantu proses penyembuhan dan mencegah terjadinya infeksi	Respon : Klien mengatakan nyeri di bagian bekas luka operasi, tidak ada rubor (Kemerahan), tidak ada kalor (Panas), tidak ada tumor (bengkak) Terapeutik 2. Membatasi jumlah pengunjung Respon : Klien ditunggu oleh satu orang yaitu suaminya 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Respon : Perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	O : - Luka post op tertutup verban - Suhu tubuh pasien 36.2° C - Tidak ada kemerahan panas dan bengkak P : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Monitor tanda dan gejala Infeksi lokal dan sistemik - Berikan antibiotik

No	Diagnosa Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
			Edukasi 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian antibiotik	Edukasi 5. Agar klien mengetahui tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 6. Untuk membantu proses penyembuhan	Edukasi 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon : Klien memahami tanda-tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 5. Berkolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime 1x1 gr dengan cara pemberian lewat intravena. Respon : Perawat memberikan terapi kolaborasi medis. Paraf  Ulfah Aulia Rahmayanti	

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. P

Umur : 31 Tahun

No Rm : 01447022

Tabel 3. 7

Catatan Perkembangan

Tanggal/Jam	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
Minggu, 27 April 2025 07.00 WIB	1	S : - Klien mengatakan masih nyeri perut dibagian luka bekas operasi - Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti disayat-sayat - Nyeri dirasakan hilang timbul - Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak O : - Skala nyeri 6 dari (0-10) - Tampak meringis A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 07.10 WIB - Mengobservasi TTV Respon : TD : 120/90 mmhg S : 36° C N : 81×/menit Rr: 20×/menit Spo2 : 99% - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Respon klien : Klien mengatakan nyeri di abdomen pada bagian luka post op, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan hilang timbul - Mengidentifikasi skala nyeri Respon klien : skala nyeri 5 dari (0-10) - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	 Ulfah Aulia Rahmayanti

Tanggal/Jam	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
		Respon klien : klien mengatakan nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang saat beristirahat Jam 07.20 WIB - Memberikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) Respon klien : Klien melakukan relaksasi nafas dalam saat nyeri muncul dan klien tampak tenang dan nyaman Jam 07.30 WIB - Memberikan analgetic ketorolac 1x30 mg dengan cara pemberian lewat intravena Respon : Nyeri berkurang Jam 07.35 WIB E : Masalah teratasi sebagian. Lanjutkan intervensi	
Minggu, 27 April 2025 07.40 WIB	2	S : - Klien mengatakan masih nyeri pada saat melakukan pergerakan. - Klien mengatakan sudah bisa melakukan latihan duduk O : - Aktivitas pasien dibantu keluarga pasien - Klien tampak mampu melakukan miring kanan dan kiri - DC sudah dilepas - Klien sudah tidak tampak lemah - Kekuatan otot 5 5 4 4 A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 07.50 WIB - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon klien : klien mengatakan nyeri pada saat melakukan pergerakan mulai sedikit berkurang - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisas Respon klien : Kondisi umum klien baik	 Ulfah Aulia Rahmayanti

Tanggal/Jam	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
		Jam 07.55 WIB - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Pergerakkan dan aktivitas klien dibantu oleh keluarga pasien - Mengajarkan mobilisasi dini post sc 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur dan setelah 24 jam latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet Respon klien : Klien mencoba melakukan latihan duduk dan berjalan dibantu oleh perawat Jam 08.00 WIB E : Masalah teratasi sebagian	
Minggu, 27 April 2025 08.10	3	S : Klien mengatakan masih nyeri luka bekas operasi O : - Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak - Lingkungan klien bersih A : Resiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi I : Jam 08.20 WIB - Memonitor TTV Respon : TD : 120/70 mmHg S : 36° C N : 81x/menit Rr : 20x/menit Spo2 : 99% - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon klien : klien mengatakan nyeri luka bekas operasi sedikit berkurang, tidak ada tandatanda infeksi seperti rubor, dolor dan Tumor - Memberikan antibiotic Cefotaxime 1 gr IV dan Metronidazole 1x1 gr lewat intravena Respon klien : Perawat meberikan terapi kolaborasi medis. Jam 08.30 WIB E : Masalah belum teratasi	 Ulfah Aulia Rahmayanti
Senin, 28 April 2025 10.00 WIB	1	S : - Klien mengatakan nyeri masih ada - Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak mulai berkurang	 Ulfah Aulia Rahmayanti

Tanggal/Jam	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
		O : - Skala nyeri 5 dari (0-10) - Tampak meringis berkurang A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Jam 10.10 WIB - Mengobservasi TTV Respon : TD : 110/80 mmhg S : 36.7° C N : 78x/menit R : 21x/menit Spo2 : 99% - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Respon klien : Klien mengatakan nyeri di abdomen pada bagian luka post op berkurang, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan hilang timbul - Mengidentifikasi skala nyeri Respon klien : skala nyeri 4 dari (0-10) Jam 10.15 WIB - Memberikan analgetik ketorolac 30 mg lewat intravena Respon : Nyeri berkurang Jam 10.25 WIB E : Masalah teratasi sebagian. Klien pulang. Lanjutkan intervensi di rumah.	
Senin, 28 April 2025 10.30 WIB	2	S : - Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan pergerakan berkurang - Klien mengatakan sudah bisa duduk dan berjalan secara mandiri. O : - Klien tampak tidak lemah - Klien tampak sudah mampu duduk dan berjalan dari tempat tidur ke toilet tanpa dibantu keluarga dan perawat - Kekuatan otot 5 5 5 5 A : Gangguan mobilitas fisik teratasi	 Ulfah Aulia Rahmayanti

Tanggal/Jam	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
Senin, 28 April 2025 11.00 WIB	3	S : Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi berkurang O : - Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak - Lingkungan klien bersih A : Resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Jam 11.10 WIB - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon klien : Klien mengatakan nyeri luka operasi sudah berkurang - Memberikan perawatan luka Respon : Setelah dilakukan perawatan luka klien merasa nyaman tidak ada tanda infeksi rubor, kalor, dolor dan tumor Jam 11.20 WIB - Memberikan antibiotic Metronidazole 1x1 gr dengan cara pemberian lewat intravena Respon : Perawat memberikan terapi Metronidazole 1x1 gr dengan cara pemberian lewat intravena. Jam 11.30 WIB E : Masalah teratasi sebagian. Klien Pulang. Lanjutkan intervensi di rumah.	 Ulfah Aulia Rahmayanti
Selasa, 29 April 2025 08.10 WIB	1	S : - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang - Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak berkurang dan sudah mulai terbiasa dengan kurang nyaman akibat luka jahitannya. O : - Skala nyeri 4 (0-10) - Klien tampak tenang A : Nyeri akut teratasi P : Lanjutkan intervensi I : Jam 08.10 WIB - Mengobservasi TTV Respon : TD : 120/70 mmHg N : 88x/menit S : 36.2^o C R : 20x/menit Spo2 : 99%	 Ulfah Aulia Rahmayanti

Tanggal/Jam	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
		- Mengidentifikasi skala nyeri - Respon : Skala nyeri 3 - Menganjurkan minum obat analgetik asam menenamat 1x1 gram lewat oral - Respon : - Nyeri berkurang - Jam 08.30 WIB - E : Masalah teratasi sebagian	
Selasa, 29 April 2025 09.00 WIB	3	S : - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sudah berkurang O : - Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak - Lingkungan rumah klien bersih A : Resiko infeksi teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan I : - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Respon klien : Klien mengatakan, nyeri luka operasi sudah berkurang - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi pada ibu post partum berupa penyuluhan dengan media leaflet - Respon : Klien diberikan penyuluhan kesehatan mengenai kebutuhan nutrisi pada ibu post partum dan klien tampak kooperatif Jam 09.30 WIB E : Masalah teratasi sebagian R : Kontrol perawatan luka ganti verban setelah 1 minggu dilakukan operasi ke pelayanan kesehatan terdekat	 Ulfah Aulia Rahmayanti

B. Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kasus yang telah diuraikan pada bab sebelumnya yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Ny. P (P₃ A₀) post *sectio caesarea* POD 0 dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini dengan Kehamilan Gemeli di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut” yang dilaksanakan pada tanggal 26 April 2025. Pada pembahasan ini akan

diuraikan kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kasus dalam pelaksanaan secara nyata sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Asuhan keperawatan dimulai pada tanggal 26 sampai tanggal 29 April 2025, 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 bio-psiko-sosial piritual. pada kasus Ny. P dengan post *sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli ditemukan adanya nyeri pada luka *sectio caesarea*, luka 10 cm horizontal, skala nyeri 6, klien tampak meringis, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri bertambah berat apabila bergerak dan berkurang apabila tidak bergerak yang mengakibatkan aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga. Luka post *sectio caesarea* mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga merangsang pelepasan enzim serotonin, bradikinin, histamin, dan prostaglandin yang merangsang reseptor nyeri sehingga timbul nyeri (Prawirohardjo, 2016).

Pada kasus Ny. P post *sectio caesarea* POD 0 Atas Indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli ditemukan bahwa aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat sebagian, klien tampak lemah

berbaring di tempat tidur, kekuatan otot 4/5, karena adanya luka post *sectio caesarea* yang merangsang reseptor nyeri sehingga mengakibatkan kemampuan untuk beraktivitas terbatas karena klien pergerakannya nyeri luka operasi. (Dongoes, 2015)

Pada kasus Ny. P post *sectio caesarea* POD 0 Atas Indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli ditemukan luka *post sectio caesarea* dibagian perut bawah 10 cm horizontal, suhu 36.7°C, leukosit 12.300/mm. 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. Tahap Diagnosa

Secara teori dalam Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mengidentifikasi sebanyak 7 diagnosa keperawatan yang secara teoritis berpotensi muncul pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) dan kehamilan gemeli, yaitu : Nyeri akut, Gangguan mobilitas fisik, Risiko infeksi, Gangguan pola tidur, Menyusui tidak efektif, Defisit pengetahuan, dan Ansietas. Berdasarkan pengkajian aktual yang ada pada klien post *sectio caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli berikut diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny. P meliputi:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri pada luka operasi terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan yang merangsang reseptor kimia yang disampaikan ke thalamus dan korteks serebri dan dipersepsikan nyeri, nyeri juga dapat membuat tanda-tanda vital berubah (Dongoes, 2015).

Data yang penulis peroleh dari Ny. P nyeri diakibatkan karena adanya luka insisi dengan luka insisi 10 cm dibagian abdomen, skala nyeri 6 dari (0-10), nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak, nyeri dirasakan hilang timbul yang mengakibatkan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri

Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia dalam mobilisasi pada ibu post partum dapat disebabkan oleh trauma yang dimaksud adalah adanya luka bekas operasi yang menyebabkan ibu merasa nyeri dari luka 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 di atas ditegakkan karena pada klien ditemukan tanda-tanda : Klien mengatakan masih belum beraktivitas seperti biasa, aktivitas dibantu keluarga dan perawat, klien mengatakan belum mampu untuk menggerakkan kakinya, klien tampak lemah berbaring di tempat tidur, pergerakan klien terbatas, terpasang Dc dan urine yang keluar 200 cc, Kekuatan Otot: 4/5

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post sectio caesarea

Resiko infeksi dapat terjadi karena adanya luka pembedahan sectio caesarea ini dapat terjadi jika adanya peningkatan leukosit dan adanya tanda-tanda infeksi (Dongoes, 2015) leukosit merupakan sel darah yang melindungi tubuh terhadap kuman-kuman penyakit yang menyerang tubuh dengan cara fagosit, menghasilkan antibodi. Dan infeksi merupakan masuknya mikroorganisme yang memperbanyak diri dari jaringan tubuh yang menyebabkan peradangan, Infeksi luka operasi yaitu infeksi pada daerah operasi atau organ atau ruang yang terjadi dalam 30 hari pada pasca operasi atau dalam kurun 1 tahun apabila terdapat Implant. Tanda-tanda infeksi rubor (kemerahan), calor (panas), dolor (nyeri). Tumor (bengkak). Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien post sectio

caesarea terdapat luka post sectio caesarea, suhu 36.7° C, leukosit :
12.3 mm/3

Dari tujuh diagnosa keperawatan teori, hanya tiga yang relevan dengan kondisi aktual klien Ny. P. Empat diagnosa lainnya tidak diangkat karena tidak didukung oleh data subjektif maupun objektif dari hasil pengkajian. Berikut empat diagnosa yang tidak diangkat sebagai prioritas dalam asuhan keperawatan pada Ny. P :

a. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

Nyeri pasca operasi *sectio caesar* dapat mengganggu pola tidur. Pasien dengan luka operasi cenderung mengalami kesulitan tidur karena rasa nyeri, ketidaknyamanan, atau efek obat anestesi. Selain itu, tidur yang tidak cukup akan memengaruhi penyembuhan luka dan produksi ASI. Wahyu (2017) dan Puspita & Dwi (2015). Luka insisi pada abdomen dan uterus menyebabkan nyeri yang dapat mengganggu kenyamanan dan menurunkan kualitas istirahat. Selain itu, perubahan hormonal postpartum (penurunan estrogen & progesteron) juga berdampak pada kualitas tidur.

Meski dalam teori menyebutkan gangguan tidur sebagai potensi besar, namun dalam asuhan keperawatan pada Ny. P (P₃ A₀) atas indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli tidak ditemukan data subjektif mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, maupun data objektif seperti

lingkaran hitam di mata atau perubahan suasana hati yang menyertai gangguan tidur. Dengan demikian, menurut prinsip data yang ada diagnosa ini tidak relevan secara aktual pada kondisi klien Ny. P.

b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Menyusui bisa terganggu akibat penurunan kadar prolaktin yang disebabkan oleh stres dan nyeri, atau ketidaksiapan ibu secara psikologis. Gangguan ini juga diperkuat oleh tindakan SC yang memperpanjang inisiasi menyusui. Nasriani (2021) dan Wahyu (2017). Pasien post *sectio caesarea* rentan mengalami penurunan prolaktin dan keterlambatan menyusui. Selain itu, ketuban pecah dini (KPD) dapat memicu stres intrauterin pada janin, sehingga bayi juga dapat mengalami kesulitan menyusui.

Berdasarkan data yang ada tidak ditemukan adanya gangguan pada proses menyusui : kelelahan maternal, kecemasan maternal, bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu dengan benar, ASI tidak menetes/memancar, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua. Bahkan dalam waktu beberapa jam setelah post *sectio caesarea* klien Ny. P langsung memberikan ASInya ke ruangan NICU untuk kedua bayinya yang sedang dirawat, sehingga diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif tidak relevan untuk diangkat sebagai diagnosa atau masalah keperawatan.

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Pasien post *sectio caesarea* dengan komplikasi seperti KPD dan kehamilan gemeli harus mendapatkan edukasi menyeluruh mengenai perawatan luka, mobilisasi dini, dan tanda bahaya nifas. Kurangnya informasi dapat menimbulkan kecemasan dan memperlambat pemulihan. Budiono (2015) dan Nisa Afina et al. (2020).

Pasien post-SC dengan gemeli cenderung memiliki banyak risiko komplikasi, sehingga kebutuhan akan edukasi meningkat. Namun edukasi itu harus disesuaikan dengan kebutuhan aktual pasien berdasarkan *readiness to learn* atau kesiapan belajar. Meskipun teori menyarankan pemberian edukasi, namun berdasarkan data pada asuhan keperawatan pada Ny. P (P₄A₀) atas indikasi kehamilan gemeli, klien menunjukkan pemahaman terhadap intervensi, seperti melakukan relaksasi nafas dalam, mengikuti instruksi mobilisasi dini, dan mengikuti perawatan luka. Hal ini menunjukkan *readiness* atau kesiapan dan pemahaman yang baik, sehingga diagnosis defisit pengetahuan tidak menjadi masalah nyata maupun potensial.

d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Ansietas umum terjadi pada ibu post operasi karena kekhawatiran terhadap kondisi bayi, luka operasi, serta peran sebagai ibu baru. KPD dan SC pada kehamilan gemeli meningkatkan potensi

kecemasan karena risiko komplikasi lebih tinggi. Zahroh Nuursafa (2021) dan Agustin (2022). KPD menyebabkan keluarnya cairan ketuban lebih awal, meningkatkan risiko infeksi intrauterin dan kelahiran prematur. Kondisi ini seharusnya menimbulkan kecemasan pada pasien. Namun untuk menegakkan diagnosa ansietas, diperlukan indikator emosional dan fisiologis seperti gelisah, cemas, menarik diri, atau keluhan emosional dari pasien.

Dari data pengkajian yang ada, tidak ditemukan indikator kecemasan seperti data subjektif : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, dan data objektif : tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur. Pasien justru kooperatif dan mampu menjalin komunikasi baik dengan perawat. Oleh karena itu, secara klinis dan etis, memasukkan ansietas sebagai diagnose keperawatan akan tidak sesuai dengan kondisi aktual.

3. Tahap Perencanaan

Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan (SIKI, 2017)

a. Intervensi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada asuhan keperawatan Ny. P intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah manajemen nyeri nonfarmakologi teknik tarik nafas dalam. Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi

napas dalam terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostasis lingkungan internal individu (Sulistyo, 2018). Teknik relaksasi napas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem saraf otonom. Ibu meningkatkan aktivitas komponen saraf parasimpatik vegetatif secara simultan. Teknik tersebut dapat mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas reaksi ibu terhadap rasa nyeri. Selain manajemen nyeri nonfarmakologi penulis juga melakukan manajemen nyeri farmakologi yaitu dengan kolaborasi pemberian analgetik. Manajemen nyeri farmakologis adalah suatu metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktek manajemennya. Metode dan cara ini memerlukan instruksi medis dari dokter (Sulistyo, 2018). Pada kasus ini analgetik yang direkomendasikan adalah ketorolac.

b. Intervensi diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Pada asuhan keperawaatan Ny. P intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan ajarkan mobilisasi dini. Mobilisasi dini bermanfaat bagi ibu pasca *sectio caesarea* dengan meningkatkan fungsi fisik, sirkulasi darah, metabolisme, serta mengurangi risiko infeksi dan kekakuan pencernaan (Herman et al., 2020).

c. Intervensi diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *sectio caesarea*.

Pada asuhan keperawatan Ny. P intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan perawatan luka. Perawatan luka *Sectio Caesarea* karena dapat mengurangi resiko infeksi, mempercepat proses penyembuhan luka dan mengurangi nyeri ketika rawat luka ketika debridemen sehingga memberikan suatu kenyamanan bagi pasien post operasi *Sectio Caesarea* (Arisanty, 2018).

4. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini penulis berusaha melakukan tindakan yang telah direncanakan.

- a. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik setelah memberikan teknik nonfarmakologi dengan menggunakan teknik relaksasi nafas. dalam klien mengatakan nyeri berkurang. Setelah memberikan manajemen nyeri menggunakan obat analgetik sesuai instruksi medis dari dokter berupa injeksi ketorolac 30 mg klien mengatakan setelah diberikan obat analgetik nyeri berkurang.
- b. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan. mobilisasi dini berupa latihan gerak kaki dan tangan, mengajarkan mobilisasi post *sectio caesarea* (0-6 jam latihan gerak kaki dan tangan, 6-12 jam latihan miring kanan dan kiri, 12-24 jam latihan duduk, dan setelah 24 jam latihan berjalan dari tempat tidur ke

toilet) klien dapat melakukan mobilisasi mulai dari miring kanan dan kiri sampai berjalan ke toilet.

- c. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *sectio caesarea* setelah dilakukan tindakan memberikan perawatan luka klien mengatakan nyaman.

5. Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang membandingkan antara kriteria tujuan dengan hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan. Dalam mengevaluasi hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. P selama 4 hari dari tanggal 26 sampai 29 April 2025, penulis secara langsung melakukan perkembangan klien.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari nyeri menurun dengan skala nyeri 3 dan keluhan nyeri yang masih dirasakan klien. Penyembuhan luka pasca operasi *sectio caesarea* selama 1 minggu, sedangkan pemulihan rahim kira-kira 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 (Damayanti, 2019).

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari kelemahan fisik menurun, kekuatan otot meningkat masalah teratasi.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *sectio caesarea*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 tanda-tanda infeksi berupa rubor (kemerahan), calor (nyeri), Tumor (bengkak). Klien mengatakan masih nyeri di luka bekas operasi *sectio caesarea*. Penyembuhan luka pasca operasi *sectio caesarea* selama 1 minggu, sedangkan pemulihan rahim kira-kira 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 (Damayanti, 2019).

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. P (P₃A₀) Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. pada tanggal 26-29 April 2025 maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. P (P₃A₀) Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada Ny. P (P₃A₀) Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada Ny. P (P₃A₀) Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. P (P₃A₀) Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
5. Penulis mampu mengevaluasi hasil dari pada Ny. P (P₃A₀) Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

6. Penulis mampu mendokumentasikan pada Ny. P (P_3A_0) Post *Section Caesarea* POD 0 Atas Indikasi ketuban pecah dini dengan kehamilan gemeli di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

B. Rekomendasi

1. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit diharapkan memperkuat perawatan bagi ibu dengan kondisi post section caesarea melalui peningkatan koordinasi antarunit serta penyediaan fasilitas yang aman, nyaman, dan ramah ibu serta bayi. Selain itu, Penerapan standar penatalaksanaan pascaoperasi secara konsisten sangat penting untuk mempercepat pemulihan ibu. Langkah ini mencakup mobilisasi dini, pengelolaan nyeri yang efektif, perawatan luka sesuai prosedur, serta pemantauan ketat terhadap tanda vital, status nutrisi, dan keseimbangan cairan. Selain itu, pencegahan komplikasi seperti infeksi, perdarahan, dan tromboemboli harus dilakukan dengan protokol yang jelas, disertai edukasi kepada ibu mengenai perawatan diri, tanda bahaya, dan tindak lanjut di rumah..

2. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa keperawatan disarankan untuk memanfaatkan lahan praktik klinik sebagai sarana belajar yang nyata dalam mengasah keterampilan dan pengetahuan. Pengalaman di lapangan sebaiknya dimaknai sebagai proses pembelajaran untuk memahami secara langsung penerapan teori keperawatan, berlatih komunikasi terapeutik, serta membangun kepekaan terhadap kebutuhan pasien.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan harus terus mengembangkan pendekatan pembelajaran yang selaras dengan situasi klinis yang kerap dijumpai di fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga mahasiswa mampu menerapkan pengetahuan secara tepat dalam situasi nyata di lapangan, karena pada saat di lapangan praktek sering terjadi beberapa kesenjangan antara teori dan fakta di lapangan sehingga mahasiswa mampu menyesuaikan dan mampu melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional. Serta untuk menunjang dalam hal proses belajar bagi mahasiswa diharapkan perpustakaan memiliki referensi sumber yang lengkap dan update untuk dijadikan bahan kajian dalam pembuatan karya tulis ilmiah ataupun penelitian.

4. Bagi Klien dan Keluarga

Klien dan keluarga diharapkan dapat terlibat aktif dalam proses perawatan, khususnya dalam hal mengikuti anjuran petugas kesehatan. Pemahaman mengenai perawatan pasca operasi, pentingnya mobilisasi dini, pencegahan infeksi, serta dukungan psikologis terhadap ibu sangat membantu dalam mempercepat proses pemulihan. Keterlibatan keluarga juga menjadi faktor penting dalam mendukung kesehatan ibu secara menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, D. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Sectio Caesarea Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Nyaman*. Braz Deint J.
- Andarmoyo, Sulistyio 2018. *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta Ar-Ruzz Media.
- Ansori, 2022. *Asuhan keperawatan ansietas pada pasien pre operasi sectio caesarea diruang belimbing RSUD Klungkung*. Paper Knowledge. Toward a Media History of Documents, 49-58.
- Arif, A., & Kurnia, E (2021). *Hubungan Letak Janin Dengan Kejadian Ketuban Pecah Sebelum Waktunya Pada Ibu Bersalin*. Journal Of Health Science.
- Arisanty, I. P. (2018). *Konsep Dasar Manajemen Perawatan Luka*. Jakarta: EGC
- Aspiani, & Reny, Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. Jakarta: Trans Info Media.
- Asriani, & Sartika. (2023). *Keperawatan Maternitas*. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Budiono & Pertami, Sumirah Budi. 2015. *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika
- Dewi, M., Nunung, N., & Astri, M. (2019). *Pain Intesity Among Women With Post Caesarean Section*. Knowledge E, 657-660.
- Dian, H., & Grasiana, F. (2022). *Kebutuhan Personal Hygiene Papa Pasien Post Sectio Caesarea*. Jurnal Keperawatan Sumba, 8-10.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. Profil Kesehatan Kabupaten Garut 2021
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2021.
- Doenges, Marilyn E. (2015). *Manual Diagnosis Keperawatan: Rencana, Intervensi & Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Eriyanti, et al, 2021. "Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Secti Caesarea". Jurnal Buletin Media Informasi Kesehatan, 14(2).
- Ernawati, E. (2020). *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan tahun 2020*. STIK Bina Husada Palembang.
- Eva, D. S. (2022). *Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Sectio Caesarea Dirumah Sakit Colombia Asia Medan 2020*. Medan: Insitut Kesehatan Helvetia.
- Gustrii. (2022). *Seksualitas Dan Masa Nifas*. Retrieved From Dektorat Kemnkes RI: https://Yankes.Kemkes.Go.Id/View_Artikel/602/Seksualitas-Dan-Masa-Nifas

- Hayati, N et al, 2023” *Hubungan Antara Cephalopelvik Disproportion (Cpd), Gawat Janin Dan Partus Lama Dengan Kejadian Sectio Caesarea (Sc) Pada Ibu Primipara Di Rsiabdi Tahun 2022*”. SENTRI Jurnal Riset Imiah, 2(5).1406-1407.
- Hijratun. (2021). *Perawatan Luka pada Pasien Post Sectio Caesarea (N. Qalby (ed.)).* Pustaka Taman Ilmu.
<http://webadmin.ipusnas.id/ipusnas/publications/books/177527/>
- Indrasuari, K. P., Pariartha, I. M., & Wijaya, M. D. (2023). Perbedaan antara Kadar Leukosit Maternal pada Ketuban Pecah Dini Persalinan Preterm dengan Aterm di Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar. *AMJ (Aesculapius Medical Journal)*, 3(2), 247–253.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Khazaeni, B., & Khazaeni, L. (2022). *Pathophysiology Treatment Management. National Library of Medicine, National Institutes of Health*, 9(4), 5-9.
- Lowdermik, P. C. (2015). *Keperawatan Maternitas* Edisi 8. Jakarta: EGC. I
- Lulia, A. (2020). *Upaya Peningkatan Nutrisi Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di ESU Assalam Gemolong*. Universitas Muhammadiyah Surakarta, 12.
- Mansjoer, A. 2016. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media. Aesculapius
- Miftahul, G eta al, 2023 “*Penerapan Foto & Hand Massage Pada Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini*” *Jurnal Buletin* Vol.7 No.1 Januari-Juli 2023
- Negara, I. Ketut surya. *Matriks Metalloproteinase Pada Ketuban Pecah Dini*. (2021).
- Nikmathul Ali, R., Aprianti A Hiola, F., & Tomayahu, V. (2021). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Komplikasi Ketuban Pecah Dini (Kpd) Di Rsud Dr Mm Dunda Limboto*. *Jurnal Health Sains*, 2(3), 381–393.
<https://doi.org/10.46799/jhs.v2i3.130>
- Nisa, Afina K, Susanti, Evy T, Marhamah, Emah. (2020). Penerapan Tahap-Tahap Mobilisasi Dini Pada Ny. S Dengan Post Sectio Caesarea. 6, 39-42
- Octaviasari, K. (2023). *STUDI KASUS PENATALAKSANAAN PERAWATAN LUKAIBU POST SECTIO CAESAREA UNTUK MENCEGAHINFEKSI DENGAN INDIKASI DISPROPORSI KEPALA PANGGUL DI RSUD DARULISTIQOMAH KALIWUNGU*. Repository Universitas Muhammadiyah Kendal Batang. Retrieved from <https://repository.umkaba.ac.id/index.php/repo/article/view/14>
- Prawirohardjo, s. 2016. *Ilmu kebidanan cetakan kelima*. Jakarta: pt bina pustaka sarwono
- Puspita, S., & Dwi, R. K. (2014). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas (Postnatal Care)*. Jakarta: Cv Trans Info Media.
- Rahmi, Y. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Post Partum Di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019*.

Rekam Medik RSUD Dr. Slamet Garut, Data Tahun 2025

- Sari, A., Ulfa, I, dan Daulay. 2020. *Kehamilan dengan Gemelly* Jurnal E-Biomedik, 1(8): 1-476. <http://repository.poltekkes-tjk.ac.id/758/5/BAB II.pdf>.
- Silfianingsih, R. (2022). *Gambaran Perubahan Saturasi Oksigen Pada Kejadian Shivering Pasien Paska Sectio Caesarea Dirumah Sakit Angkatan Darat Udayana Denpasar*. Bali: Insitut Teknologi Dan Kesehatan Bali.
- Siloam Hospital, 2023. “Operasi Caesar: Persiapan, Prosedur, dan Efek Sampingnya.” <https://www.siloamhospitals.com/informasiloam/artikel/ope-rasi-caesar>
- Sumaryati, Widodo Gipta, dan Purwaningsih Heni. (2018). *Hubungan Mobilisasi Dini dengan Tingkat Kemandirian Pasien Post Sectio Caesarea di Bangsal Mawar RSUD Temanggung*. Artikel. Indonesia Journal of Nursing Research Volume 1 Nomor 1 e-ISSN 2615-6407
- Sunarti, S. (2017). *Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal pada Ny “R” Gestasi 37-38 Minggu dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2017*. Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2019), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1. Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2019), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Wahyuningsih, H, P., & Kusmiyati, Y, (2017). *Anatomi Fisiologi. Bahan Ajar Kebidanan*, 1-315.
- Wahyuningsih, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Disertai Panduan Persiapan Praktikum*. Jember: Deepublish.
- Wardhana, M. P., Wiweko, B., Hestiantoro, A., & Irwinda, R. (2022). *Seksio Sesarea. Panduan Klinis*. August.
- Wiknjosastro, H. 2016. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka
- World Health Organization. (2021). *Monitoring Health For the Sdgs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Wulandari, P., Maharani, R. P., & Arifianto, A. (2018). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Tindakan Persalinan Sectio caesarea Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Semarang*. Journal of Holistic Nursing Science, 5(2), 64-71. <https://doi.org/10.31603/nursing.v5i2.2432>
- Yuhana, Tuti Farida, T. (2022). *Hubungan Ketuban Pecah Dini, Partus Lama, dan Gawat Janin dengan Tindakan Persalinan Sectio Caesarea di Rumah Sakit TK. IV DR*.

Noesmir Baturaja Tahun 2020. 22(1), 78-83.
<https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1735>

Yusrila, 2020. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut*
<https://repository.bku.ac.id>

Zahroh Nuursafa, 2021. “*Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas Ny.S Di Wilayah Kerja Puskesmas Playen II*.” [http://eprints](http://eprints.poltekkesjogja.ac.id). Poltekkesjogja, ac id

Zamilah, R., Aisyiyah, N., & Waluyo, A. (2020). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) Pada Ibu Bersalin Di RS. Betha Medika*. Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan, 10(2), 122–135.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

MOBILISASI PASCA SECTIO CAESAREA



Disusun oleh :

ULFAH AULIA RAHMAYANTI

KHGA.22099

3C D3 KEPERAWATAN

**STIKES KARSA HUSADA GARUT
TAHUN AJARAN 2024-2025**

SATUAN ACARA PENYULUHAN
MOBILISASI DINI POST *SECTIO CAESAREA*

Topik : Mobilisasi Dini pada ibu post partum pasca SC

Sasaran : Ny. P dan keluarga

Penyuluh : Mahasiswa

Hari/Tanggal : Sabtu, 26 April 2025

Jam : 19.00 WIB

Tempat : Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut

A. Tujuan Instruksional

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan mobilisasi dini diharapkan pasien dan keluarga dapat mengetahui mengenai mobilisasi dini pasca sectio caesarea

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mendapat penyuluhan mengenai tentang mobilisasi dini diharapkan pasien dan keluarga :

- a. Menjelaskan tentang pengertian mobilisasi dini
- b. Menjelaskan tentang tujuan mobilisasi dini
- c. Menjelaskan tentang manfaat mobilisasi dini
- d. Menjelaskan tentang kerugian bila tidak melakukan mobilisasi

- e. Menjelaskan tentang tahap-tahap mobilisasi dini

B. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

C. Media

- a. Leaflet

D. Materi

(Terlampir)

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Respon	Metode dan Media
1.	5 Menit	Pendahuluan 1. Memberi salam pembuka dan perkenalan diri 2. Menjelaskan tujuan 3. Kontrak waktu 4. Memberi leaflet	Membalas salam Mendengarkan Memberi respon	Ceramah dan Tanya Jawab
2.	20 Menit	Penjelasan 1. Pengertian Mobilisasi Dini 2. Tujuan Mobilisasi Dini 3. Manfaat Mobilisasi Dini 4. Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi 5. Pelaksanaan atau Tahap-tahap Mobilisasi Dini	Mendengarkan dan Memperhatikan	Ceramah dan Tanya Jawab Leaflet

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Respon	Metode dan Media
3.	10 Menit	Penutup Tanya Jawab Menyampaikan hasil penyuluhan Memberi salam Penutup	Menanyakan hal yang belum jelas Aktif bersama menyimpulkan	Ceramah dan Tanya Jawab Leaflet

F. Evaluasi

Mengajukan pertanyaan lisan

Peserta penyuluhan mampu menjawab pertanyaan yang meliputi:

1. Pengertian Mobilisasi Dini
2. Tujuan Mobilisasi Dini
3. Manfaat Mobilisasi Dini
4. Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi
5. Pelaksanaan atau Tahap-tahap Mobilisasi Dini

LAMPIRAN MATERI PENYULUHAN

MOBILISASI PASCA *SECTIO CAESAREA*

1. Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan upaya memandu kemandirian pasien sedini mungkin untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Nasriani, 2021).

Mobilisasi dini post *sectio caesarea* merupakan suatu gerakan, atau kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan (Sumaryati, 2018).

2. Tujuan Mobilisasi

Tujuan dilakukan mobilisasi adalah untuk mencegah komplikasi postoperasi, meningkatkan kapasitas fungsional dan mengurangi lama rawat inap pasien yang menjalani operasi (Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, et al, 2019).

Mobilisasi dini dilakukan ibu setelah *sectio caesarea* secara fisik, bertujuan untuk melatih otot dan persendian setelah operasi untuk mencegah kekakuan dalam sistem pencernaan, meningkatkan mobilitas lambung, menstimulasi peristaltik dan meningkatkan toleransi otot perut (Herman, Santoso, & Yunitasari, 2020).

3. Manfaat

Manfaat dari mobilisasi dini sebagai berikut.

- a. Mobilisasi dini bermanfaat bagi ibu pasca *sectio caesarea* dengan meningkatkan fungsi fisik, sirkulasi darah, metabolisme, serta

mengurangi risiko infeksi dan kekakuan pencernaan (Herman et al., 2020).

- b. Mobilisasi bermanfaat karena akan memperlancar sirkulasi darah dan segera mungkin mengalami pemulihan peristaltik usus atau penyembuhan luka pada ibu setelah menjalani *sectio caesarea* (Heryani & Denny, 2017).
 - c. Mobilisasi bermanfaat untuk menormalkan sirkulasi darah dalam tubuh. Selain itu, manfaat mobilisasi dini adalah mencegah komplikasi seperti emboli paru dan tromboflebitis. (Nasriani., 2021)
 - d. Mobilisasi dini meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi rasa nyeri, dan memperbaiki status pencernaan (Wahyu, 2017).
 - e. Mobilisasi penting untuk mempercepat pemulihan, mengurangi biaya rawat inap, dan mencegah risiko akibat tirah baring lama, seperti dekubitus dan gangguan sirkulasi (Elis Roslianti et al., 2020).
 - f. Mobilisasi dini memiliki manfaat dalam mencegah polineuropati dan miopati, meningkatkan kualitas hidup, serta mengurangi masa inap di ICU dan risiko kematian (Miranda Rocha et al., 2017).
4. Kerugian bila tidak melakukan mobilisasi dini

Kerugian dari tidak melakukan mobilisasi dini pada ibu pasca *sectio caesarea* meliputi kesulitan buang air besar dan kecil, distensi lambung, gangguan pernapasan, dan masalah kardiovaskular (Wahyu, 2017).

Dampak lainnya termasuk komplikasi perdarahan, involusi uterus yang buruk, dan peningkatan suhu tubuh (Nisa Afina et al., 2020).

Mobilisasi yang terlambat dapat menyebabkan gangguan fungsi organ, seperti aliran darah tersumbat dan masalah otot (Lema et al., 2019). Dampak tidak melakukan mobilisasi meliputi: (Kasiati & Rosmalawati N, 2016).

a. Sistem Integumen :

Turgor kulit menurun dan kerusakan kulit akibat sirkulasi yang terganggu, berisiko menyebabkan ulkus dekubitus.

b. Sistem Kardiovaskuler:

Hipotensi ortostatik, pembentukan trombus, dan edema dependen yang menghambat aliran darah.

c. Sistem Eliminasi:

Stasis urine, batu ginjal, retensi urine, dan infeksi saluran kemih akibat urine yang statis.

d. Sistem Muskuloskeletal:

Osteoporosis, atrofi otot, dan kontraktur yang menyebabkan nyeri sendi.

e. Sistem Pencernaan:

Konstipasi akibat penurunan peristaltik dan mobilitas usus.

f. Respirasi:

Penurunan gerakan pernapasan, penumpukan sekret, dan atelektasis akibat sumbatan pada saluran napas.

5. Pelaksanaan atau Tahapan Mobilisasi Dini

Tahap – tahap mobilisasi dini pada ibu post sectio caesarea sebagai berikut (Nisa Afina et al., 2020).

- a. Pada 0-6 jam ibu post sectio caesarea dianjurkan untuk sudah bisa menggerakkan anggota tubuhnya di tempat tidur seperti belajar mengangkat tangan, mengangkat lengan, mengangkat tumit, dan menggeserkan kaki.
- b. Kemudian setelah 6-12 jam, ibu diharuskan untuk bisa miring ke kiri dan ke kanan.
- c. Kemudian pada 12-24 jam pertama ibu dilatih untuk dapat mulai latihan duduk.
- d. Setelah pasien bisa duduk, lalu diajarkan untuk berlatih berjalan.

DAFTAR PUSTAKA

- Elis Roslianti, Yanti srinayanti, Jajuk kusumawaty, E. Setyani. (2020). *The Description of the Treatment of Early Mobilization on the Mother Post Sectio caesarea in Lotus Ii Blud Hospitals Banjar Year 2018*. 7(April), 49–62.
- Heriyani, R., & Ardenny. (2017). *Pengaruh mobilisasi dini terhadap Penyembuhan luka sectio caesarea di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2014*. Jurnal Kebidanan Griya Husada Surabaya, 1(110), 118–124
- Herman, A., Santoso, B., & Yunitasari, E. (2020). *The Effect of Early Mobilization on Intestinal Peristaltics in Patients after a Cesarean Section in Kendari City Hospital*. Jurnal Ners, 14(3), 288. <https://doi.org/10.20473/jn.v14i3.17148>
- Lema, lusia karolinda, Mochsen, R., & Barimbing, M. (2019). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Mobilisasi Dengan Perilaku Mobilisasi Dini Ibu Postpartum Section Casarea*. Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699.
- Miranda Rocha, A. R., Martinez, B. P., Maldaner da Silva, V. Z., & Forgiarini Junior, L. A. (2017). Early mobilization: Why, what for and how? *Medicina Intensiva*, 41(7), 429–436. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.10.003>
- Nasriani. (2021). *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Seksio Sesarea Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas*. 1(April), 105–112. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/asjn/article/view/20143>
- Nisa, Afina K, Susanti, Evy T, Marhamah,Emah. (2020). *Penerapan Tahap-Tahap Mobilisasi Dini Pada Ny. S Dengan Post Sectio caesarea*. 6, 39–42
- Rosmalawati dan Kasiati. 2016. *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan. 1-202. Pusdik SDM Kesehatan.
- Sumaryati, Widodo Gipta, dan Purwaningsih Heni. (2018). *Hubungan Mobilisasi Dini dengan Tingkat Kemandirian Pasien Post Sectio caesarea di Bangsal Mawar RSUD Temanggung*. Artikel. Indonesia Journal of Nursing Research Volume 1 Nomor 1 e-ISSN 2615-6407
- Wahyuningsih, H, P., & Kusmiyati, Y, (2017). *Anatomi Fisiologi*. Bahan Ajar Kebidanan, 1-315.
- Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, et al. (2019) *Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis*. PLOS ONE 14(10): e0223185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223185>

Mobilisasi dini dilakukan ibu setelah sectio caesarea secara fisik, bertujuan untuk melatih otot dan persendian setelah operasi untuk mencegah kekakuan dalam sistem pencernaan, meningkatkan mobilitas lambung, menstimulasi peristaltik dan meningkatkan toleransi otot perut.



Tujuan Mobilisasi Dini

Apa itu Mobilisasi dini?



Mobilisasi dini merupakan upaya memandu kemandirian pasien sedini mungkin untuk mempertahankan fungsi fisiologis.

Mobilisasi dini post sectio caesarea merupakan suatu gerakan, atau kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan

Mobilisasi Dini Pasca Sectio caesarea



Di Susun Oleh :

Ulfah Aulia Rahmayanti
KHGA22099

3C D3 Keperawatan

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES KARSA HUSADA GARUT**

Manfaat Mobilisasi Dini

- 1) Meningkatkan fungsi fisik, sirkulasi darah serta mengurangi risiko infeksi dan kekakuan sendi.
- 2) Meningkatkan sirkulasi darah
- 3) Mengurangi risiko infeksi
- 4) Mengurangi kekakuan sendi
- 5) Mengurangi rasa nyeri
- 6) Mengurangi masa rawat inap di rumah sakit
- 7) Memperbaiki status pencernaan



- 1) Peningkatan suhu tubuh
- 3) Kesulitan buang air besar dan kecil
- 3) Mencegah pendarahan
- 3) Gangguan pernafasan
- 4) Distensi lambung (Pembengkakan pada lambung)
- 5) Sirkulasi darah tersumbat
- 6) Kekakuan otot dan sendi

Kerugian bila tidak melakukan mobilisasi dini

Tahap-tahap Mobilisasi Dini



- 1) Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca sc harus tirah baring.

Dianjurkan untuk sudah bisa menggerakkan anggota tubuhnya di tempat tidur seperti belajar mengangkat tangan, mengangkat lengan, mengangkat tumit, dan menggeserkan kaki.



- 2) Setelah 6-12 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan



- 3) Setelah 12-24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.

- 4) Setelah 24 jam post sectio caesarea ibu dianjurkan belajar berjalan.



SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

KEBUTUHAN NUTRISI PADA IBU POST PARTUM



Disusun oleh :

**ULFAH AULIA RAHMAYANTI
KHGA.22099**

3C D3 KEPERAWATAN

**STIKES KARSA HUSADA GARUT
TAHUN AJARAN 2024-2025**

SATUAN ACARA PENYULUHAN

KEBUTUHAN NUTRISI PADA IBU POST PARTUM

Topik : Kebutuhan Nutrisi Ibu Post Partum

Sasaran : Ny. P dan keluarga

Penyuluh : Mahasiswa

Hari/Tanggal : Selasa 29 April 2025

Jam : 10.30 WIB

Tempat : Rumah Pasien

A. Tujuan Instruksional

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan mobilisasi dini diharapkan pasien dan keluarga dapat mengetahui mengenai kebutuhan nutrisi pada ibu post partum.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mendapatkan penyuluhan diharapkan ibu mengetahui tentang:

- a. Kebutuhan nutrisi ibu post partum.
- b. Tujuan kebutuhan nutrisi ibu post partum.
- c. Tanda-tanda gizi seimbang pada ibu post partum dan bayi
- d. Menu makanan gizi seimbang pada ibu post partum.
- e. Makanan yang harus dihindari oleh ibu post partum

B. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya Jawab

C. Media

- b. Leaflet

D. Materi

(Terlampir)

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Respon	Metode dan Media
1.	5 Menit	Pendahuluan 1. Memberi salam pembuka dan perkenalan diri 2. Menjelaskan tujuan 3. Kontrak waktu 4. Memberi leaflet	Membalas salam Mendengarkan Memberi respon	Ceramah dan Tanya Jawab
2.	20 Menit	Penjelasan 1. Pengertian Nutrisi Ibu Post Partum 2. Tujuan Nutrisi Ibu Post Partum 3. Menu Makanan yang Seimbang 4. Tanda-tanda Kekurangan Gizi Pada Ibu Post Partum dan bayi	Mendengarkan dan Memperhatikan	Ceramah dan Tanya Jawab Leaflet

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Respon	Metode dan Media
		5. Makanan Yang Harus Dihindari Ibu Post Partum		
3.	10 Menit	Penutup Tanya Jawab Menyampaikan hasil penyuluhan Memberi salam Penutup	Menanyakan hal yang belum jelas Aktif bersama menyimpulkan	Ceramah dan Tanya Jaeab Leaflet

F. Evaluasi

Mengajukan pertanyaan lisan

Peserta penyuluhan mampu menjawab pertanyaan yang meliputi:

1. Pengertian Nutrisi Ibu Post Partum
2. Tujuan Nutrisi Ibu Post Partum
3. Tanda-tanda Kekurangan Gizi pada Ibu Post Partum dan Bayi
4. Menu makanan yang seimbang
5. Makanan Yang Harus Dihindari Ibu Post Partum

LAMPIRAN MATERI PENYULUHAN

KEBUTUHAN NUTRISI IBU POST PARTUM

1. Pengertian Nutrisi Ibu Post Partum

Nutrisi adalah zat esensial bagi tubuh untuk metabolisme. Pemenuhan gizi seimbang pada ibu nifas sangat penting, terutama bagi orang tua, karena masa bayi dan balita adalah periode krusial untuk pertumbuhan dan perkembangan. Ketidakseimbangan nutrisi selama masa nifas dapat menyebabkan masalah kesehatan pada bayi, seperti kualitas ASI yang tidak optimal, kekurangan gizi, dan terhambatnya pertumbuhan. Konsep mengenai kesehatan dan makanan dapat menjadi penghalang atau potensi dalam mengatasi masalah kesehatan (Ruspita Rika, Rifa Rahmi, 2022).

Makanan yang dikonsumsi harus mengandung sumber energi, protein, mineral, vitamin, dan air. Kebutuhan gizi ibu nifas, terutama saat menyusui, meningkat hingga 25% (Eka Putri, Ramie, dan Maria, 2022). Status gizi yang baik berpengaruh signifikan terhadap penyembuhan luka pasca persalinan, mempercepat pemulihan kesehatan ibu, dan mendukung pembentukan jaringan baru (Erniawati, Khatimah, dan Badasari, 2021).

Asupan kalori harian yang dibutuhkan mencapai 2700 kalori, dengan cairan hingga 3000 ml dan susu 1000 ml. Suplemen zat besi dianjurkan selama 4 minggu pasca kelahiran (Nadiya dan Wati, 2021). Untuk mengembalikan kondisi tubuh pasca kehamilan, kebutuhan energi harian ibu adalah 2800 kalori dan 64 gram protein, dengan tambahan 700

kkal/hari untuk ibu menyusui selama 6 bulan pertama (Kusparlina Eny Pemilu, 2020). Sumber zat besi dapat diperoleh dari kacang hijau dan buah naga, yang juga mengandung vitamin C, untuk meningkatkan kadar hemoglobin ibu nifas (Meti Sulastri, Heni Nurakilah, Lina Marlina, 2022).

2. Tujuan

- a. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bagi ibu dan bayi.
- b. Untuk mencegah terjadinya penyakit anemia malnutrisi pada ibu post partum.
- c. Untuk menunjang tumbuh kembang bayi.
- d. Untuk memproduksi ASI yang banyak
- e. Mempercepat penyembuhan luka post partum normal dan post sc

3. Tanda-tanda Kekurangan Gizi Pada Ibu Post Partum dan Bayi

Ibu Post Partum :

- a. Berat badan kurang dari normal
- b. Aktivitas ibu menurun
- c. Sering mengalami pusing, letih dan lesu
- d. Resiko timbulnya anemia.

Pada Bayi :

- a. Berat badan kurang dari normal
- b. Tumbuh kembang bayi lambat
- c. Sering rewel, menangis
- d. Rambut warna merah kusam

4. Menu Makanan yang seimbang

Makanan ibu post partum adalah makanan yang mengandung gizi seimbang.

- a. Sumber Karbohidrat seperti nasi, ketela, sagu, jagung, terigu, roti, dan kentang yang berfungsi sebagai penambah tenaga.
- b. Makanan yang mengandung lemak, seperti mentega, keju, dll yang berfungsi sebagai sumber energi.
- c. Makanan yang mengandung protein. Sumber Protein Hewani seperti Hati, Telur, Susu, Ikan, Daging, Udang. Sumber Protein Nabati seperti, Tempe, Tahu, Kedelai, Kacang Hijau. Yang berfungsi sebagai zat pembangun.
- d. Sayuran dan buah-buahan seperti Bayam, Sawi, kangkung, Wortel, Tomat, Jeruk, Pepaya, Pisang. Fungsinya untuk mencukupi kebutuhan cairan dan serat.
- e. Vitamin dan Suplemen
 - 1) Zat besi untuk penambah darah.
 - 2) Asam folat untuk kecerdasan anak-anak.
 - 3) Vitamin B kompleks untuk mencegah anemia.

5. Makanan yang harus Dihindari Ibu Post Partum

Berikut ini adalah makanan yang harus dihindari ibu post partum terutama yang sedang menyusui bayinya.

- a. Makan dalam jumlah besar, misalnya minum jus liter atau lebih, atau diet dengan banyak makan buah-buahan seperti ceri, melon, stroberi. Hal ini dapat menyebabkan diare dan kolik pada bayi.
- b. Makanan yang banyak mengandung zat aditif, seperti pengawet atau pewarna.
- c. Minyak esensial yang dikandung bawang-bawangan yang memiliki aroma yang khas yang akan berpengaruh pada ASI dan mengganggu bayi.
- d. Ibu yang memiliki riwayat keluarga yang alergi susu atau telur sebaiknya menghindari makanan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Elza Fitri (2023) '*Pemberian Konseling pada Ibu Nifas Hari Ke 29-42 Menggunakan ABPK di PMB Ernita Kota Pekanbaru Tahun 2022*', Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal), 3(1), pp. 1-6.
- Erniawati, E., Khatimah, H. and Badasari, S. (2021) '*Pendidikan Kesehatan Gizi Ibu Nifas "Peduli Ibu Nifas Tetap Sehat Di Masa Pandemi Covid 19"*', Jcs, 3(1), pp. 1-7. Available at: <https://doi.org/10.57170/jcs.v3i1.3>
- Kusparlina Eny Pemilu (2020) '*Hubungan antara Asupan Nutrisi dengan Kelancaran Produksi ASI pada Ibu yang Menyusui Bayi Usia 0-6 Bulan*', Jurnal Delima Harapan, 7(2), pp. 113-117.
- Listiani Luki Elina, Eka Oktavia, A.E.R. (2023) '*Hubungan Pengetahuan tentang Nutrisi pada Ibu Nifas dengan Lama Penyembuhan Luka Perineum di PMB Arinta Lindari Tahun 2023*', Jurnal Ilmiah Multi Disiplin Indonesia, 2(11), pp. 2382-2388.
- Meti Sulastri, Heni Nurakilah, Lina Marlina, I.N. (2022) '*Penatalaksanaan Nyeri Punggung pada Ibu Hamil Trimester III dengan Metode Kinesio Tapping Berdasarkan Standar Profesi Bidan*', Media Informasi, 18(2), pp. 145-151.

Tujuan Kebutuhan Nutrisi Untuk Ibu Post Partum

1. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bagi ibu dan bayi.
2. Untuk mencegah terjadinya penyakit anemia malnutrisi pada ibu post partum.
3. Untuk menunjang tumbuh kembang bayi.
4. Untuk memproduksi ASI yang banyak
5. Mempercepat penyembuhan luka post sc



Pengertian Nutrisi Pada Ibu Post Partum

Nutrisi adalah zat penting yang dibutuhkan tubuh. Bagi ibu yang baru melahirkan, penting untuk mendapatkan gizi yang seimbang, terutama untuk bayi dan balita, karena ini adalah waktu penting untuk tumbuh dan berkembang. Jika ibu tidak mendapatkan cukup nutrisi, bayi bisa mengalami masalah kesehatan, seperti ASI yang kurang baik, kekurangan gizi, dan pertumbuhan yang terhambat.



KEBUTUHAN NUTRISI PADA IBU POST PARTUM

Di susun oleh :
Ulfah Aulia Rahmayanti
KHGA22099
3C D3 Keperawatan

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES KARSA HUSADA GARUT

Tanda-tanda Kekurangan Gizi Pada Ibu Post Partum dan Bayi

Pada Ibu

1. Berat badan kurang dari normal
2. Aktivitas ibu menurun
3. Sering mengalami pusing, letih dan lesu
4. Resiko timbulnya anemia.



Pada Bayi

1. Berat badan kurang dari normal
2. Tumbuh kembang bayi lambat
3. Sering rewel, menangis
4. Rambut warna merah kusam

Menu Makan Yang Seimbang

- a. Sumber Karbohidrat seperti nasi, ketela, sagu, jagung, terigu, roti, dan kentang yang berfungsi sebagai penambah tenaga.
- b. Makanan yang mengandung lemak, seperti mentega, keju, dll yang berfungsi sebagai sumber energi.



- c. Makanan yang mengandung protein hewani : hati, telur, susu, ikan, daging, udang. Protein nabati seperti, tempe, tahu, kacang hijau. yang berfungsi sebagai zat pembangun.

- d. Sayuran dan buah-buahan seperti bayam, sawi, kangkung, wortel, Jeruk, Pepaya, Pisang, untuk mencukupi kebutuhan cairan dan serat.

e. Vitamin dan Suplemen

- 1) Zat besi untuk penambah darah.
- 2) Asam folat untuk kecerdasan anak. anak.
- 3) Vitamin B kompleks untuk mencegah anemia



Makanan yang harus Dihindari Ibu Post Partum

- a. Makan dalam jumlah besar, misalnya minum jus liter atau lebih, atau diet dengan banyak makan buah-buahan seperti ceri, melon, stroberi. Hal ini dapat menyebabkan diare dan kolik pada bayi.
- b. Makanan yang banyak mengandung zataditif, seperti pengawet atau pewarna.
- c. Minyak esensial yang dikandung bawang-bawangan yang memiliki aroma yang khas yang akan berpengaruh pada ASI dan mengganggu bayi.
- d. Ibu yang memiliki riwayat keluarga yang alergi susu atau telur sebaiknya menghindari makanan ini.

LEMBAR BIMBINGAN

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny. P (P₃ A₀) *Post Sectio Caesarea*
 POD 0 Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dengan Kehamilan
 Gemeli di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.

Nama : ULFAH AULIA RAHMAYANTI

NIM :KHGA22099

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

No	Hari/Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Rabu, 3 Juni 2025	Cover	ACC Judul		
2.	Rabu, 11 Juni 2025	BAB I	1. Memperbaiki latar belakang 2. Memperbaiki data dari RS 3. Melengkapi data yang kurang lengkap.		
3.	Kamis, 19 Juni 2025	BAB I & BAB II	1. Memperbaiki margin 2. Memperbaiki point-point untuk penulisan 3. Menambahkan materi yang kurang 4. Menambahkan diagnosa dan intervensi harus sesuai dengan teori		
4.	Kamis, 26 Juni 2025	BAB I & BAB II	Rapikan penulisan dan lanjut BAB III		

5.	Selasa 1 Juli 2025	BAB III	1. Rapikan penulisan 2. Tambahkan data 3. Perbaiki intervensi		
6.	Rabu, 2 Juli 2025	BAB III	1. Melengkapi data 2. Merapikan penulisan 3. Pada bab III pembahasan diagnosa yang tidak diambil harus dijelaskan.		
7.	Jum'at 4 Juli 2025	BAB III	1. Memperbaiki spasi 2. Memperbaiki pola aktivitas sehari-hari 3. Memperbaiki intervensi dan implementasi 4. Pada Bab III pembahasan yang harus dijelaskan terlebih dahulu diagnosa yang muncul pada kasus		
8.	Senin, 7 Juli 2025	Cover – lampiran	ACC Sidang		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Ulfah Aulia Rahmayanti
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat, tanggal lahir : Garut, 29 September 2004
Alamat : Kp. Malaka, RT 03/RW 03, Desa Hegarsari,
Kecamatan Kadungora, Kabupaten Garut

2. Riwayat Pendidikan

- a. RA.Ma'arif Nursalim : 2009-2010
- b. SDN Hegarsari 4 : 2010-2016
- c. SMPN 1 Kadungora : 2016-2019
- d. SMAN 2 Garut : 2019-2022
- e. STIKes Karsa Husada Garut : 2022-2025