

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. P (P3A0) DENGAN POST *SECTIO*
CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI 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 :

MUTHIA NURSALSABILA

KHGA22139



STIKES KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

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

NAMA : MUTHIA NURSALSABILA

NIM : KHGA22139

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis telah di setujui untuk disidangkan dalam

Ujian Akhir Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Eti', followed by a long horizontal line.

Eti Suliyawati, S.Kep.,M.Si

LEMBAR PENGESAHAN

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

NAMA : MUTHIA NURSALSABILA

NIM : KHGA22139

Garut, Juli 2025

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II



K. Dewi Budiarti, M.Kep.



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

Mengetahui,
Ketua Program Studi Diploma III
Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M.Kep.



Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

ABSTRAK

IV BAB, 148 Halaman, 16 Tabel, 1 Bagan, 4 Lampiran

Asuhan keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) memerlukan pendekatan yang menyeluruh dan sistematis. Prevalensi post *sectio caesarea* di RSUD Dr. Slamet Garut atas indikasi ketuban pecah dini berada pada urutan ke dua dengan jumlah 214 kasus dengan presentasi 26,95%. Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memberikan gambaran nyata pelaksanaan proses keperawatan pada Ny. P, P3A0, POD 0, yang menjalani tindakan operasi *Sectio Caesarea* di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Metode yang digunakan dalam studi kasus ini meliputi wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, serta studi kepustakaan. Hasil pengkajian menunjukkan masalah utama meliputi nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, dan defisit perawatan diri. Intervensi keperawatan difokuskan pada manajemen nyeri, peningkatan mobilitas, pencegahan infeksi, dan edukasi perawatan diri. Implementasi dilakukan secara bertahap sesuai dengan kebutuhan klien dan kondisi klinis harian. Evaluasi menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri, peningkatan kemampuan mobilisasi, serta peningkatan partisipasi pasien dalam perawatan diri. Kesimpulan dari studi kasus ini menunjukkan pentingnya pendekatan holistik dan pendokumentasian yang tepat dalam proses keperawatan untuk meningkatkan hasil keperawatan dan kualitas hidup pasien pasca operasi SC atas indikasi KPD.

Kata Kunci: Asuhan keperawatan, *Sectio Caesarea*, ketuban pecah dini.

Daftar pustaka : 66 buah (2015-2024)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran 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 P3A0 POD 0 Dengan Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Agatte 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 H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
4. 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.

5. Kepada Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga dan mendidik penulis selama 3 tahun.
6. Kepala ruangan beserta staf ruangan dan CI di Ruang Agate Bawah di RSUD DR. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan dalam melakukan asuhan keperawatan.
7. Pintu surgaku ibunda tercinta yaitu ibu Tita Sintawati, yang telah melahirkan, memberikan kasih sayang dan cinta kepada penulis, selalu berjuang mengupayakan yang terbaik untuk kehidupan penulis, berkorban keringat, tenaga dan pikiran, serta selalu jadi tempat pulang paling ternyaman bagi penulis. Terimakasih untuk do'a yang beliau panjatkan selama ini sehingga penulis mampu menyelesaikan studi ini.
8. Ayah tercinta yaitu bapak Hadian S Guswara, terima kasih sudah berjuang untuk kehidupan penulis, memberikan do'a restu, dukungan hingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.
9. Kepada adikku tersayang Mikayla Azkia Anindita (Almh) dan M Khiban yang selalu menyemangati penulis tiada henti, dan mendengarkan keluh kesah penulis, terima kasih untuk setiap do'a yang diberikan sehingga penulis bisa menyelesaikan studi ini.
10. Teruntuk saudara – saudara penulis ucapkan terimakasih atas doa dan dukungan yang telah diberikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.

11. Kepada sahabatku risna, desma, mizab, helmi, indri dan juga sahabat dari smk dan kuliah yang selalu menemani, mendengarkan keluh kesah penulis, memberikan dukungan dan do`a kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini.
12. Kepada klien Ny. P dan keluarganya selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerja sama selama melakukan asuhan keperawatan.
13. Kepada diri saya sendiri terimakasih telah kuat sampai detik ini, yang mampu mengendalikan diri dari tekanan luar. Yang tidak menyerah sesulit apapun rintangan kuliah ataupun proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis ini masih jauh dari kata sempurna baik secara penyajian maupun isinya, penulis menyambut baik terhadap kritik dan saran dari semua pihak. Semoga Karya Tulis Ini dapat bermanfaat bagi penulis umumnya bagi pembaca.

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR i

DAFTAR ISI..... iv

DAFTAR TABEL vii

DAFTAR BAGAN..... viii

DAFTAR LAMPIRAN..... ix

BAB I 1

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 9

A. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini 9

1. Definisi..... 9

2. Klasifikasi 10

3. Etiologi..... 12

4. Patofisiologi..... 12

5. Tanda dan Gejala 13

6. Komplikasi..... 14

7. Pemeriksaan Penunjang 15

8. Penatalaksanaan 16

B. Konsep dasar *Sectio Caesarea* 18

1. Definisi..... 18

2. Klasifikasi 19

3. Etiologi..... 20

4. Patofisiologi 22

5. Tanda dan Gejala 24

6. Komplikasi.....	24
7. Indikasi.....	25
8. Kontraindikasi.....	26
9. Pemeriksaan Penunjang	26
10. Penatalaksanaan	27
C. Konsep Dasar Post Partum	28
1. Definisi.....	28
2. Tahapan Masa Nifas	29
3. Kebutuhan masa post partum berdasarkan KDM	30
4. Adaptasi Fisiologi Masa Nifas.....	32
5. Adaptasi psikologis ibu masa nifas.....	39
6. Dampak Post <i>Sectio Caesarea</i> atas indikasi KPD terhadap Kdm	40
D. Konsep Proses Keperawatan	41
1. Pengkajian Keperawatan.....	42
2. Diagnosa Keperawatan	56
3. Intervensi Keperawatan	57
4. Implementasi Keperawatan.....	63
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 Asuhan Keperawatan	82
4. Catatan Perkembangan.....	92
B. Pembahasan	98
1. Tahap Pengkajian.....	98
2. Tahap Diagnosa	99
3. Tahap Perencanaan	102
4. Tahap Pelaksanaan.....	105
5. Tahap Evaluasi.....	106
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	109
A. Kesimpulan.....	109

B. Rekomendasi	110
DAFTAR PUSTAKA	112
Lampiran – Lampiran.....	116

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan Kejadian Kasus SC di RSUD Dr. Slamet Garut	4
Tabel 2.1 Perubahan Uterus	33
Tabel 2.2 Analisa Data	54
Tabel 2.3 Perencanaan diagnosa keperawatan nyeri akut	58
Tabel 2.4 Perencanaan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik	59
Tabel 2.5 Perencanaan diagnosa keperawatan resiko infeksi	60
Tabel 2.6 Perencanaan diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif	61
Tabel 2.7 Perencanaan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri	63
Tabel 3.1 Riwayat persalinan dahulu	68
Tabel 3.2 Pola aktivitas sehari-hari	75
Tabel 3.3 Pemeriksaan penunjang	76
Tabel 3.4 Terapi medis	76
Tabel 3.5 Analisa data	77
Tabel 3.6 Proses keperawatan	82
Tabel 3.7 Catatan perkembangan	92

DAFTAR BAGAN

Bagan 1 Pathway post <i>Sectio Caesarea</i>	23
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I : SAP LEAFLET

LAMPIRAN II : SAP LEAFLET

LAMPIRAN III : LEMBAR BIMBINGAN

LAMPIRAN IV : RIWAYAT HIDUP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (Maternal Mortality Rate) merupakan jumlah kematian ibu akibat dari proses kehamilan, persalinan dan pasca persalinan yang dijadikan indikator derajat Kesehatan perempuan. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu target Sustainable Development Goals (SDG) dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. (WHO 2024). Kementerian Kesehatan di Provinsi Jawa Barat telah menetapkan percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) per tahun sebesar 7,5% sehingga pada tahun 2021 menjadi 151 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan penyebab, sekitar 28% kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, 13% eklamsi atau gangguan akibat hipertensi saat kehamilan, 4,75% ketuban pecah dini, 11% komplikasi aborsi dan 10% akibat infeksi. (Dinkes Garut, 2021).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam ditunggu belum ada tanda-tanda persalinan (Kennedy et al., 2019). Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya (KPSW) sering disebut dengan premature rupture of the membrane (PROM) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada

multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi pada kehamilan preterm. Pada keadaan ini dimana resiko infeksi ibu dan anak meningkat. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam masalah obsetri yang juga dapat menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi serta dapat meningkatkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi (Astuti, 2023).

Dampak ketuban pecah dini berpotensi menimbulkan berbagai komplikasi pada ibu dan janin. Kondisi ini meningkatkan risiko infeksi intrauterin akibat masuknya mikroorganisme melalui jalan lahir yang terbuka. Komplikasi lain yang dapat terjadi meliputi retensi plasenta, solusio plasenta, serta prolaps tali pusat, yang semuanya dapat membahayakan keselamatan janin. Penurunan volume cairan ketuban juga berisiko menyebabkan cedera neurologis dan gangguan pertumbuhan janin akibat berkurangnya perlindungan mekanis. Apabila ketuban pecah terjadi pada usia kehamilan yang sangat dini, risiko kematian janin dan gangguan kesehatan jangka panjang seperti cerebral palsy juga meningkat secara signifikan.

Penanganan pada ketuban pecah dini dapat dilakukan secara *Sectio Caesarea*, tindakan *Sectio Caesarea* merupakan suatu tindakan guna melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio Caesarea* (SC) merupakan sebuah alternative proses melahirkan terutama bagi yang mengalami kesulitan untuk melahirkan secara normal, namun dewasa ini SC menjadi sebuah pilihan bagi ibu yang melahirkan sehingga angka kejadian SC meningkat

(Sulistiyoningsih, 2019). Tindakan operasi *Sectio Caesarea* (SC) merupakan prosedur pembedahan yang mengubah kontinuitas jaringan, khususnya pada dinding abdomen dan uterus. Hal ini menyebabkan nyeri pascaoperasi yang tidak langsung hilang dan menimbulkan berbagai dampak fisiologis dan psikologis bagi ibu dan bayi.

Menurut *World Health Organization* (WHO) data pada tahun 2021 menyatakan bahwa jumlah tindakan *Sectio Caesarea* sebanyak 373 juta tindakan. Jumlah persalinan *Sectio Caesarea* yang terjadi di Asia (23,1%), jumlah ini diprediksi mengalami peningkatan tiap tahunnya sampai 2030 (WHO, 2021). Berdasarkan data RISKESDAS tahun 2021, jumlah kelahiran dengan metode operasi caesar (SC) di Indonesia sebesar 19,8%. Kasus persalinan. Ini menunjukkan bahwa tingkat persalinan melalui operasi di Indonesia telah melebihi ambang batas maksimal yang direkomendasikan oleh WHO, yaitu 5-15%. Sementara itu, di Provinsi Jawa Barat, angka persalinan dengan *Sectio Caesarea* (SC) tercatat 17,6% kasus. Berdasarkan rekam medis di RSUD Dr. Slamet pada bulan Januari hingga April 2025, tercatat 794 kasus tindakan *Sectio Caesarea* (SC), dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 1.1 Presentasi *Sectio Caesarea*
Perbandingan Kejadian Kasus SC atas Indikasi Ketuban
Pecah Dini dengan Kasus SC lainnya di RSUD Dr. Slamet Garut
bulan Januari – April

No.	Kasus	Jumlah	Presentase
1	SC indikasi PEB	327	41,18%
2	SC indikasi KPD	214	26,95%
3	SC indikasi Letak Sungsang	102	12,84%
4	SC indikasi Partus Lama	77	9,69%
5	SC indikasi PPT	38	4,78%
6	SC indikasi Gawat Janin	33	4,15%
7	SC indikasi Plasenta previa marginalis	2	0,25%
8	SC indikasi presentasi dagu	1	0,12%
Total		794	100%

Sumber : Rekam Medik RSUD Dr. Slamet Garut tahun 2025

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa prevalensi post *Sectio Caesarea* di RSUD Dr. Slamet Garut atas indikasi ketuban pecah dini berada pada urutan ke dua dengan jumlah 214 kasus dengan presentase 26,95%. Artinya kasus ibu dengan ketuban pecah dini merupakan penyumbang ke-2 terbanyak di RSUD Dr. Slamet Garut. Mengingat tingginya angka persalinan *Sectio Caesarea*, risiko yang mungkin dialami oleh ibu setelah menjalani prosedur ini meliputi perdarahan, ruptur uteri akibat bekas luka yang mudah robek, serta infeksi pada area sayatan operasi yang dapat membahayakan kesehatan ibu. Pada kasus ketuban pecah dini, risiko infeksi postpartum juga meningkat karena selaput ketuban yang utuh berfungsi sebagai penghalang alami terhadap masuknya kuman penyebab infeksi ke dalam rahim. Ketika selaput ketuban sudah pecah, seperti pada ketuban pecah dini, perlindungan ini hilang sehingga ibu menjadi lebih rentan

terhadap infeksi. Oleh karena itu perlu dilakukan pendekatan Asuhan Keperawatan yang sistematis dan komprehensif dengan melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, menentukan intervensi, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik melakukan pengelolaan asuhan keperawatan dalam bentuk karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. P P3A0 POD 0 Dengan Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini 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 bio-psiko-sosial dan spiritual pada Ny. P (P3A0) POD 0 dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi KPD
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Ny. P (P3A0) pod 0 dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi KPD

- c. Penulis mampu membuat rencana asuhan keperawatan pada Ny. P (P3A0) pod 0 dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi KPD
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada Ny. P (P3A0) pod 0 dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi KPD
- e. Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny. P (P3A0) pod 0 dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi KPD
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. P (P3A0) pod 0 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 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 dari 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 menjelaskan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II menguraikan konsep dasar tentang Ketuban Pecah Dini (KPD), *Sectio Caesarea*, post partum, yang terdiri dari definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, dampak post SC atas indikasi KPD terhadap KDM dan proses 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 adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam ditunggu belum ada tanda-tanda persalinan (Kennedy et al., 2019). Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya/rupturnya selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya atau pecahnya selaput amnion sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi (Kennedy et al, 2019). ketuban pecah dini (KDP) atau premature rupture of the membranes (PROM), yang merupakan keadaan di mana selaput ketuban pecah sebelum waktu persalinan. Definisinya mencakup pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan, dengan batasan khusus untuk primipara (persalinan pertama) di bawah 3 cm dan untuk multipara (persalinan kedua dan seterusnya) di bawah 5 cm (Andalas, Mohd. et al. 2019).

Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan atau sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi.

2. Klasifikasi

a. Klasifikasi berdasarkan usia kehamilan :

1) Ketuban Pecah Dini Aterm (*Term PROM*)

Merupakan kondisi ketika selaput ketuban pecah pada usia kehamilan ≥ 37 minggu, sebelum terjadinya tanda-tanda persalinan. Insiden PROM aterm berkisar antara 8–10% dari semua kehamilan. Sebagian besar wanita dengan PROM aterm akan mengalami onset persalinan spontan dalam waktu 12–24 jam setelah ketuban pecah. Namun, jika persalinan tidak terjadi dalam waktu tersebut, maka intervensi obstetrik seperti induksi persalinan umumnya dianjurkan untuk mencegah risiko infeksi intrauterin.

2) Ketuban Pecah Dini Preterm (*Preterm PROM/PPROM*)

PPROM adalah kondisi pecahnya ketuban pada usia kehamilan < 37 minggu, sebelum timbulnya persalinan. PPRM merupakan penyebab sekitar 25–30% dari semua kelahiran prematur dan terjadi pada 2–3% dari semua kehamilan tunggal (Goldenberg et al., 2022).

b. Klasifikasi Berdasarkan Durasi Pecah Ketuban

Dibedakan menjadi tiga kategori utama, yaitu KPD dini, KPD lama, dan KPD sangat lama.

1) KPD dini

adalah kondisi di mana selaput ketuban pecah dalam waktu kurang dari 12 jam sebelum proses persalinan dimulai. Pada fase ini, risiko infeksi maternal maupun janin masih relatif rendah. Pengawasan ketat terhadap tanda-tanda persalinan dan kondisi ibu serta janin menjadi fokus utama. Jika kehamilan sudah cukup bulan, umumnya persalinan akan terjadi secara spontan tanpa intervensi

2) KPD lama

Terjadi bila ketuban telah pecah selama 12 hingga kurang dari 24 jam sebelum persalinan. Dalam situasi ini, risiko kolonisasi bakteri yang dapat menyebabkan infeksi mulai meningkat. Oleh karena itu, pemantauan terhadap suhu tubuh ibu, tanda-tanda infeksi, serta denyut jantung janin sangat penting dilakukan. Induksi persalinan dapat dipertimbangkan apabila kontraksi tidak terjadi secara spontan dalam waktu yang aman.

3) KPD sangat lama

Merujuk pada kondisi ketika selaput ketuban pecah ≥ 24 jam sebelum persalinan. Pada kategori ini, risiko terjadinya komplikasi serius seperti korioamnionitis, endometritis postpartum, dan sepsis neonatorum meningkat secara signifikan.

3. Etiologi

Dalam Jannah (2020), penyebabnya masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah:

- a. Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadi KPD.
- b. Serviks yang inkompetensia kanalis servikalis yang selalu terbuka karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan, kuret)
- c. Trauma misalnya hubungan seksual saat hamil dengan frekuensi lebih dari 3 kali seminggu dan aminosintesis
- d. Tekanan intra uteri yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus)
- e. Kelainan letak, misalnya sungsang sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah
- f. Usia kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun.

4. Patofisisologi

KPD biasanya terjadi karena berkurangnya kekuatan membran atau penambahan tekanan intrauteri ataupun oleh sebab kedua-duanya. Kemungkinan tekanan intrauteri yang kuat adalah penyebab independen dari Ketuban Pecah Dini dan selaput ketuban yang tidak kuat akibat

kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi akan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester akhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban sehingga terjadi pecah ketuban (Prawirohardjo, 2016).

5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala ketuban pecah dini yaitu :

- a. Keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina, dengan aroma yang berbeda seperti berbau amis dan tidak seperti bau amoniak. Cairan ini dapat berwarna pucat, putih kreh, jernih, kuning, hijau atau kecoklatan
- b. Dapat disertai demam apabila sudah terinfeksi
- c. Janin mudah diraba, pada pemeriksaan dalam seperti selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering atau tampak air ketuban mengalir

- d. Pada pemeriksaan inspekulo tampak selaput selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering atau tampak air mengalir
- e. Banyak bercak vagina
- f. Nyeri perut
- g. Peningkatan denyut jantung janin. (Sefin,2022)

6. Komplikasi

Komplikasi ketuban pecah dini yaitu :

a. Bagi Ibu

- 1) Infeksi intrapartal/dalam persalinan. Jika terjadi infeksi dan kontraksi ketuban pecah dini, dapat menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas
- 2) Infeksi puerperalis/masa nifas
- 3) Partus lama/dry labour
- 4) Meningkatnya Tindakan operatif obstetric (khususnya SC)

b. Bagi Janin

1) Prematurus

Masalah yang dapat terjadi pada persalinan premature di antaranya adalah respiratory distress syndrome, hipotermia, gangguan makan neonates, retinopathy of prematurity, pendarahan intraventricular, necrotizing enterocolitis, gangguan otak (dan risiko cerebral palsy), hyperbilirubinemia, anemia, sepsis.

- 2) Prolaps funiculi/penurunan tali pusat
- 3) Hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi)
Mengakibatkan kompresi tali pusat, prolapse uteri, dry labour/partus lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, pendarahan intrakrantal, gagal ginjal, distress pernafasan.
- 4) Sindrom deformitas janin
Terjadi akibat oligohidramnion. Diantaranya terjadi hypoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat.
- 5) Morbiditas dan mortalitas perinatal
(Marmi, 2016).

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa : warna, konsentrasi, bau dan PH nya. Cairan yang keluar dari vagina bisa air ketuban atau mungkin juga urine atau sekret vagina. Tes 12 lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan air ketuban (alkalis). PH air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif kadang palsu.

b. Mikroskopik (tes pakis)

Dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambar daun pakis.

c. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Walaupun pendekatan dignosa KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosa dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana. (Prawihardjo, 2016)

8. Penatalaksanaan

a. KPD Dengan Kehamilan Aterm (Aktif)

- 1) Memberikan antibiotik dosis tinggi.
- 2) Melakukan observasi suhu rectal, jika tidak meningkat maka ditunggu 24 jam, sampai ada tanda-tanda persalinan. Bila 24 jam belum ada tandatanda persalinan, dilakukan terminasi.
- 3) Melakukan terminasi kehamilan apabila ketuban sudah pecah lebih dari 24 jam, dan tidak ada tanda-tanda persalinan.

b. KPD Dengan Kehamilan Prematur (Konservatif)

- 1) EFW (Estimate Fetal Weight) > 1500 gram
- 2) Memberikan ampicilline 1 gram/hari tiap 6jam, secara IM ataupun IV selama 2 hari dan gentamycine 60-80 mg tiap 8-12 jam sehari selama 2 hari.
- 3) Memberikan kortikosteroid untuk merangsang maturitas paru (Betamethason 12 mg secara IV 2x selang 24 jam).

- 4) Melakukan observasi 2 x 24 jam, bila belum inpartu segera terminasi.
- 5) Melakukan observasi suhu rectal tiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat $> 37,6^{\circ}\text{C}$ segera terminasi.
- 6) EFW (Estimate Fetal Weight) < 1500 gram
 - a) Melakukan observasi 2 x 24 jam.
 - b) Melakukan observasi suhu rectal tiap 3 jam.
 - c) Memberikan antibiotik atau kortikosteroid (sama dengan di atas).
 - d) Melakukan VT setelah observasi tidak dilakukan, kecuali ada his atau inpartu.
 - e) Melakukan terminasi, apa bila suhu rectal $> 37,6^{\circ}\text{C}$.
 - f) Melakukan evaluasi jumlah cairan ketuban dengan pemeriksaan ultrasonografi (USG) apabila dalam 2 x 24 jam cairan tidak keluar. Kehamilan dapat ters dilanjutkan dengan perawatan di ruangan sampai 5 hari USG menunjukkan jumlah cairan ketuban masih cukup. Jika jumlahnya minimal segera lakukan terminasi segera.
 - g) Melakukan terminasi segera bila dalam 2 x 24 jam cairan ketuban masih tetap keluar.
 - h) Setelah perawatan selesai dan kondisi pasien membaik, beri nasehat untuk segera kembali ke RS bila ada tanda – tanda

demam atau keluar cairan lagi, tunda coitus, dan tidak boleh melakukan manipulasi vagina.

B. Konsep dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Sectio Caesarea yaitu proses persalinan dengan melalui pembedahan dimanairisan dilakukan diperut ibu (laparatomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi. Bedah *sectio caesarea* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya (Amita et al., 2018). *Sectio Caesarea* (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2019).

Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* adalah metode persalinan buatan yang dilakukan melalui pembedahan dengan membuat sayatan pada dinding perut (laparatomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi. Prosedur ini biasanya dilakukan jika persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena risiko komplikasi medis.

2. Klasifikasi

Beberapa jenis *Sectio Caesarea*, menurut Leniwita & Anggraini (2019):

a. *Sectio Caesarea* klasik atau corporal

Pembedahan ini dilakukan bila segmen bawah rahim tidak dapat dicapai dengan aman, bayi besar dengan kelainan letak terutama jika selaput ketuban sudah pecah.

b. *Sectio Cesarea* ismika atau profunda

yaitu suatu pembedahan dengan teknik melintang dengan melakukan insisi pada segmen bawah uterus. Hampir 99% dari seluruh kasus SC memilih teknik ini karena memiliki beberapa keunggulan seperti kesembuhan lebih baik.

c. *Sectio Cesarea* yang disertai histerektomi

yaitu pengangkatan uterus setelah SC karena atonia uteri yang tidak dapat diatasi dengan tindakan lain.

d. *Sectio Caesarea* vaginal

yaitu pembedahan melalui dinding vagina anterior ke dalam rongga uterus.

e. *Sectio Caesarea* ekstrapéritoneal

yaitu seksio yang dilakukan tanpa insisi peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah kemudian uterus dibuka dengan insisi segmen bawah.

3. Etiologi

Menurut Falentina & Ratnasari (2020), penyebab dilakukannya SC adalah:

a. Usia ibu

Usia pada saat kehamilan adalah salah satu yang menentukan tingkat resiko kehamilan dan persalinan. Usia reproduksi sehat yang aman untuk seorang wanita hamil pada usia 20-35 tahun. Wanita yang hamil pada usia muda < 20 tahun dari segi biologis perkembangan alat reproduksi belum sempurna sepenuhnya.

b. Riwayat SC

Riwayat SC yang sebelumnya berkemungkinan memiliki parut uterus atau rahim yang dapat mengakibatkan reapture uterus saat usia kehamilan semakin tua dan janin semakin besar.

c. Partus tak maju

Partus yang tidak maju atau gagal maju merupakan berhentinya pembukaan dan penurunan sekunder. Hal tersebut bisa mengakibatkan kelelahan pada ibu, dehidrasi bahkan dapat mengakibatkan syok, untuk itu pilihan ibu yang mengalami partus tidak maju adalah dilakukan SC.

d. Induksi gagal

Ibu yang melahirkan dengan induksi gagal tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Induksi gagal sebagai kegagalan timbulnya

persalinan dalam satu siklus terapi, solusi pada kasus ini dapat dilakukan tindakan SC.

e. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini merupakan suatu kejadian dimana ketuban sudah keluar sebelum waktunya, yang disebabkan karena kurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan dalam rahim yang disebabkan oleh infeksi yang berasal dari vagina ataupun serviks. Ketika air ketuban habis maka pada keadaan tersebut janin harus segera dilahirkan karena khawatir mengalami fetal distress yang dapat mengancam janin.

f. Penyakit penyerta

Penyakit penyerta seperti Diabetes Melitus (DM) akan berisiko dilakukan tindakan SC karena indikasi mutlak janin seperti akromegali sedangkan penyakit hipertensi akan berisiko terjadinya preeklampsia yang merupakan indikasi dilakukannya tindakan SC. Ibu dengan HBSAG + akan berpotensi dilakukan SC untuk menghindarkan penularan kepada bayi.

g. Gawat janin

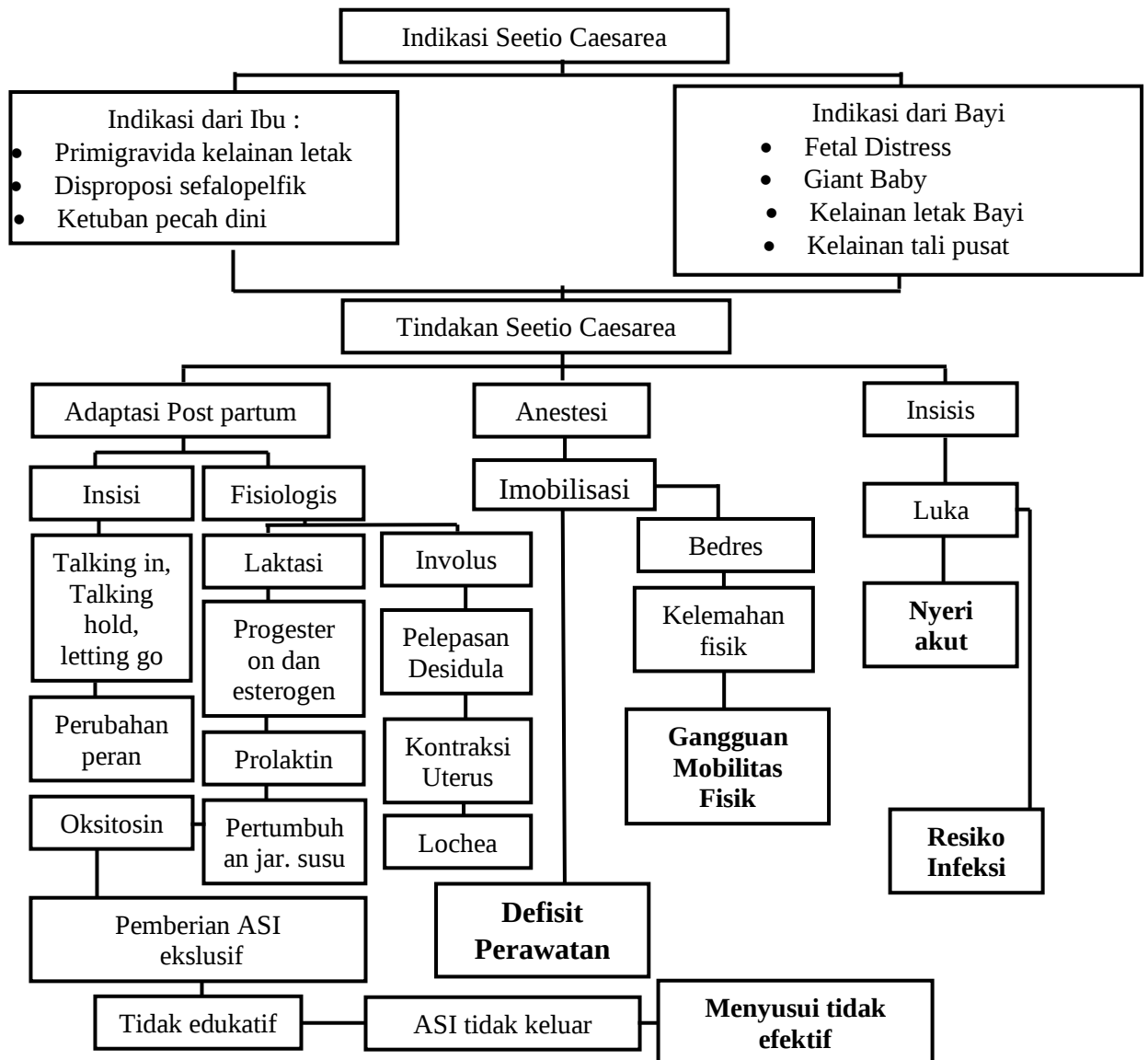
Normal nya denyut jantung janin sekitar 120-160x/menit. Gawat janin jika DJJ diatas 160x/menit atau dibawah 120x/menit, denyut jantung tidak teratur.

4. Patofisiologi

Pada proses persalinan ada hambatan dapat menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, seperti karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, PEB, eklamsia, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, ketuban pecah dini, dan bayi belum keluar dalam 24 jam. Kondisi tersebut yang menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea* untuk mengantisipasi terjadinya bahaya yang mungkin terjadi oleh ibu maupun bayi.

Bagan 1

Pathway post *Seetio Caesarea*



Sumber : Rohmah, S. (2022).

5. Tanda dan Gejala

a. Indikasi disebabkan oleh ibu

Primigravida dengan kelainan letak, disproporsi sefalopevik (disproporsi janin/panggul), pengalaman kehamilan dan persalinan yang buruk, terjadi penyempitan panggul, plasenta previa terutama primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi persalinan seperti preeklampsia dan eklampsia serta kehamilan yang disertai dengan penyakit (Jantung, Diabetes Melitus), gangguan jalan persalinan (kista ovarium, mioma uteri).

b. Indikasi disebabkan oleh bayi

Indikasi yang berasal dari bayi yaitu kegagalan vakum atau forceps, distress janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, polapus tali pusat dengan pembukaan kecil (Solehati, T. 2017).

6. Komplikasi

Beberapa komplikasi yang paling banyak dari operasi adalah akibat tindakan anestesi selain itu juga jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, endometriosis (radang endometrium), tromboflebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru-paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna (Fajra, 2024).

Seperti yang ditunjukkan oleh Safitri, (2020), diungkapkan beberapa komplikasi serius setelah segmen sesar adalah drainase karena atonia uterus, pembesaran titik masuk rahim, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma tendon yang luas. Selain itu infeksi pada traktus genitalia, pada insisi, traktrus urinaria, pada paru-paru dan traktus respiratorius atas. Komplikasi lain yang bersifat ringan adalah kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari selama masa nifas.

7. Indikasi

Menurut Ayuningtyas, (2018) operasi *Sectio Caesarea* dilakukan atas indikasi sebagai berikut :

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, Cefalo Pelvik Disproportion (disproporsi janin/ panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk. ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, komplikasi kehamilan yaitu pre eklampsia dan eklampsia berat, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung. DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal persentasi dan mal posisi kedudukan janin seperti bayi yang terlalu besar (giant baby),

kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kelainan tali pusat dengan pembukaan kecil seperti prolapsus tali pusat, terlilit tali pusat, adapun faktor plasenta yaitu plasenta previa, solutio plasenta, plasenta accreta, dan vasa previa. kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi, dan bayi kembar (multiple pregnancy).

8. Kontraindikasi

Tidak ada kontraindikasi tegas terhadap *Seccio Caesarea* (SC), namun jarang dilakukan dalam kasus janin mati atau Intra Uterine Fetal Death (IUFD), terlalu premature bertahan hidup, ada infeksi pada dinding abdomen, anemia berat yang belum teratasi, kelainan kongenital, kurangnya fasilitas (Yusuf, 2023).

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan tindakan *Seccio Caesarea* menurut (Aspiani, 2017) :

- a. Hitung darah lengkap
- b. Golongan darah (ABO) dan pencocokan silang, tes Coombs. Nb
- c. Urinalisis: Menentukan kadar albumin/glukosa
- d. Pelvimetri: Menentukan CPD
- e. Kultur: Mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- f. Ultrasonografi: Melokalisasi plasenta, menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
- g. Amniosistensi: Mengkaji maturitas paru janin

- h. Tes stress kontraksi atau tes non-stres: Mengkaji respons janin terhadap Gerakan/stress dari pola kontraksi uterus/pola abnormal
- i. Penentuan elektronik selanjutnya: Memastikan status janin/aktivitas uterus

10. Penatalaksanaan

Standar dalam penatalaksanaan ibu nifas post *Sectio Caesarea* yang harus dicermati dan ditaati menurut (Maryati, 2022):

- a. Manajemen Post Operatif
 - 1) Setelah satu jam pertama, pasien ditempatkan di ruang isolasi untuk pemulihan. Pemeriksaan tanda-tanda vital; tensi, denyut nadi, dan pernapasan, yang dipantau setiap 15 menit dalam 1 jam pertama. Satu jam selanjutnya, dilakukan pemantauan setiap 30 menit.
 - 2) Pasien tidur dengan wajah menghadap ke samping dan pastikan kepalanya agak tengadah agar jalan napas pasien bebas

- b. Mobilisasi/aktivitas

Delapan hingga dua belas jam setelah SC, ibu diperbolehkan untuk duduk; dua puluh empat jam kemudian, ibu diperbolehkan berjalan; dan pada hari kedua, ibu bahkan diperbolehkan mandi sendiri apabila mampu.

c. Perawatan Luka

Perawatan luka setelah operasi sesarea meliputi penggantian perban atau penutup luka yang lama atau tidak bersih dengan perban atau penutup luka yang baru. Selain membuat pasien merasa aman dan nyaman, tujuan dari perawatan luka adalah untuk mencegah agar tidak terjadinya infeksi pada luka.

d. Pemberian cairan dan dilakukan penghitungan intake serta outputnya sesuai kebutuhan.

e. Penanganan nyeri dilakukan dengan pemberian obat-obatan analgesik sesuai anjuran dokter

f. Pemasangan Kateter/Eliminasi

Kateter dower atau kateter balon harus dibiarkan di tempat setidaknya selama 24 hingga 48 jam kecuali pasien dapat buang air kecil secara mandiri; hal ini akan mencegah pasien mengalami rasa sakit, ketidaknyamanan, involusi uterus yang terhambat, dan perdarahan yang disebabkan oleh kandung kemih yang penuh. Dua belas hingga dua puluh empat jam setelah operasi, kateter dapat dicabut. Mungkin perlu untuk menunda pencabutan kateter jika terdapat hematuria.

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi

Masa nifas atau post partum merupakan masa pemulihan dari 9 bulan kehamilan, masa diawali setelah ari-ari keluar dan plasenta lahir

hingga kembalinya organ-organ reproduksi ke dalam keadaan normal atau sebelum hamil. Masa nifas atau disebut juga puerperium berlangsung sejak satu jam setelah kelahiran plasenta sampai 6 minggu (40) hari dan masa pembersihan rahim, sama halnya seperti masa haid (Vijayanti, 2022). Masa setelah melahirkan merupakan tahap khusus dalam kehidupan ibu dan bayi, untuk ibu yang pertama kali melahirkan, terdapat adanya perubahan yang sangat berarti dalam hidupnya, ditandai dengan pergantian emosional, pergantian fisik secara drastis, ikatan keluarga dan aturan yang baru, termasuk perubahan dari seorang perempuan menjadi seorang ibu (Elyasari et al., 2023).

Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa masa nifas atau post partum adalah periode pemulihan setelah melahirkan, dimulai sejak keluarnya plasenta hingga organ reproduksi kembali ke kondisi sebelum kehamilan, berlangsung sekitar 6 minggu (40 hari) setelah persalinan.

2. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas terbagi menjadi 3 tahapan, yaitu sebagai berikut : (Elyasari et al., 2023)

a. *Periode Immediate Post Partum*

Masa *Immediate post partum* adalah masa setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Pada masa ini sering terjadi banyak masalah seperti perdarahan atonia uteri. Oleh sebab itu, harus dilakukan

pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokea, tekanan darah dan suhu secara teratur.

b. Periode Early Post Partum

Periode early post partum adalah periode 24 jam sampai satu minggu bayi lahir. Pada fase ini memastikan involusi uteri dalam keadaan normal tidak ada perdarahan, lokea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, dan ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Periode Late Post Partum

Periode late post partum adalah masa satu minggu sampai lima minggu post partum. Pada periode ini tetap dilakukan perawatan konseling KB.

3. Kebutuhan masa post partum berdasarkan KDM

a. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas memerlukan dan membutuhkan nutrisi yang cukup dan seimbang yaitu kebutuhan protein, kalori dan karbohidrat. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah :

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari
- 2) Diet berimbang protein, mineral dan vitamin
- 3) Asupan cairan minimal 2-3 liter setiap hari dalam bentuk air putih, susu dan jus buah
- 4) Pil zat besi/tablet (Fe) harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan

- 5) Minum kapsul Vit.A (200.000 unit) sebanyak 2 kali yaitu pada 1 jam setelah melahirkan dan 24 jam setelahnya agar dapat memberikan Vit.A kepada bayinya melalui ASI

b. Ambulasi

Ambulasi dini ialah kebijaksanaan secepat mungkin tenaga kesehatan membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Keuntungan mobilisasi dini yaitu :

- 1) Melancarkan /merperlancar dalam pengeluaran lokia dan mengurangi infeksi nifas
- 2) Mempercepat involusi uterus atau kembalinya uterus ke bentuk semula sebelum hamil
- 3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin
- 4) Meningkatkan peredaran darah sehingga dapat mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme

c. Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK) setelah ibu melahirkan, terutama pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan terasa pedih pada saat BAK. Keadaan ini memungkinkan disebabkan karena adanya iritasi pada uretra sehingga ibu takut BAK. Pada pasien post *Seccio Caesarea* setelah dilakukan operasi BAK akan menggunakan kateter.

d. Kebersihan Diri

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

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

e. Istirahat Tidur

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

4. Adaptasi Fisiologi Masa Nifas

Perubahan fisiologis dan pada sehari-hari post serta partum menurut (Wahyuningsih S. , 2018) yaitu :

a. Sistem Reproduksi dan Struktur Terkait

1) Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil.

Tabel 2.1
Perubahan uterus

Waktu	TFU	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	$\frac{1}{2}$ pst symps	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

2) *Lochea*

Lochea merupakan kotoran yang keluar dari vagina yang terdiri dari jaringan mati dan lender yang berasal dari rahim dan vagina. Pada awal post partum, peluruhan jaringan desidua menyebabkan pengeluaran rabas vagina dengan jumlah bervariasi. Berikut beberapa jenis lokhea yaitu :

a) *Lochea Rubra*

Berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo, meconium berlangsung 2 hari pasca post partum.

b) *Lochea Sanguilenta*

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir berlangsung
3-7 hari pasca post partum

c) *Lochea Serosa*

Berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan
desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7 14 hari pasca
post partum

d) *Lochea Alba*

Berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua
berlangsung 14 hari-2 minggu berikutnya.

3) Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan
nekrosis ditempat implantasi plasenta. Bekas implantasi
plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri,
hari ke 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata
setelah hari ke 3.

4) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks mendatar dan sedikit tonus,
tampak lunak dan edema serta mengalami banyak laserasi kecil.
Ukuran serviks dapat mencapai dua jari dan ketebalannya
sekitar 1 cm dalam waktu 24 jam, serviks dengan cepat
memendek dan menjadi lebih keras serta tebal. Mulut serviks
secara bertahap menutup, ukurannya 2 sampai 3 cm setelah

beberapa hari dan 1 cm dalam waktu 1 minggu. Pemeriksaan kolposkopik serviks menunjukkan adanya ulserasi, laserasi, memar, dan area kuning dalam beberapa hari setelah persalinan. Pemeriksaan ulang dalam 6-12 minggu kemudian biasanya menunjukkan penyembuhan yang sempurna.

5) Vagina

Setelah melahirkan vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada introitus. Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nullipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi karunkula mitiformis. Sekitar minggu ketiga post partum, ukuran vagina menurun kembali dengan kembalinya rugae vagina.

6) Perineum

Perineum merupakan daerah vulva dan anus. Setelah melahirkan perineum sedikit bengkak dan terdapat luka jahitan bekas robekan atau episitomy, yaitu sayatan untuk memperluas pengeluaran bayi. Proses penyembuhannya biasanya selama 2-3 minggu post partum

7) Payudara

Pada saat masa nifas terjadi pembesaran payudara karena pengaruh peningkatan hormon estrogen, untuk mempersiapkan

produksi ASI dan laktasi. Ukuran payudara menjadi besar bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada areola mammae di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui. Segera menyusui bayi segera setelah melahirkan melalui proses inisial menyusui dini (IMD), walaupun ASI belum keluar lancar, namun sudah ada pengeluaran kolostrum. Proses IMD ini dapat mencegah perdarahan dan merangsang produksi ASI. Pada hari ke 2-3 post partum sudah mulai diproduksi ASI matur yaitu ASI berwarna. Pada semua ibu yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Fisiologi menyusui mempunyai dua mekanisme yaitu : produksi ASI dan sekresi ASI atau let down reflex. Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir (Wahyuningsih E. D., 2018).

b. Sistem pencernaan

Setelah 2 jam pasca persalinan ibu akan merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan tidak ada alasan untuk menunda pemberian makan. Konstipasi bisa terjadi karena kondisi psikis ibu, biasanya karena takut adanya luka jahitan di perinium.

c. Sistem perkemihan

Pelvis ginjal yang terenggang dan dilatasi selama kehamilan, akan kembali normal pada akhir minggu ke-4.

d. Sistem muskuloskeletal

Ligamen, fasia, diafragma dan pelvis yang merenggang selama kehamilan akan berangsur-angsur mengecil seperti semula.

e. Sistem Endokrin

Menurut (Wahyuningsih S., 2018) sistem endokrin terdiri dari :

1) Oksitosin

Hormon yang berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin sehingga membantu uterus kembali ke bentuk semula

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitary bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin untuk memproduksi ASI. Pada ibu yang tidak menyusui bayinya dalam 14-21 hari setelah persalinan sehingga merangsang kelenjar bawah otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan produksi estrogen dan progesterone yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi dan menstruasi.

3) Estrogen dan Progesteron

Selama kehamilan, volume darah normal meningkat yang diperkirakan akibat tingginya tingkat estrogen sehingga hormon antidiuretik meningkat volume darah. Hormon progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi

f. Tanda – Tanda vital post partum

Perubahan tanda-tanda vital ibu post partum menurut (Yuliana, W., & Hakim, 2020) yaitu :

1) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 celcius. Sesudah partus dapat naik kurang 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8°C. Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38°C, kemungkinan terjadi infeksi pada pasien.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Setelah partus, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 permenit, harus waspada karena bisa terjadi infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah pasca melahirkan pada kasus normal itu tekanan darah tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada ibu post partum itu merupakan tanda terjadinya pre eklamsia post partum. Tetapi hal tersebut jarang terjadi.

4) Pernafasan

Pada ibu post partum umumnya pernafasannya lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan bernafas selalu terhubung dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Respirasi pada ibu post partum biasanya yaitu 16-24 kali permenit.

5. Adaptasi psikologis ibu masa nifas

Menurut Aritonang & Simajuntak (2021), fase-fase yang akan dialami oleh ibu post partum antara lain :

a) Fase ketergantungan (*Taking in*)

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung selama satu sampai dua hari setelah melahirkan. Pada fase ini, perhatian ibu hanya berfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ibu sangat membutuhkan orang lain untuk membantu kebutuhannya yang utama adalah istirahat, tidur dan makan untuk proses pemulihannya. Gangguan psikologi yang dialami oleh ibu pada fase ini yaitu : kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena ASI belum keluar.

b) Fase antara ketergantungan dan mandiri (*Taking hold*)

Fase ini terjadi selama hari ketiga hingga hari kesepuluh pasca melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan

bayinya. Jika bu merawat bayinya, maka Ia harus memperhatikan kualitas dan kuantitas produksi ASInya.

c) Fase Penerimaan Peran Baru (*Letting Go*)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya

6. Dampak Post *Sectio Caesarea* atas indikasi KPD terhadap Kdm

Tindakan *Sectio Caesarea* juga berdampak pada kebutuhan dasar manusia menurut Maryunani, 2015 yaitu:

a. Nyeri

Ibu post op *Sectio Caesarea* akan merasakan nyeri di area pembedahan atau nyeri pada bekas luka operasi.

b. Eliminasi

BAK/BAB efek anastesi pada saat tindakan *Sectio Caesarea* dapat membuat BAB tertunda selama 2-3 hari setelah persalinan BAK biasanya akan mengalami kesulitan sesudah pemasangan kateter.

c. Nutrisi dan Cairan

Setelah dilakukan operasi klien diwajibkan puasa 6 jam, dan setelah 6 jam pasca bedah maka dapat diberikan minum sedikit demi sedikit, klien dapat makan makanan yang lunak atau biasa pada hari pertama.

d. Mobilisasi

Mobilisasi dini pada ibu post SC yaitu :

- a) 0-6 jam latihan gerak tangan dan kaki
- b) 6-12 jam mobilisasi miring kanan miring kiri
- c) 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur
- d) Setelah 24 jam latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet

e. Kebersihan diri

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

f. Istirahat

Ibu post *Sectio Caesarea* harus istirahat dengan cukup, istirahat yang cukup sekitar 8 jam pada malam.

g. Seksual atau Reproduksi

Pada ibu post *Sectio Caesarea* hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika *Lochea* sudah berhenti, hendaknya 40 hari setelah persalinan, dan ibu post *Sectio Caesarea* dapat hamil Kembali dengan jarak kurang lebih 2 tahun dari *Sectio Caesarea*

D. Konsep Proses Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu rangkaian kerja sistematis yang dilakukan oleh perawat dan pasien dalam upaya memenuhi kebutuhan pasien. Standar asuhan yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis

Keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi (Purba, 2016).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio, pisiko, sosial dan spiritual.

- a. Identitas klien Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal MRS, diagnosa medis.
- b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Pada umumnya pasien post sectio caesar mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Nyeri biasanya bertambah parah jika pasien bergerak.

2) Riwayat kesehatan sekarang

P (*Palliative/provokatif*) : hal yang memperberat dan memperingan. Pada ibu post partum *Sectio Caesarea* biasanya mengeluh nyeri pada luka bekas operasi. Nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila di istirahatkan atau tidak bergerak

Q (*Quality/quantity*) : kualitas dan kuantitas nyeri seperti apa rasa nyeri yang dirasakan, biasanya rasa nyeri luka bekas operasi *Sectio Caesarea* seperti ditusuk-tusuk atau nyeri terbakar

R (*Region/penyebaran*) : lokasi nyeri luka bekas operasi *Sectio Caesarea* di abdomen bagian bawah. apakah nyeri dirasakan adanya penyebaran atau tidak

S (*Saverity/skala*) : keparahan nyeri berkisar antara 1-3 (nyeri ringan), 4-6 (nyeri sedang), 7-10 (nyeri berat)

T (*Time/waktu*) : kapan keluhan nyeri dirasakan, seberapa sering nyeri tersebut dirasakan, nyeri dirasakan hilang timbul atau kadang-kadang.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Hal yang perlu dikaji adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Berisi tentang pengkajian apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya pre eklampsia dan giant baby, seperti

diabetes dan hipertensi yang sering terjadi pada beberapa keturunan.

5) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

Ditanyakan menarche pada umur berapa biasanya sekitar umur 10-16 tahun dan rata-rata pada umur 12 tahun. ditanyakan siklus haid, biasanya siklus yang normal adalah 28 hari. Lama haid biasanya 3-5 hari, ada 1-2 hari, dan ada 7-8 hari. Banyaknya haid sedikit atau banyak, darah yang keluar apakah berwarna merah muda atau merah tua, apakah ada keluhan nyeri atau tidak, ditanyakan tanggal hpht (hari pertama haid terakhir), setelah ditanyakan hpht maka bisa menentukan tanggal TP (taksiran partus).

(2) Riwayat perkawinan

Ditanyakan usia perkawinan, lama perkawinan dan Pernikahan yang ke berapa

(3) Riwayat kontrasepsi

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah

dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

6) Riwayat Obstetri

- a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
- b) Ditanyakan berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, cara bersalin, tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, keadaan anak, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.
- c) Riwayat persalinan sekarang
- d) Ditanyakan keluhan waktu hamil untuk mengetahui faktor penyebab dilakukan *Sectio Caesarea*, dilakukan imunisasi TT atau tidak, ditanyakan BB sebelum dan sesudah hamil, pemeriksaan pada saat hamil teratur atau tidak

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit.

- 1) Keadaan umum, meliputi tentang kesadaran, nilai glasgow coma scale (GCS) normal yang berjumlah 15 (composmentis) yang berisi penilaian eye nilai normal 4, verbal nilai normal 5 dan motorik dengan nilai normal 6. Mencakup juga penampilan ibu seperti baik atau kotor.

2) Tanda-tanda vital

- a) Tekanan darah : apakah mengalami peningkatan /penurunan (biasanya mengalami penurunan tekanan darah apabila terjadi pendarahan)
- b) Respirasi : pada masa nifas biasanya respirasi kembali normal. Respirasi normal 16-24x/menit.
- c) Suhu : apabila suhu diatas 36,5°C kemungkinan telah terjadinya tanda-tanda infeksi yang merupakan komplikasi post partum *Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini
- d) Nadi : pada masa nifas biasanya denyut nadi kembali normal. Nadi normal 60-100x/menit.

3) Antropometri, meliputi tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan saat hamil dan berat badan setelah melahirkan.

4) Pemeriksaan *Head to Toe*

a) Pada pemeriksaan kepala

Inspeksi : bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, warna rambut, jumlah rambut tebal atau tipis. dan distribusi rambut bisa merata atau rambut rontok, wajah tampak meringis, ada tidaknya cloasma gravidarum
 Palpasi rambut : adanya pembengkakan/benjolan dan tekstur

b) Pada pemeriksaan mata

Inspeksi : kelengkapan dan kesimetrisan mata, konjungtiva anemis atau tidak anemis (pada ibu post *Sectio Caesarea* biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan oleh kondisi anemia atau dikarenakan proses persalinan yang mengalami perdarahan), sklera berwarna putih atau ikterik, ketajaman penglihatan, pupil isokor atau anisokor

palpasi : apakah adanya massa (benjolan) dan peningkatan tekanan bola mata.

c) Pada pemeriksaan hidung

Inspeksi : tulang hidung, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip dan purulent.

palpasi : adanya bengkak atau tidak, adanya nyeri atau tidak

d) Pada pemeriksaan telinga

Inspeksi : bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran.

Palpasi : tulang mastoid adakah nyeri tekan pada kartilago

e) Pada pemeriksaan leher

Inspeksi : bagaimana bentuk leher klien simetris atau tidak, adakah pembesaran kelenjar tiroid atau tidak,

Palpasi : adakah pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, terdapat peningkatan vena jugularis atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak.

f) Pada pemeriksaan mulut dan orofaring

Inspeksi dan palpasi struktur luar : mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi dan stomatitis

Inspeksi dan palpasi struktur dalam : warna gigi lengkap/tidak, pendarahan/radang gusi, posisi lidah, keadaan langit

g) Pada pemeriksaan dada

(1) Paru-paru

Inspeksi : pergerakan simteris atau tidak, terdapat luka jejas atau tidak, nafas teratur atau tidak, penggunaan otot bantu nafas atau tidak

Palpasi : terdapat nyeri tekan atau tidak, terdapat benjolan atau tidak

Perkusi : melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasme intercostalis, terdapat bunyi redup atau tidak.

Auskultasi tambahan

(2) Jantung

Inspeksi : bagaimana bentuk kesimestrisannya, terdapat luka atau ada tidaknya jejas, serta memar.

Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan, ada tidaknya terdapat benjolan.

Perkusi : perkusi bunyi redup

Auskultasi : bagaimana bunyi jantung klien, S1/S2 (lup/dup), ada tidaknya bunyi tambahan (Mur-mur)

(3) Payudara

Inspeksi : amati keadaan kulit apakah terdapat peradang atau tidak, apakah puting menonjol atau tidak, areola menghitam.

Palpasi : apakah ada tidaknya benjolan atau nyeri tekan, kolostrum keluar atau tidak, apakah payudara bengkak atau tidak, apakah payudara nyeri atau tidak, apakah payudara teraba keras atau lembek, apakah pengeluaran ASI banyak atau sedikit

h) Pada pemeriksaan abdomen

Inspeksi : bagaimana dengan keadaan luka bekas operasi, ada tidaknya linea nigra, ada tidaknya striae gravidarum.

Palpasi : apakah terdapat nyeri tekan, , kandung kemih, ada tidaknya pembesaran hepar, setelah persalinan TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian Kembali 1 cm diatas

pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari. Hari kedua post partum TFU 1 cm dibawah pusat, hari ke 3-4 post partum TFU 2 cm dibawah pusat, hari ke 5-7 post partum TFU pertengahan pusat symfisis. Hari ke 10 post partum TFU tidak teraba lagi, apakah konsistensi uterus teraba keras atau lunak.

Perkusi : bunyi abdomen biasanya timpani, ada tidaknya distensi abdomen.

Auskultasi : bising usus normal 6-30×/m

i) Pemeriksaan genetalia dan anus

Inspeksi : adakah pengeluaran *Lochea* biasanya *Lochea rubra* (karakteristik *Lochea rubra* yaitu timbul pada hari 1-2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa- sisa selaput ketuban, sel- sel desidua, sisa- sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum), bagaimanakah warnanya, banyaknya, baunya, adakah oedema vulva, bagaimana posisi kateter terpasang dengan baik atau tidak, apakah lancar dan bagaimana kebersihan klien pada post operasi yang biasanya akan tampak kotor karena banyak usia darah yang belum dibersihkan, kaji ada tidaknya hemoroid

j) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Inspeksi : kesimetrisan ujung-ujung jari tangan, adanya sianosis, ada tidaknya oedema, kekuatan otot dan ROM. Pada klien post *Sectio Caesarea* hari pertama biasanya terpasang infus, CRT kembali ke semula < 2 detik, turgor kulit kembali ke semula < 2 detik.

Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan, ada tidaknya benjolan/pembengkakan

(2) Ekstremitas bawah

Inspeksi : kesimetrisan, adanya sianosis, oedema, kekuatan otot dan ROM. reflek patella, human sign, pergerakan terbatas atau tidak. Pada klien post *Sectio Caesarea* hari pertama biasanya kekuatan otot akan terjadi kelemahan.

Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan, ada tidaknya benjolan.

d. Data Psikologi, Sosial dan Spiritual

1) Psikologi

Adaptasi post partum yaitu Fase taking in yaitu fase ketergantungan, biasanya terjadi pada hari pertama atau kedua.

a) Pola pikir

Kaji pengetahuan cara pemberian ASI dan merawat bayi, rencana pemberian ASI, jenis kelamin yang diharapkan, yang akan membantu merawat bayi di rumah. kehamilan ini diharapkan atau tidak.

b) Persepsi Diri

Kaji hal yang sangat dipikirkan saat ini, harapan setelah menjalani perawatan perubahan yang dirasa setelah hamil.

c) Konsep Diri

Gambaran diri, peran, ideal diri, identitas diri. harga diri.

d) Hubungan atau komunikasi

Bahasa sehari-hari, kejelasan bicara, relevan, mampu mengatur orang lain.

2) Sosial

Klien dengan *Section Caesarea* cenderung mampu bersosialisasi dengan orang lain.

3) Spritual

Sumber kekuatan, tuhan, agama dan kepercayaan

e. Pola Aktivitas sehari-hari

1) Pola nutrisi

Mengkaji kebiasaan sebelum dan sesudah di rawat di rumah sakit seperti frekuensi makan, jenis makan, frekuensi minum, jenis minum dan apakah ada keluhan pada saat makan dan

minum atau tidak. Setelah dilakukan operasi pasien dilakukan puasa selama 6 jam.

2) Pola eliminasi

Mengkaji Warna feses, konsistensi, frekuensi BAB, warna urine, frekuensi BAK. Pada klien post partum *Sectio Caesarea* kemungkinan terjadinya konstipasi yang disebabkan oleh penurunan peristaltik usus.

3) Pola istirahat tidur

Pada pasien post partum *Sectio Caesarea* terjadi perubahan waktu istirahat dan tidur yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan.

4) Personal hygiene

Pada pasien post partum *Sectio Caesarea* terjadi kelemahan fisik dan menyebabkan perawatan diri pasien terganggu.

f. Pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium

a) Hemoglobin

Mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat

b) Leukosit

Untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi

c) Trombosit

Mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.

2) Pemeriksaan urine

Untuk menilai jumlah protein yang terdapat dalam urin.

g. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien

Tabel 2.2
Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan tanda mayor DS : a. Mengeluh nyeri Do : a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur Gejala dan tanda minor DS : - DO : a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikardin, serotine, histamin dan serotonin rangsangan ini hantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang dipresepsikan sebagai nyeri	Nyeri akut

	c. Nafsu makan berubah d. Proses berpikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri g. Diaforesis		
2	DS : a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas b. Nyeri saat bergerak c. Enggan melakukan pergerakan d. Merasa cemas saat bergerak DO : a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun c. Sendi kaku d. Gerakan tidak terkoordinasi e. Gerakan terbatas f. Fisik lemah	Setelah dilakukan SC dengan menggunakan anestesi spinal terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus dan menyebabkan nyeri. Karena terdapat nyeri klien mengalami kesulitan dalam melakukan mobilitas.	Gangguan mobilitas fisik
3	DS : - DO : -	Post op <i>Sectio Caesarea</i> menyebabkan adanya luka jika proteksi kurang maka bakteri akan tumbuh dengan baik menimbulkan infeksi	Resiko infeksi
4	DS : a. Kelelahan maternal b. Kecemasan maternal DO : a. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu b. ASI tidak menetas/memancar c. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam	Kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI, terjadinya ketidakefektifan pemberian ASI	Menyusui tidak efektif

	d. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua		
5	DS : a. Menolak melakukan perawatan diri DO : a. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri b. Minat melakukan perawatan diri kurang	Adanya luka post op menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL dibantu defisit perawatan diri terganggu	Defisit perawatan diri

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. (SDKI,2017)

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. Risiko infeksi ditandai dengan adanya luka post *Section Caesarea* (0124 Hal 304)

- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029 Hal. 75)
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109 Hal. 240)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilalan klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Beberapa diantaranya diuraikan dalam Pasal 30 Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat berwenang merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan gawat darurat, memberikan konsultasi, berkolaborasi, melakukan penyuluhan dan konseling, pemberian obat sesuai resep dokter atau obat bebas dan bebas terbatas, mengelola kasus dan melakukan penatalaksanaan 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 2.3
Perencanaan keperawatan diagnosa ke 1

Intervensi	Rasional
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 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 8) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Edukasi 9) Jelaskan strategi meredakan nyeri 10) Anjurkan teknik nonfarmakologis Kolaborasi 11) Pemberian analgetik	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 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

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 2.4
Perencanaan keperawatan diagnosa ke 2

Intervensi	Rasional
Dukungan Mobilisasi 1.05173 Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	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) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Terapeutik 4) Untuk membantu aktivitas mobilisasi 5) Untuk membantu melakukan pergerakan
Edukasi 6) Jelaskan tujuan dan prosedur Mobilisasi	Edukasi 6) Agar pasien dapat mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi

Intervensi	Rasional
7) Anjurkan mobilisasi dini	7) Untuk membantu pasien dalam bergerak
8) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	8) Agar pasien dapat melakukan mobilisasi segera mungkin

c. Resiko infeksi ditandai dengan adanya luka post *Section 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 2.5
Perencanaan keperawatan diagnosa ke 3

Intervensi	Rasional
Pencegahan infeksi (L.14539)	Observasi
Observasi	1) Untuk memonitor tanda dan gejala infeksi
1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	
Terapeutik	Terapeutik
2) Batasi jumlah pengunjung	2) Untuk menghindari kontaminasi dari luar yang dapat membahayakan pasien
3) Berikan perawatan kulit di area luka	3) Untuk merawat kulit dan area yang beresiko infeksi
4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	4) Untuk menjaga kebersihan dan

Intervensi	Rasional
Kolaborasi 5) Kolaborasi pemberian antibiotik	mempertahankan area yang beresiko infeksi Kolaborasi 5) Dapat mengurangi inokulasi pada bakteri hidup pada luka operasi

d. 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
Perencanaan keperawatan diagnosa ke 4

Intervensi	Rasional
Edukasi Menyusui (L.12393) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan keinginan menyusui dan Terapeutik 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan kesehatan pendidikan sesuai kesepakatan	observasi 1) Untuk mengetahui kesiapan pasien 2) Agar klien dapat mencapai tujuan menyusui Terapeutik 3) Agar pasien mengerti dan paham tentang ASI

Intervensi	Rasional
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	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

e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109

Hal. 240)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan perawatan diri meningkat

Kriteria Hasil : Perawatan Diri (L.11103)

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
- 4) Minat melakukan perawatan diri meningkat
- 5) Mempertahankan kebersihan diri meningkat

Tabel 2.7
Perencanaan keperawatan diagnosa ke 5

Intervensi	Rasional
Dukungan perawatan diri 1.11348	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas pasien
1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri	2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pada pasien
2) Monitor tingkat kemandirian	3) Untuk membantu menyiapkan alat kebersihan
3) Identifikasi alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	Terapeutik
Terapeutik	4) Agar pasien nyaman dalam melaksanakan kebersihan diri
4) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana, hangat, rileks, privasi)	5) Untuk memfasilitasi alat yang diperlukan pasien
5) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, Sikat gigi, dan sabun mandi) dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	6) Agar perawatan diri pasien dapat terpenuhi
6) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	7) Agar pasien melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan
7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri	Edukasi
Edukasi	8) Untuk melatih kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri
8) Anjurkan perawatan melakukan diri secara konsisten sesuai kemampuan	

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Wartonah, 2015). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan

keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022). Evaluasi dilakukan untuk menilai tingkat keberhasilan dari suatu tindakan yang dilaksanakan berdasarkan tujuan dan waktu yang ditentukan. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan observasi status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi (Bustan 2023).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama	: Ny. P
Umur	: 38 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp. Lembur Kulon Kec. Cibiuk
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Pendidikan	: SMP
Suku bangsa	: Sunda
Tanggal masuk	: 29 April 2025 20.00 WIB
Tanggal persalinan	: 29 April 2025 05.00 WIB
Tanggal pengkajian	: 29 April 2025 10.00 WIB
Diagnosa medis	: Post <i>Sectio Caesarea</i> P3A0 Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini
No RM	: 01446xxx

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. N
------	---------

Umur : 45 Tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Alamat : Kp. Lembur Kulon Kec. Cibiuk
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Hubungan dengan klien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka post SC di abdomen

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari selasa, 29 April 2025 jam 10.00 WIB klien mengatakan nyeri pada bekas operasi. Nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak. Kualitas nyeri seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan di area perut, dengan skala 6 dari 0-10. Nyeri dirasakan hilang timbul yang menyebabkan aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga. Selain itu Ny. P mengeluhkan di area payudaranya terasa sakit dan bengkak dan asi belum keluar.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

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

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit turunan ataupun menular seperti hipertensi, DM, dan lainnya. Dan anggota keluarga klien tidak ada yang mempunyai riwayat persalinan kembar.

5) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

Klien mengatakan pertama haid pada umur 12 tahun, dengan siklus haid 28 hari lamanya haid 5-6 hari, Klien mengatakan HPHT lupa.

(2) Riwayat perkawinan

Klien mengatakan menikah pada umur 16 tahun dan lama pernikahan sudah 16 tahun dan mempunyai 3 anak.

(3) Riwayat kontrasepsi

Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil kontrasepsi suntik 3 bulan, waktu dan lama

penggunaan 15 tahun, masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut berat badan naik, siklus haid tidak teratur. Jenis kontrasepsi setelah melahirkan yaitu MOW.

b) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
P3A0

Tabel 3.1

No	Tanggal partus	Umur kehamilan	Tempat penolong	Jenis kelamin	BB	Jenis partus	Keadaan
1	4 april 2009	9 bulan	RSUD	P	3,7 kg	SC	Baik
2	30 november 2011	9 bulan	RSUD	P	3,8 kg	SC	Baik

(2) Riwayat persalinan sekarang

Pada hari selasa, 29 April 2025 Klien dibawa ke ruang operasi untuk melakukan tindakan *Section Caesarea*. Bayi dengan jenis kelamin laki-laki dengan berat 2500 gram, panjang badan 45 cm, keadaan bayi sehat. Klien dan bayi tidak dirawat gabung, serta belum ada perlekatan antara bayi dan ibu.

(3) Keadaan saat hamil

(a) Keluhan waktu hamil

Mual, muntah dan pusing

(b) Imunisasi : imunisasi TT

(c) Perubahan BB selama hamil BB

BB sebelum hamil : 85 kg

BB setelah hamil : 95 kg

TB : 154 cm

(d) Pemeriksaan pada saat hamil : Teratur

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 : 130/70 mmHg

b) Respirasi : 21x/menit

c) Suhu : 35,2 C

d) Nadi : 78 x/menit

3) Pemeriksaan fisik *head to toe*

a) Kepala dan rambut

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

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 klien dapat membaca papan nama mahasiswa dengan jarak kurang dari 30 cm, tidak ada benjolan.

d) Hidung

Kedua lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, tidak ada secret, fungsi penciuman klien dapat membedakan bau alkohol dan kayu putih dengan mata tertutup, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada bengkak dan nyeri tekan.

e) Telinga

Bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, lubang telinga tidak ada kelainan, fungsi pendengaran klien dapat menjawab pertanyaan tanpa diulang, telinga tampak bersih, tidak ada nyeri tekan.

f) Mulut

Mukosa bibir pucat, tidak ada lesi, gigi tampak bersih dan lengkap, tidak ada pendarahan/radang gusi, tidak ada kelainan pada lidah, fungsi pengecapan klien dapat membedakan rasa asin dan manis.

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

(1) Jantung

Suara jantung S1S2 (lup/dup), irama reguler. Tekanan darah 130/70mmHg dan Nadi : 70x/menit. Dan klien mengatakan tidak ada keluhan.

(2) Paru-Paru

Pengembangan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada benjolan, bunyi paru sonor, bunyi napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada nyeri tekan, frekuensi napas 21x/menit.

(3) Payudara

Bentuk payudara simetris antara kanan dan kiri, puting menonjol, payudara tampak bersih, payudara

klien tampak bengkak, terdapat nyeri, areola berwarna hitam, tidak ada benjolan, payudara terasa keras, ASI belum keluar, belum ada perlekatan antara bayi dan ibu.

i) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, terdapat luka pembedahan *Sectio Caesarea* ± 10 cm horizontal dibawah abdomen, tidak terdapat rembesan darah atau cairan di perban, terdapat nyeri saat ditekan. Di kulit abdomen tidak ada stretch mark, terdapat striae gravidarum nigra, terdapat diastesis rektus abdomen. Klien tampak bersikap protektif pada saat akan dipegang perutnya, bising usus 13x/menit dan suara perkusi tympani, TFU 2 jari dibawah pusat, konsistensi uterus terasa keras. Pasien mengatakan tidak ada keluhan mual ataupun kembung.

j) Genetalia dan anus

Terdapat *Lochea* rubra keluar dari vagina, berwarna merah muda, bau amis, perineum utuh, tidak ada edema vulva, terpasang kateter, urine yang keluar 100 cc yang tertampung dalam urine bag, tidak terdapat hemoroid

k) Ekstremitas

(1) 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. Kekuatan otot 5/5.

(2) Ekstremitas bawah

Bentuk kedua kaki simetris antara kanan dan kiri, klien mengatakan belum mampu menggerakan kakinya, refleks patela (+), human sign (-), pergerakan klien terbatas, tidak ada oedema, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, kekuatan otot 4/4. Klien mengeluh susah saat menggerakkan kaki.

d. Aspek Psikologi

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

1) Pola pikir

Klien mengatakan sudah mempunyai pengalaman dalam menyusui bayi dan merawat bayi.

2) Konsep diri

a) Citra diri

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

b) Harga diri

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

c) Ideal diri

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

d) Peran diri

Klien mengatakan perannya dikeluarganya adalah seorang istri dan menjadi seorang ibu.

e) Identitas diri

Klien mampu menyebutkan nama dan alamatnya dengan benar dan klien merasa sebagai ibu dari 3 anak serta seorang istri dari suaminya.

e. Aspek sosial

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

f. Aspek Spiritual

Pasien 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	Aktivitas	Dirumah	Dirumah sakit
1	Pola nutrisi dan cairan Makan - Jenis makanan - Frekuensi - Porsi - Cara Minum - Jenis minuman - Frekuensi - Cara - Keluhan	Nasi, lauk pauk, sayur 3x/hari 1porshi habis Mandiri Air putih 7-8 gelas Mandiri Tidak ada	Klien masih puasa 5 jam setelah operasi
2	Pola eliminasi BAB - Warna feses - Konsistensi - Frekuensi BAK - Warna Urine - Frekuensi - Keluhan	Kuning kecoklatan Padat 1x/hari Kuning Sesuai keinginan Tidak ada	Belum BAB setelah dilakukan operasi Kuning pekat Terpasang kateter 400-600cc/hari Tidak ada
3	Pola Istirahat dan tidur - Lama tidur siang - Kualitas tidur siang - keluhan - Lama tidur malam - Kualitas tidur malam - Keluhan	1-2 jam Nyenyak 7-8 jam nyenyak	Klien baru tidur ½ jam dari jam 08.00-08.30 dengan kualitas tidak nyenyak Dengan keluhan nyeri pada luka operasi

4	Personal Hygiene		
	- Frekuensi mandi	2x/hari	Klien belum melakukan personal hygiene
	- Ganti pakaian	2x/hari	
	- Gosok gigi	3x/hari	
	- keluhan	Tidak ada	

h. Pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium

Nama : Ny. P

Umur : 38 Tahun

Tanggal Pemeriksaan : 29 April 2025

Tabel 3.3
Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi tanpa diff			
Hemoglobin	14.6	g/dl	13-16
Jumlah leukosit	15.180	/mm ³	3.800-10.800
Jumlah eritrosit	4.67	Juta/mm ³	3.6-5.8
Hematokrit	43	%	35-47
Jumlah trombosit	298.000	/mm ³	150.000-440.000

2) Terapi Medis

Nama : Ny. p

Umur : 38 Tahun

Tabel 3.4
Terapi Medis

No	Nama obat	Dosis	Cara pemberian
1	Cefotaxime	2x1 gr	IV
2	Ketorolac	3x30 mg	IV
3	Metrodinazol	5x500 mg	IV
4	Infus RL	20 tpm	IV
5	Asam Mefenamat	3x1 g	Oral
6	Cefadroxil	3x1 g	Oral

i. Analisa Data

Tabel 3.5
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds : - Klien mengatakan nyeri di abdomen luka bekas operasi - Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak - Nyeri dirasakan seperti disayat - sayat - Nyeri dirasakan hilang timbul - Klienn mengatakan tidur siang tidak nyenyak Do : - Terdapat luka post OP SC dibagian bawah abdomen ± 10 cm tertutup perban - Klien tampak bersikap protektif pada saat dipegang perutnya - Skala nyeri 6 (0-10) - TTV Tekanan Darah : 130/70 mmHg Respirasi : 21 x/menit Nadi : 70 x/menit Suhu : 36,9 °C	Tindakan <i>Seccio Caesarea</i> (SC) menyebabkan jaringan terputus dan merangsang area sensorik mengakibatkan gangguan rasa nyaman dan menimbulkan masalah 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	Tindakan <i>Seccio Caesarea</i> (SC) menyebabkan jaringan terputus dan merangsang area sensorik mengakibatkan gangguan rasa nyaman, pasien merasa nyeri,	Gangguan Mobilitas Fisik

	- Pergerakan klien dibantu keluarga klien - Pergerakan klien terbatas - Terpasang DC - Kekuatan otot $\begin{array}{c} 5 \quad 5 \\ \\ \hline 4 \quad 4 \end{array}$	terjadi kelemahan sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik.	
3	Ds : - Do : - Terdapat luka tertutup perban - Leukosit : 15.180/mm³ - Suhu : 36,9°C	Tindakan <i>Section Caesarea</i> (SC) menimbulkan luka terbuka, kurangnya proteksi dalam tubuh bisa mengakibatkan invasi bakteri sehingga berisiko terjadinya infeksi	Resiko Infeksi
4	Ds : - Klien mengatakan ASI belum keluar Do : - Payudara tampak bengkak - Puting susu menonjol - Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu - Payudara terasa keras	Kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI, terjadinya ketidakefektifan pemberian ASI	Menyusui tidak efektif

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ditandai dengan :

Ds :

- 1) Klien mengatakan nyeri abdomen diluka bekas post operasi

- 2) Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak
- 3) Nyeri dirasakan seperti disayat - sayat
- 4) Nyeri dirasakan hilang timbul
- 5) Klien mengatakan tidur siang tidak nyenyak

Do :

- 1) Terdapat luka post OP SC dibagian bawah abdomen ± 10 cm tertutup perban
- 2) Klien tampak bersikap protektif pada saat dipegang perutnya
- 3) Skala nyeri 6 (0-10)
- 4) TTV

Tekanan Darah : 130/70 mmHg

Respirasi : 21 x/menit

Nadi : 70 x/menit

Suhu : 35,2°C

- 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) Pergerakkan klien dibantu keluarga klien
- 3) Pergerakkan klien terbatas
- 4) Terpasang DC
- 5) Kekuatan otot

5	5
4	4

- c. Resiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post *Section Caesarea*, ditandai dengan :

Ds : -

Do :

- 1) Terdapat luka tertutup perban
- 2) Leukosit : 15.180/mm³
- 3) Suhu : 35,2°C

- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI , ditandai dengan :

DS :

- 1) Klien mengatakan ASI belum keluar

DO :

- 1) Payudara tampak bengkak
- 2) Puting susu menonjol
- 3) Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu
- 4) Payudara terasa keras

3. Proses Asuhan Keperawatan

Nama : Ny. P

Umur :38 Tahun

No. RM : 01446xxx

Ruangan : Agate Bawah

Tabel 3.6
Proses keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	Nyeri Akut	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 1.08238 Observasi 1. Observasi TTV 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,	Observasi 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 2. Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat	Tanggal : 29 – 4 - 2025 Jam : 11.00 WIB Observasi 1. Mengobservasi TTV Respon : TD : 122/80 MmHg R : 20x/menit N : 80x/menit Spo2 : 99% S : 36°C 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri	Tanggal : 29 – 4 – 2025 Jam : 14.00 WIB S : - Klien mengatakan masih merasa nyeri pada area bekas operasi, namun nyeri berkurang. O : - Skala nyeri 6 dari (0-10) - Klien tampak meringis - Klien tampak bersikap protektif pada saat akan dipegang tubuhnya - TTV

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
		3. Skala nyeri berkurang 1-3 ringan) 4. Sikap protektif menurun 5. Kesulitan tidur menurun	frekuensi, intensitas nyeri	mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebar atau tidak	Respon klien : Klien mengatakan nyeri di abdomen luka post op, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri bertambah ketika bergerak	- TD : 126/73 MmHg - R : 20x/menit - S : 36°C - N : 88x/menit - Spo2 : 100% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Observasi TTV
			3. Identifikasi skala nyeri	3. Mengetahui skala nyeri klien dari 1-10	3. Mengidentifikasi skala nyeri Respon klien : skala nyeri 6 (0-10)	- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan
			4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	4. Untuk menghindari faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon klien : klien mengatakan nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak	- berikan teknik non farmakologi teknik relaksasi nafas dalam - Fasilitasi istirahat dan Tidur - Kolaborasi pemberian analgetik

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Terapeutik 5. Berikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) 6. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri	Terapeutik 5. Dengan memberikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) diharapkan dapat mengurangi rasa nyeri 6. Meningkatkan rasa nyaman pada pasien Edukasi 7. Diharapkan dapat mengontrol nyeri ketika muncul	Terapeutik 5. Memberikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) Respon klien : klien melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri dirasakan mulai sedikit berkurang 6. Memfasilitasi istirahat dan tidur Respon : Klien mengatakan tidur siang tidak nyenyak Edukasi 7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri tentang teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam Respon klien : Klien mengerti strategi	

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian analgetik	Kolaborasi 8. Untuk membantu proses penyembuhan	meredakan nyeri dengan teknik nafas dalam Kolaborasi 8. Pemberian analgetik Respon : ketorolac 30 mg IV	
2	Gangguan Mobilisasi fisik	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan Kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Kelemahan fisik menurun 3. Kekuatan otot meningkat 4. Gerakan terbatas menurun	Dukungan Mobilisasi L.05173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Terapeutik 2. Fasilitasi melakukan pergerakan	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh klien Terapeutik 2. Untuk membantu melakukan pergerakan	Tanggal : 29 – 4 – 2025 Jam : 12.00 WIB Observasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon klien : Klien mengatakan masih nyeri pada saat melakukan pergerakan Terapeutik 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan Respon klien : Klien mengatakan	Tanggal : 29 – 4 – 2025 Jam : 14.00 WIB S : - Klien mengatakan masih nyeri pada saat melakukan pergerakan - Klien mengatakan kakinya sudah bisa digerakan, namun gerakan pelan O : - Aktivitas klien dibantu oleh keluarga pasien - Terpasang DC - Klien tampak bisa menggerakkan kaki dan tangan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi				
		5. Pergerakan ekstremitas meningkat	3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	3. Untuk membantu pasien dalam bergerak	keluarga klien membantu pergerakan pada saat beraktivitas 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon klien : Aktivitas klien dibantu oleh keluarga pasien	- Klien tampak sudah mencoba melakukan miring kanan dan kiri - Tampak pergerakan klien terbatas - Klien tampak lemah - Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table> A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	5	5	4	4
5	5									
4	4									
			Edukasi 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Edukasi 4. Pasien dapat mengerti tujuan dan prosedur Mobilisasi	4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Respon klien : klien tampak paham tentang tujuan dan prosedur mobilisasi yang harus dilakukan mobilisasi yang harus dilakukan	- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Ajarkan mobilisasi post sc				
			5. Ajarkan mobilisasi sederhana pada	5. Diharapkan dapat meningkatkan aktivitas klien	5. Mengajarkan mobilisasi dini post					

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			pasien post sc yaitu e) 0-6 jam latihan gerak tangan dan kaki f) 6-12 jam mobilisasi miring kanan miring kiri g) 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur h) Setelah 24 jam latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet		sc 6-12 jam (miring kanan dan miring kiri) Respon klien : klien melakukan latihan miring kanan dan kiri jam 12.00 WIB	
3	Resiko Infeksi	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi	Pencegahan Infeksi I.14539 Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi ada tidaknya tanda dan gejala infeksi	Tanggal : 29 – 4 – 2025 Jam : 12.00 WIB Observasi 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Tanggal : 29 – 4 – 2025 Jam : 14.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri luka bekas operasi O :

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
		menurun dengan Kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Tidak adanya tanda-tanda infeksi	Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Terapeutik 2. Diharapkan dapat mencegah bakteri yang dibawa pengunjung yang dapat menyebabkan infeksi pada klien 3. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar luka operasi	Respon klien : klien mengatakan nyeri luka bekas operasi Tidak ada rubor (kemerahan), kalor (panas), dan tumor (pembengkakan) 2. Membatasi jumlah pengunjung Respon klien : Pengunjung pasien hanya ibunya, pasien tampak nyaman dan tenang 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Respon klien : Perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasie	- Luka post op tertutup Perban - Suhu tubuh pasien 36,5°C - Tidak ada kemerahan, Panas dan bengkak A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala Infeksi lokal dan sistemik - berikan antibiotik

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			4. Berikan perawatan luka Edukasi 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian antibiotik	4. Untuk membantu proses penyembuhan dan mencegah terjadinya infeksi Edukasi 5. Agar klien mengetahui tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 6. Untuk membantu proses penyembuhan	4. Memberikan perawatan luka post SC Respon : dilakukan setelah memasuki POD 2 Edukasi 5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon klien : klien dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 6. pemberian antibiotik Respon klien : Cefotaxime 1 gr IV Metronidazole 1 gr IV	
4	Menyusui tidak efektif	Status Menyusui (L.03029) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama	Edukasi Menyusui l.12393 Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan	Observasi 1. Mengetahui kesiapan klien	Tanggal : 29 – 4 - 2025 Jam : 14.30 WIB 1. Mengidentifikasi kesiapan dan	Tanggal : 29 – 4 – 2025 Jam : 14.50 WIB S :

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
		3 x 24 jam diharapkan menyusui tidak efektif teratasi dengan Kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Kepercayaan diri ibu meningkat 4. Pengeluaran ASI meningkat	kemampuan menerima informasi Terapeutik 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya	untuk menerima informasi Terapeutik 2. Agar pasien mengerti dan paham tentang ASI 3. Agar pasien paham apa yang disampaikan 4. Untuk memberikan kesempatan bertanya tentang hal yang belum dipahami	kemampuan menerima informasi Respon klien : klien bersedia menerima penkes 2. Menyediakan materi dan media untuk penyuluhan kesehatan Respon klien : klien bersedia diberikan penkes 3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Respon klien : penkes dilaksanakan pada tanggal 29/5/2025 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon klien : pasien tidak	- Klien mengatakan masih nyeri pada payudara O : - Ada pengeluaran ASI sedikit - Puting susu menonjol - Payudara tampak bengkak - Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu - Payudara terasa keras A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Berikan kesempatan untuk bertanya - Ajarkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin)

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Edukasi 5. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 6. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar 7. Ajarkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin)	Edukasi 5. Untuk mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 6. Perlekatan yang benar akan menghindari bayi lama dan sering 7. Agar pasien mengetahui perawatan payudara	mengajukan pertanyaan Edukasi 5. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi Respon klien : Klien tampak mengerti dan paham 6. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar Respon klien : klien paham tetapi belum bisa melakukan perlekatan menyusui secara langsung kepada bayi 7. Mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin) Respon klien : klien mengerti apa yang diajarkan	

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. P

Umur : 38 tahun

No. RM : 01446742

Tabel 3.7

Catatan perkembangan

Tanggal/jam	Dx	Catatan Perkembangan	Tanda tangan
30 – 4 – 2025 08.00 WIB	I	S: - Klien mengatakan masih nyeri di abdomen luka bekas operasi - Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti tersayat sayat - Nyeri dirasakan hilang timbul - Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak O : - Skala nyeri 5 (0-10) - Tampak meringis - Hasil TTV TD : 127/80 mmHg N : 85x/menit R : 20x/menit S : 36,1°C A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Observasi TTV - Identifikasi skala nyeri - Fasilitasi istirahat tidur - Melanjutkan teknik nonfarmakologis - Kolaborasi pemberian obat 08.10 WIB I : - Observasi TTV	Muthia N

Tanggal/jam	Dx	Catatan Perkembangan	Tanda tangan
		- Mengidentifikasi adanya nyeri Respon : Klien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan mulai berkurang - Memfasilitasi melakukan pergerakan Respon : Klien mengatakan saat beraktivitas keluarga selalu membantu - Mengajarkan mobilisasi dini Respon : Klien sudah bisa miring kiri miring kanan, klien sudah bisa duduk ditempat tidur dan klien sudah bisa pergi ke kamar mandi dengan bantuan keluarga	
09.40 WIB		E : Masalah teratasi	
30-4-2025 09.45 WIB	III	S : - Klien mengatakan masih nyeri luka bekas operasi O : - Terdapat luka post op yang masih tertutup perban - Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak A : Masalah resiko Infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Berikan antibiotik I : - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon : klien mengatakan masih nyeri luka bekas operasi, tidak tampak tanda – tanda infeksi seperti rubor, dolor, dan tumor.	Muthia N
09.55 WIB			

Tanggal/jam	Dx	Catatan Perkembangan	Tanda tangan
10,00 WIB		- Memberikan antibiotik Respon : Cefotaxime 1 gr IV Metronidazole 1 gr IV E : Masalah belum teratasi	
30-4-2025 10.05 WIB	IV	S : - Klien mengatakan ASI belum keluar O : - Puting susu menonjol - Belum ada perlekatan bayi dan ibu A : Masalah menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Berikan kesempatan untuk bertanya - Ajarkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin) - Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat I : - Mengajarkan perawatan payudara (pijat oksitosin) Respon : Klien tampak nyaman dan dapat mengikuti cara mengenai perawatan payudara (pijat oksitosin) - Memberikan kesempatan klien untuk bertanya Respon : klien mampu bertanya beberapa hal yang kurang dimengertinya E : masalah teratasi sebagian	
09.10 WIB			
09.40 WIB			
1-5-2025 07.00 WIB	I	S : - Klien mengatakan nyeri masih ada - Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak mulai berkurang O :	Muthia N

Tanggal/jam	Dx	Catatan Perkembangan	Tanda tangan
07.20 WIB		- Skala nyeri 4 (0-10) - Tampak meringis berkurang - Klien tampak tenang - TTV - TD : 100/80 mmHg - N : 81x/menit - R : 20x/menit - S : 36,5°C - Spo2 : 98% A : Masalah nyeri Akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi skala nyeri - Anjurkan teknik nafas dalam bila terasa nyeri - Berikan analgetik I : - Mengidentifikasi skala nyeri Respon : skala nyeri 4 (0-10) - Menganjurkan teknik nafas dalam bila terasa nyeri Respon : klien tampak mengerti - Memberikan analgetik Respon : asam mefenamat 1x500/oral	
07.45 WIB		E : Masalah teratasi sebagian	
1-5-2025 08.10 WIB	III	S: - Klien mengatakan luka bekas operasi mulai sedikit berkurang O: - Terdapat luka post op berukuran 10 cm di daerah abdomen bawah - Tidak ada kemerahan, panas, dan bengkak - Sudah dilakukan ganti perban - Aff infus A : Masalah resiko Infeksi teratasi sebagian	Muthia N

Tanggal/jam	Dx	Catatan Perkembangan	Tanda tangan
08.20 WIB		P : Lanjutkan intervensi - Ajarkan memperhatikan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan memperhatikan perawatan luka sesuai anjuran - Berikan antibiotik I : - Mengajarkan memperhatikan tanda dan gejala infeksi Respon : klien tampak paham dan mengerti mengenai tanda dan gejala infeksi - Menganjurkan memperhatikan perawatan luka sesuai anjuran Respon : klien tampak paham - Memberikan antibiotik Respon : Cefadroxil 1gr/oral	
08.40 WIB		E : Masalah teratasi sebagian	
1-5-2025 08.45 WIB	IV	S : - Kien mengatakan paham mengenai posisi menyusui dan perlekatan dengan benar. - Klien mengatakan bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi O : - Terdapat pengeluaran ASI - Puting susu menonjol - Pada saat menyusui bayi tampak tidak rewel - Ada perlekatan antara bayi dan ibu A : Masalah teratasi	Muthia N

B. Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kasus yang telah diuraikan pada bab sebelumnya yaitu " Asuhan Keperawatan Pada Ny. P (P3A0) POD 0 Dengan Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Agatte Bawah RSUD Dr Slamet Garut yang dilaksanakan pada tanggal 29 April – 1 Mei 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 29 April 2025 sampai tanggal 1 Mei 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 adalah proses sistematis dan berkelanjutan untuk mengumpulkan, mengorganisasi, memverifikasi, serta mendokumentasikan data atau informasi yang diperlukan dalam praktik keperawatan. Proses ini menjadi dasar dari seluruh tahapan keperawatan, termasuk saat evaluasi untuk menilai keberhasilan intervensi dan pencapaian tujuan asuhan keperawatan. Keberhasilan praktik keperawatan sangat bergantung pada kelengkapan dan keakuratan data yang diperoleh selama pengkajian (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2018)

2. Tahap Diagnosa

Tahap berikutnya adalah diagnosis keperawatan, yaitu proses mengelompokkan dan menafsirkan data untuk mengidentifikasi masalah yang dialami pasien. Pada kasus ini, tidak semua diagnosis keperawatan akan muncul sesuai teori yang dijelaskan pada bab II, karena perumusan masalah keperawatan harus berdasarkan keluhan yang disampaikan klien maupun hasil pemeriksaan seperti inspeksi, palpasi, dan auskultasi.

Berdasarkan teori, beberapa diagnosa keperawatan yang kemungkinan muncul pada pasien post operasi *Sectio Caesarea* antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *Sectio Caesarea*
- d. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
- e. Defisit Perawatan diri

Berdasarkan Prioritas masalah, diagnosa yang muncul pada pasien Ny.

P antara lain :

- 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.

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, 2017). 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, klien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri, klien tampak lemah berbaring di tempat tidur.

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 96 infeksi rubor (kemerahan), calor (panas), dolor (nyeri), Tumor (bengkak), Functio Laesa. Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien post *Sectio Caesarea* terdapat luka post *Sectio Caesarea* dibagian bawah abdomen 10 cm.

d. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Menyusui Tidak Efektif adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Rangsangan hisapan bayi

pada puting susu akan merangsang hipotalamus dan hipofisis anterior untuk melepaskan prolaktin, yang merangsang alveoli memproduksi ASI. Hipofisis posterior juga melepaskan oksitosin yang menyebabkan kontraksi sel mioepitel sehingga ASI terdorong keluar. Apabila rangsangan isapan bayi tidak optimal atau tidak terjadi, maka sekresi hormon prolaktin dan oksitosin akan menurun, yang pada akhirnya berdampak pada berkurangnya produksi ASI (Rini et al. 2017). Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien ditemukan tanda-tanda : Asi belum keluar, bayi tidak dirawat gabung dengan ibu

Diagnosa yang terdapat pada teori namun tidak ditemukan pada kasus yaitu :

e. Defisit Perawatan diri

Defisit perawatan diri didefinisikan tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. P tidak ditemukan tanda mayor dan minor sehingga diagnosa defisit perawatan diri tidak muncul pada asuhan ini.

3. Tahap Perencanaan

Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan (SIKI, 2018) :

- a. Intervensi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada asuhan keperawatan terhadap Ny. P, penulis menerapkan intervensi manajemen nyeri nonfarmakologi berupa teknik relaksasi pernapasan dalam. Prinsip kerja teknik ini didasarkan pada fisiologi sistem saraf otonom, bagian dari sistem saraf perifer yang berperan menjaga keseimbangan internal tubuh (Roslianti et al, 2022). Teknik relaksasi pernapasan dalam mampu mengurangi nyeri dengan menekan aktivitas sistem saraf simpatik dan secara bersamaan meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatik. Hal ini membantu mengurangi sensasi nyeri serta mengendalikan respons ibu terhadap rasa sakit. Selain itu, penulis juga melakukan manajemen nyeri farmakologis melalui kolaborasi pemberian analgesik sesuai instruksi medis, dengan ketorolac sebagai obat yang direkomendasikan dalam kasus ini (Roslianti et al, 2022)

- b. Intervensi diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Pada asuhan keperawatan Ny.P intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan ajarkan mobilisasi dini. Mobilisasi dini pasca operasi dapat mempercepat proses penyembuhan luka, meningkatkan fungsi paru-paru, mengurangi risiko pembekuan darah, serta membantu pemulihan fungsi fisiologis secara menyeluruh. Oleh karena itu, ibu dianjurkan untuk mulai

melakukan aktivitas mobilisasi sesuai tahapan prosedur yang dianjurkan. Pada enam jam pertama setelah operasi caesar, saat masih beristirahat di tempat tidur, ibu disarankan untuk memiringkan tubuh ke kiri dan kanan serta menggerakkan bagian bawah tungkai, lengan, dan kakinya (Fizal & Mulya, 2022). Setelah delapan hingga dua belas jam, ibu dapat mulai duduk, kemudian secara bertahap mulai berjalan dengan hati-hati. Meskipun biasanya ibu sudah mampu berjalan normal setelah operasi, pada beberapa hari pertama mereka masih memerlukan bantuan. Pada hari berikutnya, ibu biasanya mulai berjalan tanpa bantuan dengan kecepatan yang lebih lambat (Anggriyani, 2021).

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 pada pasien post operasi *Sectio Caesarea* sangat penting karena dapat menurunkan risiko infeksi, mempercepat proses penyembuhan luka, serta mengurangi nyeri saat perawatan luka seperti debridemen, sehingga memberikan kenyamanan bagi pasien (Trisnawati, Manggul, & Hamat, 2023). Perawatan yang tepat menjaga luka tetap bersih dan mendukung proses regenerasi jaringan, sekaligus mencegah komplikasi yang dapat memperpanjang masa pemulihan.

- d. Intervensi diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Pada asuhan keperawatan Ny. P intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan perawatan payudara dengan pijat oksitosin.

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 dan diberikan obat asam mafenamat pada saat akan pulang 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, 6-10 jam latihan miring kanan dan kiri, 12-24 jam latihan duduk, 1 hari latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet) klien dapat melakukan mobilisasi

- c. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *Sectio Caesarea* setelah dilakukan tindakan memberikan perawatan luka klien mengatakan nyaman.
- d. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI setelah mengajarkan perawatan post partum pijat oksitosin, klien mengatakan terdapat pengeluaran ASI.

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 3 hari dari 29 April – 1 Mei 2025, penulis secara langsung melakukan perkembangan klien.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari, nyeri yang dirasakan Ny. P menurun dengan skala nyeri menjadi 4, meskipun keluhan nyeri masih ada. Proses penyembuhan luka pasca operasi *Sectio Caesarea* biasanya berlangsung selama sekitar satu minggu, sementara pemulihan rahim dapat memakan waktu hingga tiga bulan. Rasa nyeri ringan mungkin masih dirasakan hingga enam bulan, yang

disebabkan oleh simpul benang pada fascia (lapisan otot). Proses penyembuhan bekas luka *Sectio Caesarea* sendiri dapat berlanjut selama satu tahun atau lebih sampai bekas luka benar-benar merekat kuat (Pujiwati et al., 2023).

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Setelah menjalani tindakan keperawatan selama tiga hari, kondisi kelemahan fisik pasien berkurang dan kekuatan ototnya meningkat, sehingga masalah tersebut dapat diselesaikan.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *Sectio Caesarea*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan (rubor), rasa panas (calor), nyeri (dolor), pembengkakan (tumor), maupun gangguan fungsi (functio laesa). Namun, klien masih mengeluhkan adanya nyeri pada luka bekas operasi *Sectio Caesarea*. Proses penyembuhan luka pasca operasi biasanya berlangsung sekitar satu minggu, sementara pemulihan rahim memerlukan waktu kurang lebih tiga bulan. Rasa nyeri dengan intensitas ringan dapat bertahan hingga enam bulan, yang disebabkan oleh simpul benang pada fascia (lapisan otot). Penyembuhan bekas luka *Sectio Caesarea* sendiri dapat

- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari ASI keluar, pada saat menyusui bayi tampak tidak rewel, ada perlekatan antara ibu dan bayi, masalah teratasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.P dengan post op caesarea atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Agate Bawah RSUD Dr.Slamet Garut pada tanggal 29 april sampai 1 mei 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. P dengan post op *Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Ny. P dengan post op *Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini.
3. Penulis mampu menetapkan perencanaan keperawatan pada Ny.P dengan post op *Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini berdasarkan diagnosa prioritas yang telah disusun.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny.P dengan post op *Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini sesuai rencana yang telah ditetapkan.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Ny. P dengan post op *Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini.

6. Penulis mampu membuat dokumentasi keperawatan pada Ny.P dengan post op caesarea atas indikasi ketuban pecah dini di ruangan Agate Bawah RSUD Dr.Slamet Garut dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.P P3A0 setelah post op *Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini. Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada:

1. Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi Institusi Pendidikan Keperawatan dapat terus mengembangkan teori mengenai asuhan keperawatan pada ibu post *Sectio Caesarea*, khususnya tentang mobilisasi dini dan pentingnya peningkatan nutrisi pada ibu post sc.

2. Bagi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit diharapkan untuk menyediakan fasilitas lebih lengkap untuk menunjang penerapan asuhan keperawatan yang optimal. Khususnya fasilitas perawatan bagi ibu post partum sc, seperti pegangan didinding ruangan untuk membantu pasien dalam melakukan terapi mobilisasi dini dan penyediaan ruang rawat gabung antara ibu dan bayi disemua kelas faskes, tanpa membedakan status sosial pasien. Diharapkan pula rumah sakit dapat menetapkan standar prosedur tindakan perawatan luka, mobilisasi pasien post partum sc, teknik menyusui untuk menunjang standarisasi tindakan keperawatan pada pasien post sc.

3. Bagi perawat

Diharapkan bagi setiap perawat untuk selalu menerapkan standar prosedur tindakan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit tanpa membedakan status pasien. Khususnya dalam melakukan perawatan luka terhadap ibu post partum, diharapkan semua perawat dapat selalu menerapkan konsep aseptik dan steril pada alat-alat yang akan digunakan.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan diharapkan pasien dan keluarga dapat bekerja sama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Keluarga juga diharapkan mampu memberi dukungan pada pasien sebagai bentuk support system, sehingga pasien dapat termotivasi dalam melakukan kontrol nyeri dan mobilisasi dini yang dapat membantu mempercepat masa pemulihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alief, A. (2023). Edukasi Manajemen Nyeri Non Farmakologi Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien. *Jurnal Aplikasi Hiperkes*, 5(1).
- Amita, D., Haryani, F., & Sulistyowati, P. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam terhadap Intensitas Nyeri pada Post Operasi Sectio Caesarea. *Jurnal Ners dan Kebidanan Holistik*, 5(2), 15–22.
- Andalas, Mohd., et al. (2019). Hubungan Antara Lamanya Ketuban Pecah Dini dengan Keberhasilan Induksi Persalinan pada Pasien Aterm di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(1)
- Aritonang, J., & Simanjuntak, Y. T. O. (2021). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas* (1st ed.). Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Aspiani, N. (2017). Pemeriksaan Penunjang pada Pasien dengan Tindakan Sectio Caesarea. Dalam: BAB II Tinjauan Pustaka.<https://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/13506/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>
- Astuti, D. (2020). Gambaran kejadian ketuban pecah dini di rumah sakit surya husadha denpasar 2020 [Skripsi jurusan kebidanan].
- Ayuningtyas, D., Sari, R. N., & Lestari, D. (2018). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Indikasi Operasi Sectio Caesarea pada Ibu Bersalin. Dalam: BAB II Tinjauan Pustaka.<https://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/eprint/5354/6/BAB%20II.pdf>
- Berman, Snyder, Kozier, Erb. 2018. *Buku Ajar Praktik keperawatan Klinis Kozier & Erb*. Edisi 5 Jakarta : EGC.
- Bustan, M., & P, D. P. (2023). Studi Deskriptif Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Oleh Perawat Provinsi Sulawesi Tenggara.
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi. Keperawatan*.
- 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
- Elyasari. (2023). *Masa nifas dalam berbagai perspektif*
- Fajra, N. (2024). Komplikasi Post Operasi Sectio Caesarea di Ruang VK RSUD Lubuk Sikaping. Padang: Poltekkes Kemenkes Padang.
<https://repository.poltekkespdg.ac.id/id/eprint/12428/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>

- Falentina, R., & Ratnasari, D. (2020). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Persalinan dengan Sectio Caesarea. Dalam: BAB II Tinjauan Pustaka.
<https://repository.poltekkestjk.ac.id/id/eprint/6213/6/6.BAB%20II.pdf>
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2022). Epidemiology and causes of preterm birth. In *Diagnostics*, 12(8), 2025. MDPI
- Jannah, S. (2020). Faktor-Faktor Predisposisi Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(2), 45–52.
- Kennedy et.al,. (2019). Faktr yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini di pada ibu bersalin di ruang ponek RSUD Kumala Siwi Kudus. 1684-6242-1-PB(2)
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2018). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice* (10th Edition). Pearson.
- Leniwita, L., & Anggraini, D. (2019). Jenis-jenis Sectio Caesarea dan Indikasinya. Dalam: Tinjauan Pustaka. <https://repository.poltekkestjk.ac.id/id/eprint/2428/6/6.%20BAB%20II.pdf>
- Marmi. (2016). *Intranatal Care: Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maryati, S. (2022). Standar Penatalaksanaan Ibu Nifas Post Sectio Caesarea di Ruang VK RSUD Ciamis. Dalam: BAB II Tinjauan Pustaka. <https://repository.poltekkestasikmalaya.ac.id/id/eprint/13506/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>
- Maryunani, A. (2015). *Asuhan Ibu Nifas dan Asuhan Ibu Menyusui*. Bogor: In.Media
- Maryunani, A. (2015). *Asuhan Ibu Nifas dan Asuhan Ibu Menyusui*. Bogor: IN MEDIA.
- Muhammad Faizal, K., & Mulya. (2020). Efektivitas Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Effectiveness of Early Mobilization on Healing of Post Operating Woes. *Jksp*, 3(1), 11–19.
- PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tirane Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan indonesia: Definisi dan Kriteria Has Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Prawirohardjo, S. 2016. *Ilmu Kebidanan Cetakan Kelima*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono

- Purba, L. (2016). Studi Kasus Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Congestive Heart Failure Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan Tahun 2016. *Jurnal Riset Hesti Medan*, 1(2), 118.
- Rekam Medik RSUD Dr. Slamet Garut, Data Tahun 2025
- Rohmah, S. (2022). Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) pada Ny. N di Ruang Mahmudah RSI NU Demak [Karya Tulis Ilmiah, Universitas Islam Sultan Agung Semarang] https://repository.unissula.ac.id/31303/1/Keperawatan%20%28D3%29_40902000080_fullpdf.pdf
- roslianti et al. (2022) menunjukkan teknik relaksasi napas dalam efektif menurunkan intensitas nyeri pasca operasi *Sectio Caesarea*.
- Roslianti, E., dkk. (2022). Case Study: Deep Breathing Relaxation Intervention to Reduce Pain in Post *Sectio Caesarea* Client. *Genius Journal*, 3(2), 166–173. doi:10.56359/gj.v3i2.127
- Safitri, M., Sulistyaningsih, S., & Rosida, L. (2020). Indikasi Persalinan Sectio Caesarea dan Komplikasi Pasca Persalinan Sectio Caesarea: Narrative Review [Skripsi, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta].
- Sarwono, P. (2019). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sefin, I, S. (2022) Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Dan Sefsis Nenatrum. *Jurnal Medika Utama*, 3 (03April),26502655.
- Solehati, T. (2017). Indikasi Persalinan Sectio Caesarea Berdasarkan Faktor Janin dan Ibu. Dalam: <https://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/eprint/2022/6/6.%20BAB%20II.pdf>
- Sulistiyaningsih, H. (2019). Asuhan Kebidanan pada Persalinan dengan Sectio Caesarea. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Suwignjo, P., Maidartati, Asmara, L. N., Saputra, A., & Khasanah, U. (2022). Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung. *Jurnal Keperawatan BSI*, 10(2), 226–233.
- Trisnawati, R. E., Manggul, M. S., & Hamat, V. (2023). Determinan yang Berhubungan dengan Kejadian Infeksi Luka *Sectio Caesarea*. *Quality: Jurnal Kesehatan*, 17(2), 149–156.
- Trisnawati, R. E., Manggul, M. S., & Hamat, V. 2023. Determinan Yang Berhubungan Dengan Kejadian Infeksi Luka *Sectio Caesarea*. *Quality: Jurnal Kesehatan*, 17(2), 149–156. <https://doi.org/10.36082/qjk.v17i2.1249>
- Vijayanti, N. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Dengan Masalah Keperawatan Menyusui Tidak Efektif. *Health Sciences Journal Vol 6 (No.2) (2022) : 134-142*, 135.

- Wahyuningsih, H.P. 2018. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Walyani. 2017. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Wartonah. (2015). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 5. Jakarta: Salemba Medika.
- World Health Organization. (2024). Monitoring Health For the Sdgs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Yuliana, W., & Hakim, B. N. (2020). Perubahan Tanda-tanda Vital Ibu Postpartum. *Media Husada Journal of Nursing Science*, 1(1), 79-84.
- Yusuf, M. (2023). Kontraindikasi dan Komplikasi Sectio Caesarea pada Ibu Bersalin di RSUD Lubuk Sikaping. Dalam: BAB II Tinjauan Pustaka. <https://repository.poltekkesdenpasar.ac.id/12428/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>

Lampiran – Lampiran

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
(SAP)
PIJAT OKSITOSIN**



Disusun oleh:

Muthia Nursalsabila

KHGA22139

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
2025**

SATUAN ACARA PENYULUHAN
PIJAT OKSITOSIN

Waktu : 11.00 WIB

Tanggal : 30 – 4- 2025

Tempat : R. Agate bawah

Sasaran : Ny. P dan keluarga

Pemateri : Muthia Nursalsabila

A. Tujuan Umum (TU)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 15 menit diharapkan keluarga Ny. C dapat mengerti dan memahami tentang pijat oksitosin

B. Tujuan Khusus (TK)

1. Setelah penyuluhan diberikan kepada masyarakat dapat memahami :
2. Peserta mampu mengetahui tentang pengertian pijat oksitosin
3. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan pijat oksitosin
4. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat pijat oksitosin
5. Peserta mampu mengetahui tentang hal yang mempengaruhi produksi oksitosin
6. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah pijat oksitosin

C. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

D. Media Penyuluhan

- Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Waktu
1	Tahap Persiapan : - Menyiapkan materi penyuluhan - Menyiapkan media penyuluhan	5 menit
2	Pendahuluan : - Memberi salam - Perkenalan - Membuat kontrak waktu - Menjelaskan maksud dan tujuan	2 menit
3	Pemberian materi : - Menjelaskan pengertian pijat oksitosin - Menjelaskan tujuan pijat oksitosin - Menjelaskan manfaat pijat oksitosin - Menjelaskan hal yang mempengaruhi produksi oksitosin - Menjelaskan langkah langkah pijat oksitosin	10 menit
4	Diskusi dan tanya jawab	5 menit
5	Penutup - Menanyakan kembali kepada audien tentang materi yang sudah disampaikan - Memberi salam penutup	3 menit
Total		25 menit

F. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur

Ny. P dan keluarga ikut dalam penyuluhan yang dilakukan

2. Evaluasi Proses

- a. Ny. P dan keluarga antusias terhadap pendidikan kesehatan
- b. Keluarga Ny. P tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan selesai

3. Evaluasi Hasil

- a. Peserta mampu mengetahui tentang pengertian pijat oksitosin
- b. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan pijat oksitosin
- c. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat pijat oksitosin
- d. Peserta mampu mengetahui tentang hal yang mempengaruhi produksi oksitosin
- e. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah pijat oksitosin

Materi Penyuluhan

A. Pengertian

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima dan keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Yohmi & Roesli, 2019). Pijat oksitosin juga dapat didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan oleh keluarga, terutama suami pada ibu menyusui yang berupa pijatan pada punggung ibu untuk meningkatkan produksi hormone oksitosin sehingga dapat mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta, mencegah perdarahan, serta memperbanyak produksi ASI. Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang reflex oksitosin atau reflex let down. Selain untuk merangsang reflex let down manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Rahayu, 2016).

B. Tujuan

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin Atau let down reflex. Selain untuk merangsang let down reflex manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak, mengurangi sumbatan ASI, Merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI.

C. Manfaat

Manfaat pijat oksitosin bagi ibu nifas dan ibu menyusui, diantaranya

1. Mencegah terjadinya perdarahan post partum
2. Dapat mempercepat terjadinya proses involusi uterus
3. Meningkatkan produksi ASI
4. Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui
5. Meningkatkan hubungan psikologis antar ibu dan keluarga

D. Hal yang mempengaruhi produksi oksitosin

Hal yang dapat meningkatkan hormon oksitosin

1. Ibu dalam keadaan tenang
2. Mencium dan mendengarkan celotehan bayi atau tangisannya
3. Melihat dan memikirkan bayinya
4. Ayah menggendong bayi dan diberikan pada ibunya saat akan menyusukenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Rahayu. 2015).

E. Langkah-langkah pijat oksitosin

Berikut ini langkah-langkah melakukan pijat oksitosin

- 1) Untuk ibu
 - a. Duduklah dengan nyaman sambil bersandar ke depan, bisa dengan cara melipat lengan di atas meja
 - b. Letakkan kepala di atas lengan Lepas bra dan baju bagian atas.
 - c. Biarkan payudara tergantung lepas
- 2) Untuk pemijat
 - a. Lumuri kedua tangan dengan sedikit baby oil
 - b. Kepalkan kedua tangan dengan ibu jari menunjuk ke depan dimulai dari bagian tulang yang menonjol di tengkuk, Turun sedikit ke bawah kira-kira dua ruas jari dan geser ke kanan ke kiri, setiap kepalan tangan sekitar dua ruas jari

- c. Dengan menggunakan kedua ibu jari, mulailah memijat membentuk gerakan melingkar kecil menuju tulang belikat atau daerah dibagian batas bawah bra ibu
- d. Lakukan pijat ini sekitar 3 menit dan dapat diulangi sebanyak 3 kali
- e. Setelah selesai memijat sambil membersihkan sisa baby oil, kompres pundak-punggung ibu dengan handuk hangat.

Daftar Pustaka

- Nasution, R. S., Siregar, N. D., & Siregar, A. R. (2023). Pengaruh Pijat Oksitosin terhadap Produksi ASI pada Ibu Menyusui di Klinik Siti Kholijah Medan. *Journal of Midwifery and Nursing*, 4(2), 89–95. <https://midwifery.iocspublisher.org/index.php/midwifery/article/download/1269/1083>
- Rahayu, W. (2015). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rahayu, W. (2016). *Menyusui dengan Cinta: Panduan Praktis bagi Ibu dan Tenaga Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yohmi, E., & Roesli, U. (2019). *Inisiasi Menyusu Dini dan Manfaatnya bagi Ibu dan Bayi*. Jakarta: Pustaka Bunda.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

(SAP)

MOBILISASI DINI



Disusun oleh:

Muthia Nursalsabila

KHGA22139

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA

2025

SATUAN ACARA PENYULUHAN

MOBILISASI DINI POST SC

Waktu : 12.00 WIB

Tanggal : 29 April 2025

Tempat : R. Agate Bawah

Sasaran : Ny. P dan keluarga

Pemateri : Muthia Nursalsabila

A. Tujuan Umum (TU)

Pendidikan kesehatan ini bertujuan agar masyarakat mampu memahami atau menambah pengetahuan tentang mobilisasi dini

B. Tujuan Khusus (TK)

Setelah penyuluhan diberikan kepada masyarakat dapat memahami :

1. Peserta mampu mengetahui tentang mobilisasi dini
2. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan mobilisasi dini
3. Peserta mampu mengetahui tentang rentang gerak dalam mobilisasi
4. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat mobilisasi dini
5. Peserta mampu mengetahui tentang kerugian tidak melakukan mobilisasi
6. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah mobilisasi

C. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

D. Media Penyuluhan

- Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Waktu
1	Tahap Persiapan : - Menyiapkan materi penyuluhan - Menyiapkan media penyuluhan	5 menit
2	Pendahuluan : - Memberi salam - Perkenalan - Membuat kontrak waktu - Menjelaskan maksud dan tujuan	2 menit
3	Pemberian materi : - Menjelaskan pengertian mobilisasi dini - Menjelaskan tujuan mobilisasi dini - Menjelaskan rentang gerak dalam mobilisasi - Menjelaskan manfaat mobilisasi dini - Menjelaskan kerugian tidak melakukan mobilisasi - Menjelaskan langkah langkah mobilisasi dini	10 menit
4	Diskusi dan tanya jawab	5 menit
5	Penutup - Menanyakan kembali kepada audien tentang materi yang sudah disampaikan - Memberi salam penutup	3 menit
Total		25 menit

F. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur

Ny. P dan keluarga ikut dalam penyuluhan yang dilakukan

2. Evaluasi Proses

- a. Ny. P dan keluarga antusias terhadap pendidikan kesehatan
- b. Keluarga Ny. P tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan selesai

3. Evaluasi Hasil

- a. Peserta mampu mengetahui tentang mobilisasi dini
- b. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan mobilisasi dini
- c. Peserta mampu mengetahui tentang rentang gerak dalam mobilisasi
- d. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat mobilisasi dini
- e. Peserta mampu mengetahui tentang kerugian tidak melakukan mobilisasi
- f. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah mobilisasi

Materi Penyuluhan

A. Pengertian

Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner, 2015). Mobilisasi dini juga didefinisikan sebagai suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan pasien setelah beberapa jam post/pasca operasi. Menurut Beyer (2017), Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Konsep mobilisasi dini sebenarnya adalah untuk mencegah komplikasi paska operasi. Dari kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis.

B. Tujuan

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan tonus otot
5. Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
6. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

C. Rentang gerak mobilisasi

Dalam mobilisasi terdapat tiga rentang gerak yaitu:

1. Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.
2. Rentang gerak aktif

Hal ini melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

3. Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

D. Manfaat mobilisasi

Manfaat Mobilisasi Pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* (SC) Menurut Kasdu (2013), yaitu:

1. Membantu jalannya penyembuhan penderita/ibu yang sudah melahirkan
2. Untuk menghindari terjadinya infeksi pada bekas luka sayatan setelah operasi section caesarea
3. Mengurangi resiko terjadinya konstipasi
4. Mengurangi terjadinya decubitus, kekakuan atau penegangan otot ototdi seluruh tubuh
5. Mengatasi terjadinya gangguan sirkulasi darah, pernapasan, peristaltic, maupun berkemih.
 - a. Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation: Dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit, dengan demikian ibu merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan.
 - b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik
 - c. Dengan bergerak akan merangsang peristaltic usus untuk kembali normal
 - d. Aktivitas ini juga membantu mempercepat penyembuhan organ organ tubuh bekerja seperti semula

E. Kerugian tidak melakukan mobilisasi

1. Peningkatan suhu tubuh karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi dan salah satu dari tanda infeksi adalah peningkatan suhu tubuh.
2. Perdarahan yang abnormal. Dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uterus keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka
3. Involusi uterus yang tidak baik. Tidak dilakukan mobilisasi secara dini akan menghambat pengeluaran darah dan sisa plasenta sehingga menyebabkan terganggunya kontraksi uterus

F. Langkah - langkah mobilisasi dini

Menurut Leni (2018) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini pada ibu post operasi *Seccio Caesarea* yaitu :

1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu paska operasi *Seccio Caesarea* harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.
2. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan trombo emboli.
3. Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk Setelah ibu dapat duduk, dianjurkan ibu belajar berjalan

Daftar Pustaka

- Beyer, M. (2017). *Fundamentals of Nursing Care: Concepts, Connections & Skills* (2nd ed.). F.A. Davis Company.
- Brunner, L. S., Suddarth, D. S., & Smeltzer, S. C. (2015). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (13th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Kasdu, D. (2015). *Manajemen Persalinan dan Sectio Caesarea*. Jakarta: EGC.

Manfaat

- Membantu jalannya penyembuhan penderita/ibu yang sudah melahirkan
- Untuk menghindari terjadinya infeksi pada bekas luka sayatan setelah operasi section caesarea
- Mengurangi resiko terjadinya konstipasi
- Mengurangi terjadinya decubitus, kekakuan atau penegangan otot ototdi seluruh tubuh
- Mengatasi terjadinya gangguan sirkulasi darah, pemapasan, peristaltic, maupun berkemih.

Apa Itu Mobilisasi Dini?

Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar .Mobilisasi dini juga didefenisikan sebagai uatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan pasien setelah beberapa jam post/pasca operasi.

Tujuan

- Mempertahankan fungsi tubuh
- Memperlancar peredaran darah
- Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- Mempertahankan tonus otot
- Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
- Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

Mobilisasi dini Pada Post SC



MUTHIA NURSALSABILA
KHGA22139



STIKes Karsa Husada Garut

Kerugian tidak melakukan mobilisasi

1. Peningkatan suhu tubuh
2. Perdarahan yang abnormal.
3. Involusi uterus yang tidak baik.

Rentang gerak mobilisasi

- Rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif

- Rentang gerak aktif Hal ini melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

- Rentang gerak fungsional Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

Langkah - langkah mobilisasi dini

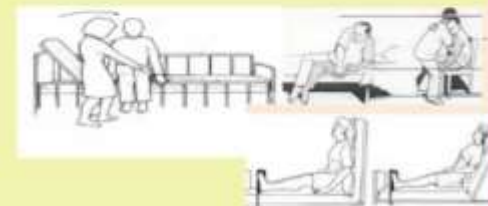
1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu paska operasi sectio caesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.



1. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan trombo emboli.



3. Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk Setelah ibu dapat duduk, dianjurkan ibu belajar berjalan,



4. Setelah ibu dapat duduk, perlahan-lah turunkan kedua kaki ke lantai sementara kedua tangan tetap memegang pinggir tempat tidur. Tegak dan kuatkan tubuh pada posisi berdiri sampai benar-benar stabil sebelum memulai berjalan. Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit



SATUAN ACARA PENYULUHAN

(SAP)

PIJAT OKSITOSIN



Disusun oleh:

Muthia Nursalsabila

KHGA22139

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA

2025

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PIJAT OKSITOSIN

Waktu : 11.00 WIB

Tanggal : 30 – 4- 2025

Tempat : R. Agate bawah

Sasaran : Ny. P dan keluarga

Pemateri : Muthia Nursalsabila

G. Tujuan Umum (TU)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 15 menit diharapkan keluarga Ny. C dapat mengerti dan memahami tentang pijat oksitosin

H. Tujuan Khusus (TK)

7. Setelah penyuluhan diberikan kepada masyarakat dapat memahami :
8. Peserta mampu mengetahui tentang pengertian pijat oksitosin
9. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan pijat oksitosin
10. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat pijat oksitosin
11. Peserta mampu mengetahui tentang hal yang mempengaruhi produksi oksitosin
12. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah pijat oksitosin

I. Metode Penyuluhan

3. Ceramah
4. Tanya Jawab

J. Media Penyuluhan

- Leaflet

K. Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Waktu
1	Tahap Persiapan : - Menyiapkan materi penyuluhan - Menyiapkan media penyuluhan	5 menit
2	Pendahuluan : - Memberi salam - Perkenalan - Membuat kontrak waktu - Menjelaskan maksud dan tujuan	2 menit
3	Pemberian materi : - Menjelaskan pengertian pijat oksitosin - Menjelaskan tujuan pijat oksitosin - Menjelaskan manfaat pijat oksitosin - Menjelaskan hal yang mempengaruhi produksi oksitosin - Menjelaskan langkah langkah pijat oksitosin	10 menit
4	Diskusi dan tanya jawab	5 menit
5	Penutup - Menanyakan kembali kepada audien tentang materi yang sudah disampaikan - Memberi salam penutup	3 menit
Total		25 menit

L. Kriteria Evaluasi

4. Evaluasi struktur

Ny. P dan keluarga ikut dalam penyuluhan yang dilakukan

5. Evaluasi Proses

c. Ny. P dan keluarga antusias terhadap pendidikan kesehatan

d. Keluarga Ny. P tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan selesai

6. Evaluasi Hasil

f. Peserta mampu mengetahui tentang pengertian pijat oksitosin

g. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan pijat oksitosin

h. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat pijat oksitosin

i. Peserta mampu mengetahui tentang hal yang mempengaruhi produksi oksitosin

j. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah pijat oksitosin

Materi Penyuluhan

F. Pengertian

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima dan keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Yohmi & Roesli, 2019). Pijat oksitosin juga dapat didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan oleh keluarga, terutama suami pada ibu menyusui yang berupa pijatan pada punggung ibu untuk meningkatkan produksi hormone oksitosin sehingga dapat mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta, mencegah perdarahan, serta memperbanyak produksi ASI. Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang reflex oksitosin atau reflex let down. Selain untuk merangsang reflex let down manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Rahayu, 2016).

G. Tujuan

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin Atau let down reflex. Selain untuk merangsang let down reflex manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak, mengurangi sumbatan ASI, Merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI.

H. Manfaat

Manfaat pijat oksitosin bagi ibu nifas dan ibu menyusui, diantaranya

1. Mencegah terjadinya perdarahan post partum
2. Dapat mempercepat terjadinya proses involusi uterus
3. Meningkatkan produksi ASI
4. Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui
5. Meningkatkan hubungan psikologis antar ibu dan keluarga

I. Hal yang mempengaruhi produksi oksitosin

Hal yang dapat meningkatkan hormon oksitosin :

1. Ibu dalam keadaan tenang
2. Mencium dan mendengarkan celotehan bayi atau tangisannya
3. Melihat dan memikirkan bayinya
4. Ayah menggendong bayi dan diberikan pada ibunya saat akan menyusui kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement). mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Rahayu. 2015).

J. Langkah-langkah pijat oksitosin

Berikut ini langkah-langkah melakukan pijat oksitosin

1) Untuk ibu

- a) Duduklah dengan nyaman sambil bersandar ke depan, bisa dengan cara melipat lengan di atas meja
- b) Letakkan kepala di atas lengan Lepas bra dan baju bagian atas.
- c) Biarkan payudara tergantung lepas

2) Untuk pemijat

- a) Lumuri kedua tangan dengan sedikit baby oil
- b) Kepalkan kedua tangan dengan ibu jari menunjuk ke depan dimulai dari bagian tulang yang menonjol di tengkuk, Turun sedikit ke bawah kira-kira dua ruas jari dan geser ke kanan ke kiri, setiap kepalan tangan sekitar dua ruas jari

- c) Dengan menggunakan kedua ibu jari, mulailah memijat membentuk gerakan melingkar kecil menuju tulang belikat atau daerah dibagian batas bawah bra ibu
- d) Lakukan pijat ini sekitar 3 menit dan dapat diulangi sebanyak 3 kali
- e) Setelah selesai memijat sambil membersihkan sisa baby oil, kompres pundak-punggung ibu dengan handuk hangat.

Daftar Pustaka

- Nasution, R. S., Siregar, N. D., & Siregar, A. R. (2023). Pengaruh Pijat Oksitosin terhadap Produksi ASI pada Ibu Menyusui di Klinik Siti Kholijah Medan. *Journal of Midwifery and Nursing*, 4(2), 89–95. <https://midwifery.iocspublisher.org/index.php/midwifery/article/download/1269/1083>
- Rahayu, W. (2015). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rahayu, W. (2016). *Menyusui dengan Cinta: Panduan Praktis bagi Ibu dan Tenaga Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yohmi, E., & Roesli, U. (2019). *Inisiasi Menyusu Dini dan Manfaatnya bagi Ibu dan Bayi*. Jakarta: Pustaka Bunda.

Manfaat

- Mencegah terjadinya perdarahan post partum
- Dapat mempercepat terjadinya proses involusi uterus
- Meningkatkan produksi ASI
- Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui
- Meningkatkan hubungan psikologis antar ibu dan keluarga

Hal yang dapat meningkatkan hormon oksitosin

1. Ibu dalam keadaan tenang
2. Mencium dan mendengarkan celotehan bayi atau tangisannya
3. Melihat dan memikirkan bayinya
4. Ayah menggendong bayi dan diberikan pada ibunya saat akan menyusuikenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit.



Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima dan keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan

• Tujuan Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin Atau let down reflex. Selain untuk merangsang let down reflex manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak, mengurangi sumbatan ASI, Merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI.

HANOVER AND TYKE

PIJAT OKSITOSIN



MUTHIA NURSALSABILA
KHGA222139



LANGKAH - LANGKAH

Untuk ibu

- Duduklah dengan nyaman sambil bersandar ke depan, bisa dengan cara melipat lengan di atas meja
- Letakkan kepala di atas lengan Lepas bra dan baju bagian atas.
- Biarkan payudara tergantung lepas



1. Lumuri kedua tangan dengan sedikit baby oil

2. Kepalkan kedua tangan dengan ibu jari menunjuk ke depan dimulai dari bagian tulang yang menonjol di tengkuk, Turun sedikit ke bawah kira-kira dua ruas jari dan geser ke kanan ke kiri, setiap kepalan tangan sekitar dua ruas jari



3. Dengan menggunakan kedua ibu jari, mulailah memijat membentuk gerakan melingkar kecil menuju tulang belikat atau daerah dibagian batas bawah bra ibu



4. Lakukan pijat ini sekitar 3 menit dan dapat diulangi sebanyak 3 kali

5. Setelah selesai memijat sambil membersihkan sisa baby oil, kompres pundak-punggung ibu dengan handuk hangat.

FORMAT BIMBINGAN

Nama : Muthia Nursalsabila

NIM : KHGA22139

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

Judul : asuhan keperawatan pada Ny. P (P3A0) pod 0 dengan post *Seccio Caesarea* atas indikasi KPD Di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	3/6/2025	Judul	1) ACC JUDUL 2) LANJUT BAB I	<i>Muth</i>	<i>ef</i>
2	11/6/2025	Judul	1) Perbaiki penempatan dan dilatar belakang	<i>Muth</i>	<i>ef</i>
3	11/6/2025	BAB I	1) Perbaiki penempatan dan dilatar belakang 2) Jelaskan alasan mengambil kasus	<i>Muth</i>	<i>ef</i>
4	18/6/2025	BAB I	1) Perbaiki penulisan kata yang salah 2) Lanjut BAB II	<i>Muth</i>	<i>ef</i>
5	18/6/2025	BAB II	1) Rapihkan penomoran 2) Rapihkan rata kanan dan kiri	<i>Muth</i>	<i>ef</i>
6	23/6/2025	BAB I BAB II	1) ACC BAB I 2) Rapihkan dan tambah materi mobilisasi dini	<i>Muth</i>	<i>ef</i>
7	25/6/2025	BAB II	1) ACC BAB II	<i>Muth</i>	<i>ef</i>
8	30/6/2025	BAB III	1) Rapihkan penulisan 2) Sesuaikan pengkajian dengan data 3) Perbaiki materi yang ada di pembahasan	<i>Muth</i>	<i>ef</i>
9	6/7/2025	BAB III BAB IV	1) Perbaiki materi yang ada di	<i>Muth</i>	<i>ef</i>

			pengkajian 2) Perbaiki materi yang ada dipembahasan		
10	7/7/2025	BAB III BAB IV	1) ACC Sidang	<i>Muth</i>	<i>rh.</i>

Riwayat Hidup



A. Identitas

Nama : Muthia Nursalsabila
NIM : KHGA22139
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 5 September 2004
Agama : Islam
Alamat : Kp. Babakan Kawung
Email : Muthianursalsa2@gmail.com
Instagram : mthians

B. Riwayat pendidikan

1. SDN 2 Dayeuhmanggung (2010 – 2016)
2. SMP Negeri 1 Cilawu (2016 – 2019)
3. SMKN 1 Garut (2019 – 2022)
4. STIKes Karsa Husada Garut (2022 - sekarang)