

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A P3A0 POST *SECTIO*
CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI (KPD)
DI RUANG JADE RSUD Dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program

Diploma III Keperawatan Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

HELSE FITRIANI

NIM: KHGA21022



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

TAHUN 2024

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A P3A0 *POST
SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN
PECAH DINI (KPD) DI RUANG JADE RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR.SLAMET GARUT

NAMA : HELSI FITRIANI

NIM : KHG.A21022

KARYA TULIS ILMIAH

Telah Disetujui Untuk Disidangkan

Pada Sidang Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan

Garut, juli 2024

Menyetujui,

Dosen Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A P3A0 *POST
SECTIO CAESAREA*POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN
PECAH DINI (KPD) DI RUANG JADE RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR.SLAMET GARUT

NAMA : HELSI FITRIANI

NIM : KHG.A21022

Garut, juli 2024

Mengesahkan

Penguji I

Penguji II

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

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Mengetahui

**Ketua program studi DIII Keperawatan
STIKES Karsa Husada Garut**

Mengesahkan Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

K. Dewi Budiarti, M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A P3A0 POST *SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG JADE RSUD

Dr. SLAMET GARUT

Karya tulis ilmiah ini berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny. A (P3A0) *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Dengan Alasan penulis asuhan keperawatan pada kasus ini karena diperoleh data tingginya angka kejadian *sectio caesarea* atas indikasi KPD, menempati urutan ke 11 dengan jumlah 12 kasus dengan presentase 1.32%. bertujuan untuk meningkatkan kemampuan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikososial, dan spiritual dengan pendekatan proskep. Masalah yang ditemukan pada Ny. A yaitu: Nyeri akut, gangguan mobilitas fisik dan nyeri akut. Metode yang dilakukan yaitu metode deskriptif. Hasil dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari kepada Ny. A semua masalah teratasi. Kesimpulan dan rekomendasi yang diperoleh yaitu penulis mampu melakukan asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pelayanan pada *post sectio caesarea* salah satunya mengatasi intensitas nyeri dengan terapi non farmakologi yaitu relaksasi tarik napas dalam, selain itu memberikan perawatan luka dan melakukan mobilitas fisik secara berahap.

Kata kunci : (KPD, *Sectio Caesarea* dan Post Partum)

Daftar Pustaka : 25 Buah (2017-2024)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A P3A0 POST SECTIO CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG JADE RSUD DR. SLAMET GARUT”** tepat pada waktunya sebagai bagian dari persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bimbingan, dukungan, dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Drs. H. Suryadi, M.Si selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep, M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan bimbingan, masukan, dan motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Tim ruangan Jade RSUD Dr. Slamet Garut yang telah memberikan izin dan dukungan saat penulis melakukan pengkajian asuhan keperawatan.
6. Ny. A beserta keluarga yang telah berkenan memberikan informasi dan kerjasama selama proses pengkajian.
7. Dosen-dosen dan staf Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu dan dukungan dalam proses perkuliahan.

8. Kepada Kedua orang tua tersayang,paling berjasa dalam hidup saya, Mamah Sri maryati dan Bapak Otang.karya tulis ilmiah ini persembahkan kecil saya untuk kedua orang tua saya,yang menjadi orang paling istimewa dalam hidup saya.karna tanpa ke dua orang tua saya ,saya tidak akan tahu apa arti perjuangan untuk bisa mencapai impian saya,terimakasih atas do'a dan dukungan serta moral dan materil untuk saya bisa seperti sampe ini.semoga alloh senantiasa memberikan keberkahan hidup untuk kedua orang tua yang begitu besar pengorbanan berjasa pada hidup saya amiin.
9. Kepada adik tercinta Reva Agnisa dan adikku tersayang Zira Azahra ,Terimakasih sudah ikut serta dalam proses penulis menempuh Pendidikan selama ini, terimakasih atas semangat do'a serta telah menghibur kakak nya .
10. Terimakasih kepada Fajar Setiawan yang selalu ada,kamu adalah malaikat penjaga saya, yang membuat saya aman dari kesedihan dan kegagalan kamu selalu menunjukan kepada saya cara yang benar dan menghibur saya pada saat yang kritis,dengan tulus nya membantu dan mendukung saya untuk terus maju berjuang.
11. Terimakasih kepada lusi hapia,isyfa ilana,lusi andini , karena telah berjuang Bersama untuk meraih mimpi Impian kita Bersama, menjadi penghibur dikala susah.kalian sahabat terbaikku.
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu namun turut berkontribusi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Terimakasih untuk diri saya Helsi fitriani karna sudah bertahan dan semangat berjuang sampai detik ini, meskipun perjalanannya tidak mudah namun kamu selalu optimis bahwa semua bisa di selesaikan dengan mudah,dengan berdo'a niat dan berusaha.

Saya sebagai penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini tidak luput dari kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan masukan, kritik, dan saran yang membangun dari pembaca untuk perbaikan di masa yang akan datang.

Penulis berharap bahwa Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca, khususnya dalam bidang ilmu keperawatan, terutama dalam penanganan kasus ketuban pecah dini pasca operasi *sectio caesarea*.

Garut, Juli 2024

Helsi Fitriani

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
---------------------------------	---

LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan	4
1. Tujuan umum	4
2. Tujuan khusus.....	4
D. Manfaat penulisan.....	5
1. Manfaat bagi institusi pendidikan	5
2. Manfaat bagi lahan praktik.....	5
3. Manfaat bagi peneliti selanjutnya.....	6
E. Metode penulisan	6
1. Metode deskriptif	6
2. Teknik pengumpulan data	6
3. Sumber data	7
F. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. KONSEP DASAR KETUBAN PECAH DINI.....	9
1 Definisi Ketuban Pecah Dini (KPD)	9
2 Klasifikasi.....	10
3 Etiologi	10
4 Tanda Dan Gejala	11
5 Patofisiologi.....	11

6	Faktor Resiko Untuk Terjadinya Ketuban Pecah Dini	12
7	Pemeriksaan Penunjang.....	13
8	Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini	14
9	Komplikasi	15
B.	KONSEP DASAR <i>SECTIO CAESAREA</i>	16
1.	Definisi <i>Sectio Caesarea</i>	16
2.	Istilah Dalam <i>Sectio Caesarea</i>	16
3.	Kelebihan Dan Kekurangan <i>Sectio caesarea</i>	18
4.	Indikasi <i>Sectio Caesarea</i>	19
5.	Perawatan Pada Pasien <i>Sectio Caesarea</i>	19
6.	Patofisiologi.....	22
7.	Pathway	24
8.	Pemeriksaan Penunjang.....	26
9.	Komplikasi	27
C.	KONSEP POST PARTUM	28
1.	Definisi Post Partum.....	28
2.	Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum	29
3.	Tahapan Post Partum.....	30
4.	Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas	30
5.	Proses Adaptasi Perubahan Psikologis Pada Ibu Post Partum	36
6.	Dampak Post <i>Sectio Caesarea</i> Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia (KDM).	37
D.	KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN POST SC	39
1.	Pengkajian	39
2.	Diagnosa Keperawatan.....	49
3.	Intervensi Keperawatan	54
4.	Implementasi Keperawatan	62
5.	Evaluasi Keperawatan	62
BAB III	TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	64

A. Laporan Kasus	64
1. Pengkajian	64
2. Analisa Data	77
3. Diagnosa Keperawatan.....	78
4. Intervensi, Impelementasi Dan Evaluasi Keperawatan	81
5. Catatan Perkembangan	88
B. Pembahasan	93
1. Pengkajian	93
2. Diagnosa keperawatan.....	95
3. Intervensi keperawatan.....	97
4. Implementasi dan evaluasi	100
5. Catatan perkembangan	105
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	108
A. Kesimpulan	108
B. Saran	109
1. Bagi Institusi Pendidikan.....	109
2. Bagi Perawat.....	109
3. Bagi Rumah Sakit.....	110
DAFTAR PUSTAKA	111

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan kejadian kasus SC atas indikasi ketuban pecah dini dengan indikasi lainnya di RSUD dr. Slamet Garut periode Mei 2023- Mei 2024 ..	2
Tabel 3.1 Riwayat Persalinan	67
Tabel 3.2 Aktifitas Sehari-hari	76
Tabel 3.3 Data Penunjang.....	77
Tabel 3.4 Terapi Obat.....	77
Tabel 3. 5 Analisa Data	77
Tabel 3.6 Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan.....	81
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan	88

DAFTAR GAMBAR

Bagan 2.1	Pathway Post SC	24
Gambar 3. 1	Genogram	66

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Satuan Acara Penyuluhan Mobilisasi Dini <i>Post Sectio Caesarea</i>	114
Lampiran 2. Materi Penyuluhan	117
Lampiran 3. Leaf Let	122
Lampiran 4. Format Bimbingan	124
Lampiran 5. Daftar Riwayat Hidup	126

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan pecahnya atau ruptur selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4cm (fase laten (Zamilah et al., 2020). Dampak ketuban pecah dini jika tidak tertangani segera dapat menimbulkan beberapa masalah bagi ibu maupun bagi janin. Bagi ibu dapat menyebabkan infeksi intrapartum (dalam persalinan), infeksi puerparalis (masa nipas), partus lama, perdarahan postpartum, morbiditas dan mortalitas maternal. Sedangkan pada bayi dapat menyebabkan premature, prolapse funiculi (penurunan tali pusar, hipoksia, asfiksia sekunder, sindrom deformitas janin, morbiditas dan mortalitas perinatal. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* (Dewi et al., 2020).

Menurut WHO (2018) menyatakan bahwa indikator persalinan *sectio caesarea* 10-15% untuk setiap negara. Berdasarkan data Rikesdas (2018), jumlah persalinan dengan metode *sectio caesarea* di Indonesia sebesar 17,6% dari semua persalinan *sectio caesarea* sedangkan jumlah persalinan dengan metode *sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini berjumlah 5,6%. Berdasarkan laporan yang didapatkan dari RSUD dr. Slamet Garut diketahui bahwa kejadian *sectio caesarea* di RSUD Dr. Slamet berjumlah sebanyak 908 orang pada periode Mei 2023-Mei 2024. Dari 13 indikasi tindakan SC di

RSUD Dr. Slamet, SC atas indikasi ketuban pecah dini menempati posisi urutan ke-11 dengan jumlah 12 orang (1.32%) seperti tercantum pada tabel 1.1 dibawah ini:

Tabel 1.1

Perbandingan kejadian kasus SC atas indikasi ketuban pecah dini dengan indikasi lainnya di RSUD dr. Slamet Garut periode Mei 2023- Mei 2024

No	Kasus	Jumlah	Presentase
1.	SC indikasi partus lama	254	27.97%
2.	SC Indikasi PEB	222	24.44%
3.	SC indikasi serotinus	84	9.25%
4.	SC indikasi PPT	75	8.25%
5.	SC Indikasi gagal induksi	58	6.38%
6.	SC indikasi eclampsia	51	5.61%
7.	SC indikasi letak sungsang	49	5.39%
8.	SC indikasi gawat janin	42	4.62%
9.	SC indikasi oligohidramnio	31	3.41%
10.	SC indikasi bayi besar	14	1.54%
11.	SC indikasi KPD	12	1.32%
12.	SC indikasi CPD	8	1.24%
13.	SC indikasi premature	2	0.58%
Jumlah		908	100%

Sectio caesarea merupakan prosedur pembedahan dengan menyayat dinding rahim yang masih utuh dan mengeluarkan hasil konsepsi berupa janin dan plasenta. Prosedur SC dilakukan karena terdapat indikasi bahwa persalinan normal atau pervaginam tidak mungkin dilakukan (Awi et al., 2022).Indikasi dilakukan SC pada ibu yaitu riwayat operasi Caesar sebelumnya, panggul sempit, kegagalan melahirkan secara normal, tumor jalan lahir, stenosis serviks, preeklampsia, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, rupture uteri, perdarahan dan ketuban pecah dini. Sedangkan

indikasi pada janin yaitu kelainan letak janin, gawat janin, prolapses plasenta, perkembangan bayi yang terlambat dan mencegah hipoksia janin (Oktamia & Agustina, 2022).

Dampak persalinan SC yang dapat menimbulkan masalah pada ibu baik pada fisik ataupun psikologi. Dampak fisik yang sering muncul dirasakan oleh pasien SC adalah nyeri, nyeri yang dirasakan dapat mengganggu istirahat dan tidur, mengganggu aktifitas sehari-hari yang menyebabkan ibu kesulitan merawat bayi secara mandiri (Rahmawati & Nada, 2023). Selain itu dampak dari dilakukannya tindakan SC seperti infeksi *post partum* yang menyebabkan adanya perkembangbiakan proses infeksi yang terjadi bekas tindakan SC atau pengeluaran lochea, hal ini menjadi faktor resiko dari perkembangan infeksi, sehingga perawatan *post partum* sangat perlu diperhatikan (Rahmawati & Nada, 2023).

Berdasarkan referensi dan data studi pendahuluan di atas penulis tertarik untuk melakukan karya tulis ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.A P3A0 *Post Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut”**.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan secara komprehensif pada Ny. A *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di RSUD Dr. Slamet Garut.

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Ny.A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.

2. Tujuan khusus

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Ny. A P3A0 *post section caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut, meliputi:

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menentukan intervensi keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.

- d. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.

D. Manfaat penulisan

1. Manfaat bagi institusi pendidikan

Diharapkan studi kasus ini dapat bermanfaat bagi institusi pendidikan Fakultas Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut sebagai wadah untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan dikenal masyarakat serta mahasiswa selanjutnya dapat mengembangkan penelitian atau dapat digunakan sebagai acuan penelitian khususnya keperawatan maternitas tentang *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini.

2. Manfaat bagi lahan praktik

Diharapkan studi kasus ini dapat memberikan manfaat bagi lahan praktik sebagai bahan informasi khususnya asuhan keperawatan

maternitas dalam mengatasi perawatan pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini.

3. Manfaat bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan studi kasus ini dapat digunakan peneliti selanjutnya sebagai referensi terkait asuhan keperawatan *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini.

E. Metode penulisan

1. Metode deskriptif

Metode deskriptif yaitu metode penelitian yang digunakan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan masalah sekarang atau sedang berlangsung meliputi studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data yang diperoleh dari hasil percakapan baik dengan klien, keluarga atau tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diperoleh dari hasil pengamatan kepada klien

c. Pemeriksaan

Data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik dan hasil laboratorium yang dapat membantu menegakkan diagnosa.

3. Sumber data

a. Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

F. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dimana penulis melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien *sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini.

Adapun susunan penulisan dalam karya tulis ilmiah ini sebagai berikut:

1. BAB I Pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penelitian, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan
2. BAB II Tinjauan Pustaka, yang terdiri dari tinjauan teoritis asuhan keperawatan dan tinjauan teoritis tentang asuhan keperawatan yang spesifik
3. BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan, yang terdiri dari laporan kasus dan pembahasan

4. BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR KETUBAN PECAH DINI

1 Definisi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan pecahnya atau ruptu selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4cm (fase laten (Zamilah et al., 2020).

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan pecahnya ketuban sebelum persalinan, apabila ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan premature terjadi pada 1% kehamilan (Handiani, 2021).

Ketuban pecah dini (KPD) merupakan pecahnya ketuban yang terjadi sebelum waktunya yaitu kurang dari 37 minggu dari usia kehamilan (Puspita et al., 2021).

Berdasarkan uraian definisi menurut para ahli di atas, maka peneliti menyimpulkan bahwa ketuban pecah dini merupakan pecahnya atau ruptu selaput ketuban yang terjadi sebelum waktunya melahirkan yaitu kurang dari 37 minggu dari usia kehamilan.

2 Klasifikasi

Menurut (Melisa, 2021) klasifikasi ketuban pecah dini berdasarkan waktu terjadinya KPD sebagai berikut:

a. Ketuban pecah dini (KPD) preterm

Pecahnya selaput ketuban yang terbukti dengan vaginal pooling, tes fern atau insulin-like growth factor protein 1 (IGFBP-1) (+) pada usia kurang dari 37 minggu sebelum terjadinya proses kehamilan.

b. Ketuban pecah dini (KPD) aterm

Kejadian pecahnya selaput ketuban yang terjadi pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu yang terbukti dengan vaginal pooling tes nitrazin dan tes fern (+), IGFBP-1 (+).

3 Etiologi

Adapun beberapa etiologi dari penyebab kejadian ketuban pecah dini menurut (Ridlo, 2024) sebagai berikut:

- a. Serviks inkompeten
- b. Polihidramnion
- c. Kehamilan kembar
- d. Malpresentasi janin
- e. Infeksi vagina atau servik.

4 Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amonik, mungkin cara tersebut masih menetes dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi apabila pasien posisi duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya menganjal atau menyumbat kebocoran sementara (Qoyimmah, 2021).

5 Patofisiologi

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. Terjadinya KPD dimulai dengan terjadinya pembukaan premature servik, lalu kulit ketuban mengalami devaskularisasi selanjutnya kulit ketuban mengalami nekrosis sehingga jaringan ikat yang berfungsi sebagai penyangga ketuban makin berkurang, melemahnya daya tahan ketuban akan dipercepat karena infeksi yang mengeluarkan enzim, yaitu enzim petoteolitik dan kolagenas yang diikuti oleh ketuban pecah spontan (Aprilia, 2021 dalam Ridlo, 2024).

6 Faktor Resiko Untuk Terjadinya Ketuban Pecah Dini

Menurut (Ridlo, 2024), faktor resiko untuk terjadinya ketuban pecah dini sebagai berikut:

- a. Berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen
- b. Kekurangan tembaga dan asam askorbik yang berakibat penumbuhan struktur normal karena antara lain merokok.
- c. Faktor ibu:

- 1) Umur ibu lebih dari 35 tahun

Bahwa kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun secara biologis jaringan dan sistem tubuhnya sudah menurun, sehingga faktor resiko terjadinya komplikasi obstetri meningkat diantaranya dapat terjadi ketuban pecah sebelum waktunya.

- 2) Paritas
- 3) Penyakit infeksi genetalia
- 4) Selaput ketuban terlalu tipis.
- 5) Serviks incompeten
- 6) Dimana keadaan serviks tidak mempunyai daya yang cukup untuk menahan berat rahim.
- 7) Ketuban pecah dini artifisial

- 8) Panggul sempit, kesempitan panggul mengakibatkan komplikasi persalinan salah satunya partus lama seringkali disertai pecahnya ketuban pada pembukaan kecil.

d. Faktor janin

- 1) Makrosomia

7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Alisa et al., 2024) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien ketuban pecah dini (KPD) sebagai berikut:

a. Pemeriksaan spekulum

Pemeriksaan spekulum, akan ditemukan kebocoran atau pengeluaran cairan dari Orifisium Uteri Eksternum (OUE) rahim. Jika cairan belum tampak keluar maka, fundus rahim akan ditekan dan pasien diminta untuk batuk atau mengejan, maka akan tampak cairan keluar dari ostium uteri dan akan berkumpul di fornix anterior.

b. Pemeriksaan Vaginal Toucher

Pada pemeriksaan dalam, jika didapatkan adanya cairan didalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi maka pemeriksaan Vaginal Toucher (VT) perlu dipertimbangkan, terutama pada kehamilan yang belum cukup bulan dalam melakukan persalinan pemeriksaan dalam sangat dibatasi untuk dilakukan, karena pada saat melakukan pemeriksaan dalam akan masuk kedalam segmen bawah

rahim dan disana terdapat flora vagina yang normal dan bisa secara cepat flora vagina tersebut terinfeksi mikroorganisme sehingga menjadi pathogen. Sehingga pemeriksaan dalam pada kasus ketuban pecah dini dilakukan pada saat sudah dalam persalinan atau pada saat sudah dilakukannya induksi persalinan.

c. Ultrasonografi

Pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.

8 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

Penangan KPD menurut (Ridlo, 2024), sebagai berikut:

a. Konservatif

- 1) Rawat di rumah sakit
- 2) Berikan antibiotik (ampisilin 4x500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin dan metronidazol 2x500 mg selama 7hari).
- 3) Jika umur kehamilan < 32 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak lagi keluar.
- 4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negative, beri deksametason dan observasi tanda-tanda infeksi.
- 5) Terminasi pada kehamilan 37 minggu

- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu terdapat tanda-tanda infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi serta nilai tanda-tanda infeksi
- 7) Pada usia kehamilan 32-37 minggu, berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar leusitine dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametasone IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

- 1) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal, lakukan secsio caesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 25 – 50 intra vaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- 2) Bila ada tanda-tanda infeksi, berikan antibiotik dosisi tinggi dan persalinan diakhiri. Bila skor pelvik 5 induksi persalinan

9 Komplikasi

Dampak ketuban pecah dini jika tidak tertangani segera dapat menimbulkan beberapa masalah bagi ibu maupun bagi janin. Bagi ibu dapat menyebabkan infeksi intrapartum (dalam persalinan), infeksi puerparalis (masa nipas), partus lama, perdarahan postpartum, morbiditas dan mortalitas maternal. Sedangkan pada bayi dapat menyebabkan prematurias, prolapse funiculi (penurunan tali pusar, hipoksia, asfiksia sekunder, sindrom deformitas janin, morbiditas dan mortalitas perinatal (Dewi et al., 2020).

B. KONSEP DASAR *SECTIO CAESAREA*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus, apabila melahirkan tidak bisa dilakukan secara normal (Hardiyanti, 2020).

Sectio Caesarea (SC) adalah sebagai prosedur medis untuk melahirkan bayi dari rahim dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim atau melalui operasi histerektomi (Siagian, 2023).

Sectio caesarea (SC) adalah sebuah teknik melahirkan janin dengan melalui sayatan pada abdomen (Balqis & Ira, 2023).

Berdasarkan uraian definisi menurut para ahli peneliti menyimpulkan bahwa *sectio caesarea* merupakan suatu pembedahan yang dilakukan dengan membuat sayatan pada daerah dinding perut dan rahim guna melahirkan bayi. Operasi *sectio caesarea* dilakukan apabila melahirkan tidak dapat dilakukan secara normal.

2. Istilah Dalam *Sectio Caesarea*

Menurut (Siagian, 2023), ada beberapa istilah yang terkait dengan *section caesare* sebagai berikut:

a. *Sectio caesarea* primer elektif

SC primer merujuk pada situasi dimana persalinan melalui operasi *sectio caesarea* telah direncanakan sejak awal, sebelum persalinan dimulai.

b. *Sectio caesarea* sekunder

SC sekunder merujuk pada situasi ketika seorang ibu dalam persalinan mencoba untuk melahirkan secara alami terlebih dahulu, dan jika persalinan tidak mengalami kemajuan atau mengalami kegagalan, maka dokter memutuskan untuk melakukan operasi Caesar.

c. *Sectio caesarea* ulang

Ibu kehamilan sebelumnya melakukan operasi SC dan pada kehamilan berikutnya juga melakukan SC.

d. *Sectio caesarea* histerektomi

Histerektomi yang dilakukan setelah proses persalinan dengan metode SC yang dilakukan karena alasan medis tertentu.

e. Operasi porro

Operasi dilakukan ketika janin telah meninggal didalam Rahim dan tidak dapat dikeluarkan melalui kavum Rahim, dengan melakukan histerektomi langsung.

3. Kelebihan Dan Kekurangan *Sectio caesarea*

Kelebihan dan kekurangan *sectio caesarea* menurut (Sitorus, 2016) sebagai berikut:

a. Kelebihan *sectio caesarea*

- 1) Risiko lebih kecil untuk terjadinya kekurangan oksigen
- 2) Bayi memiliki risiko kecil menderita asma, alergi makanan dan intoleransi laktosa, hal ini dihubungkan dengan paparan bakteri pada jalan lahir saat proses persalinan.
- 3) Ibu dapat menyusui bayi lebih cepat dan lebih efektif
- 4) Mengurangi risiko STD (*Sexual Transmitted Disease*) atau infeksi lain (herpes, HIV, hepatitis dan HPV)
- 5) Risiko trauma persalinan seperti pembekakan atau memar lebih kecil

b. Kekurangan *section caesarea*

- 1) Risiko bedah dan risiko anastesi seperti sakit kepala, dan mual muntah
- 2) Risiko cedera usus atau kandung kemih saat operasi
- 3) Risiko kehilangan darah lebih besar, sekitar 2/3 wanita memerlukan transfuse darah
- 4) Fungsi usus yang menurun setelah proses SC

- 5) Risiko kelainan plasenta yang lebih besar pada kehamilan selanjutnya
- 6) Risiko lebih tinggi terjadinya rupture uteri
- 7) Proses menyusui lebih sulit akibat ibu merasa tidak nyaman setelah operasi dan tidak segera dapat kontak dengan bayinya.

4. Indikasi *Sectio Caesarea*

Indikasi dilakukan *sectio caesarea* pada ibu yaitu riwayat operasi Caesar sebelumnya, panggul sempit, kegagalan melahirkan secara normal, tumor jalan lahir, stenosis serviks, preeklampsia, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, rupture uteri, perdarahan dan ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi pada janin yaitu kelainan letak janin, gawat janin, prolapses plasenta, perkembangan bayi yang terlambat dan mencegah hipoksia janin (Oktamia & Agustina, 2022).

5. Perawatan Pada Pasien *Sectio Caesarea*

Menurut (Wahyuni, 2019), kebutuhan pada post partum sebagai berikut:

a. Nutrisi dan Cairan

Kecukupan nutrisi dan cairan sangat perlu untuk diperhatikan karena nutrisi yang baik mampu mempercepat penyembuhan ibu serta mampu membantu ibu untuk memproduksi ASI lebih baik. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah sebagai berikut:

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari

- 2) Diet seimbang, protein, mineral dan vitamin
- 3) Minum sedikitnya 2 liter tiap hari (± 8 gelas)
- 4) Fe/tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan
- 5) Kapsul Vit. A 200,000 unit

b. Ambulasi

Ambulasi dini adalah metode yang digunakan oleh profesional kesehatan untuk membantu ibu bangun dan berjalan setelah melahirkan. Ibu nifas diperbolehkan turun dari tempat tidur dalam waktu 24 hingga 48 jam setelah melahirkan. Hal ini terjadi secara bertahap. Jika ibu setelah melahirkan mengalami komplikasi seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, maka tidak mungkin untuk berjalan lebih awal. Keuntungan dari ambulasi dini sebagai berikut:

- 1) Ibu merasa lebih sehat
- 2) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik.
- 3) Membantu meminimalisir terjadinya komplikasi proses pasca persalinan.

c. Eliminasi

Setelah 6 jam post partum diharapkan ibu dapat berkemih, jika kandung kemih penuh atau lebih dari 8 jam belum berkemih

disarankan melakukan kateterisasi serta pada ibu post partum diharapkan bisa defekasi atau buang air besar setelah hari kedua post partum, jika hari ketiga belum defekasi bisa diberi obat pencahar oral atau rektal. Hal-hal yang menyebabkan kesulitan berkemih pada postpartum:

- 1) Berkurangnya tekanan intra abdominal.
- 2) Otot-otot perut masih lemah.
- 3) Edema pada uretra.
- 4) Dinding kandung kemih kurang sensitiv

d. Kebersihan diri

Pada masa postpartum 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 sebagai berikut:

- 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 dua kali sehari
- 4) Membersihkan tangan dengan sabun sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.

e. Istirahat dan tidur

Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup. Istirahat yang kurang dapat menurunkan produksi ASI, memperlambat proses pemulihan, dan menyebabkan depresi pasca melahirkan.

f. Perawatan luka

Perawatan luka pada pasien postpartum dengan tindakan *sectio caesarea* sangat perlu diperhatikan untuk mencegah terjadinya risiko infeksi.

6. Patofisiologi

Bedah caesarea merupakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding abdomen dan dinding uterus. Operasi ini memberikan jalan keluar bagi kebanyakan kesulitan yang timbul bila persalinan pervaginam tidak mungkin atau berbahaya (Siagian, 2023 & Hardiyanti, 2020).

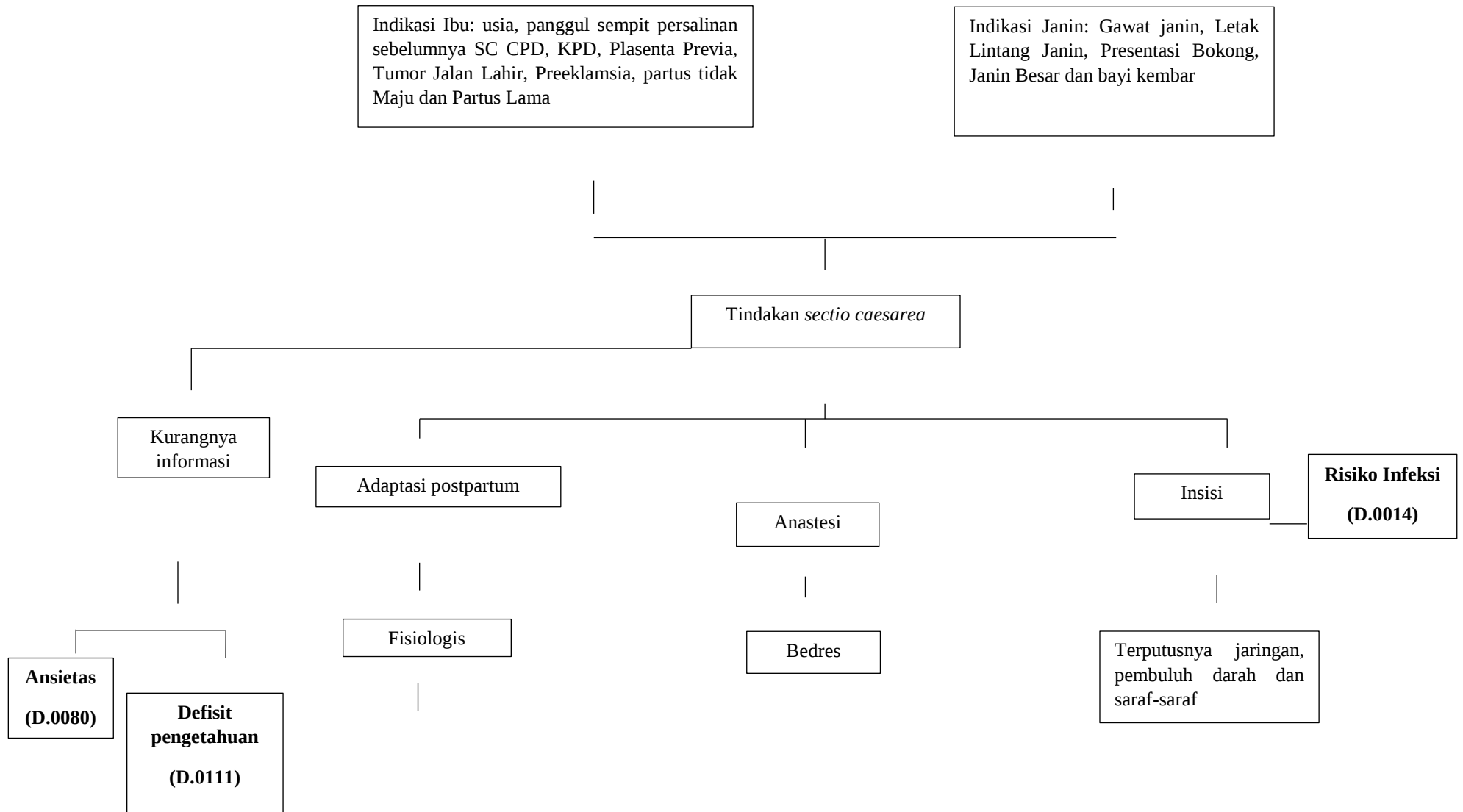
Indikasi dilakukannya *sectio caesarea* dapat disebabkan dari faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yaitu usia, tulang panggul, persalinan sebelumnya dengan SC, CPD, preeklamsia, partus tidak maju dan partus lama, faktor hambatan jalan lahir, kelainan kontraksi rahim dan ketuban pecah dini (KPD). Sedangkan dari faktor janin antara lain bayi terlalu besar, kelainan letak bayi, ancaman gawat janin (fetal distress), janin

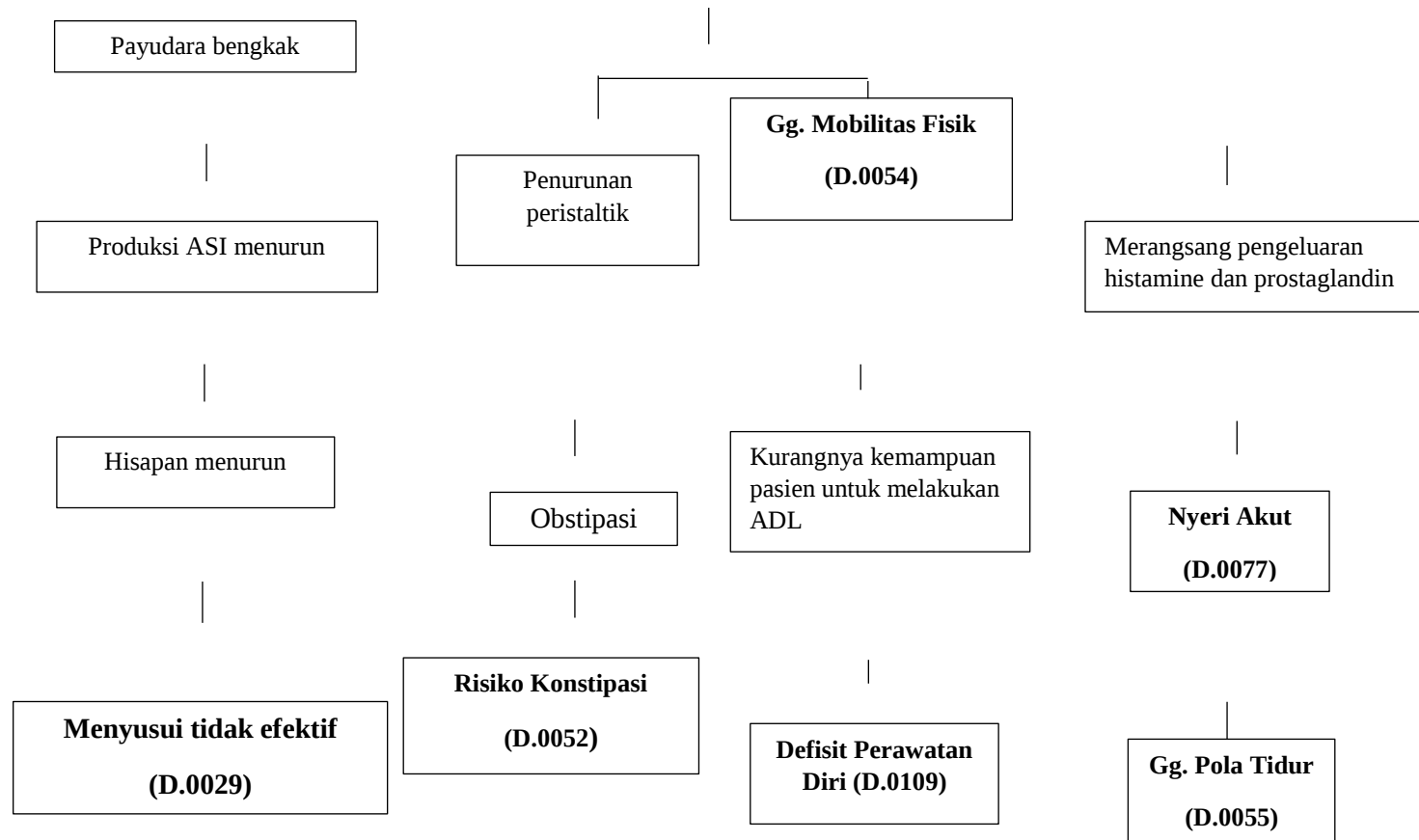
abnormal, faktor plasenta, kelainan tali pusat, dan bayi kembar (multiple pregnancy).

Dampak persalinan SC yang dapat menimbulkan masalah pada ibu baik pada fisik ataupun psikologi. Dampak fisik yang sering muncul pada pasien SC nyeri, nyeri yang dirasakan dapat mengganggu istirahat dan tidur, mengganggu aktifitas sehari-hari yang menyebabkan ibu kesulitan merawat bayi secara mandiri (Rahmawati & Nada, 2023). Selain itu dampak dari dilakukannya tindakan SC seperti infeksi *post partum* yang menyebabkan adanya perkembangbiakan proses infeksi yang terjadi bekas tindakan SC atau pengeluaran lochea, hal ini menjadi faktor resiko dari perkembangan infeksi, sehingga perawatan *post partum* sangat perlu diperhatikan (Rahmawati & Nada, 2023).

7. Pathway

Bagan 2.1 Pathway Post SC





Sumber: Nurarif Dan Hardani, 2015

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pasien post partum dengan section caesarea menurut (Yulia, 2019).

a. Elektroensefalogram (EEG)

Untuk melihat dan memastikan adanya terjadi kejang

b. Pemindai CT

Untuk melihat adanya kelainan kerapatan jaringan.

c. Magneti Resonance Imaging (MRI)

Menghasilkan sinaran dengan menggunakan bagian magnetik dan gelombang radio, berguna untuk memperhatikan daerah-daerah otak yang tidak bisa tampak bila menggunakan pemindaian CT.

d. Pemindaian Pasitron Emission Tomography (PET)

Untuk mencegah terjadinya kejang yang berkelanjutan dan sebagai pembantu untuk melihat lokasi lesi, perubahan metabolik atau aliran darah ke otak

e. Uji Laboraturium

1) Fungsi lumbal: Mengalisis cairan serebrovaskuler

2) Hitung darah lengkap: Mengevaluasi trombosit dan hematokrit

3) Panel elektrolit

- 4) Skrining toksikdari serum dan urine
- 5) AGD
- 6) Kadar kalsium darah
- 7) Kadar natrium darah
- 8) Kadar magnesium darah
- 9) Pemeriksaan laboratorium pada KPD adalah Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau dan pH nya. Air-air yang keluar dari vagina ini kecuali air ketuban mungkin juga urine atau sekret vagina. Sekret vagina ibu hamil pH: 4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning. 2.2.6 Patofisiologi dan WOC Sectio Caes

9. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada *sectio caesarea* yaitu seperti endometriosis, tromboplebitis, embolisme, perubahan letak rahim menjadi tidak sempurna, pendarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta dan hematoma ligamentum latum serta dapat terjadinya risiko infeksi (Hardiyanti, 2022).

C. KONSEP POST PARTUM

1. Definisi Post Partum

Masa nifas (Post partum) merupakan masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Wahyuni, 2019).

Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Wijaya, 2023).

Masa nifas (Post partum) merupakan masa waktu antara setelah kelahiran plasenta dan membrane yang menandai berakhirnya periode intrapartum sampai waktu menuju kembalinya sistem reproduksi wanita tersebut ke kondisi tidak hamil (Herselowati, 2024).

Berdasarkan pengertian menurut para ahli peneliti menyimpulkan bahwa masa nifas merupakan dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Hal ini merupakan menandai berakhirnya periode intrapartum sampai waktu menuju kembalinya sistem reproduksi wanita tersebut ke kondisi tidak hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat

genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan.

2. Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum

Menurut (Wijaya, 2023), tujuan asuhan keperawatan post partum sebagai berikut:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana perawat harus melakukan manajemen asuhan keperawatan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian, analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Sehingga dengan asuhan keperawatan masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi secara dini penyulit maupun komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.
- c. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya, ke fasilitas pelayanan rujukan.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan pengaturan jarak kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat serta memberikan pelayanan keluarga berencana, sesuai dengan pilihan ibu.

3. Tahapan Post Partum

Menurut (Wahyuni, 2019), tahapan pada post partum sebagai berikut:

a. Immediate postpartum (setelah plasenta lahir-24 jam)

Segera setelah plasenta lahir, hal ini berlangsung hingga 24 jam. Masalah yang sering terjadi seperti, pendarahan terjadi akibat relaksasi rahim. Oleh karena itu perlu dilakukan pemeriksaan kontraksi uterus, adanya lokia, tekanan darah dan suhu tubuh.

b. Early postpartum (24 jam-1 mg)

Periksa apakah involusi uterus normal, tidak ada perdarahan, lokea tidak berbau, tidak demam, periksa kecukupan makanan dan cairan pada ibu sehingga ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Late post partum (1 mg-6 mg)

Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling/pendidikan kesehatan Keluarga Berencana (KB).

4. Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas

Menurut (Herselowati, 2024), perubahan psikologis pada masa nifas sebagai berikut:

a. Uterus

Segera setelah plasenta lahir, rahim akan berkontraksi. Baik untuk persalinan normal maupun operasi caesar, jika TFU kira-kira dua jari di bawah pusar, rahim secara bertahap akan kembali ke ukuran sebelum hamil, perubahan ini disebut involusi.

b. Serviks

Setelah persalinan kala III, serviks menjadi lebih tipis, lembek, dan kendur. Robekan lateral biasanya terjadi di bagian luar serviks. Pembukaan serviks perlahan-lahan menyusut selama beberapa hari hingga dapat dengan mudah dimasukkan dengan jari, namun pada akhir minggu pertama postpartum sudah mengecil. Sampai akhir minggu pertama, panjang serviks hanya 1 ruas jari. Setelah itu serviks mulai kembali ke bentuk semula (sebelum hamil) dan terbentuk lagi kanalis servikalis.

c. Lokhea

Lokhea merupakan cairan secret yang bersumber dari rahim dan jalan lahir setelah proses melahirkan selama periode postpartum. Lokhea dibagi menjadi 3 antara lain:

1) Lokhea Rubra

Warna lokhea ini adalah merah tua yang terdapat pada hari pertama sampai hari ketiga setelah persalinan.

2) Lokhea Serosa

Lokhea ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-14, berwarna merah muda atau kekuningan.

3) Lokhea Alba

Pada lokhea alba memasuki tahap pemulihan, cairan yang keluar berwarna putih atau bening. Pada tahapan ini diawali pada hari ke-14 hingga 1-2 minggu berikutnya.

d. Perineum

Peritonium yang membungkus sebagian besar uterus dibentuk menjadi lipatan-lipatan dan kerutan-kerutan. Ligamentum latum dan rotundum jauh lebih kendur daripada kondisi tidak hamil. Dinding abdomen kembali ke bentuk semula maka butuh waktu lama dan latihan rutin.

e. Payudara

1) Ibu tidak menyusui

Pada ibu yang tidak menyusui payudara akan terjadi pembengkakan, karena pengeluaran kolostrum akan terus berlangsung beberapa hari sesudah bersalin. Payudara yang bengkak ketika di raba keras, nyeri saat di tekan dan terasa hangat.

2) Ibu menyusui

Aerola akan bewarna hitam kecoklatan (Hiperpigmentasi). Sebelum menyusui dilakukan, payudara menjadi lunak dan kolostrum akan disekresikan dari payudara. Kolostrum dapat keluar dengan cara memijat payudara dan saat ASI sudah banyak, payudara akan terasa padat, puting akan menonjol di kedua payudara. Setelah menyusui, payudara akan menjadi kencang dan hangat saat disentuh. Perasaan sakit bisa bertahan sekitar 48 jam. Namun biasanya dapat ditemukan klien yang puting payudaranya tidak menonjol/ datar, namun hal tersebut bisa diatasi dengan (Tahan payudara pada tepi bagian aerola dengan ibu jari atau telunjuk, lalu tekan sekitar 1 inci di belakang puting atau juga bisa dengan cara tekan bagian kulit yang bewarna hitam pada payudara sebelum memasukkan puting ke mulut bayi).

f. Sistem Kardiovaskular

Hingga waktu 2 minggu pasca persalinan, kerja jantung dan volume plasma akan mengalami penurunan secara bertahap menjadi normal, dimana penurunan ini akan berpengaruh pada berat badan ibu yang akan mengalami penurunan pula.

g. Sistem Neurologi

Perubahan saraf selama postpartum adalah kontradiksi dari kebiasaan saraf yang terdapat selama kehamilan dan akibat dari adanya cedera yang diperoleh wanita selama persalinan.

h. Sistem Muskulokeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu selama kahamilan terjadi secara reversibel pada periode postpartum. Penyesuaian ini termasuk hal-hal yang membantu ibu rileks dan berubah karena rahim yang membesar.

i. Hematologi

Leukosit akan meningkat hingga 15.000 sepanjang proses bersalin, sedangkan pada ibu yang mengalami partus lama kenaikan leukosit mencapai 25.000-30.000. Selain itu, hingga waktu 2 minggu pasca persalinan, kerja jantung dan volume plasma akan mengalami penurunan secara bertahap menjadi normal, dimana penurunan ini akan berpengaruh pada berat bada ibu yang akan mengalami penurunan pula.

j. Endokrin

Pada sistem endokrin akan kembali normal seperti sebelum hamil. Penurunan hormone esterogen dan progesterone menyebabkan peningkatan prolactin dan menstimulasi ASI. Berikut perubahan hormon dalam sistem endokrin pada masa postpartum sebagai berikut:

Oksitosin disekresikan dari kelenjar hiposis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormone oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah pendarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

Prolaktin: menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi sehingga memberikan umpan balik negatif, yaitu pematangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolactin menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar gonad pada otak yang mengontrol ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, maka terjadilah ovulasi dan menstruasi.

Hormon plasenta: Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum. Enzyme insulinasi berlawanan efek diabetogenik pada saat Penurunan hormon human placenta lactogen (HPL), estrogen dan kortisol, serta placenta

kehamilan, sehingga pada masa postpartum kadar gula darah menurun secara yang bermakna.

Hormon hipofisis: fungsi ovarium Waktu mulainya ovulasi dan menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin meningkat secara pogresif sepanjang masa hamil. Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan.

k. Tanda-tanda Vital

Pada vital sign seperti nadi akan turun menjadi 50-70 kali menit. Suhu badan ibu akan mengalami peningkatan akibat dari keluarnya cairan secara berlebih pada saat bersalin dan akibat meningkat nya volume urin pada masa nifas. Namun, jika suhu badan ibu meningkat hingga $>38^{\circ}\text{C}$ maka diindikasikan telah terjdin infeksi nifas. Sedangkan tekanan darah sistolik ketika ibu merubah posisi tidur ke duduk akan mengalami penyusutan 15-20 mmHg, dimana kondisi ini disebut dengan hipotensi orthostatik.

5. Proses Adaptasi Perubahan Psikologis Pada Ibu Post Partum

Menurut (Herselowati, 2024), proses adaptasi perubahan psikologis pada ibu post partum sebagai berikut:

a. Fase taking in / ketergantungan

Tahap ini terjadi pada hari pertama atau kedua kehidupan ketika ibu sangat bergantung pada orang lain. Pada tahap ini, ibu mempunyai harapan bahwa semua kebutuhannya akan dipenuhi oleh orang lain, dan mentransformasikan seluruh emosionalnya kepada bayinya.

b. Fase taking hold / ketergantungan tidak ketergantungan

Pada fase ini menunjukkan perubahan emosional yang dirasakan ibu setelah menjadi ibu dan setelah ibu melihat bayinya untuk pertama kalinya dan pengalaman merawat bayi.

c. Fase letting go / saling ketergantungan

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

6. Dampak Post *Sectio Caesarea* Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia (KDM)

Dampak post SC menurut (Wahyuni, 2019), sebagai berikut:

a. Mobilisasi

Umumnya pasien SC akan mengalami gangguan mobilitas fisik. Hal ini disebabkan karena adanya rasa nyeri pada luka post op, sehingga pasien cenderung melakukan aktifitas secara tidak bebas, serta adanya kelemahan fisik yang disebabkan dampak anastesi, sehingga terjadinya penurunan tonus otot. Mobilisasi dapat dilakukan dengan ambulasi dini. Ambulasi dini adalah metode yang digunakan oleh profesional kesehatan untuk membantu ibu melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk ditempat tidur, lalu berjalan dari tempat tidur ke bangku. Ibu nifas diperbolehkan turun dari tempat tidur dalam waktu 24 hingga 48 jam setelah melahirkan. Jika ibu setelah melahirkan mengalami komplikasi seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, maka tidak mungkin untuk berjalan lebih awal.

b. Makanan dan minum

Adanya penurunan nafsu makan diakibatkan mual muntah efek anastesi. Kecukupan nutrisi dan cairan sangat perlu untuk diperhatikan karena nutrisi yang baik mampu mempercepat penyembuhan ibu serta mampu membantu ibu untuk memproduksi ASI lebih baik.

c. *Personal Hygiene*

Pada masa postpartum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan

lingkungan sangat penting untuk tetap terjaga serta perawatan luka pada pasien post operasi harus steril.

d. Pola istirahat dan tidur

Umumnya pasien post operasi akan mengalami gangguan pola tidur, hal ini disebabkan karena adanya rasa nyeri pada luka post op, sehingga pasien merasakan adanya kurangnya kenyamanan untuk beristirahat. Istirahat yang kurang dapat menurunkan produksi ASI, memperlambat proses pemulihan, dan menyebabkan depresi pasca melahirkan. Sehingga istirahat yang cukup sangat diperlukan pada ibu post partum.

D. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN POST SC

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Dikaji nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit nomor MR dan diagnosa keperawatan serta penanggung jawab.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama

Umumnya pasien pasca post operasi pada hari pertama akan merasakan nyeri di area luka post op, serta merasakan lemah dan merasa mual muntah efek anastesi.

2) Keluhan Sekarang

Riwayat kesehatan saat ini mencakup pengkajian data untuk menentukan alasan dilakukannya operasi *sectio caesarea*. Selain ini, menjelaskan perjalanan penyakit yang dialami oleh klien pasca operasi *sectio caesarea* menggunakan format PQRST, yang meliputi sebagai berikut:

- a) P (Paliatif/provokatif) yaitu: apa yang memicu atau memperburuk rasa nyeri dan yang dapat mengurangi rasa nyeri
- b) Q (Quality/kualitas): mengacu pada sifat atau kualitas rasa sakit.
- c) R (region/radiation): region artinya lokasi nyeri sedangkan radiation yaitu pemancaran, seperti apakah rasa nyeri yang dirasakan pasien menjalar ke area tubuh lain
- d) S (Severity): tingkat keparahan atau intensitas rasa nyeri dalam rentang 1-10. 0: tidak ada nyeri, 1-3 kategori nyeri ringan, 4-7: kategori nyeri sedang dan 8-10: kategori nyeri berat.

- e) T (Time/ waktu): kapan rasa nyeri terasa, sudah berapa lama nyeri dirasakan dan nyeri yang dirasakan pada waktu tertentu saja atau timbul secara terus-menerus.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Apakah pada kehamilan sebelumnya klien pernah menderita penyakit yang sama atau ada faktor predisposisi terhadap kehamilan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan yang diderita klien saat ini dan apakah ada keluarga klien yang mempunyai penyakit keturunan dan penyakit menular

c. Riwayat Obstetri

Pada pengkejian riwayat obstetric meliputi riwayat siklus haid, ada atau tidaknya nyeri haid, HPHT kehamilan dan taksiran persalinan.

d. Riwayat Perkawinan

Sudah berapa lama pasien menikah, Usia suami dan usia istri saat menikah, perkawinan yang beberapa.

e. Riwayat Keluarga Berencana

Biasanya dikaji riwayat kontrasepsi apa yang pernah digunakan klien, apakah ada gangguan yang dirasakan pada saat memakai KB tersebut dan apa rencana kontrasepsi yang akan digunakan klien.

f. Pemeriksaan Umum

Dapat dikaji seperti keadaan umum pasien, tingkat kesedaran, tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, saturasi oksigen, berat badan, tinggi badan.

g. Pemeriksaan fisik

1) Kepala:

Dapat di kaji seperti kebersihan rambut klien, kesimetrisan bentuk kepala, kaji apakah terdapat lesi dan nyeri tekana atau tidak. Biasanya pada pasien SC rambut klien tampak berminyak dan berketombe karena pasien post SC tidak dianjurkan untuk mandi terlebih dahulu yang tujuannya untuk menghindari terjadinya infeksi pada luka post op.

2) Mata

Dapat dikaji seperti kesimetrisan mata antara kanan dan kiri, pupil iskor atau anisokor, sklera ikterik atau anikterik, lampang pandang, pergerakan mata dan adanya nyeri atau tidak. Pada

pasien post op *sectio caesarea* konjungtiva tampak anemis diakibatkan oleh proses persalinan yang mengalami perdarahan.

3) Hidung

Dapat dikaji seperti kesimetrisan bentuk hidung, kebersihan hidung, terdapat pembengkakan atau tidak, terdapat adanya lesi atau tidak, terdapat adanya polip atau tidak dan fungsi penciuman.

4) Mulut dan gigi

Dapat dikaji seperti kesimetrisan mulut, mukosa mulut lembab atau kering, terdapat stomatitis atau tidak, kelengkapan gigi serta kebersihan gigi dan reflek menelan

5) Telinga

Dapat dikaji seperti kesimetrisan bentuk telinga, terdapat edema atau tidak, terdapat lesi atau tidak, kebersihan telinga dan fungsi pendengaran.

6) Leher

Dapat dikaji seperti adanya edema atau tidak, terdapat pembesaran lesi atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar tyroid atau tidak dan pembesaran kelenjar getah atau tidak.

7) Payudara

Dapat dikaji kesimetrisan payudara kiri dan kanan, warna aerola, jenis puting payudara serta jumlah ASI yang dikeluarkan. Umumnya pada pasien post partum terjadi hiperpigmentasi yaitu perubahan warna aerola menjadi hitam kecoklatan. Sebelum menyusui dilakukan, payudara menjadi lunak dan kolostrum akan disekresikan dari payudara, kolostrum dapat keluar dengan cara memijat payudara. ASI diproduksi dimulai dari suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vaskular sementara, air susu saat di produksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi.

Saat ASI sudah banyak, payudara akan terasa padat, puting akan menonjol di kedua payudara. Setelah menyusui, payudara akan menjadi kencang dan hangat saat disentuh dan menimbulkan rasa nyeri, rasa nyeri bertahan sekitar 48 jam. Namun biasanya dapat ditemukan klien yang puting payudaranya tidak menonjol atau datar, namun hal tersebut bisa

diatasi dengan cara menahan payudara pada tepi bagian areola dengan ibu jari atau telunjuk, lalu tekan sekitar 1 inci di belakang puting atau juga bisa dengan cara tekan bagian kulit yang bewarna hitam pada payudara sebelum memasukkan puting ke mulut bayi (Herselowati, 2024).

8) Paru-paru

Dapat kaji seperti kesimetrisan pergerakan dinding dada, frekuensi napas, serta bunyi napas.

9) Jantung

Dapat dikaji seperti bunyi jantung, tekanan darah dan juga nadi

10) Abdomen

Pada pasien post *sectio caesarea* terdapat luka post op yang tertutup verban. Saat di inspeksi biasanya terdapat linea nigra dan striae gravidarum. Pada saat palpasi TFU pada hari pertama, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat saat dipalpasi terasa lembut atau lunak, serta terdapat nyeri tekan pada abdomen, kontraksi uterus kuat, saat diperkusi bunyi tympani, kandung kemih teraba penuh serta auskultasi bising usus.

11) Ekstremitas

1) Ekstremitas Atas

Inspeksi kesimetrisan antara kanan dan kiri, terpasang infus pada salah satu ekstremitas kiri atau kanan yang tujuannya untuk mengganti cairan yang hilang, memasukkan obat-obatan, memasukkan zat makanan dalam bentuk cairan glukosa dan elektrolit, kekuatan otot menurun, ROM menurun dan mengalami keterbatasan gerak.

2) Ekstremitas Bawah

Infeksi kesimetrisan antara kanan dan kiri, kekuatan otot akan menurun, ROM menurun karena adanya nyeri sehingga menyebabkan kelemahan dan keterbatasan gerak. *Reflek patella (+/-)*, *Human Sign (-)*, jika *Human Sign (+)* mengindikasikan pasien mengalami *tromboflebitis*.

12) Genetalia dan anus

Dapat dikaji seperti kebersihan genetalia, jenis, warna, konsistensi dan bau lokhea dan kaji terdapat adanya hemoroid atau tidak.

a) Jenis- jenis lokhea sebagai berikut:

- 1) Lokhea Rubra: warna lokhea ini adalah merah tua yang terdapat pada hari pertama sampai hari ketiga setelah persalinan.

- 2) Lokhea Serosa: lokhea ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-14, berwarna merah muda atau kekuningan.
- 3) Lokhea Alba: pada lokhea alba memasuki tahap pemulihan, cairan yang keluar berwarna putih atau bening. Pada tahapan ini diawali pada hari ke-14 hingga 1-2 minggu berikutnya (Herselowati, 2024).

13) Pola Aktifitas

1) Makan dan Minum

Adanya penurunan nafsu makan diakibatkan mual muntah efek anastesi.

2) Pola Eliminasi

Pada ibu post partum dengan kelahiran normal atau SC umumnya tidak merasakan adanya gangguan pola eliminasi hanya saja pada pasien SC biasanya akan merasakan cemas untuk BAB atau BAK karna adanya luka post op.

3) Pola Istirahat dan Tidur

Pada pasien *sectio caesarea* umumnya akan merasakan nyeri sehingga dapat mengganggu pola tidur.

4) Pola Personal Hygiene

Pemenuhan personal Hygiene terganggu karena disebabkan adanya nyeri pada luka post op.

14) Aspek Psikologis

Menurut (Herselowati, 2024), proses adaptasi perubahan psikologis pada ibu post partum sebagai berikut:

1) Fase taking in / ketergantungan

Tahap ini terjadi pada hari pertama atau kedua kehidupan ketika ibu sangat bergantung pada orang lain. Pada tahap ini, ibu mempunyai harapan bahwa semua kebutuhannya akan dipenuhi oleh orang lain, dan mentransformasikan seluruh emosionalnya kepada bayinya.

2) Fase taking hold / ketergantungan tidak ketergantungan

Pada fase ini menunjukkan perubahan emosional yang dirasakan ibu setelah menjadi ibu dan setelah ibu melihat bayinya untuk pertama kalinya dan pengalaman merawat bayi.

3) Fase letting go / saling ketergantungan

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

15) Data Penunjang

1) Darah lengkap

- a) Hemoglobin: terjadi penurunan kadar hemoglobin akibat dari pengeluaran darah banyak sehingga terjadi volume plasma darah meningkat
- b) Leukosit: untuk mengetahui kemungkinan terjadinya infeksi atau kemungkinan terjadi sepsis
- c) Trombosit: untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah.
- d) Pemeriksaan jumlah tiroksin akibat pengaruh dan hormone estrogen

2) Urinalis: untuk menentukan kadar albumin/glukosa

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien ibu postpartum dengan *sectio caesarea* menurut (Balqis, 2023) sebagai berikut:

a. Nyeri akut d.d adanya luka post op

Gejala Dan Tanda Mayor:

DS:

- 1) Mengeluh nyeri

DO:

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (mis. Waspada, menghindari posisi nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor:

DS: -

DO:

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola napas berubah

- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berpikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) Diaphoresis

b. Gg. Mobilitas fisik b.d nyeri

Gejala tanda mayor:

DS:

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

DO:-

Gejala tanda minor:

DS:

- 1) Nyeri saat bergerak
- 2) Enggan melakukan pergerakan
- 3) Merasa cemas saat bergerak

DO:

- 1) Fisik lemah

c. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI

Gejala tanda mayor

DS:-

DO:

- 1) ASI tidak metes atau memancar

Gejala tanda minor

DS:-

DO:

- 1) Intake bayi tidak adekuat
- 2) Bayi menghisap tidak terus menerus
- 3) Bayi menangis saat disusui

d. Gg.Pola tidur b.d kurang kontrol tidur

Gejala tanda mayor

DS:

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Mengeluh sering terjaga
- 3) Mengeluh tidak puas tidur
- 4) Mengeluh pola tidur berubah
- 5) Mengeluh istirahat tidak cukup

DO:-

Gejala tanda minor

DS:

- 1) Mengeluh kemampuan beraktifitas menurun

DO:-

- e. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif Defisit

Definisi:

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

- f. Defisit pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi

Gejala dan tanda mayor:

DS:

- 1) Menanyakan masalah yang dihadapi

DO:

- 1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

Gejala dan tanda minor:

DS:-

DO:

- 1) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria).

3. Intervensi Keperawatan

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) intervensi keperawatan merupakan segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan 25 penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Dari diagnosa yang sudah ditegakkan, maka akan terbentuk intervensi yang akan dilakukan, beberapa intervensi yang dapat dilakukan pada pasien dengan gastroenteritis, yaitu:

a. Nyeri akut b.d agen cederea fisik

Tingkat Nyeri (L.08066)

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam nyeri dapat menurun.

Kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun (5)
- 2) Meringis menurun (5)
- 3) Gelisah menurun (5)
- 4) Kesulitan tidur menurun (5)
- 5) Mual menurun (5)

6) Muntah menurun (5)

7) Tekanan darah membaik (5)

8) Nafsu makan membaik (5)

9) Pola tidur membaik (5)

SIKI	Rasional
Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping analgetik Terapeutik 10. Berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, akupresu, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 12. Fasilitas istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, periode dan	1. Untuk mengetahui karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri yang dirasakan pasien 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan oleh pasien melalui ekspresi wajah 4. Untuk mengetahui yang dapat mempengaruhi nyeri pasien dan mengetahui cara untuk menurunkan skala nyeri pasien 5. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan pasien pada nyeri yang dirasakan 6. Untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap nyeri pada pasien 7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup pasien 8. Untuk mengetahui apakah intervensi yang dilakukan dapat mengurangi nyeri pasien atau tidak 9. Untuk mengetahui apakah obat yang dikonsumsi menimbulkan efek samping atau tidak 10. Guna menurunkan rasa nyeri 11. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien 12. Memfasilitasi istirahat dan tidur klien mampu membuat pasien lebih rileks tentunya nyeri yang dirasakan akan berkurang 13. Agar stragei meredakan nyeri yang dipilih lebih efektif untuk menurunkan rasa nyeri 14. Agar pengetahuan pasien meningkat bahwa nyeri yang dirasakan pada pasien SC memanglah hal yang sering terjadi 15. Untuk menambah wawasan klien 16. Agar pasien lebih mandiri untuk

pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik	meredakan nyeri 17. Agar terapi yang diberikan lebih efektif 18. Agar pasien mengetahui bahwa selain obat yang dapat dikonsumsi ternyata cara alternative yang dapat dilakukan pasien atau dibantu oleh keluarga 19. Analgetik berfungsi sebagai menurunkan rasa nyeri
--	---

b. Gg. Mobilitas fisik b.d nyeri

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilisasi fisik meningkat.

Kriteria Hasil:

Mobilitas fisik (L.05042)

1) Nyeri menurun (5)

2) Kelemahan fisik menurun (5)

SIKI	Rasional
Dukungan mobilisasi (L.05173) Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Terapeutik: 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5. Fasilitasi melakukan pergerakan 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi:	1. Untuk mengetahui adanya faktor penghambat untuk pasien melakukan aktifitas 2. Untuk mengetahui faktor nyeri yang menghambat aktifitas 3. Untuk mengurangi faktor risiko seperti stroke, jantung serta gagal ginjal 4. Untuk membantu aktifitas pasien 5. Untuk memenuhi mobilisasi pasien 6. Keluarga merupakan peran penting dalam kesembuhan pasien 7. Untuk menambah pengetahuan pasien tentang mobilisasi 8. Mobilisasi dini wajib yang harus dilakukan pasien sectio caesarea untuk mengurangi komplikasi post partum 9. Mobilisasi secara bertahap membantu pasien untuk melakukan aktifitas secara

7. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	normal
8. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	
9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang akan dilakukan (mis. duduk ditempat tidur)	

c. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan kemampuan memberikan ASI membaik

Kriteria Hasil:

Status Menyusui (L.03029)

- 1) Tetesan atau pancaran ASI meningkat (5)
- 2) Suplai ASI adekuat meningkat (5)
- 3) Bayi rewel menurun (5)
- 4) Bayi menangis setelah menyusui menurun (5)

SIKI	Rasional
Edukasi menyusui (I.12393) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	1. Agar pasien lebih siap untuk menerima informasi 2. Untuk tercapainya penkes yang diberikan 3. Agar penkes yang diberikan lebih mudah untuk dipahami oleh pasien 4. Agar memiliki waktu yang tepat untuk diberikan penkes 5. Memberikan waktu kepada pasien untuk bertanya terkait materi yang belum diketahui

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. Berikan konseling menyusui 9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10. Anjarkan 4 posisi menyusui dan perlengketaan dengan benar 11. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 12. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin).	6. Dukungan sangat berguna bagi ibu menyusui untuk meningkatkan kepercayaan ibu untuk menyusui 7. Keluarga merupakan peran penting bagi perawatan pada pasien 8. Untuk menambah pengetahuan ibu 9. Untuk menambah pengetahuan ibu 10. Untuk menambah pengetahuan pasien terkait menyusui dengan benar 11. Untuk memberikan kelembapan pada payudara 12. Pijat oksitosin berguna untuk melancarkan produksi ASI pada ibu menyusui
---	--

d. Gg.Pola tidur b.d kurang kontrol tidur

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pola tidur membaik.

Kriteria Hasil:

Pola Tidur (L.05045)

- 1) Keluhan sulit tidur menurun (1)
- 2) Keluhan tidak puas tidur menurun (1)
- 3) Keluhan sering terjaga menurun (1)
- 4) Keluhan istirahat tidak cukup menurun (1)

SIKI	Rasional
Dukungan Tidur (I.05174) Observasi : 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang digunakan Terapeutik : 5. Modifikasi lingkungan 6. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 7. Tetapkan jadwal tidur rutin 8. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi : 9. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 10. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 11. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	1. Untuk mengetahui aktivitas dan pola tidur pasien 2. Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pola tidur 3. Untuk menghindari faktor pengganggu pola tidur 4. Untuk mengetahui apakah pasien mengonsumsi obat tidur atau tidak 5. Untuk memberikan kenyamanan bagi pasien 6. Untuk menghindari faktor penyebab timbulnya gangguan pola tidur 7. Agar pola tidur pasien lebih terjadwal 8. Untuk memberikan kenyamanan pasien 9. Untuk memberikan pengetahuan pasien 10. Untuk menghindari faktor penyebab timbulnya gangguan pola tidur 11. Relaksasi otot berguna untuk menurunkan ketegangan otot kecemasan dan menurunkan rasa nyeri sehingga memberikan kenyamanan bagi pasien

e. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif Defisit

Tingkat infeksi (L.14137)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam derajat infeksi menurun

Kriteria Hasil:

Tingkat infeksi (L.14137)

1) Kebersihan meningkat (5)

- 2) Demam menurun (5)
- 3) Kemerahan menurun (5)
- 4) Cairan berbau busuk menurun (5)
- 5) Periode menggigil menurun (5)

SIKI	Rasional
Perawatan Luka (I.14564) Observasi: 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik: 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut disekitar area luka 3. Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih nontoksik 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai kekulit 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi 10. Berikan diet kalori 30-35kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari Edukasi: 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian antibiotik	1. Untuk mengetahui jenis luka 2. Untuk mengetahui adanya tanda – tanda infeksi 3. Merupakan salah satu langkah-langkah untuk melakukan perawatan pada luka 4. Cairan NaCL berguna untuk menunjang penyembuhan luka yang baik 5. Untuk penghapusan jaringan nekrotik, bakteri sel-sel tua serta merangsang aktifitas faktor pertumbuhan sel kulit yang baru 6. Untuk membantu proses penyembuhan luka 7. Balutan berguna untuk menutup luka agar terhindar dari infeksi 8. Untuk mencegah terjadinya infeksi 9. Agar drainase menyerap terhadap balutan 10. Perubahan posisi berguna untuk mencegah adanya luka tekan 11. Karena proses fisiologi penyembuhan luka bergantung pada tersedianya protein, vitamin dan mineral 12. Untuk menambah pengetahuan pasien 13. Karena proses fisiologi penyembuhan luka bergantung pada tersedianya protein, vitamin dan mineral 14. Agar pasien dapat membersihkan luka secara mandiri 15. Untuk mencegah infeksi luka

- f. Defisit pengetahuan b.d berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik

Kriteria Hasil:

Tingkat Pengetahuan (L.12111)

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat (5)
- 2) Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik meningkat (5)
- 3) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5)
- 4) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)

SIKI	Rasional
Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup Terapeutik : 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	1. Agar pasien lebih siap pada saat diberikan penkes 2. Untuk menghindari faktor yang dapat meningkatkan dan mengurangi motivasi perilaku hidup pasien 3. Agar pendidikan kesehatan yang diberikan lebih mudah dapat dipahami oleh pasien 4. Agar waktu yang ditentukan lebih tepat untuk diberikannya penkes 5. Memberikan waktu pasien untuk bertanya dapat mengevaluasi pengetahuan pasien terkait penkes yang diberikan yang belum dapat dipahami oleh pasien 6. Menghindari faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien 7. Perilaku hidup bersih dan sehat

7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	dapat menghindari faktor risiko infeksi
8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	8. Untuk menambah pengetahuan pasien tentang perilaku hidup bersih

4. Implementasi Keperawatan

Catatan perkembangan atau evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan secara terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan dengan membandingkan respon klien dengan kriteria hasil (Tampubolon, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Catatan perkembangan atau evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan secara terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan dengan

membandingkan respon klien dengan kriteria hasil (Tampubolon, 2020).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. A

Umur :38 Tahun

Alamat : Kp. Sukatani Sirna Jaya

Pendidikan : SMA

Suku Bangsa : Sunda

Pekerjaan :Ibu Rumah Tangga

No. RM : 01405633

Tanggal Masuk : 02-05-2024

Tanggal dan jam Operasi: 02-05- 2024 Jam 13.00 WIB

Tanggal Pengkajian : 02-05-2024

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. E

Umur : 38 Tahun

Alamat :Kp. Sukatani

Agama : Islam

Pendidikan :SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Hub.Dengan Klien: Kakak kandung

c. Riwayat Kesehatan**1) Keluhan Utama**

Klien mengeluh nyeri pada luka operasi *sectio caesarea*.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji pada tanggal 02 Mei 2024 pada jam 21.00 WIB klien mengeluh nyeri pada luka operasi *sectio caesarea*. Klien mengatakan nyeri semakin bertambah apabila klien melakukan pergerakan badan dan nyeri berkurang apabila klien beristirahat, nyeri terasa seperti tersayat-sayat, nyeri terasa disekitar luka operasi *sectio caesarea*, skala nyeri 6 dan nyeri terasa secara terus menerus.

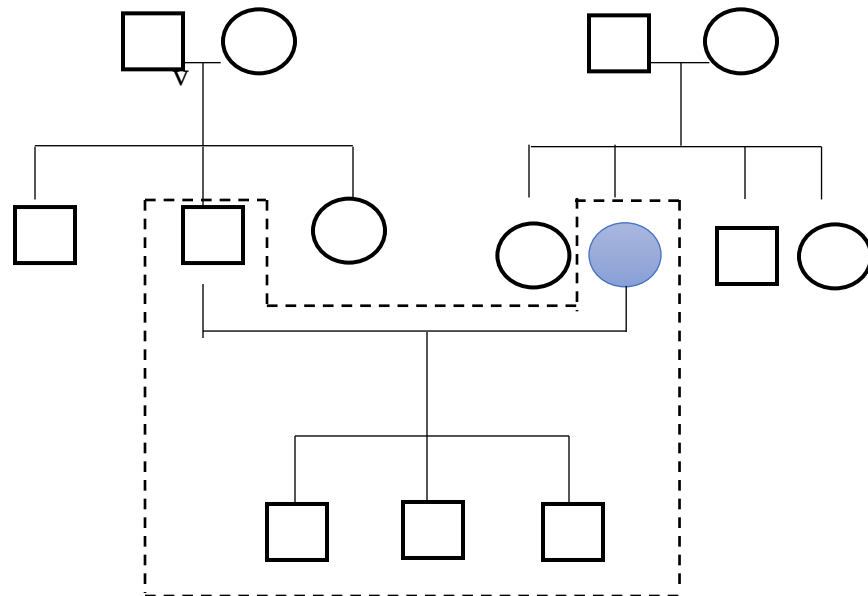
3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan melakukan imunisasi TT pada saat sebelum dan setelah menikah, klien tidak mempunyai alergi terhadap makanan ataupun obat-obatan serta klien tidak mempunyai riwayat penyakit apapun sebelum hamil.

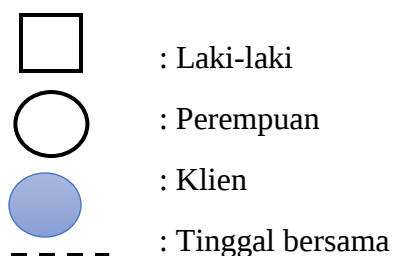
4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan anggota keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti penyakit jantung, diabetes mellitus, hipertensi dan asma serta keluarga klien tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit menular, jiwa, ataupun kronik.

Gambar 3. 1 Genogram



Keterangan:



5) Riwayat Obstetri Dan Ginekologi

a) Riwayat Ginekologi

1) Riwayat menstruasi

Klien mengatakan menarche pada usia 13 tahun, lama 5 sampai 6 hari dengan siklus 28 hari, darah yang dikeluarkan cukup banyak, warna merah, encer, bau amis.

2) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan klien sudah 14 tahun dan menikah pada tahun 2010. Pernikahan ini merupakan pernikahan pertama bagi klien dan suaminya

3) Riwayat KB

Klien mengatakan sebelum kehamilan klien menggunakan jenis KB IUD selama 5 tahun

b) Riwayat Persalinan

Tabel 3.1 Riwayat Persalinan

No	Anak ke	Usia	Jenis Persalinan	Penolong	BB	Keadaan
1.	1	21 Tahun	Normal	Bidan	2900gr	Hidup
2.	2	18 Tahun	SC	Dokter	3300gr	Hidup
3.	3	0	SC	Dokter	2590gr	Hidup

c) Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan

Klien mengatakan keluhan yang dirasakan saat hamil yaitu adanya cairan yang keluar atau rembes dari vagina sehingga dirujuk ke RSUD Dr. Slamet Garut, gerakan anak pertama pada usia 4 bulan atau sekitar 16 minggu. Klien melakukan imunisasi 2 kali, penambahan bb saat hamil yaitu sekitar 11 kg. Pemeriksaan kehamilan dilakukan secara teratur di posyandu ataupun di bidan sekitar rumah. Klien mengatakan mual muntah dan pusing berhenti sejak kehamilan menginjak 6 bulan.

2) Riwayat persalinan

Klien mengatakan bahwa persalinan secara SC terjadi pada kelahiran anak kedua dan anak ketiga. Klien mengatakan pada tanggal 2 Mei 2024 pada jam 08.00 WIB klien mengalami keluarnya air ketuban merembes dari vagina, lalu klien langsung di bawa ke bidan terdekat, pada saat diperiksa oleh bidan ternyata klien mengalami ketuban pecah dini lalu klien langsung dirujuk ke RSUD Dr. Slamet Garut, pada saat sampai RS klien dilakukan di induksi terlebih dahulu lalu klien

dilakukan operasi *sectio caesarea* pada pukul 13.00 WIB dengan jenis operasi *sectio caesarea klasik* dengan jenis anastesi *spinal anesthesia*, anak lahir dengan berjenis kelamin laki-laki dengan lahir keadaan hidup dan sehat. Usia kehamilan 42-43 minggu.

d. Konsep Diri

- 1) Identitas diri: klien mengatakan bahwa profesi klien sebagai ibu rumah tangga
- 2) Peran diri: klien dapat menjalankan perannya sebagai ibu rumah tangga
- 3) Harga diri: klien sangat percaya diri karena disaat ada acara tertentu klien sering memimpin sebuah acara
- 4) Ideal diri: klien berharap nyeri yang dirasakan saat ini cepat sembuh agar klien dapat melakukan aktivitas seperti biasa
- 5) Gambaran diri: klien menyukai seluruh tubuhnya

e. Aspek Psikologis

- 1) Psikologis

Klien masih dalam fase *talking in* atau fase ketergantungan dimana klien masih dalam keadaan ketergantungan pada keluarga

dan orang sekitar, klien tampak lelah, klien cenderung pasif terhadap lingkungan sekitar sehingga mudah tersinggung sehingga klien fokus perhatian terhadap dirinya sendiri.

2) Suasana hati

Klien mengatakan sangat senang bahwa anaknya sudah lahir dengan keadaan sehat. Klien mengatakan akan merawat bayinya secara mandiri dan siap untuk menyusui bayinya.

3) Keadaan mental

Kehadiran bayinya sangat diharapkan. Saat pengkajian ibu belum menyusui karena bayi masih di ruang perinatology.

f. Aspek Sosial

- 1) Pola komunikasi: pola komunikasi dua arah secara verbal
- 2) Hubungan dengan keluarga dan masyarakat: baik

g. Aspek Spiritual

- 1) Keyakinan: beragama islam
- 2) Ketaatan dalam beribadah: klien rajin solat 5 waktu, terkadang klien mengikuti pengajian ibu-ibu yang ada dilingkungan sekitar

- 3) Keyakinan terhadap penyembuhan: klien sangat yakin bahwa nyeri yang dirasakan bisa sembuh.

h. Koping Individu

- 1) Pengambilan keputusan klien dilakukan secara bermusyawarah dengan keluarga
- 2) Pada saat klien mengalami stress yang dilakukan oleh klien yaitu berdiskusi dengan suami dan keluarga serta mencari solusi untuk mengatasi suatu masalah

i. Pemeriksaan Fisik

- 1) Status Opstetrik : P3A0
- 2) Keadaan Umum : nyeri ringan
- Kesadaran : compos mentis
- GCS : 15 (E4 M5 F6)
- BB sebelum hamil : 59kg
- BB saat hamil : 70kg
- Kenaikan BB selama selama hamil: 11kg
- TB : 163 cm
- 3) Tanda-tanda Vital

TD: 135/85mmHg

N: 85x/menit

RR: 24x/menit

Suhu: S:36,5°C

Spo2: 98%

TFU: 28

4) Head To Toe

a) Kepala

Rambut klien berwarna hitam, rambut tampak lepek, bentuk kepala simetris tidak terdapat lesi atau nyeri tekan.

b) Mata

Simetris, konjungtiva anemis, sklera anikterik, pupil isokor dan penghilatan baik dapat melihat jarak dekat maupun jarak jauh dengan sempurna, jarak ketajaman 6/6.

c) Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak terdapat polip, tidak terdapat secret dan penciuman baik.

d) Telinga

Bentuk telinga simetris, tidak terdapat lesi, tidak terdapat edema, tidak terdapat secret dan fungsi pendengaran baik.

e) Mulut dan gigi

Bentuk mulut simetris, mukosa bibir tampak kering, tidak terdapat stomatitis, tidak terdapat karies pada gigi dan gigi tampak bersih dan reflek menelan baik.

f) Leher

Tidak terdapat edema, tidak terdapat lesi, tidak terdapat adanya pembesaran kelenjar tyroid atau kelenjar getah bening, tidak terdapat peningkatan tekanan vena jugularis.

g) Dada dan Paru-paru

1) Inspeksi: tidak ada keluhan sesak, frekuensi pernapasan 24x/menit, bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak ada benjolan atau massa, payudara tampak simetris kiri dan kanan, areola berwarna hitam kecoklatan (Hiperpigmentasi), puting menonjol, payudara tampak bengkak, colostrum sudah ada, payudara

tidak ada kelainan dan bayi belum disusui karena bayi masih diruang perinatology.

2) Palpasi: vocal premitus getaran sama antara kanan dan kiri, tidak terdapat nyeri tekan pada daerah dada.pada saat payudara di pijat tampak terdapat tetesan ASI,

3) Perkusi: perkusi sonor

4) Auskultasi:suara napas vesikuler, bunyi jantung S1/S2 lup dup, tekanan darah 135/85mmHg, N: 85x/menit.

h) Abdomen

Terdapat luka post operasi *sectio caesarea* yang tertutup verban, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum, terdapat nyeri tekan pada sekitar luka operasi, tinggi fundus 2 jari dibawah pusar, diastasis rectus abdorminal normal (saat dilakukan penekanan di otot abdomen kedalaman tekanan ada 2cm), bising usus 25kali/menit, tidak terdapat distensi kandung kemih dan tidak terdapat distensi abdomen, suara perkusi abdomen timpani.

i) Genetalia dan anus

Genetalia tampak kotor, perineum utuh, tidak terdapat hemoroid dan lochea: jenis rubra, jumlah $\pm$ 50cc dalam 2-4 kali ganti

pembalut sehari, warna merah darah segar, bau amis dan konsistensi cair. BAK 300cc terpasang kateter, klien sudah BAB 1 kali pada pagi hari.

j) Ekstremitas

1) Ekstremitas Atas

Ekstremitas atas simetris kanan dan kiri, rentang gerak terbatas karena terpasang infus pada tangan kanan. Refleks bisep: kanan (+) kiri (+), Trisep kanan (+) kiri (+). Kekuatan otot kanan 4 dan kiri 4, turgor kulit <3detik.

2) Ekstremitas Bawah

Ekstremitas bawah klien tampak tidak ada edema, tidak terdapat lesi, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat kelemahan dan human sign atau thrombosis vena (-), reflex patella + (+/+), kekuatan otot kiri 4 dan kanan 4

j. Aktifitas Sehari-hari

Tabel 3.2 Aktifitas Sehari-hari

No	Kegiatan	Sebelum lahiran	Sesudah melahirkan	Keluhan
1.	Aktivitas/latihan	Aktivitas sehari-hari klien sebagai ibu rumah tangga, aktivitas yang dilakukan seperti membereskan rumah dan aktivitas klien dilakukan secara mandiri	Setelah melahirkan aktivitas klien seperti makan dan minum dibantu oleh keluarganya karena pasien merasa nyeri pada luka operasi serta klien masih takut untuk menggerakkan anggota tubuhnya	Klien mengeluh aktivitas terbatas karena nyeri pada luka operasi SC
2.	Pola Nutrisi a. Makan Nafsu makan Frekuensi jenis b. Minum Frekuensi Jenis	Makan - Nafsu makan baik - Habis 1 porsi - Makan sehari 3x/hari - (nasi, lauk pauk, sayur) Minum - ± 6-7 gelas - Air putih dan teh	Makan - Nafsu makan berkurang - Habis ½ porsi saja - (bubur dan sayur Minum - ±5-7 gelas - Air putih	Mual dan muntah pada saat makan
3.	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi b. BAK Frekuensi Warna	BAB - BAB 1x/hari setiap pagi hari - Konsistensi padat BAK - 5-6x/hari - Kuning jernih	BAB - Klien mengatakan belum BAB BAK - Terpasang DC - ± 300cc/6jam - Kuning jernih	Tidak ada keluhan
4.	Istirahat dan tidur	- Klien mengatakan tidur setelah sholat isya dan bangun sebelum sholat subuh - Klien mengatakan tidur terbangun apabila klien ingin BAK saja	Klien mengatakan sulit untuk istirahat dan tidur karena klien merasa nyeri pada luka post op sehingga untuk beristirahat tidak nyaman	Mengalami kesulitan tidur yang disebabkan oleh luka post op

k. Data Penunjang

Tabel 3.3 Data Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	11,9Gr%	12-16g/dl
Hematokrit	34,7mm3	35-45%
Leukosit	18,6mm3	5-10
Trombosit	263%	150-450

l. Terapi

Tabel 3.4 Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
Infus RL	20lpm	IV
Cefotaxime	1gr 2x1	IV
Keterolak	30mg 2x1	IV

2. Analisa Data

Tabel 3. 5 Analisa Data

Data	Penyebab	Masalah
Ds: 1. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri terasa seperti disayat-sayat, nyeri terasa terus menerus Do: 1. Ku: lemah 2. Skala nyeri 6 3. Klien tampak meringis 4. Klien tampak gelisah 5. Klien mengeluh sulit tidur 6. TTV TD:135/98mmHg N:85x/menit RR: 24x/menit S: 36,5°C Spo2: 98%	Tindakan operasi sectio caesarea ↓ Insisi ↓ Terputusnya jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf ↓ Merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin	Nyeri Akut (D.0077)

Ds: 1. Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarganya karena klien merasa nyeri pada luka operasi 2. Klien mengatakan takut infeksi apabila klien melakukan pergerakan Do: 1. Ku: lemah 2. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarganya 3. Gerakan terbatas 4. ROM menurun 5. Kekuatan otot 4	Tindakan operasi sectio caesarea ↓ Insisi ↓ Terputusnya jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf ↓ Merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin ↓ Nyeri akut	Gg. Mobilitas fisik (D.0054)
Ds: 1. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi Do: 1. Terdapat luka jahitan operasi sectio caesarea pada abdomen yang ditutup oleh verban sepanjang ± 10cm 2. Leukosit: 18.6mm³	Tindakan operasi sectio caesarea ↓ Insisi ↓ Luka post op	Risiko infeksi (D.0014)

3. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik ditandai dengan:

Ds:

- a. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri terasa seperti disayat-sayat, nyeri terasa terus menerus

Do:

- a. Ku: lemah

- b. Skala nyeri 6
- c. Klien tampak meringis
- d. Klien tampak gelisah
- e. Klien mengeluh sulit tidur
- f. TTV

TD:135/98mmHg

N:85x/menit

RR: 24x/menit

S: 36,5°C

Spo2: 98%

2. Gg. Mobilitas fisik b.d nyeri ditandai dengan:

Ds:

- a. Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarganya karena klien merasa nyeri pada luka operasi
- b. Klien mengatakan takut infeksi apabila klien melakukan pergerakan

Do:

- a. Ku: lemah
- b. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarganya
- c. Gerakan terbatas
- d. ROM menurun

e. Kekuatan otot 4

3. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (terdapat luka post SC)

4. Intervensi, Impelementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Nyeri Akut (D.0077)	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun. Tingkat Nyeri (L.08066) Kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Mual menurun (5) 6. Muntah menurun (5) 7. Nafsu makan membaik (5) 8. Pola tidur	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor skala nyeri 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 7. Berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas dalam) 8. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 9. Fasilitas istirahat dan tidur Edukasi 10. Jelaskan strategi meredakan	1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri klien 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui penurunan skala nyeri 6. Untuk mengetahui apakah terapi yang diberikan efektif atau tidak 7. Relaksasi tarik nafas dalam berguna untuk menurunkan intensitas nyeri 8. Guna memberikan	02-05-2024 21.00 WIB 21.02 WIB 21.04 WIB 21.06 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital R: hasil pemeriksaan TD: 130/85mmHg N: 85x/menit RR: 24x/menit S: 36,5°C Spo2: 98% 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: klien mengatakan nyeri pada luka post op, nyeri terasa seperti disayat-sayat, nyeri terasa secara terus menerus 3. Mengidentifikasi skala nyeri R: hasil pemeriksaan skala nyeri 6 4. Mengidentifikasi	S: - Klien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri terasa seperti disayat-sayat, nyeri terasa secara terus menerus - Klien mengatakan nyeri terasa apabila melakukan pergerakan - Klien mengatakan akan mempraktikan tarik nafas dalam yang sudah diajarkan oleh perawat - Klien mengatakan tidur terganggu	Helsi

					21.22 WIB	istirahat dan tidur R: klien mengatakan tidur terganggu disebabkan nyeri luka operasi	- Diberikan obat keterolac 30mg via IV	
					21.24 WIB	9. Memonitor asupan nutrisi 10. Menjelaskan strategi meredakan nyeri R: klien mengatakan sudah mengerti bahwa Tarik nafas dalam dapat menurunkan nyeri 11. Menganjurkan monitor nyeri secara mandiri R: klien mengatakan akan melakukan tarik nafas dalam yang sudah diajarkan 10 Berkolaborasi Pemberian obat keterolac 10mg via IV R: klien mengatakan mau diberikan obat	A: masalah nyeri akut belum teratasi P:intervensi dilanjurkan	
2.	Gg. Mobilitas	Tujuan: setelah dilakukan tindakan	Dukungan mobilisasi (I.05173)	1. Untuk mengetahui adanya keluhan	02-05-2024 21.00 WIB	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau	S: - Klien	Helsi

						mengatakan akan melakukan mobilisasi secara bertahap 5. Mengajarkan mobilisasi dini secara bertahap	belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	
3.	Risiko infeksi (D.0014)	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam derajat infeksi menurun. Tingkat infeksi (L.14137) Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun	Mencegah Infeksi (I.14539) Observasi: 3. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: 4. Batasi pengunjung 5. Berikan perawatan luka 6. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi: 7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi: 9. Kolaborasi pemberian obat Cefotaxime 1gr 2x1	1. Untuk mengetahui apakah terjadi infeksi atau tidak pada luka pasien 2. Membatasi pengunjung untuk mengurangi terjadinya paparan infeksi pada klien 3. Perawatan luka membantu proses penyembuhan klien 4. Cuci tangan sebelum atau sesudah kontak dengan klien atau lingkungan klien dapat mengurangi terjadinya infeksi nosocomial 5. Untuk menambah pengetahuan klien tentang tanda dan gejala infeksi 6. Mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	02-05-2024 21.00 WIB 21.02 WIB 21.04 WIB 21. 00 WIB	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik R: hasil pemeriksaan kondisi verbal luka tampak bersih, klien tidak merasakan seperti tanda gejala gatal, panas, kemerahan, edema 2. Membatasi pengunjung R: pengunjung tampak terdapat hanya 2 orang saja 3. Memberikan perawatan luka R: tidak terdapat tanda dan gejala infeksi 4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien R: melakukan	S: - Klien mengatakan tidak merasakan tanda dan gejala seperti gatal dan panas - Klien mengatakan akan melakukan pembatasan pengunjung - Klien mengatakan akan menjaga kebersihan seperti mencuci tangan sebelum atau sesudah melakukan aktivitas, rutin mengganti baju - Klien mengatakan sudah mengerti tanda dan gejala infeksi pada luka	Helsi

							infeksi belum teratasi P:intervensi dilanjutkan	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3.7 Catatan Perkembangan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Catatan Perawat	Paraf
1.	Nyeri Akut (D.0077)	03-05-2024 Pukul 07.00 WIB	S: - Klien mengatakan nyeri masih terasa tapi sudah berkurang - Klien mengatakan tidur masih terganggu karena nyeri pada luka operasi - Klien mengatakan mual masih terasa akan tetapi hanya sesekali, makan habis ½ porsi O: - Ku: lemah - Klien tampak meringis - Skala nyeri 4 - Tanda-tanda vital TD: 125/80mmHg N: 87x/menit RR: 22x/menit S: 36,2°C Spo2: 96% - Klien masih mengalami tidur terjaga ditandai dengan klien masih sering menguap - Terjadi peningkatan nafsu makan, makan habis ½ porsi - Diberikan obat keterolac 30mg/ml via IV A: masalah teratasi sebagian P:intervensi 1,3,4,5,6, 7 dan 8dilanjutkan I: jam 07.00 WIB 1. Memonitor tanda-tanda vital R: klien mengatakan mau dilakukan pemantauan tanda-tanda vital 2. Memonitor skala nyeri R: klien mengatakan mau dilakukan pemantauan skala nyeri	Helsi

			3. Memonitor keberhasilan terapi nonfarmakologis yang diberikan R: klien mengatakan mau dilakukan pemantauan terapi yang sudah diberikan 4. Memonitor terapi tarik nafas dalam yang sudah diajarkan R: klien mengatakan mau dilakukan pemantauan terapi yang sudah diajarkan 5. Memfasilitasi istirahat dan tidur R: klien mengatakan tidur masih terganggu disebabkan nyeri luka operasi 6. Memonitor asupan nutrisi R: klien mengatakan mau dilakukan pemantauan asupan nutrisi 7. Berkolaborasi Pemberian obat keterolac 30mg/ml 2x1 R: klien mengatakan mau diberikan obat E: masalah nyeri akut teratasi sebagian ditandai dengan nyeri klien menurun	
2.	Gg. Mobilitas Fisik (D.0054)	03-05-2024 Pukul 07.00 WIB	S: - Klien mengatakan sudah mampu melakukan miring kanan kiri - Klien mengatakan akan melakukan mobilisasi dini secara bertahap O: - Klien tampak cemas pada saat melakukan pergerakan - Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarganya - Mobilisasi dini yang dilakukan setelah 12-24 jam operasi dilakukan yaitu duduk ditempat tidur dengan kaki menjuntai kebawah dan berpindah posisi dari tempat tidur ke bangku yang disediakan di samping tempat tidur klien dan melakukan latihan berjalan akan tetapi berjalan dilakukan masih dibantu oleh perawat A: masalah teratasi sebagian P: intervensi 1, 2, 3 dan 4 dilanjutkan I: jam 07. 00 WIB 1. Memonitor mobilisasi dini R: klien mengatakan mau dilakukan pemantauan mobilisasi dini 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R: keluarga sangat kooperatif dalam pemberian tindakan keperawatan 3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang akan dilakukan	Helsi

			R: klien mengatakan mau melakukan mobilisasi secara bertahap 4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini R: klien mengatakan akan melakukan mobilisasi secara bertahap E: masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian ditandai dengan adanya peningkatan mobilitas fisik seperti pasien mampu melakukan miring kanan kiri dan berpindah posisi dari tempat tidur ke bangku secara mandiri	
3.	Risiko infeksi (D.0014)	03-05-2024 Pukul 07.00 WIB	S: - Klien mengatakan tidak merasakan tanda dan gejala seperti gatal dan panas O: - Verban luka tampak bersih, tidak terdapat pembengkakan, kemerahan, rasa gatal, panas pada luka - Klien mengatakan nyeri pada luka operasi sudah berkurang - Diberikan obat cefotaxime 1gr 2x1 A: masalah teratasi sebagian P: intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan I: jam 07.00 WIB 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi R: klien mengatakan mau dilakukan pemantauan tanda dan gejala infeksi 2. Membatasi pengunjung R: klien mengatakan akan membatasi pengunjung yang datang 3. Melakukan perawatan luka R: klien mengatakan mau dilakukan perawatan luka 4. Berkolaborasi pemberian cefotaxime 1gr 2x1 R: klien mengatakan mau diberikan obat E: masalah risiko infeksi teratasi sebagian ditandai dengan tidak terdapat tanda gejala seperti kemerahan, edema, panas, gatal dan nyeri pada luka sudah menurun	Helsi
1.	Nyeri Akut (D.0077)	04-05-2024 Pukul 07.00 WIB	S: - Klien mengatakan nyeri terasa hanya sesekali saja - Klien mengatakan tidur terbangun hanya sesekali saja jika nyeri sedang	Helsi

			terasa - Klien mengatakan mual sudah tidak terasa, makan habis 1 porsi O: - Klien tampak lebih nyaman dan lebih rileks - Skala nyeri 2 - Tanda-tanda vital TD: 120/85mmHg N: 80x/menit RR: 20x/menit S: 36,5°C Spo2: 98% - Pola tidur klien sudah membaik, ditandai dengan klien tampak tidak sering menguap - Terjadi peningkatan asupan nutrisi, makan habis 1 porsi - Diberikan obat ketorolac 30mg/ml via IV A: masalah teratasi P: intervensi 1,2,3,4,5 dihentikan I:- E: masalah nyeri akut dapat teratasi ditandai dengan nyeri klien menurun, klien tampak lebih rilek dan nyaman, pola tidur klien membaik, nafsu makan meningkat dan tekanan darah menurun	
2.	Gg. Mobilitas Fisik (D.0054)	04-05-2024 Pukul 07.00 WIB	S: - Klien mengatakan sudah mampu melakukan berpindah posisi dari tempat tidur ke bangku dan berjalan disekitar tempat tidur secara mandiri O: - Tampak ada peningkatan dalam mobilisasi - Aktivitas personal <i>hygiene</i> dilakukan secara mandiri - Mobilisasi yang dilakukan setelah 24 jam operasi SC dilakukan yaitu latihan berjalan disekitar tempat tidur klien. - Klien tampak mampu berjalan disekitar tempat tidur klien A: masalah teratasi P: intervensi 1,2,3,4,5 dihentikan I:- E: masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi ditandai dengan nyeri	Helsi

			menurun, kelemahan fisik menurun, adanya peningkatan mobilitas fisik seperti klien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap dari melakukan pergerakan tangan dan kaki secara ditekuk dan diluruskan serta miring kanan kiri, lalu duduk ditempat tidur dengan kaki menjuntai kebawah serta berpindah posisi dari tempat tidur ke tempat duduk dan berjalan sekitar tempat tidur pasien secara mandiri	
3.	Risiko infeksi (D.0014)	04-05-2024 Pukul 07.00 WIB	S: - Klien mengatakan tidak merasakan tanda dan gejala seperti gatal dan panas - Klien mengatakan nyeri pada luka terasa hanya sesekali saja - Klien mengatakan akan menjaga kebersihan seperti mencuci tangan sebelum atau sesudah melakukan aktivitas, rutin mengganti baju O: - Verban luka tampak bersih, tidak terdapat pembengkakan, kemerahan, rasa gatal, panas pada luka - Klien mengatakan nyeri pada luka terasa hanya sesekali saja - Diberikan obat cefotacime 1gr 2x1 A: masalah teratasi P: intervensi 1,2,3,4,5 dihentikan I:- E: masalah risiko infeksi teratasi ditunjukkan dengan tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti rasa gatal, panas, edema, kemerahan dan nyeri pada luka sudah menurun	Helsi

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komperhensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual klien (Tampubolon, 2020).

Berdasarkan data hasil pengkajian pada tanggal 02 Mei 2024 yang dilakukan di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut pada Ny. A berusia 38 Tahun dengan diagnosa medis *post sectio caesarea* P3A0 atas indikasi ketuban pecah dini, didapatkan hasil pengkajian bahwa klien merasakan nyeri pada luka operasi, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri bertambah pada saat melakukan aktifitas dan berkurang saat istirahat, nyeri terasa secara terus menerus, skala nyeri 6 disertai dengan mual muntah, nafsu makan menurun, makan habis $\frac{1}{4}$ porsi, mulut terasa pahit, pusing, klien mengeluh tidur terganggu serta klien merasakan cemas untuk pergerakan karena disebabkan oleh nyeri pada luka operasi *sectio caesarea*. Hasil pengkajian ini sejalan dengan teori (Wahyuni, 2019), dampak yang dapat ditimbulkan dari persalinan SC terhadap kebutuhan dasar manusia yaitu 1). nyeri pada luka operasi sehingga dapat menimbulkan masalah gangguan mobilisasi fisik. Hal ini disebabkan

karena adanya rasa nyeri pada luka post op, sehingga pasien cenderung melakukan aktifitas secara tidak bebas, serta adanya kelemahan fisik yang disebabkan dampak anastesi, sehingga terjadinya penurunan tonus otot. 2). adanya penurunan nafsu makan diakibatkan mual muntah efek anastesi. 3). pasien post operasi akan mengalami gangguan pola tidur, hal ini disebabkan karena adanya rasa nyeri pada luka post op, sehingga pasien merasakan adanya kurangnya kenyamanan untuk beristirahat.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik didapatkan data, keadaan umum klien lemah, kesadaran compos mentis (GCS E4 M;6 V:5), tekanan darah 130/85mmHg, Nadi 85x/menit, respirasi 24x/menit, Suhu 36,5°C, SpO2 98%, terdapat luka post *sectio caesarea* dengan panjang ± 10 cm, terdapat nyeri tekan disekitar area luka, terdapat penurunan kekuatan otot serta ROM terbatas. Nyeri pasca operasi diakibatkan diskontinuitas jaringan atau luka operasi akibat insisi pembedahan serta akibat posisi yang dipertahankan selama prosedur pasca operasi. Nyeri setelah pembedahan merupakan hal yang fisiologis, sensasi nyeri diawali ketika klien belum sadar secara penuh dan akan meningkat diikuti hilangnya efek anastesi. Nyeri akut yang dialami oleh pasien akan menyebabkan stress dan kecemasan mengakibatkan pasien memiliki gangguan tidur, kehilangan nafsu makan dan ekspresi wajah akan terlihat tegang disertai dengan tanda dan gejala terjadinya peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung dan rintihan nyeri yang

digunakan sebagai indikator nyeri Saputra et al., (2023). Selain itu dampak dari dilakukannya tindakan SC seperti infeksi *post partum* yang menyebabkan adanya perkembangbiakan proses infeksi yang terjadi bekas tindakan SC atau pengeluaran lochea, hal ini menjadi faktor resiko dari perkembangan infeksi (Rahmawati & Nada, 2023).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok atau masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari pasien, keluarga, rekam medik dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya c

Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan pada umumnya meliputi tiga komponen yaitu komponen problem, etiologi dan symptom atau dikenal sebagai batasan karakteristik. Maka diagnose keperawatan yang muncul pada klien yaitu sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post sectio caesarea*) (D.0077)

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan data yang sesuai SDKI ditemukan data mayor dan data minor, klien mengeluh nyeri pada luka

operasi, nyeri terasa seperti disayat-sayat, skala nyeri 6, nyeri terasa secara terus menerus, tampak meringis, tampak gelisah, sulit tidur, nafsu makan menurun, tekanan darah 130/85 mmHg. Nyeri merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan beritensesis ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Pembedahan sectio caesarea merupakan tindakan insisi pada dinding yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini akan menstimulus reseptor nyeri seperti serotonin, histamine, ion kalium, bradykinin dan prostaglandin yang mengakibatkan adanya respon nyeri.

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

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan data yang sesuai SDKI ditemukan data mayor dan data minor, klien mengeluh nyeri pada saat melakukan pergerakan tubuhnya, merasa cemas saat bergerak, kekuatan otot menurun 4, ROM menurun dan keadaan umum klien lemah. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Luka post operasi yang cukup besar pada dinding perut dan rahim akibat pembedahan SC

menyebabkan ibu merasa khawatir dan takut untuk melakukan pergerakan. Nyeri yang diakibatkan oleh luka bekas operasi menyebabkan ibu cenderung lebih memilih untuk berbaring saja dan tidak mau menggerakkan badannya Solekhuudin et al., (2023).

- c. Risiko infeksi ditandai dengan adanya luka post operasi *sectio caesarea* (D.0014)

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan terdapat luka operasi *sectio caesarea* sepanjang ± 10 cm, klien mengeluh nyeri pada luka operasi dan hasil laboratorium didapatkan leukosit $18,600/\text{mm}^3$. Berdasarkan (SDKI, 2017) untuk menegakkan diagnosa risiko infeksi terdapat faktor risiko yaitu efek prosedur invasive dan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Data yang ditemukan pada kasus ini yaitu terdapat luka operasi *sectio caesarea* sepanjang ± 10 cm, klien mengeluh nyeri pada luka operasi dan hasil laboratorium didapatkan leukosit $18,600/\text{mm}^3$. Terkait dengan teori dan hasil data yang ada menunjukkan menegakkan diagnose risiko infeksi diangkat menjadi diagnose keperawatan pada klien.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk

mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post op sectio caesarea*) (D.0077)

Berdasarkan data pengkajian didapatkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post op sectio caesarea*) dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri pada luka operasi (D.0077) maka intervensi yang akan dilakukan yaitu manajemen nyeri (I.08238). Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome). Adapun luaran yang digunakan yaitu tingkat nyeri (L.08066) kriteria hasil meliputi keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, mual muntah menurun, nafsu makan membaik dan pola tidur membaik.

Maka intervensi yang dilakukan yaitu monitor tanda-tanda vital, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi dan monitor skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan dan mengajarkan terapi tarik nafas dalam, monitor keberhasilan terapi yang diberikan, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan

strategi meredakan nyeri, anjurkan monitor nyeri secara mandiri dan kolaborasi pemberian obat keterolac 30mg/ml 2x1.

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

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan masalah gangguan fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan klien merasakan nyeri pada saat melakukan pergerakan (D.0054). Maka intervensi yang dilakukan yaitu dukungan mobilisasi (I.05173). Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome). Adapun luaran yang digunakan yaitu mobilitas fisik (L.05042) kriteria hasil meliputi nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun dan kelemahan fisik menurun.

Maka intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Ajarkan mobilisasi dini secara bertahap, 6-8 jam setelah operasi melakukan pergerakan seperti menggerakkan tangan dan kaki secara ditekuk dan diluruskan dan miring kanan kiri, 12-24 jam berikutnya melakukan pergerakan duduk di tempat tidur dengan kaki menjuntai kebawah serta berpindah posisi dari duduk ditempat tidur ke bangku,

setelah 24 jam operasi melakukan pergerakan dengan latihan berjalan, anjurkan melakukan mobilisasi dini.

c. Risiko infeksi (D.0014)

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan masalah risiko infeksi dibuktikan dengan adanya luka operasi sectio caesarea sepanjang $\pm 10\text{cm}$ (D.0014). Maka intervensi yang dilakukan yaitu mencegah infeksi (I.14539). Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome). Adapun luaran yang digunakan yaitu tingkat infeksi (L.14137) kriteria hasil meliputi keluhan nyeri menurun

Maka intervensi yang dilakukan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi pengunjung, berikan perawatan luka, cuci tangan sebelum atau sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein dan kolaborasi pemberian obat cefotaxime 1gr 2x1.

4. Implementasi dan evaluasi

Implementasi keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan,

yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Tampubolon, 2020). Penulis mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan kriteria hasil, kemudian implementasi yang diberikan berupa tindakan keperawatan sesuai intervensi yaitu sebagai berikut:

a. Nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik (D.0077)

Implementasi yang dilakukan yaitu memonitor tanda-tanda vital, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil klien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri terasa seperti disayat-sayat, nyeri terasa secara terus menerus, skala nyeri 6, mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil klien tampak meringis dan gelisah, mengidentifikasi faktor yang memperburuk dan memperringan nyeri dengan hasil nyeri klien bertambah pada saat melakukan aktivitas dan nyeri berkurang pada saat klien beristirahat, memberikan dan mengajarkan terapi tarik nafas dalam dengan hasil terapi tarik nafas dalam dilakukan dengan secara berulang 5 siklus selama $\pm$ 10-15 menit dengan periode istirahat 2 menit (1 siklus sama dengan 1 kali proses mulai dari tarik nafas, tahan dan hembuskan) dilakukan secara berulang selama 3 hari, memonitor keberhasilan terapi yang diberikan dengan hasil nyeri berkurang secara bertahap skala nyeri pada hari pertama 6 skala nyeri pada hari kedua 4

skala nyeri pada hari ketiga 1, memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pada hari pertama klien mengalami tidur terganggu pada hari kedua tidur klien masih sering terbangun dan pada hari ketiga klien tidur terbangun hanya sesekali saja apabila nyeri sedang terasa, menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan hasil klien sudah memahami penkes yang sudah diberikan mengenai strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri dengan hasil klien mampu melakukan memonitor nyeri secara mandiri dan berkolaborasi pemberian obat keterolac 30mg 2x1 dengan hasil klien kooperatif dalam pemberian tindakan keperawatan.

Terapi relaksasi tarik nafas dalam berguna untuk menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme dengan merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasolidatasi pembuluh darah akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemic. Teknik relaksasi napas dalam mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opiod endogen yaitu endorphin dan enkefalin Nurfadillah et al., (2023).

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

Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain dengan hasil klien mengatakan nyeri pada luka

post operasi pada saat melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil keluarga tampak kooperatif dalam memberikan tidakan keperawatan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan hasil klien sudah mengetahui tujuan dilakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi dini secara bertahap, 6-8 jam setelah operasi melakukan pergerakan seperti menggerakkan tangan dan kaki secara ditekuk dan diluruskan dan miring kanan kiri, 12-24 jam berikutnya melakukan pergerakan duduk di tempat tidur dengan kaki menjuntai kebawah serta berpindah posisi dari duduk ditempat tidur ke bangku, setelah 24 jam operasi melakukan pergerakan dengan latihan berjalan dan menganjurkan melakukan mobilisasi dini dengan hasil klien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap

Mobilisasi suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan aktivitas atau kegiatan seseorang untuk bergerak dengan bebas dalam mempercepat pemulihan pasca bedah. Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal ini untuk mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara mengajarkan klien untuk mempertahankan fungsi fisiologi. Mobilisasi dini yang dilakukan secara bertahap sangat berguna untuk proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi serta thrombosis vena. Bila terlalu dini melakukan mobilisasi dapat mempengaruhi penyembuhan luka

operasi, sehingga mobilisasi secara teratur dan bertahap yang diikuti dengan latihan adalah hal yang paling dianjurkan Rangkuti et al., (2023).

c. Risiko infeksi (D.0014)

Implementasi yang dilakukan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil klien tidak mengalami tanda dan gejala infeksi seperti klien tidak merasakan gatal, panas, luka tidak tampak kemerahan atau edema, nyeri sudah berkurang secara bertahap, membatasi pengunjung dengan hasil pengunjung hanya 1-2 orang saja setiap harinya, memberikan perawatan luka dengan hasil luka tampak tidak terjadinya tanda-tanda infeksi, mencuci tangan sebelum atau sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan hasil perawat atau klien rutin melakukan mencuci tangan sebelum atau sesudah melakukan aktivitas, menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil klien dan keluarga sudah memahami tanda dan gejala infeksi, menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein dengan hasil klien tidak mengkonsumsi makanan secara sembarangan dan klien mengkonsumsi makanan hanya yang diberikan

dari pihak rumah sakit dan berkolaborasi pemberian obat cefotaxime 1gr 2x1 dengan hasil klien selalu kooperatif dalam pemberian tindakan keperawatan.

Perawatan luka adalah perawatan luka yang bertujuan untuk meningkatkan proses penyembuhan jaringan dan mencegah terjadinya infeksi. Fokus utama penyembuhan luka adalah menghilangkan semua hematoma dan seroma serta mengobati infeksi. Perawatan yang dilakukan seperti pembersihan luka dan menutup memakai balutan pada area luka serta mendukung proses yang menjadi faktor terjadinya infeksi pada luka operasi pasca *sectio caesarea* adalah status gizi dan perawatan luka. Memberikan perawatan sesuai SOP untuk memberikan pelayanan bedah yang aman kepada pasien meminimalkan kemungkinan terjadinya infeksi pada luka Andriani et al., (2023).

5. Catatan perkembangan

Catatan perkembangan atau evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan secara terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respon klien terhadap

tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan dengan membandingkan respon klien dengan kriteria hasil (Tampubolon, 2020).

Berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3x24 jam nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dapat teratasi dengan dibuktikan nyeri klien menurun, skala nyeri 5, klien tampak lebih nyaman dan rileks, klien mengatakan tidur terbangun hanya sesekali saja, mual muntah menurun, makan habis 1 porsi.

Pengelolaan asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3x24 jam gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dapat teratasi dibuktikan dengan klien nyeri berkurang pada saat melakukan pergerakan, klien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap dimana pada hari pertama klien mampu melakukan menggerakkan tangan dan kaki secara ditekuk atau diluruskan serta miring kanan kiri, pada hari kedua klien mampu berpindah posisi dari duduk ditempat tidur lalu pindah ke kursi dan berjalan disekitar lingkungan tempat tidur.

Pengelolaan asuhan keperawatan yang dilakukan secara 3x24 jam risiko infeksi dapat teratasi dibuktikan dengan tidak terjadi tanda dan gejala infeksi seperti klien tidak merasakan gatal dan panas pada area luka serta luka tampak tidak terjadi pembekakan dan nyeri pada luka sudah berkurang.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan terhadap Ny. A dengan *post sectio caesarea* pada tanggal 02-03 Mei 2024, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu menentukan intervensi keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.
6. Penulis mampu mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. A P3A0 *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* serta dapat mengembangkan intervensi keperawatan pada pasien *sectio caesarea* terkait manajemen nyeri: terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas dalam), tahapan mobilisasi dini pada pasien post SC dan pencegahan infeksi.

2. Bagi Perawat

Diharapkan hasil studi pendahuluan ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* salah satunya dalam mengatasi intensitas nyeri selain terapi farmakologi ternyata terdapat salah satu terapi nonfarmakologi yang dapat mengatasi nyeri akut yaitu relaksasi tarik

nafas dalam, selain itu perawatan yang dapat dilakukan pada pasien *sectio caesarea* yaitu perawat mampu memberikan perawatan luka yang sesuai dengan standar operasional guna mencegah terjadinya risiko infeksi pada luka pasien *sectio caesarea* serta melakukan mobilitas fisik secara bertahap guna mempertahankan fungsi tubuh pasien, memperlancarkan peredaran darah sehingga mempercepat proses penyembuhan luka pasien.

3. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan mampu mengoptimalkan fasilitas-fasilitas dalam memberikan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien *post sectio caesarea* guna memberikan kenyamanan pada pasien sehingga dapat membantu proses penyembuhan bagi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alisa, P., Dhiya, M & Melisya, J. (2024). Ketuban Pecah Dini, *The Journal Health Of Science*, Vol.1, No.1.
- Andriani, R., Isyos, S. S., Ernawati, N., Titin, S & Elnia. (2023). Hubungan Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Perawatan Luka Post SC Dengan Kejadian Infeksi Luka SC Di Desa Multatuli Kec. Natal Kab. Mandailing Natal Tahun 2023, *Medical Laboratory Journal*, Vol.1, No.4.
- Awi, T., Darmawati & Dewi, H. (2022) Asuhan Keperawatan Pre Dan Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) Dan Sindrom HELLP, *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Keperawatan*, Vol.1 No.4.
- Balqis, G. M & Ira, S. (2023). Penerapan *foot & Hand Massage* Asuhan Keperawatan *Post Partum Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini, *Buletin Kesehatan*, Vol.7, No.1.
- Dewi, R. S., Fitri, A & Elvira, H. (2020). Hubungan Paritas Dan Anemia Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Di RSUD Bangkinang Tahun 2018, *Jurnal kesehatan Tambusai*, Vol.1, No.2.
- Handiani, D. (2021). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Dirumah Sakit, *Jurnal Ilmu Kesehatan Karya Bunda Husada*, Vol. 7, No.1.
- Hardiyanti, R. (2020). Penggunaan Antibiotik Profilaksis Pada Pasien *Sectio Caesarea*, *Jurnal Stikes SitiHajar*, Vol.2, No.1.
- Herselowati. (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Universitas Ipwija.
- Melisa, S. (2021). Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini, *Jurnal Medika Hutama*, Vol.3 No.1.
- Nurfadillah, I., Ida, P & J. J. (2023). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea 24 Jam Pertama, *Maternal And Child Health Journal*, Vol.1, No.1.
- Oktamia, D & Agustina. (2022).Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Risiko Infeksi Pada Luka Operasi Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi, *Jurnal Persada Husada Indonesia*, Vol.9, No.33.
- Puspita, F. D., Kiki, N & Annisa, F. R. (2021). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin Di BPM Sri Puspa Kencana, *Journal Of Midwifery Care*, Vol.02, No.01.

- Qoyimmah, A. U. (2021). Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir Di RSUI PKU Muhammadiyah Delangu, *Jurnal Ilmu Kebidanan*, Vol. 11, No. 1.
- Rangkuti, N. A., Yunella, Z., Novia, S. R., Mei, A. H & Ali, S. (2023). Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea Dengan Proses Penyembuhan Luka Operasi Di RSUD Pandan, *Jurnal Ilmu Kesehatan*, Vol.11, No.1.
- Rahmawati, A. R & Nada, N. (2023). Studi Kasus Deskriptif Asuhan Keperawatan Post Partum Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD), *Jurnal Keperawatan*, Vol. 7, No.1.
- Ridlo, A & Himatu, K. (2024). Study Kasus Patologis Pada Ny. J Umur 40 Tahun G4P2A1 Dengan Persalinan Spontan Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) Di RSUD Brebes, *Jurnal Siti Rufaidah*, Vol.2, No.1.
- Saputra, Y., Tri, S & Suci K. (2023). Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Tingkat Nyeri Post Operatif Sectio Caesarea Teknik Anestesi Spinal, *Jurnal Kesehatan, Kebidanan dan Keperawatan*, Vol.16, No.2.
- Siagian, L., Mika, A & Gaidha, K. P. (2023). Hubungan Antara Letak Janin, Preeklamsia, Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Sectio Caesarea Di RS Yadika Kebayoran Lama Tahun 2021, *Jurnal Riset Ilmiah*, Vol. 2, No.4.
- Sitorus, S. (2016). *Buku Saku Persalinan*. Jakarta: EGC
- Tambulon, K, N.(2020).Tahap-tahap Proses Keperawatan Dalam Pengoptimalan Asuhan Keperawatan, *Jurnal OSF Preprints*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Keperawatan Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Wahyuni, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. Sleman: CV Budi Utama.
- Wijaya, W., Tety, O. L & Devi, Y. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas*. Jawa Tengah: PT Nasya Expanding Management.
- Zamilah, R., Nani, A & Ari, W. (2020). Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) Pada Ibu Bersalin Di RS. Betha Medika, *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, Vol.10, No.2.

Lampiran 1. Satuan Acara Penyuluhan Mobilisasi Dini *Post Sectio Caesarea*

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
MOBILISASI DINI POST SECTIO CAESAREA**

Waktu : 20 menit
Tanggal : 03 April 2024
Tempat : Di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut
Sasaran : Ny. A dan keluarga
Pemateri : Helsi Fitriani

A. Tujuan

1. Tujuan Umum (TU)

Pendidikan kesehatan ini bertujuan agar klien dan keluarga mampu memahami atau menambah pengetahuan tentang mobilisasi dini.

2. Tujuan Khusus (TK)

Setelah penyuluhan diberikan kepada masyarakat dapat memahami :

- 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

B. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

C. Media Penyuluhan

- Leaflet

D. Kegiatan Penyuluhan

No.	Tahap kegiatan	Kegiatan	Waktu
1.	Pembukaan	- Memberi salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan penyuluhan - Kontrak waktu	5 menit
2.	Pelaksanaan	- 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
3.	Penutup	- Memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya - Menanyakan kembali kepada audien tentang materi yang sudah disampaikan - Memberi salam penutup	5 menit

E. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur

Ny. A dan keluarga ikut dalam penyuluhan yang dilakukan

2. Evaluasi Proses

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

3. Evaluasi Hasil

- Peserta mampu mengetahui tentang mobilisasi dini
- 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.

Lampiran 2. Materi Penyuluhan

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Menurut Brunner (2017), mobilisasi setelah operasi adalah proses aktifitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar.

Mobilisasi mengacu pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan imobilisasi mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas.

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 dalam Mobilisasi

Menurut Fitriyahsari (2015), 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 Sectio Caesarea* (SC) Menurut Sukarni (2017), yaitu:

1. Membantu jalannya penyembuhan ibu yang melakukan operasi *Sectio Caesarea*
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.
6. pasien merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation:
 - a. 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

Menurut Margareth (2017) ibu post sectio caesarea yang tidak melakukan mobilisasi dini akan menyebabkan sebagai berikut:

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. Tahap-tahap Mobilisasi dini

Menurut Kasdu (2014) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap, berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini pada ibu post operasi *section caesarea* sebagai berikut :

1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca 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 menekut dan menggeser kaki
2. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan trombo emboli apabila tubuh semakin kuat, tekuk kedua kaki lalu luruskan ulangi semampunya.
3. Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk tegak, tahan tubuh dengan kedua tangan, geserkan kaki ke pinggir tempat tidur kemudian turunkan kaki hingga menjuntai selama beberapa saat.
4. Setelah ibu dapat duduk, perlahan-lahan 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.

DAFTAR PUSTAKA

- Bruner & Suddarth, 2017. Keperawatan Medikal Bedah. Vol 1. Jakarta : EGC.
- Kasdu, 2014. Operasi *Caesarea* Masalah dan Solusinya. Jakarta: Puspa Sehat Kapeti,
2014. Mobilisasi Pada Pasien Post Op. Jakarta: MNH

Lampiran 3. Leaf Let

MOBILISASI POST SC

Mobilisasi mengacu pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan imobilisasi mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas

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.

MANFAAT

- Membantu jalannya penyembuhan ibu yang melakukan operasi Sectio Caesarea
- 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, pernapasan, peristaltic, maupun berkemih.
- pasien merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation

KERUGIAN TIDAK MELAKUKAN MOBILISASI SC

- Peningkatan suhu tubuh
- Perdarahan yang abnormal
- Involusi uterus yang tidak baik

RENTANG GERAK MOBILISASI

- Rentang gerak pasif
- Rentang gerak aktif
- Rentang gerak fungsional

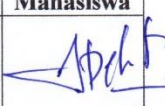
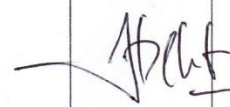
TAHAPAN MOBILISASI

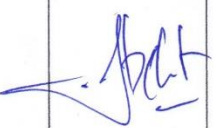
- Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca operasi sectio caesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekut dan menggeser kaki
- Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan trombo emboli apabila tubuh semakin kuat, tekuk kedua kaki lalu luruskan ulangi semampunya.
- Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk tegak, tahan tubuh dengan kedua tangan, geserkan kaki ke pinggir tempat tidur kemudian turunkan kaki hingga menjuntai selama beberapa saat.
- 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.

Lampiran 4. Format Bimbingan

FORMAT BIMBINGAN

Nama : Helsi Fitriani
 NIM : KHGA21022
 Pembimbing : K. Dewi Budiarti, M. Kep.
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan G3P2 AO *Post Sectio Caesarea* Atas indikasi ketuban pecah dini (kpd) Di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut

No	Hari Tanggal	Materi Yang Diajukan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1	13-6-2024	Bab I	- judul - alang nunggu latah belalang jangan nempel		
2	14-6-2024	Bab I	- Tambahkan data kejadian SC - Peta buang perawatan post partum gunk ke post SC		
3	14-6-2024				

No	Hari Tanggal	Materi Yang Diajukan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
4	21-6-24	Bab I Bab II	ACC - Perbaiki penomoran - Susunan mudal - Definisi		
5		Bab II	- Intervensi - Susunan tema & keri - Pengkajian tipe sesuai diastup 79 Atas & suruh		
6		Bab II	- Atkop sesuai SPKI, SLKI & SIKI - Perbaiki pemfis		
7	5-6-2024	Bab II	- Perbaiki penomoran penulisan - Pemfis - lanjut Bab III		

Lampiran 5. Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS DIRI

Nama : Helsi Fitriani

Tempat, tanggal lahir : Garut, 03 Desember 2002

Jenis Kelamis : Perempuan

Alamat : Kp Sleketan, Des Toblong, Kec Peundeuy, Kab Garut

B. PENDIDIKAN

1. SDN Toblong 4
2. SMP Al Fauzaniyyah
3. SMA Ma'arif Peundeuy
4. STIKes Karsa Husada Garut (2021-2024)