

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.I (P₅A₁) *POST SECTIO CAESAREA*
POD 0 ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA MARGINALIS DI RUANG
AGATE BAWAH RSU dr.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

SALWA FARISA

KHGA.22137



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.I (P₅A₁) *POST
SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI PLASENTA
PREVIA MARGINALIS DI RUANG AGATE BAWAH
RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : SALWA FARISA

NIM : KHGA22137

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan

Dihadapan Penelaah Program Studi D III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.I (P₅A₁) 8 JAM
POST *SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI PLASENTA
PREVIA MARGINALIS DI RUANG AGATE BAWAH
RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : SALWA FARISA

NIM : KHGA22137

Garut, Juli 2025
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

K. Dewi Budiarti, M.Kep

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

Mengetahui,

Mengesahkan,

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

ABSTRAK

IV BAB, 136 Halaman, 10 Tabel, 1 Bagan, 4 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan keperawatan pada Ny.I (P₅A₁) *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi plasenta previa marginalis di Ruang Agate bawah RSUD dr. Slamet Garut”. Kasus ini di latar belakang dengan tinggi nya angka kematian ibu termasuk salah satu penyebabnya plasenta previa. Berdasarkan data dari RSUD dr. Slamet periode januari – April 2025 tercatat 2 kasus plasenta previa marginalis meskipun langka namun kasus ini tetap memiliki resiko yang tinggi. Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.I secara langsung dan komprehensif dengan pendekatan keperawatan meliputi biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Diagnosa yang muncul pada kasus Ny.I yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif. Asuhan keperawatan diberikan kepada pasien *post sectio caesarea* dengan fokus pada penanganan nyeri, risiko infeksi, gangguan mobilitas, defisit perawatan diri dan menyusui tidak efektif. Tindakan keperawatan dilaksanakan sesuai standar dan dievaluasi secara menyeluruh, dengan hasil 3 masalah teratasi 2 masalah teratasi Sebagian. Kesimpulannya Penulis mampu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi, dan mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. I *post sectio caesarea* secara komprehensif dan sesuai prioritas masalah.Rekomendasi ditujukan kepada institusi pendidikan, rumah sakit, perawat, dan keluarga untuk mendukung proses penyembuhan secara optimal.

Kata kunci : Post Sectio Caesarea, Plasenta Previa Marginalis
Daftar Pustaka : 35 buah (2015 – 2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah curah kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya tulis ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada Ny.I (P₅A₁) *Post Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Plasenta Previa Marginalis Di Ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut”. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di Kampus STIKes Karsa Husada Garut. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada

1. Bapak Dr. H. Hadiat MA selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku ketua program studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si., selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu, memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan

penyuh kesabaran, perhatian, dan tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.

5. Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga dan mendidik penulis selama 3 tahun.
6. Kepala ruangan beserta staf ruangan dan CI di Ruang Agate Bawah di RSUD dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan dalam melakukan asuhan keperawatan
7. Kepada klien Ny.I beserta keluarga yang telah bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Kepada orang tua saya tercinta yang selalu memberikan do'a, dukungan materi, perhatian, kasih sayang dan motivasi yang tiada henti, sehingga penulis mampu menyelesaikan studi ini.
9. Kepada kakak dan kakak ipar tercinta terimakasih atas segala dukungan, doa, dan perhatian yang telah diberikan selama menjalani proses perkuliahan. Dukungan moril maupun materiil yang kalian berikan menjadi salah satu pendorong semangat bagi saya untuk terus belajar dan menyelesaikan studi ini dengan baik. Semoga segala kebaikan yang kalian berikan mendapat balasan terbaik.
10. Teruntuk teman- teman 3C D3 Keperawatan terutama Ulfah Aulia Rahmayanti, Herlina Nursakinah, Lia Aprillia, Windi Yuliani, Winda Widyawati, Muthia Nursalsabila yang telah memberikan dukungan dalam proses pembuatan karya tulis ini.

11. Kepada seseorang yang sangat berarti dalam perjalanan ini, yaitu pemilik inisial nama BKA, yang telah hadir di penghujung masa perkuliahan penulis, kehadiran, dukungan, serta semangat yang diberikan menjadi sumber kekuatan dan motivasi tersendiri di saat-saat penting dalam menyelesaikan studi ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian karya tulis ini.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini. Semoga kebaikan, bimbingan, dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT, Aamiin.

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. TUJUAN PENULISAN.....	6
C. METODE DAN TEKNIK PENGUMPULAN DATA	8
D. SISTEMATIKA PENULISAN	9
BAB II TINJAUAN TEORITIS	10
A. Konsep Dasar Plasenta Previa	10
1. Definisi Plasenta Previa.....	10
2. Jenis – jenis Plasenta Previa	11
3. Etiologi Plasenta Previa.....	12
4. Patofisiologi Plasenta Previa	13
5. Tanda gejala plasenta previa.....	14
6. Komplikasi Plasenta Previa	14
7. Penatalaksanaan plasenta previa.....	15
B. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	17
1. Definisi <i>Sectio Caesarea</i>	17
2. Etiologi <i>Sectio Caesarea</i>	18
3. Patofisiologi <i>Sectio Caesarea</i>	18
4. Pathway	20
5. Manifestasi Klinis <i>Sectio Caesarea</i>	21
6. Komplikasi <i>Post Sectio Caesarea</i>	21

7. Klasifikasi <i>Sectio Caesarea</i>	22
8. Penatalaksanaan medis	23
9. Dampak <i>sectio caesarea</i> terhadap pemenuhan KDM	25
C. Konsep Dasar Post Partum	27
1. Definisi Post Partum.....	27
2. Patofisiologi.....	28
3. Tahapan Post Partum	29
4. Manifestasi Klinis.....	30
5. Komplikasi	31
6. Adaptasi Fisiologis Ibu Post Partum	34
7. Adaptasi Psikologis Ibu Post Partum.....	40
D. Konsep Asuhan Keperawatan.....	41
1. Pengkajian	41
2. Analisa Data.....	60
3. Diagnosa Keperawatan.....	62
4. Perencanaan Keperawatan.....	64
5. Implementasi.....	73
6. Evaluasi	73
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	74
A. Tinjauan Kasus	74
1. Pengkajian	74
2. Analisa data	87
3. Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas	90
4. Proses Keperawatan.....	93
5. Catatan perkembangan	112
B. Pembahasan.....	120
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	132
A. KESIMPULAN	132
B. REKOMENDASI	133
DAFTAR PUSTAKA.....	135

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Perbandingan Kejadian Kasus SC atas Indikasi Plasenta	5
Tabel 2. 1Analisa Data	60
Tabel 2. 2 perencanaan keperawatan	64
Tabel 3. 1 Riwayat kehamilan dan persalinan lalu	77
Tabel 3. 2 Pola aktivitas sehari hari	85
Tabel 3. 3 data penunjang	86
Tabel 3. 4 Terapi Medis	87
Tabel 3. 5 Analisa Data	87
Tabel 3. 6 proses keperawatan	93
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan.....	112

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway <i>Post SC</i> atas Indikasi Plasenta Previa	21
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I SAP Mobilisasi dini dan nutrisi post *sectio caesarea*

Lampiran II Leaflet Mobilisasi dini dan nutrisi post *sectio caesarea*

Lampiran III Lembar Bimbingan

Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Angka Kematian Ibu (AKI) masih tergolong sangat tinggi. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2020), setiap harinya sekitar 810 wanita di seluruh dunia meninggal akibat komplikasi yang terkait dengan kehamilan dan persalinan. AKI di negara berkembang tercatat mencapai 462 per 100.000 kelahiran hidup (KH), jauh lebih tinggi dibandingkan dengan negara maju yang hanya sekitar 11 per 100.000 kelahiran hidup. WHO juga melaporkan bahwa dalam konteks pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs), secara global sekitar 830 wanita meninggal setiap hari akibat komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Tingkat AKI secara global dilaporkan sebesar 216 per 100.000 kelahiran hidup, dengan sekitar 99% kematian ibu terjadi di negara-negara berkembang dan disebabkan oleh masalah terkait kehamilan, persalinan, atau kelahiran (Ai, Daris, & Dita, 2021). Berdasarkan data dari sistem *Maternal Perinatal Death Notification* (MPDN) yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2023 tercatat sebanyak 4.129 kasus. Jumlah ini menunjukkan adanya peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya, yakni sebanyak 4.005 kasus kematian ibu pada tahun 2022. Kenaikan ini menjadi sorotan penting karena mencerminkan bahwa Indonesia masih menghadapi tantangan besar dalam menurunkan AKI secara signifikan.

Hal ini juga tercermin pada data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2021, tercatat bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Jawa Barat mencapai 1.188 kasus. Kabupaten Karawang menjadi daerah dengan jumlah kematian ibu tertinggi, yaitu sebanyak 117 kasus. Jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya, yakni tahun 2020, di mana tercatat sebanyak 745 kasus kematian ibu, maka pada tahun 2021 terjadi peningkatan sebesar 443 kasus. Peningkatan signifikan ini sebagian besar disebabkan oleh pandemi COVID-19, yang berkontribusi terhadap sekitar 40% dari total kematian ibu di tahun tersebut. Lebih lanjut, data juga menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang meninggal berada dalam rentang usia 20-35 tahun, sementara sisanya terjadi pada ibu berusia di atas 35 tahun, dengan persentase sebanyak 36% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2021). Sedangkan berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Garut tahun 2023, tercatat sebanyak 60 kasus kematian ibu yang terjadi selama masa kehamilan, persalinan, maupun pasca persalinan. Angka ini tergolong tinggi untuk satu wilayah kabupaten, dan menjadi perhatian serius bagi pemerintah daerah karena sebagian besar penyebab kematian ibu dapat dicegah melalui deteksi dini, pelayanan kesehatan yang tepat waktu, serta sistem rujukan yang responsif.

Berbagai faktor penyebab kematian ibu selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas menunjukkan bahwa komplikasi obstetri masih menjadi penyebab utama. Salah satu komplikasi yang sering menimbulkan risiko serius bagi ibu dan janin adalah plasenta previa, Plasenta Previa

merupakan komplikasi dan memiliki potensi serius di mana letak plasenta berada di dalam segmen bawah rahim, sehingga menciptakan penyumbatan leher rahim yang membuat persalinan menjadi sulit (Ramadhan, 2022). Salah satu jenisnya adalah plasenta previa marginalis, yaitu ketika tepi plasenta berada di dekat ostium uteri internum tetapi tidak menutupinya secara keseluruhan. Meskipun tidak separah plasenta previa totalis, kondisi ini tetap memiliki potensi menyebabkan komplikasi serius bagi ibu dan janin. Dampak utama dari plasenta previa marginalis adalah perdarahan antepartum tanpa disertai rasa nyeri, yang dapat terjadi secara tiba-tiba dan berulang, terutama pada trimester ketiga. Perdarahan ini dapat menyebabkan anemia pada ibu, meningkatkan risiko persalinan prematur, dan mengganggu pertumbuhan janin dalam kandungan. Selain itu, kondisi ini seringkali menyebabkan ketidakstabilan kehamilan, sehingga ibu memerlukan perawatan rumah sakit yang lebih intensif, baik secara observasi maupun tindakan persalinan darurat.

Dalam kasus plasenta previa marginalis, penanganan persalinan menjadi tantangan tersendiri, Jalan lahir yang terganggu dan potensi perdarahan hebat sering kali membuat persalinan pervaginam menjadi tidak aman, terutama jika posisi plasenta sangat dekat dengan serviks atau jika terjadi perdarahan yang sulit dikendalikan. Oleh karena itu, *sectio caesarea* (SC) sering kali menjadi pilihan utama, Operasi *sectio caesarea* merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan dengan cara membuat sayatan pada dinding perut dan rahim ibu guna mengeluarkan janin. Prosedur ini

dilakukan atas dasar pertimbangan medis yang berkaitan dengan kondisi ibu, janin, atau keduanya, dengan tujuan utama untuk mencegah risiko yang dapat membahayakan keselamatan jiwa ibu maupun bayi (Suleman, D. M., et al., 2021), termasuk dalam penatalaksanaan plasenta previa, khususnya jenis marginalis, guna menghindari risiko komplikasi dan memastikan keselamatan ibu dan bayi.

Sectio caesarea (SC) merupakan tindakan operatif dalam bidang obstetri yang dilakukan sebagai alternatif persalinan pervaginam apabila terdapat kondisi yang membahayakan ibu maupun janin. Dalam praktik klinis, indikasi SC sangat beragam, mulai dari kondisi maternal seperti preeklamsia berat hingga faktor janin seperti gawat janin atau letak sungsang. Semakin kompleksnya kondisi kehamilan yang ditangani di rumah sakit rujukan tingkat lanjutan membuat tindakan SC menjadi salah satu metode persalinan yang cukup sering dilakukan, Seperti halnya rumah sakit pada umumnya, RSUD dr. Slamet Garut juga mencatat dan mendokumentasikan data pasien secara sistematis melalui rekam medis. Berdasarkan data rekam medis di rumah sakit tersebut pada periode Januari hingga April 2025, informasi terkait dicantumkan dan disajikan dalam bentuk tabel berikut.

Tabel 1. 1 Perbandingan Kasus SC atas Indikasi Plasenta Previa Marginalis dengan Kasus SC lainnya di RSUD dr. Slamet Garut dari bulan Januari – April 2025

NO	KASUS	JUMLAH	PRESENTASE
1.	SC Indikasi PEB	327	41,18%
2.	SC Indikasi KPD	214	26,95%
3.	SC Indikasi Letak sungsang	102	12,84%
4.	SC Indikasi Partus Lama	77	9,69%
5.	SC Indikasi Plasenta previa totalis	38	4,78%
6.	SC Indikasi Gawat Janin	33	4,15%
7.	SC Indikasi Plasenta previa marginalis	2	0,25%
8.	SC Indikasi Presentasi dagu	1	0,12%
Total		794	100%

Sumber : Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2025

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa angka kejadian kasus selama periode Januari hingga April 2025, tercatat sebanyak 794 tindakan SC. Sebagian besar SC dilakukan karena preeklamsia berat (41,18%), ketuban pecah dini (26,95%), dan letak sungsang (12,84%). Namun SC dengan indikasi plasenta previa marginalis hanya ditemukan sebanyak 2 kasus atau 0,25% dari total keseluruhan tindakan SC. Meskipun secara klasifikasi tergolong lebih ringan dibandingkan plasenta previa parsialis atau totalis, kondisi ini tetap menyimpan sejumlah risiko serius, baik bagi ibu maupun janin. Salah satu risiko utama adalah perdarahan antepartum, yaitu perdarahan yang terjadi sebelum proses persalinan. Perdarahan ini dapat muncul secara tiba-tiba tanpa disertai nyeri, dan dapat berlangsung dalam jumlah banyak. Hal ini disebabkan oleh regangan segmen bawah rahim saat kehamilan memasuki trimester akhir, yang mengganggu perlekatan plasenta dan menyebabkan robekan pembuluh darah. Risiko lainnya adalah

terjadinya persalinan prematur akibat perdarahan berulang yang tidak terkendali, sehingga mengharuskan tindakan terminasi kehamilan lebih awal melalui *sectio caesarea*. Prematuritas atau kurang dari 37 minggu dapat meningkatkan risiko gangguan pernapasan, berat badan lahir rendah, dan komplikasi neonatus lainnya.

Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk mengangkat kasus plasenta previa marginalis dalam asuhan keperawatan dengan alasan kasus ini tergolong langka namun berisiko tinggi, sehingga diperlukan perhatian khusus dan sering kali penanganan kasus ini tidak menjadi fokus utama dalam manajemen klinisnya. Maka dari hal itu penulis perlu mengambil kasus ini dengan melaksanakan asuhan keperawatan komprehensif pada klien post operatif *sectio caesarea* dan menggunakan proses keperawatan yang didokumentasikan dalam Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.I (P₅A₁) POST *SECTIO CAESARIA* POD 0 ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA MARGINALIS DI RUANG AGATE BAWAH RSUD dr.SLAMET GARUT”.

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman langsung dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara menyeluruh pada pasien post *sectio caesarea*, dengan pendekatan yang komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual melalui penerapan proses keperawatan secara sistematis.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian kondisi Ny.I (P₅A₁) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi Plasenta Previa Marginalis di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis dapat menentukan diagnosa keperawatan untuk Ny.I (P₅A₁) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi Plasenta Previa Marginalis di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan yang tepat untuk Ny.I (P₅A₁) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi Plasenta Previa Marginalis di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana pada Ny.I (P₅A₁) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi Plasenta Previa Marginalis di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan pada Ny.I (P₅A₁) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi Plasenta Previa Marginalis di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan pada Ny.I (P₅A₁) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi Plasenta Previa Marginalis di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

C. METODE DAN TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Adapun teknik yang digunakan dalam pengumpulan data meliputi:

1. Wawancara

Teknik ini dilakukan dengan menggali informasi secara langsung dari klien dan keluarganya mengenai keluhan serta kondisi keselamatan klien.

2. Pemeriksaan Fisik

Data dikumpulkan melalui pemeriksaan menyeluruh terhadap kondisi fisik klien, mulai dari kepala hingga ujung kaki.

3. Observasi

Observasi dilakukan dengan mengamati secara langsung perilaku dan kondisi klien untuk menilai perkembangan setelah diberikan tindakan keperawatan

4. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data dilakukan dengan menelaah dokumen terkait, seperti hasil laboratorium, data penunjang medis lainnya, serta catatan keperawatan klien setelah tindakan sebelumnya.

5. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan dengan mencari informasi dan teori-teori yang relevan dari berbagai sumber, seperti buku dan internet, yang

berkaitan dengan kasus yang dibahas. Informasi ini digunakan sebagai dasar acuan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.

D. SISTEMATIKA PENULISAN

Untuk memberikan gambaran singkat dan menyeluruh mengenai isi karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan sistematika penulisan yang dibagi menjadi empat bab, yaitu:

BAB I : Pendahuluan : Berisi latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penelitian, serta sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan Teoritis Membahas tentang Plasenta Previa Marginalis, sectio caesarea, masa post sectio caesarea terhadap Kebutuhan Dasar Manusia (KDM), masa post partum, serta proses keperawatan.

BAB III : Tinjauan Kasus Menguraikan asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea dengan indikasi Plasenta Previa Marginalis, meliputi pengkajian data, analisis data, diagnosa keperawatan, dan catatan perkembangan. Pembahasan pada bab ini menjelaskan masalah yang muncul selama pelaksanaan asuhan keperawatan serta cara pemecahan masalah berdasarkan studi kasus yang ada.

BAB IV : Kesimpulan dan Rekomendasi Berisi kesimpulan yang sesuai dengan tujuan karya tulis ilmiah ini serta rekomendasi kepada pihak terkait untuk meningkatkan kualitas proses asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Plasenta Previa

1. Definisi Plasenta Previa

Plasenta previa adalah kondisi di mana plasenta menempel rendah di rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum, yaitu pintu masuk ke dalam rahim dari leher rahim. Biasanya, plasenta menempel di dinding depan, dinding belakang, atau bagian atas rahim (fundus uteri) (Rosyidah & Azizah 2019).

Plasenta previa merupakan kondisi di mana plasenta terletak di bagian bawah rahim, baik di sisi depan (anterior) maupun belakang (posterior), sehingga dapat menutupi seluruh atau sebagian mulut rahim (os serviks). Kondisi ini termasuk penyebab utama perdarahan antepartum (perdarahan sebelum persalinan) yang serius dan berpotensi membahayakan keselamatan janin (Varney 2017).

Plasenta previa marginalis adalah kondisi di mana tepi plasenta berada pada pinggir ostium uteri internum, namun tidak menutupinya. Artinya, plasenta terletak di segmen bawah rahim dan mencapai batas mulut rahim bagian dalam (serviks), tetapi tidak menutupi seluruhnya (Prawirohardjo, S. 2020).

Berdasarkan beberapa pendapat diatas Plasenta previa adalah kondisi kehamilan yang ditandai dengan letak plasenta yang abnormal, yaitu menempel di bagian bawah rahim sehingga dapat menutupi

sebagian atau seluruh jalan lahir (ostium uteri internum). Kondisi ini berisiko tinggi menyebabkan perdarahan, terutama menjelang atau saat persalinan, dan memerlukan penanganan medis yang cepat serta pengawasan ketat untuk menjamin keselamatan ibu dan janin. Salah satu jenisnya adalah plasenta previa marginalis, di mana tepi plasenta berada di pinggir ostium uteri internum tanpa menutupinya, namun tetap berisiko tinggi terhadap komplikasi, seperti perdarahan antepartum.

2. Jenis – jenis Plasenta Previa

a. Plasenta Previa Totalis

Kondisi di mana plasenta sepenuhnya menutupi jalan lahir bayi. Karena jalur keluarnya bayi tertutup total, maka bayi tidak bisa lahir secara normal (lewat vagina). Kalau dipaksa, ibu bisa mengalami pendarahan hebat. Jadi, biasanya bayi harus dilahirkan lewat operasi caesar.

b. Plasenta Previa Parsialis

Dalam kondisi ini, plasenta menutupi sebagian jalan lahir. Artinya, jalur keluarnya bayi tidak sepenuhnya tertutup, tapi tetap berisiko tinggi terjadi pendarahan saat persalinan. Oleh karena itu, persalinan normal tetap berisiko, dan kebanyakan dokter akan memilih operasi caesar demi keselamatan ibu dan bayi.

c. Plasenta Previa Marginalis

Pada jenis ini, plasenta berada di tepi jalan lahir, tapi tidak menutupinya. Bayi masih mungkin dilahirkan secara normal, tapi harus diawasi ketat karena risiko perdarahan tetap ada, terutama jika plasenta bergeser mendekati jalan lahir.

d. Plasenta Letak Rendah (*Low Lying Placenta*)

Kondisi di mana plasenta berada agak rendah di dalam rahim, tapi masih berjarak sedikit dari jalan lahir. Dalam banyak kasus, bayi tetap bisa lahir normal. Namun, dokter tetap akan berjaga-jaga, misalnya dengan menyiapkan transfusi darah jika terjadi pendarahan (Pawa, Mewengkang dan Suparman, 2019)

3. Etiologi Plasenta Previa

Plasenta previa lebih berisiko terjadi pada kondisi di mana lapisan dalam rahim (endometrium) tidak dalam keadaan optimal. Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor seperti:

- a. Pernah melahirkan banyak anak (multipara), terutama jika jarak antar kehamilan terlalu dekat.
- b. Adanya mioma uteri, yaitu tumor jinak yang tumbuh di dinding rahim.
- c. Riwayat kuretase berulang, yang dapat merusak permukaan endometrium.
- d. Usia ibu yang sudah lanjut saat hamil.

- e. Riwayat operasi caesar sebelumnya yang bisa meninggalkan jaringan parut pada rahim.
- f. Peradangan atau pengecilan jaringan rahim (atrofi), yang mengganggu kondisi endometrium. Endometrium yang tidak sehat membuat plasenta harus tumbuh lebih luas untuk mencukupi kebutuhan nutrisi janin. Pertumbuhan plasenta yang meluas ini dapat mencapai atau bahkan menutupi jalan lahir (ostium uteri internum (Rosyidah & Azizah, 2019).

4. Patofisiologi Plasenta Previa

Plasenta previa terjadi ketika plasenta menempel di segmen bawah uterus, yaitu bagian bawah rahim yang dekat dengan ostium uteri internum (leher rahim bagian dalam) yang merupakan pintu keluar janin saat persalinan. Pada kehamilan normal, plasenta biasanya menempel di bagian atas atau samping rahim (fundus atau corpus uteri), jauh dari serviks. Namun, pada plasenta previa, plasenta tumbuh terlalu rendah sehingga sebagian atau seluruh ostium uteri internum tertutup oleh jaringan plasenta. Akibatnya, saat serviks mulai melebar dan menipis pada persalinan, pembuluh darah yang menembus plasenta di area ini dapat robek dan menyebabkan perdarahan hebat. Lokasi plasenta yang abnormal ini juga mengganggu jalannya bayi keluar secara normal, sehingga seringkali diperlukan persalinan dengan operasi sesar, Williams Obstetrics (Cunningham et al., 2018).

5. Tanda gejala plasenta previa

- a. Perdarahan pada vagina dengan nyeri
- b. Perdarahan berulang
- c. Warna perdarahan merah segar
- d. Adanya anemia dan renjatan yang sesuai dengan keluarnya darah
- e. Timbulnya Perlahan-lahan
- f. Waktunya terjadi saat hamil
- g. His biasanya tidak ada
- h. Rasa tidak tegang (biasa) saat Palpasi
- i. Denyut jantung janin ada
- j. Teraba jaringan plasenta pada pemeriksaan dalam vagina
- k. Penurunan kepala tidak masuk PAP (Prawirohardjo, S. 2020).

6. Komplikasi Plasenta Previa

a. Retensio Plasenta

Plasenta tidak dapat lepas secara spontan setelah persalinan karena melekat kuat pada dinding rahim. Diperlukan tindakan manual atau kuretase untuk mengeluarkannya.

b. Robekan pada Jalan Lahir

Dapat terjadi robekan pada serviks atau vagina akibat tindakan medis selama proses persalinan, yang berisiko memperparah perdarahan.

c. Perdarahan Pasca persalinan (Postpartum Hemorrhage)

Perdarahan hebat setelah persalinan yang disebabkan oleh kontraksi rahim yang tidak optimal atau sisa jaringan plasenta yang tertinggal.

d. Infeksi

Perdarahan yang banyak dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi, baik lokal (pada rahim) maupun sistemik, akibat masuknya mikroorganisme.

e. Kematian Janin

g. Kehilangan darah yang signifikan atau gangguan suplai oksigen dapat menyebabkan kematian janin jika tidak segera ditangani secara medis (Rosyidah & Azizah, 2019).

7. Penatalaksanaan plasenta previa

a. Terapi Ekspetatif

1) Tujuan terapi ekspetatif ialah supaya janin tidak terlahir premature, penderita dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servisis. Upaya diagnosis dilakukan secara non-invasif. Pemantauan klinis dilaksanakan secara ketat dan baik. Syarat-syarat terapi ekspetatif :

- a) Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti
- b) Belum ada tanda-tanda inpartu
- c) Keadaan umum ibu cukup baik (kadar hemoglobin dalam batas normal),

- d) Janin masih hidup
- 2) Rawat inap, tirah baring dan berikan antibiotic profilaksis.
- 3) Lakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui implantasi plasenta, usia kehamilan, profil biofisik, letak dan presentasi janin
- 4) Berikan tokolitik bila ada kontraksi :
 - a) MgSO₄ 4 g IV dosis awal dilanjutkan 4 g setiap 6 jam.
 - b) Nifedipin 3x20 mg/hari
 - c) Betamethasone 24 mg IV dosis tunggal untuk pematangan paru janin.
- 5) Uji pematangan paru janin dengan tes kocok (Bubble Test) dari hasil amniosentesis
- 6) Bila setelah usia kehamilan diatas 34 minggu, plasenta masih berada di sekitar ostium uteri internum, maka dugaan plasenta previa semakin jelas, sehingga perlu dilakukan observasi dan konseling untuk menghadapi kemungkinan keadaan gawat darurat.

Bila perdarahan berhenti dan waktu untuk mencapai 37 minggu masih lama, pasien dapat dipulangkan untuk rawat jalan (kecuali apabila rumah pasien di luar kota dan jarak untuk mencapai rumah sakit lebih dari 2 jam) dengan pesan untuk segera kembali ke rumah sakit apabila terjadi perdarahan ulang (Cunningham et al., 2018).

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim untuk mengeluarkan janin. Tindakan ini dilakukan berdasarkan pertimbangan medis untuk menyelamatkan ibu, janin, atau keduanya apabila persalinan normal tidak memungkinkan. Indikasi dilakukannya operasi caesar dibagi menjadi dua, yaitu indikasi non-medis dan medis. Indikasi non-medis meliputi faktor usia ibu, tingkat pendidikan, kondisi sosial ekonomi, serta pengaruh budaya. Sementara itu, indikasi medis diklasifikasikan menjadi tiga kelompok utama, yaitu faktor tenaga (kekuatan ibu), faktor jalan lahir, dan faktor janin. Beberapa penyebab medis yang sering menjadi alasan tindakan ini antara lain adalah gawat janin, persalinan lama atau macet, perdarahan antepartum (seperti plasenta previa dan solusio plasenta), preeklampsia, eklampsia, kehamilan kembar, panggul sempit, dan posisi janin yang tidak normal (malpresentasi) (Suleman D.M., et al., 2021).

Operasi *sectio caesarea* tidak hanya memberikan manfaat medis, tetapi juga dapat menimbulkan sejumlah efek samping atau dampak negatif bagi pasien. Beberapa efek tersebut meliputi timbulnya nyeri pascaoperasi, risiko terjadinya infeksi, rasa lemah, gangguan tidur, masalah pada integritas kulit, serta ketidakseimbangan nutrisi karena kebutuhan tubuh yang meningkat. Dari berbagai efek tersebut, rasa

nyeri akibat tindakan pembedahan merupakan keluhan yang paling umum dialami oleh pasien setelah menjalani *sectio caesarea* (Pragholapati et al., 2020).

2. Etiologi *Sectio Caesarea*

Tindakan persalinan melalui *sectio caesarea* dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang berasal dari kondisi ibu maupun janin. Terdapat dua jenis keputusan dalam pelaksanaan operasi ini. Pertama, keputusan yang telah direncanakan sebelumnya berdasarkan diagnosis medis, seperti adanya ketidaksesuaian ukuran antara kepala bayi dan panggul ibu (misalnya karena panggul sempit atau bayi berukuran besar), kelainan letak janin (seperti sungsang atau melintang), preeklampsia berat, eklampsia, atau keracunan kehamilan yang parah. Kedua, keputusan yang diambil secara mendadak dalam situasi darurat saat proses persalinan, meskipun sebelumnya kehamilan tidak menunjukkan tanda-tanda komplikasi dan diperkirakan dapat berlangsung secara normal. Keputusan mendadak ini biasanya diambil karena munculnya kondisi yang membahayakan ibu atau janin selama proses persalinan berlangsung (Kurniasari, D. 2018).

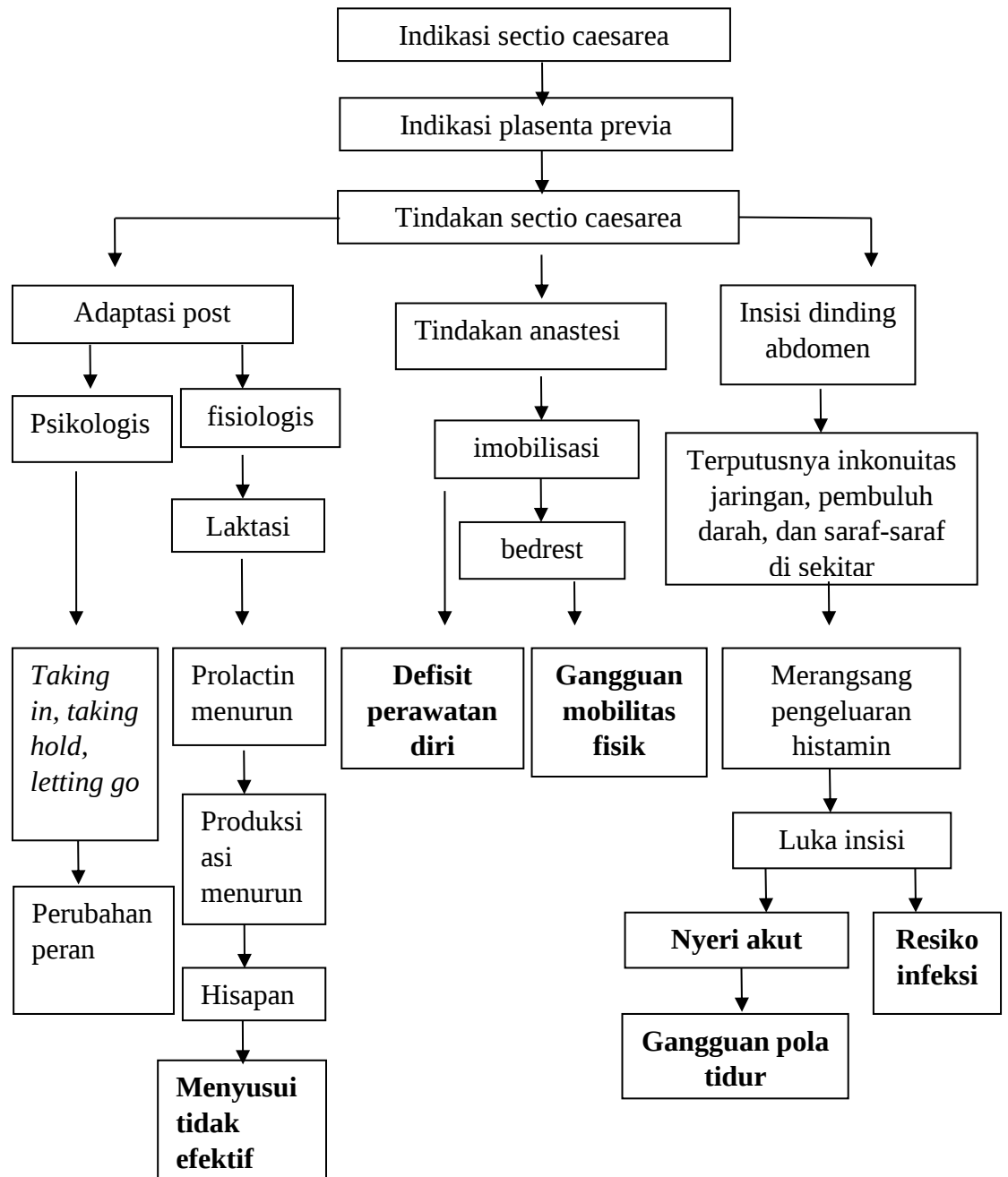
3. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Tindakan *sectio caesarea* dilakukan apabila terdapat kondisi yang membahayakan ibu atau janin, sehingga persalinan normal tidak memungkinkan. Prosedur ini melibatkan pembedahan yang menyebabkan gangguan kontinuitas jaringan dan menimbulkan nyeri

pascaoperasi. Nyeri ini dapat berdampak pada berbagai aspek, seperti terbatasnya pergerakan, ketidaknyamanan fisik, serta gangguan dalam proses menyusui. Jika tidak ditangani dengan baik, kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya kekakuan otot, konstipasi, gangguan sirkulasi darah, serta memperlambat proses penyembuhan luka. Selain itu, nyeri juga dapat menghambat produksi dan pengeluaran ASI serta meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi (Chairani 2017).

4. Pathway

Bagan 2.1 Pathway Post SC atas Indikasi Plasenta Previa



Sumber : Nurarif 2021

5. Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea*

Prosedur pembedahan *sectio caesarea* dapat memengaruhi pemenuhan kebutuhan dasar ibu pascapersalinan. Beberapa gangguan yang sering terjadi meliputi munculnya rasa nyeri pada area bekas operasi, kesulitan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan, serta terganggunya proses eliminasi urin. Selain itu, ibu juga dapat mengalami hambatan dalam menjaga kebersihan diri (personal hygiene), keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik, gangguan pada pola tidur dan istirahat, serta kesulitan dalam memberikan air susu ibu (ASI) kepada bayinya. Semua aspek ini perlu mendapat perhatian khusus agar proses pemulihan ibu berjalan optimal (Rahim et al. 2019).

6. Komplikasi *Post Sectio Caesarea*

Risiko komplikasi pada persalinan *sectio caesarea* lima kali lebih besar dibandingkan dengan persalinan normal. Komplikasi yang sering terjadi meliputi:

- a. Masalah yang berkaitan dengan anestesi
- b. Perdarahan yang dialami ibu selama operasi
- c. Komplikasi tambahan yang menyertai
- d. Endometritis, yaitu peradangan pada lapisan dalam Rahim
- e. Tromboplebitis, yaitu pembekuan darah pada pembuluh balik
- f. Embolisme, yaitu penyumbatan pembuluh darah
- g. Pemulihan bentuk dan letak rahim menjadi tidak sempurna (Dila et al., 2022).

7. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

a. *Sectio Caesarea Transperitonealis Profunda*

Jenis *sectio caesarea* ini dilakukan dengan membuat sayatan (insisi) pada segmen bawah rahim, yang dapat dilakukan secara melintang maupun memanjang. Beberapa kelebihan dari prosedur ini antara lain:

- 1) Perdarahan dari area sayatan relatif sedikit
- 2) Risiko terjadinya peritonitis (radang selaput rongga perut) lebih rendah
- 3) Umumnya, bagian rahim pada segmen bawah lebih kuat, sehingga risiko terjadinya ruptur uteri (robekan rahim) di masa mendatang lebih kecil. Hal ini karena selama masa nifas, segmen bawah rahim tidak mengalami kontraksi sekuat bagian atas rahim (korpus uteri), sehingga proses penyembuhan luka lebih optimal.

b. *Sectio Caesarea Korporal (Klasik)*

Pada prosedur ini, pembedahan dilakukan dengan membuat sayatan sepanjang 10–12 cm di bagian tengah korpus uteri, dengan ujung bawah insisi berada di atas batas plika vesikouterina. Teknik ini biasanya dipilih apabila terdapat hambatan untuk melakukan *sectio caesarea transperitonealis profunda*, misalnya karena adanya

perlengketan antara uterus dan dinding perut akibat riwayat operasi caesar sebelumnya.

c. *Sectio Caesarea Ekstra Peritoneal*

Metode ini dahulu digunakan untuk mengurangi risiko infeksi nifas (puerperal). Namun, karena kemajuan dalam pengobatan infeksi, prosedur ini kini sangat jarang dilakukan. Hal tersebut disebabkan oleh teknik operasinya yang lebih kompleks dibandingkan metode lainnya (Rahim et al. 2019).

8. Penatalaksanaan medis

Menurut Faj dkk., (2022) ada beberapa penatalaksanaan medis Post *Sectio Caesarea*, yakni :

- a. Pemberian Cairan Pada 24 jam pertama biasanya ibu akan berpuasa fase setelah operasi, kebutuhan cairan untuk perintavena harus tercukupi dan mengandung elektrolit untuk meminimalisir terjadinya penurunan suhu tubuh secara drastis, kekurangan cairan, dan muncul komplikasi baru pada organ tubuh lain. Jenis cairan yang dapat diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan terapi infus R/L secara bergantian dengan jumlah 17 tetes tergantung dengan kebutuhan ibu. Jika kadar Hb kurang dari batas normal maka sebaiknya dilakukan transfusi darah yang disesuaikan dengan kebutuhan klien.

- b. Diet Melalui infus, cairan yang diberikan akan dihentikan apabila klien sudah mengeluarkan gas (flatus) kemudian akan dimulai dengan diberi minum dan makan peroral. Minum dengan jumlah yang sedikit dapat dilakukan pada rentang 6 -10 jam pasca operasi minuman dapat berupa air mineral ataupun air teh (Pragholapati, 2020)
- c. Mobilisasi Dianjurkan kepada ibu dengan bertahap contohnya, pada 6-10 jam setelah operasi dianjurkan untuk miring kanan kiri. Selanjutnya latihan bernapas pada ibu dilakukan dengan cara posisi tidur telentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi, ibu juga dapat dianjurkan untuk duduk selama 5 menit dan perawat menganjurkan ibu untuk nafas dalam. Kemudian posisi tidur telentang dan diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler).

Tahapan Mobilisasi Menurut Salamah (2015) tahapan untuk melakukan mobilisasi dini yaitu:

- 1) Saat 6 jam pertama setelah dilakukan tindakan post operasi section caesarea ibu istirahat tirah baring, dengan melakukan mobilisasi dini yang bisa dilakukan dengan tirah baring yaitu dengan menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki, memutar pergelangan kaki, menekuk dan mengangkat betis dan menggeser-geser kaki.

- 2) Pada jam ke 6-10 jam setelah operasi, diharuskan untuk miring kanan dan miring kiri.
 - 3) Pada saat 24 jam setelah operasi, dianjurkan untuk belajar duduk
 - 4) Setelah ibu dapat duduk secara mandiri, ibu dianjurkan untuk belajar jalan.
- d. Kateterisasi Kateterisasi digunakan sebagai cara untuk meminimalisir rasa nyeri akibat kandung kemih yang penuh.
- e. Therapy atau obat-obatan
- 1) Antibiotik
 - 2) Analgetik

Jenis obat yang dapat digunakan sebagai pelancar kerja untuk saluran pencernaan dan obat-obatan.

9. Dampak *sectio caesarea* terhadap pemenuhan KDM

Dampak *Sectio Caesarea* terhadap kebutuhan dasar manusia :

a. Nyeri

Setelah Pasien post SC akan merasakan nyeri diarea pembedahan atau nyeri pada lukabekas *post op*.

b. Makan dan Minum

Setelah dilakukan pemeriksaan peristaltic pada 6 jam pasca persalinan dan hasilnya menunjukan positif maka dapat diberikan minum air hangat sedikit. Pasien juga dapat memakan makanan lunak dihari pertama, hal ini bisa dilakukan jika pasien sudah flatus.

c. Istirahat

Biasanya pasien harus memerlukan tidur yang cukup, namun adanya nyeri luka *post op* yang menyebabkan sulit tidur dan tidak sedikit nyaman maka pasien dapat dibantu dengan menganjurkan posisi senyaman mungkin.

d. Mobilisasi

Pasien juga sudah bisa menggerakkan kaki dan tangan serta menggerakkan tubuhnya dengan miring kanan miring kiri sedikit demi sedikit pada kisaran 6-10 jam setelah pasien sadar .

e. BAK

Pada pasien *post op* biasanya sedikit sulit untuk melakukan BAK mandiri karena adanya luka bekas *post op* dan sedikit sulit untuk bergerak sehingga dibantu dengan pemasangan kateter.

f. BAB

Biasanya 2-3 hari masih sulit untuk BAB, jika pasien belum juga BAB pada hari ketiga maka perlu diberi obat pencahar, dan minum air hangat agar bisa melakukan BAB secara teratur.

g. Personal Hygiene

Pada pasien *post op* SC rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, Kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada pasien SC dalam personal sebagai berikut :

- 1) Perawatan perineum.
- 2) Perawatan payudara.
- 3) Mandi.
- 4) Perawatan gigi dan mulut.

h. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, Dan hendaknya hubungan suami istri menunda dulu sampai waktu tertentu selama 40 hari, karena waktu itu organ-organ tubuh telah pulih kembali (Saleha, 2017)

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi Post Partum

Masa postpartum adalah periode setelah bayi dan plasenta dilahirkan, yang berlangsung sekitar enam minggu. Pada masa ini, tubuh ibu mengalami proses pemulihan, terutama organ-organ reproduksi yang mengalami perubahan dan mungkin mengalami luka akibat persalinan (Anwar & Safitri, 2022).

Masa post partum, yang juga dikenal dengan istilah puerperium atau masa nifas, merupakan periode penting yang dilalui oleh seorang ibu setelah proses persalinan. Masa ini dimulai sejak hari kelahiran pertama dan berlangsung hingga sekitar enam minggu setelah melahirkan. Pada fase ini, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan

signifikan, baik secara fisik maupun psikologis. Secara fisik, alat reproduksi ibu mengalami proses pemulihan untuk kembali ke kondisi sebelum masa kehamilan. Selain itu, perubahan hormon dan kondisi tubuh lainnya juga terjadi sebagai bagian dari proses adaptasi pasca persalinan.

Secara keseluruhan, masa post partum dapat disimpulkan sebagai periode pemulihan yang krusial bagi ibu, di mana kondisi fisik dan mentalnya secara bertahap kembali ke keadaan sebelum kehamilan. Periode ini umumnya berlangsung selama kurang lebih enam minggu, dan menjadi waktu yang sangat penting untuk mendapatkan perhatian dan perawatan agar ibu dapat menjalani proses pemulihan dengan optimal (Pujiati et al., 2021).

2. Patofisiologi

Masa post partum, atau yang juga dikenal sebagai masa nifas, merupakan periode di mana alat-alat genitalia interna maupun eksterna ibu secara bertahap mengalami pemulihan kembali ke kondisi sebelum kehamilan. Pada masa ini, terjadi perubahan fisikologis dan psikologis yang signifikan. Salah satu perubahan fisikologis utama adalah involusi uterus, yaitu proses kembalinya rahim ke ukuran dan kondisi sebelum kehamilan setelah proses persalinan. Proses involusi ini dimulai segera setelah keluarnya plasenta, yang dipicu oleh kontraksi otot polos pada dinding uterus. Seluruh rangkaian perubahan pada alat genitalia selama masa post partum ini disebut dengan istilah “involusi”. Selain proses

involusi, terjadi pula perubahan penting lainnya, yaitu konsentrasi ASI dan timbulnya laktasi. Proses laktasi ini dipengaruhi oleh hormon laktogen yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis, yang kemudian merangsang kelenjar-kelenjar mammae untuk menghasilkan ASI (Ariyani, 2017).

3. Tahapan Post Partum

Menurut Widyastutik et al. (2021), tahapan-tahapan yang terjadi pada masa post partum dibagi menjadi beberapa periode sebagai berikut:

a. Periode *Immediate Post Partum*

Periode ini berlangsung segera setelah keluarnya plasenta hingga 24 jam pertama setelah persalinan. Pada masa ini, ibu rentan mengalami berbagai komplikasi, terutama perdarahan yang disebabkan oleh atonia uterus (kondisi di mana otot rahim tidak berkontraksi dengan baik). Oleh karena itu, sangat penting bagi bidan untuk secara rutin melakukan pemeriksaan terhadap kontraksi uterus, pengeluaran lochea (darah nifas), serta memantau tanda-tanda vital seperti tekanan darah dan suhu tubuh guna memastikan kondisi ibu tetap stabil dan mencegah terjadinya komplikasi serius.

b. Periode *Early Post Partum*

Pada fase ini, perhatian bidan difokuskan pada pemantauan proses involusi uterus untuk memastikan bahwa rahim kembali ke

ukuran dan kondisi normal setelah melahirkan. Selain itu, bidan juga harus memastikan tidak terjadi perdarahan yang berlebihan, lokhea yang keluar tidak berbau busuk sebagai tanda infeksi, dan ibu tidak mengalami demam. Kebutuhan nutrisi dan cairan ibu juga harus terpenuhi dengan baik agar proses pemulihan berjalan lancar. Selain itu, ibu perlu didukung agar dapat melakukan menyusui dengan baik untuk menjaga kesehatan bayi dan mendukung proses pemulihan ibu.

c. *Periode Late Post Partum*

Pada tahap ini, perawat terus melakukan perawatan serta pemeriksaan rutin setiap hari guna memastikan kondisi ibu tetap stabil dan proses pemulihan berlangsung dengan baik. Selain itu, pada periode ini juga dilakukan konseling mengenai keluarga berencana (KB) untuk membantu ibu dan keluarganya dalam merencanakan kehamilan berikutnya secara sehat dan teratur. Konseling ini penting agar ibu memahami berbagai metode kontrasepsi yang dapat digunakan serta mengetahui waktu yang tepat untuk kehamilan selanjutnya, sehingga kesehatan ibu dan bayi dapat terjaga secara optimal.

4. Manifestasi Klinis

Menurut Wilujeng dan Hartati (2018), indikator-indikator berikut merupakan tanda-tanda bahaya yang memerlukan perhatian medis segera pada masa post partum :

- a. Perdarahan Hebat : Terjadinya pendarahan vagina yang volumenya setara atau melebihi darah menstruasi biasa, muncul secara mendadak dan signifikan.
- b. Cairan Vagina Berbau Busuk : Adanya keluaran cairan dari vagina yang disertai dengan bau menyengat dan tidak sedap.
- c. Nyeri dan Sakit Kepala Persisten : Mengalami nyeri kronis pada perut bagian bawah dan punggung, diikuti oleh sakit kepala yang berkepanjangan dan dapat disertai gangguan penglihatan.
- d. Penurunan Nafsu Makan Drastis : Hilangnya minat atau keinginan untuk makan secara signifikan dan berkelanjutan.
- e. Kelelahan Ekstrem dan Sesak Napas : Merasakan kelelahan yang luar biasa (lethargy) disertai dengan kesulitan bernapas atau napas yang terengah-engah.

5. Komplikasi

Menurut Astuti dan Dinasti (2022), terdapat beberapa komplikasi serius yang dapat dialami oleh ibu setelah melahirkan, yang memerlukan perhatian medis:

a. Morbiditas

Ditandai dengan kenaikan suhu tubuh ibu hingga di atas 38°C yang berlangsung selama 10 hari pertama setelah persalinan, di luar 24 jam pertama.

b. Infeksi

Terjadi ketika ada infeksi bakteri pada area genital ibu selama atau setelah proses melahirkan. Gejalanya meliputi peningkatan suhu tubuh di atas 38°C, kondisi tubuh yang terasa tidak nyaman (malaise), lochia (cairan nifas) yang mengeluarkan bau busuk, serta nyeri pada lokasi infeksi.

c. Infeksi Luka Genital

Komplikasi ini spesifik terjadi pada luka di area genital ibu pascapersalinan. Tanda-tanda yang muncul antara lain nyeri lokal, demam, pembengkakan di sekitar luka, peradangan pada tepi jahitan atau luka, adanya nanah, dan luka yang mungkin terbuka.

d. Endometritis

Merupakan infeksi pada lapisan dalam rahim (endometrium). Gejala yang mungkin timbul mencakup peningkatan suhu tubuh yang menetap di atas 38°C, demam, detak jantung yang cepat (takikardia), menggigil, nyeri tekan pada rahim yang menyebar ke samping, nyeri panggul saat dilakukan pemeriksaan bimanual, dan bisa juga disertai keluarnya cairan vagina yang ringan dan tidak berbau busuk, kombinasi dari pembengkakan perut dan peningkatan jumlah sel darah putih mengindikasikan perlunya evaluasi medis.

e. Hematoma

Kondisi ini umumnya muncul di area vulva atau vagina, ditandai oleh nyeri hebat, pembengkakan yang teraba kencang dan tidak beraturan, serta jaringan yang menunjukkan tampilan memar.

f. Subinvolusi Uteri

kondisi di mana rahim gagal berkontraksi secara efektif selama masa nifas. Penyebabnya meliputi sisa jaringan plasenta atau selaput ketuban, keberadaan fibroid, atau infeksi yang terjadi di awal periode postpartum. Gejala yang dapat diamati meliputi lokia yang terus berlanjut atau tidak membaik, fundus uteri terasa lunak, dan posisi rahim yang lebih tinggi dari perkiraan.

g. Perdarahan Postpartum Sekunder

Ini didefinisikan sebagai perdarahan berlebihan yang terjadi setelah 24 jam pertama pascapersalinan. Kondisi ini dapat dipicu oleh subinvolusi, fragmen plasenta atau selaput ketuban yang tertinggal, cedera yang tidak terdiagnosis sebelumnya, atau hematoma. Tanda-tanda yang menyertainya meliputi perdarahan, anemia, dan pada kasus yang parah, dapat berkembang menjadi syok.

h. Tromboflebitis

Komplikasi ini ditandai dengan nyeri dan rasa sakit saat ditekan pada area yang mengalami peradangan pembuluh darah vena (flebitis).

i. Mastitis

Mastitis adalah peradangan pada payudara yang bisa menyerang ibu kapan saja selama periode menyusui. Umumnya, kondisi ini sering muncul sekitar 10 hari setelah melahirkan..Salah satu tanda khas mastitis adalah demam dengan suhu tubuh mencapai 38°C atau lebih tinggi. Selain itu, ibu juga mungkin merasakan nyeri, pembengkakan, kemerahan, dan area payudara yang terasa hangat saat disentuh.

6. Adaptasi Fisiologis Ibu Post Partum

Setelah melahirkan, tubuh ibu akan melalui serangkaian perubahan besar untuk kembali menyesuaikan diri ke kondisi semula. Menurut Anwar dan Safitri (2022), ada beberapa organ tubuh ibu yang mengalami adaptasi signifikan pada masa pascapersalinan, antara lain:

a. Rahim (Uterus)

Rahim akan mengalami proses yang disebut involusi, yaitu kembalinya ukurannya ke kondisi sebelum hamil. Perubahan ini bisa dipantau dengan meraba bagian atas rahim, yang dikenal sebagai Tinggi Fundus Uteri (TFU). TFU akan terus menurun setiap hari seiring dengan mengecilnya rahim.

b. Lokhea (Cairan Nifas)

Lokhea adalah cairan yang keluar dari rahim setelah melahirkan. Umumnya, lokhea berbau amis atau anyir, dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Namun, jika lokhea berbau busuk,

ini bisa menjadi tanda adanya infeksi. Warna dan volume lokhea akan berubah seiring dengan proses pengecilan rahim (invulasi). Anwar dan Safitri (2022) membagi lokhea menjadi empat jenis berdasarkan warna dan waktu kemunculannya: Cairan nifas, atau yang dikenal sebagai lokhea, adalah salah satu tanda pemulihan tubuh ibu setelah melahirkan. Warnanya akan berubah seiring waktu. Berikut adalah jenis-jenis lokhea:

- 1) *Lokhea Rubra*: Ini adalah cairan yang keluar pada hari pertama hingga hari ke-4 setelah melahirkan. Warnanya merah terang karena bercampur dengan darah segar, sisa-sisa jaringan plasenta dan dinding rahim, serta sedikit lemak atau rambut halus dari bayi.
- 2) *Lokhea Sanguinolenta*: Sekitar hari ke-4 sampai hari ke-7 pascapersalinan, lokhea akan berubah menjadi merah kecokelatan dan terasa agak berlendir.
- 3) *Lokhea Serosa*: Pada hari ke-7 hingga hari ke-14, lokhea akan berwarna kuning kecokelatan. Cairan ini lebih encer karena didominasi oleh serum, sel darah putih, dan sisa-sisa kecil dari robekan plasenta.
- 4) *Lokhea Alba*: Jenis lokhea terakhir ini bisa keluar selama 2 hingga 6 minggu setelah melahirkan. Warnanya putih atau kekuningan, dan mengandung sel darah putih, sel-sel mati dari rahim, lendir, serta serat jaringan.

c. Perubahan pada Serviks Pasca persalinan

Setelah melahirkan, serviks (leher rahim) ibu akan mengalami perubahan bentuk. Menurut Anwar dan Safitri (2022), serviks akan terlihat sedikit terbuka seperti corong. Ini terjadi karena badan rahim (korpus uteri) dapat berkontraksi untuk mengecil, sedangkan serviks tidak. Akibatnya, seolah-olah ada "cincin" yang terbentuk di perbatasan antara badan dan leher rahim. Serviks juga akan ikut mengecil bersamaan dengan rahim (involusi). Segera setelah melahirkan, bukaan luar serviks (ostium eksterna) masih cukup lebar, bisa dimasuki oleh 2 hingga 3 jari. Namun, dalam waktu sekitar 6 minggu setelah persalinan, serviks akan menutup kembali.

d. Perubahan pada pulva dan vagina pasca persalinan

Vulva dan vagina mengalami tekanan dan peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Menurut Anwar dan Safitri (2022), dalam beberapa hari pertama setelah melahirkan, kedua organ ini masih terasa kendur. Namun, secara bertahap, dalam waktu sekitar 3 minggu, vulva dan vagina akan kembali ke kondisi sebelum hamil. Lipatan-lipatan (rugae) di dalam vagina akan mulai muncul kembali secara bertahap, dan labia (bibir vagina) akan terlihat lebih menonjol.

e. Perubahan pada Perineum Pascapersalinan

Segera setelah melahirkan, area antara vagina dan anus yang disebut perineum akan terasa kendur. Ini wajar karena area tersebut meregang hebat saat bayi lahir. Menurut Anwar dan Safitri (2022), pada sekitar hari kelima setelah melahirkan, perineum akan mulai mendapatkan kembali kekencangannya, meskipun mungkin tidak sekencang sebelum hamil.

f. Perubahan pada Payudara Pascapersalinan

Proses menyusui atau laktasi dimulai pada semua wanita berkat perubahan hormon saat melahirkan. Menurut Anwar dan Safitri (2022), saat memeriksa payudara di awal masa nifas, penting untuk memperhatikan beberapa hal:

- 1) Tampilan dan keutuhan puting susu: Apakah ada memar atau iritasi.
- 2) Memar atau iritasi pada jaringan payudara: Ini bisa terjadi karena posisi bayi saat menyusui.
- 3) Kehadiran kolostrum: Cairan pra-susu kental yang kaya nutrisi.
- 4) Payudara yang terisi ASI: Menandakan produksi susu.
- 5) Adanya sumbatan saluran susu, pembengkakan (kongesti), atau tanda-tanda mastitis: Mastitis adalah peradangan pada payudara.

g. Perubahan pada Sistem Pencernaan Pasca persalinan

Ibu pascapersalinan umumnya akan mengalami konstipasi atau sembelit. Menurut Anwar dan Safitri (2022), ini disebabkan oleh beberapa faktor:

- 1) Tekanan pada alat pencernaan saat melahirkan: Yang menyebabkan usus besar (kolon) menjadi kosong.
- 2) Pengeluaran cairan berlebihan: Terjadi selama persalinan.
- 3) Kurangnya asupan makanan: Ibu mungkin kurang makan selama atau setelah persalinan.
- 4) Hemoroid (ambeien): Bisa terjadi akibat mengejan saat melahirkan.
- 5) Kurangnya aktivitas fisik: Ibu mungkin kurang bergerak pascamelahirkan

h. Perubahan pada Sistem Perkemihan Pasca persalinan

Setelah melahirkan, seringkali ibu mengalami kesulitan buang air kecil dalam 24 jam pertama. Menurut Anwar dan Safitri (2022), ini disebabkan oleh beberapa faktor:

- 1) Spasme Sfinkter dan Edema Kandung Kemih: Otot sfinkter (otot cincin yang mengontrol aliran urine) bisa mengalami kejang, dan leher kandung kemih bisa bengkak akibat tekanan antara kepala bayi dan tulang panggul selama persalinan.
- 2) Penurunan Hormon Estrogen: Kadar hormon estrogen yang berfungsi menahan cairan dalam tubuh akan menurun drastis.

Penurunan ini menyebabkan tubuh melepaskan kelebihan cairan yang terakumulasi selama kehamilan, sebuah proses yang disebut diuresis. Ini juga yang menyebabkan ibu lebih sering buang air kecil di masa nifas.

i. Perubahan pada Sistem Muskuloskeletal Pascapersalinan

Segera setelah melahirkan, otot-otot rahim (uterus) akan berkontraksi dengan kuat. Menurut Anwar dan Safitri (2022), kontraksi ini sangat penting karena akan menjepit pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot rahim, sehingga menghentikan perdarahan pascapersalinan. Kontraksi inilah yang membantu rahim kembali ke ukuran semula dan mencegah perdarahan berlebihan. Ligamen, otot-otot di dasar panggul (diafragma pelvis), serta lapisan fasia—semua jaringan yang meregang luar biasa saat melahirkan akan berangsur-angsur mengkerut dan pulih kembali. Pemulihan ini biasanya membutuhkan waktu sekitar 6 hingga 8 minggu hingga mencapai kestabilan penuh. Jadi, butuh beberapa waktu bagi tubuh ibu untuk kembali merasakan kekuatan dan dukungan di area panggulnya.

j. Perubahan Tanda-Tanda Vital Setelah Melahirkan

Setelah melahirkan, tubuh ibu akan mengalami beberapa perubahan pada tanda-tanda vitalnya. Menurut Safitri dan Anwar (2022):

- 1) Suhu Tubuh: Suhu tubuh ibu bisa naik sekitar 0,5C dari normal, tetapi tidak akan melebihi 8C. Umumnya, suhu tubuh akan kembali normal dalam dua jam pertama setelah persalinan.
- 2) Denyut Nadi: Denyut nadi ibu cenderung lebih tidak stabil dibandingkan suhu tubuh.
- 3) Pernapasan: Laju pernapasan akan sedikit meningkat sesaat setelah melahirkan, lalu akan kembali seperti semula.
- 4) Tekanan Darah: Dalam beberapa kasus, ibu mungkin mengalami tekanan darah tinggi (hipertensi) setelah melahirkan. Namun, jika tidak ada penyakit lain yang menyertainya, kondisi ini biasanya akan menghilang dengan sendirinya dalam waktu sekitar setengah bulan tanpa perlu pengobatan.

7. Adaptasi Psikologis Ibu Post Partum

Menurut Febriati et al. (2022), ibu yang baru melahirkan akan melewati empat fase penting dalam penyesuaian psikologisnya:

- a. Fase *Taking In* (1-2 hari pascapersalinan): Pada masa ini, ibu cenderung pasif dan sangat bergantung pada orang lain. Fokus utamanya adalah pada pemulihan fisiknya sendiri. Istirahat yang cukup sangat krusial untuk mengatasi kelelahan, dan asupan nutrisi yang baik penting untuk mempercepat penyembuhan serta mempersiapkan tubuh untuk menyusui.
- b. Fase *Taking Hold* (hari ke-2 sampai ke-4 pascapersalinan): Di fase ini, ibu mulai lebih peduli terhadap kemampuannya sebagai orang

tua dan perlahan mengambil alih tanggung jawab merawat bayi. Ibu bisa menjadi lebih sensitif pada periode ini.

- c. Fase *Letting Go* (periode selanjutnya): Fase ini sangat dipengaruhi oleh dukungan dan perhatian yang diberikan keluarga. Ibu akan mengambil tanggung jawab penuh dalam merawat bayi. Sayangnya, depresi pascapersalinan sering kali muncul pada periode ini.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Berikut adalah panduan pemeriksaan pasien setelah operasi *Sectio Caesarea* (SC), seperti yang dijelaskan oleh Aspiani (2017):

a. Data Diri Pasien (Identitas Klien)

Mengumpulkan data diri pasien sangat penting. Pada kasus *Sectio Caesarea*, prosedur ini bisa dilakukan pada ibu hamil di usia kehamilan berapa pun, bahkan pada kehamilan yang masih sangat muda.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama Pasien yang baru saja menjalani operasi SC biasanya akan mengeluhkan nyeri pada bekas luka operasi, merasa badannya lemah, dan takut untuk bergerak.

2) Riwayat Kesehatan Saat Ini Untuk memahami kondisi terkini pasien, beberapa hal yang perlu digali adalah:

a) Jam operasi selesai: Kapan tepatnya operasi berakhir.

- b) Tingkat kesadaran pasien: Seberapa responsif dan sadar pasien saat ini.
- c) Kondisi umum: Gambaran keseluruhan tentang keadaan fisik pasien.
- d) Lokasi dan ukuran luka operasi: Untuk memantau kondisi luka pasca-operasi.
- e) Perjalanan penyakit yang dirasakan pasien post SC: Ini dijelaskan menggunakan metode PQRST, yang meliputi:

(1) P (*Provoking/Palliative* – Pemicu/Pereda): Bagian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memperburuk atau meringankan nyeri. Data yang dikumpulkan mencakup penyebab timbulnya atau memburuknya nyeri, tindakan yang dapat meredakan nyeri, serta apakah nyeri tersebut memengaruhi pola tidur pasien.

(2) Q (*Quality* – Kualitas): Fokus pada deskripsi subjektif mengenai sifat nyeri. Pasien diminta untuk mengelaborasi karakteristik nyeri, seperti apakah nyeri terasa tajam, tumpul, seperti diremas, menekan, membakar, berat, kolik, kaku, atau tertusuk. Pasien didorong untuk menggunakan terminologi mereka sendiri.

(3) R (*Region/Radiation* – Lokasi/Penyebaran):

Pengkajian ini mengidentifikasi lokasi spesifik nyeri dan apakah nyeri tersebut menjalar ke area lain. Informasi yang dicari adalah apakah nyeri terfokus pada satu titik atau menyebar ke bagian tubuh lain.

(4) S (*Severity* – Keparahan): Penilaian intensitas nyeri

dilakukan secara kuantitatif. Pasien diminta untuk memberikan skor nyeri pada skala 0 hingga 10, di mana 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan 10 merupakan nyeri terparah yang pernah dialami.

(5) T (*Time* – Waktu): Aspek ini mengkaji pola

temporal nyeri, termasuk onset dan frekuensi. Informasi yang dikumpulkan meliputi waktu nyeri mulai muncul (mendadak atau bertahap), sifat nyeri (konstan atau intermiten), serta riwayat nyeri serupa sebelumnya dan perbandingannya dengan nyeri saat ini.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian ini meliputi informasi esensial mengenai riwayat penyakit menular yang pernah diderita klien serta riwayat pembedahan yang pernah dijalani sebelumnya.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Penting untuk mengidentifikasi adanya faktor genetik atau hereditas yang mungkin berkontribusi terhadap kondisi klien. Ini mencakup penyakit berat yang pernah diderita oleh anggota keluarga dan memiliki relevansi dengan indikasi operasi, seperti tuberkulosis (TBC), diabetes melitus (DM), dan hipertensi.

5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

a) Pengkajian riwayat obstetri mencakup data lengkap mengenai seluruh pengalaman kehamilan, persalinan, dan keguguran (abortus) yang pernah dialami ibu. Informasi ini sering dicatat menggunakan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), yang merinci:

(1) Gravida (G): Jumlah total kehamilan yang pernah terjadi, termasuk kehamilan saat ini, tanpa memandang hasilnya.

(2) Para (P): Jumlah persalinan yang menghasilkan bayi viabel (mampu hidup), baik yang lahir cukup bulan maupun prematur.

(3) Abortus (A): Jumlah keguguran atau aborsi yang pernah dialami.

Selain itu, perlu digali informasi mengenai siapa penolong persalinan sebelumnya, metode persalinan (misalnya,

normal, sesar), proses penyembuhan luka persalinan, kondisi bayi saat baru lahir, dan berat badan lahir anak jika ibu masih mengingatnya. Tidak hanya itu, riwayat menstruasi juga penting, termasuk usia menarche (haid pertama), siklus haid (teratur atau tidak), ada tidaknya nyeri haid, atau gangguan haid lainnya.

b) Keadaan Haid

Secara lebih spesifik, perlu ditanyakan mengenai kapan menarche pertama kali datang, pola siklus haid, dan tanggal hari pertama haid terakhir. Informasi ini membantu untuk mengetahui karakteristik darah yang keluar (darah muda atau darah tua), konsistensinya (encer atau menggumpal), durasinya, intensitas nyeri yang dirasakan, dan apakah ada bau yang tidak normal. Semua detail ini penting untuk mendapatkan gambaran menyeluruh tentang keadaan organ reproduksi ibu.

c) Perkawinan

Informasi mengenai riwayat perkawinan meliputi berapa kali ibu menikah dan berapa lama usia perkawinan dengan suami yang sekarang.

d) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Pengumpulan informasi rinci mengenai perjalanan kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang lalu merupakan

hal krusial. Data yang perlu digali meliputi kondisi bayi saat dilahirkan, seperti apakah ia lahir dalam keadaan sehat atau terdapat masalah kesehatan tertentu. Penting juga untuk memastikan usia kehamilan saat persalinan, apakah bayi lahir cukup bulan atau prematur. Selain itu, metode persalinan juga harus diidentifikasi, apakah persalinan berjalan normal atau memerlukan intervensi medis seperti operasi Sectio Caesarea, bantuan vakum, atau forsep. Informasi mengenai siapa tenaga kesehatan yang membantu proses kelahiran (misalnya, dokter spesialis kandungan, bidan, atau lainnya) serta lokasi persalinan berlangsung (misalnya, rumah sakit, klinik bersalin, atau fasilitas kesehatan lainnya) juga perlu didapatkan. Pengumpulan detail-detail ini memberikan gambaran yang komprehensif mengenai riwayat obstetri klien, yang sangat membantu dalam perencanaan dan pemberian perawatan yang lebih optimal.

e) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Ditanyakan keluhan waktu hamil untuk mengetahui faktor penyebab dilakukan sectio caesarea, dilakukan imunisasi TT atau tidak, ditanyakan BB sebelum dan sesudah hamil, pemeriksaan pada saat hamil teratur atau tidak

c. Pemeriksaan Fisik

1) Kondisi Umum

Pada umumnya, ibu yang telah menjalani operasi Sectio Caesarea tidak mengalami penurunan kesadaran. Namun, mereka mungkin menunjukkan perilaku seperti diam, apatis, meringis, atau gelisah, yang sering kali merupakan respons terhadap nyeri yang dialami. Secara keseluruhan, penampilan fisik ibu cenderung tampak lemah.

2) Tanda-Tanda Vital

Terkait dengan tanda-tanda vital, tekanan darah pada klien pasca Sectio Caesarea terkadang dapat menurun, suatu kondisi yang bisa menjadi akibat dari prosedur operasi itu sendiri.

a) Denyut nadi berpotensi meningkat apabila klien mengalami kecemasan, sementara suhu tubuh dapat naik sebagai indikator adanya infeksi. Penting untuk dicatat bahwa nadi dan suhu yang berada di atas rentang normal secara signifikan dapat mengindikasikan adanya infeksi.

b) Tekanan darah ibu mungkin mengalami sedikit peningkatan sebagai respons terhadap upaya fisik selama persalinan dan kelelahan. Kendati demikian, penurunan tekanan darah yang signifikan memerlukan kewaspadaan tinggi, karena hal tersebut dapat menjadi indikasi perdarahan pascapersalinan.

- c) Pola pernapasan ibu umumnya berkorelasi erat dengan denyut nadi dan suhu tubuh. Apabila terdapat anomali pada denyut nadi atau suhu, pernapasan juga cenderung akan terpengaruh, kecuali jika terdapat gangguan spesifik pada sistem pernapasan itu sendiri.

3) Pemeriksaan *Head to toe*

a) Kepala

Pemeriksaan kepala melibatkan dua langkah utama: inspeksi (pengamatan visual) dan palpasi (perabaan). Prosedur ini bertujuan untuk mengevaluasi struktur dan fungsi kepala. Pada tahap inspeksi, tenaga medis akan mengamati kesimetrisan wajah dan tengkorak. Selain itu, warna dan distribusi rambut kepala juga akan diperhatikan. Selanjutnya, melalui palpasi, dilakukan penilaian terhadap kondisi rambut dan kulit kepala. Pemeriksaan ini juga mencakup deteksi adanya massa (benjolan), pembengkakan, atau area yang menunjukkan nyeri tekan.

b) Mata

Pemeriksaan mata pada pasien memiliki tujuan spesifik untuk menentukan persistensi atau hilangnya efek anestesi. Apabila pasien menunjukkan respons pembukaan mata yang belum stabil atau melaporkan adanya pandangan kabur, hal

ini mengindikasikan bahwa efek anestesi kemungkinan besar belum sepenuhnya sirna.

c) Hidung

Pemeriksaan hidung dilakukan dengan tujuan untuk mengevaluasi bentuk dan fungsinya secara komprehensif, melalui metode inspeksi dan palpasi. Pada tahap inspeksi, amati kesimetrisan lubang hidung, warna kulit di area sekitar hidung, serta keberadaan pembengkakan, sumbatan, atau sekret. Selanjutnya, melalui palpasi, periksa area sinus maksilaris dan sinus frontalis untuk mendeteksi adanya nyeri tekan. Terakhir, lakukan pengkajian terhadap fungsi penciuman pasien untuk menilai integritasnya.

d) Telinga

Pemeriksaan telinga dilakukan untuk mengevaluasi kondisi telinga bagian luar, saluran telinga, membran timpani (gendang telinga), serta kapasitas pendengaran. Melalui inspeksi, kami akan mengamati kesimetrisan antara telinga kiri dan kanan, warna kulit di area telinga, dan tingkat kebersihannya. Selanjutnya, dengan palpasi, kami akan memeriksa keberadaan nyeri tekan. Selain itu, fungsi pendengaran pasien juga akan dikaji menggunakan metode seperti suara arloji dan bisikan untuk menilai kepekaannya.

e) Mulut dan gigi

Pemeriksaan rongga mulut dilaksanakan dengan pencahayaan yang adekuat untuk memastikan visualisasi yang optimal terhadap seluruh struktur oral. Melalui metode inspeksi (pengamatan visual), kami akan memeriksa keberadaan kelainan kongenital seperti labiopalatoskisis (bibir sumbing), serta menilai warna dan tingkat kebersihan gigi serta lidah. Selanjutnya, dengan menggunakan palpasi (perabaan), kami akan mengidentifikasi adanya pembengkakan atau area yang menunjukkan nyeri tekan. Selain itu, fungsi pengecapan pasien juga akan dievaluasi untuk menentukan integritasnya.

f) Leher

Pemeriksaan leher dimulai dengan inspeksi, yaitu pengamatan visual terhadap warna kulit serta deteksi keberadaan pembengkakan atau pergerakan yang abnormal pada kelenjar tiroid. Selanjutnya, prosedur dilanjutkan dengan palpasi untuk memeriksa kondisi kelenjar limfe dan kelenjar getah bening. Tahap akhir pemeriksaan melibatkan evaluasi mobilitas leher untuk menilai rentang gerak dan fleksibilitasnya.

g) Dada dan Payudara

1) Jantung

Prosedur pemeriksaan jantung melibatkan auskultasi (mendengarkan) bunyi jantung. Bunyi jantung yang normal dicirikan oleh suara "lub-dub" dengan irama yang teratur. Frekuensi denyut jantung normal berada dalam rentang 60 hingga 100 detak per menit.

2) Paru – paru

Pemeriksaan paru-paru dimulai dengan inspeksi (pengamatan visual). Pada tahap ini, dilakukan penilaian terhadap kesimetrisan kedua sisi dada, kebersihan area dada, ekspansi dada selama pernapasan, dan frekuensi pernapasan. Selanjutnya, palpasi (perabaan) dilakukan untuk mendeteksi keberadaan nyeri tekan. Tahap terakhir adalah perkusi (pengetukan) dada untuk mengonfirmasi adanya suara napas normal yang simetris pada dada kiri dan kanan. Bunyi napas yang normal adalah vesikuler, dan seharusnya tidak ditemukan suara napas tambahan seperti wheezing (mengi), ronkhi (suara kasar), atau suara patologis lainnya.

3) Payudara

Pemeriksaan payudara dimulai dengan inspeksi (pengamatan visual). Pada tahap ini, dievaluasi

kesimetrisan bentuk kedua payudara. Secara umum, akan teramati hiperpigmentasi pada areola (area gelap di sekitar puting). Perhatian juga diberikan pada potensi tanda-tanda pembendungan ASI, yang mungkin minimal atau belum tampak pada fase awal postpartum. Pastikan puting susu menonjol keluar dan kondisi payudara tampak bersih. Selanjutnya, dilakukan palpasi (perabaan) untuk mengidentifikasi keberadaan benjolan atau nyeri tekan pada area payudara.

h) Abdomen

Pemeriksaan abdomen diawali dengan inspeksi (pengamatan visual) untuk menilai beberapa aspek krusial. Perhatian difokuskan pada kondisi umum dan kebersihan area abdomen. Deteksi keberadaan striae livide (garis regangan kulit berwarna keunguan/kemerahan) dan linea nigra (garis pigmentasi gelap vertikal di garis tengah perut) juga merupakan bagian dari inspeksi. Khusus untuk pasien pasca operasi Sectio Caesarea (SC), luka operasi harus dievaluasi secara cermat. Inspeksi mencakup penilaian bentuk luka operasi (misalnya, adanya penonjolan atau cembung) serta tanda-tanda infeksi seperti eritema (kemerahan), pembengkakan, atau adanya eksudat pada balutan. Kondisi balutan (kering atau basah, utuh atau rusak) juga harus

diperiksa. Selanjutnya, dilakukan palpasi (perabaan). Tinggi Fundus Uteri (TFU) dievaluasi, yang normalnya teraba dua jari di bawah umbilikus (pusat) pada periode pascapersalinan awal. Keberadaan nyeri tekan pada area luka operasi SC juga perlu diidentifikasi. Konsistensi abdomen memberikan informasi penting: abdomen yang teraba keras mengindikasikan kontraksi uterus yang adekuat, berperan dalam meminimalkan perdarahan. Sebaliknya, abdomen yang terasa lembek menunjukkan kontraksi uterus yang kurang optimal, dan mungkin memerlukan masase untuk merangsang kontraksi. Palpasi juga dilakukan pada area kandung kemih untuk mendeteksi distensi (pembesaran). Terakhir, perkusi (pengetukan) pada abdomen umumnya menghasilkan bunyi timpani (suara resonan seperti drum). Kemudian, dilakukan auskultasi (mendengarkan) bising usus, dengan frekuensi normal sekitar 12 kali per menit.

i) Genetalia

Pemeriksaan ini dilaksanakan melalui inspeksi (pengamatan visual). Fokus utamanya adalah pada karakteristik pengeluaran lochea, meliputi warna, kuantitas, dan bau. Selain itu, juga diperiksa keberadaan edema (pembengkakan) pada area vulva.

j) Ekstremitas

1) Ekstremitas atas

Menilai kesimetrisan kedua lengan pasien. Observasi juga dilakukan pada ujung-ujung jari untuk mendeteksi sianosis (perubahan warna menjadi kebiruan), yang dapat mengindikasikan defisiensi oksigen. Keberadaan edema (pembengkakan) juga akan diperiksa. Umumnya, pasien pascaoperasi akan memiliki jalur infus terpasang, dan ini mungkin menyebabkan keterbatasan gerak pada ekstremitas atas

2) Ekstremitas bawah

Pada ekstremitas bawah, kesimetrisan kedua tungkai serta keberadaan edema akan dievaluasi. Perhatian khusus diberikan pada kemampuan pergerakan pasien, mengingat seringkali pasien pascaoperasi cenderung enggan menggerakkan kakinya karena rasa nyeri atau ketidaknyamanan. Pengkajian lebih lanjut meliputi deteksi varises (pelebaran pembuluh darah vena) dan pemeriksaan refleks patella serta Achilles. Pasien juga akan ditanyakan mengenai frekuensi sensasi kesemutan yang mungkin dialami. Aspek krusial lainnya adalah pengkajian tanda Homan. Tanda Homan yang positif mengindikasikan kemungkinan tromboflebitis

(peradangan vena disertai pembentukan bekuan darah), suatu kondisi yang dapat menghambat sirkulasi darah ke area distal. Untuk memeriksa tanda Homan, pasien diposisikan telentang dengan tungkai dalam keadaan ekstensi. Kemudian, kaki didorsofleksikan (ditekuk ke arah dorsal). Jika pasien melaporkan nyeri pada area betis selama manuver ini, maka tanda Homan dianggap positif. Untuk meminimalkan risiko tromboflebitis, mobilisasi dini pasien sangat dianjurkan. Ini bertujuan untuk melancarkan sirkulasi dan membantu penyerapan bekuan darah. Terakhir, pemeriksaan kekuatan dan tonus otot pada ekstremitas bawah juga akan dilakukan

2. Aspek Psikologis, Sosial dan Spiritual

- a. Pada umumnya, ibu yang baru melahirkan akan memasuki fase *taking in*, suatu periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama hingga hari kedua pascapersalinan. Selama fase ini, fokus perhatian ibu terpusat pada dirinya sendiri dan kebutuhan pemulihan fisiknya. Seringkali, ibu akan menceritakan kembali pengalaman persalinannya secara berulang. Kelelahan yang ekstrem yang dialami menuntut istirahat yang adekuat guna mencegah timbulnya gejala akibat kurang tidur, seperti iritabilitas atau mudah tersinggung. Kondisi ini juga dapat menyebabkan ibu menunjukkan kecenderungan posesif terhadap lingkungan sekitarnya. Oleh karena

itu, sangat esensial untuk memahami kondisi psikologis ibu dan mempertahankan komunikasi yang efektif guna mendukung proses adaptasinya.

- b. Pengaruh Nyeri Post Sectio Caesarea terhadap Sosialisasi dan Relasi Interpersonal Pasien yang telah menjalani operasi Sectio Caesarea (SC) umumnya mengalami nyeri signifikan yang dapat membatasi kapasitas mereka dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, esensial untuk melakukan pengkajian komprehensif mengenai dampak nyeri ini terhadap proses sosialisasi klien. Selain itu, evaluasi terhadap hubungan interpersonal klien dengan anggota keluarganya selama periode perawatan juga merupakan aspek penting. Hal ini mencakup bagaimana kondisi nyeri atau status pascaoperasi memengaruhi interaksi, sistem dukungan, dan komunikasi dalam konteks keluarga pasien.
- c. Evaluasi Dimensi Spiritual dalam Proses Pemulihan Pengkajian ini melibatkan pemeriksaan dimensi spiritual pasien, khususnya dalam konteks agama yang dianut dan bagaimana keyakinan tersebut memengaruhi perspektif pasien terhadap proses kesembuhan. Selain itu, penting juga untuk mendokumentasikan aktivitas keagamaan yang dilakukan pasien selama periode perawatan di fasilitas rumah sakit.

3. Pola sehari hari

a. Nutrisi

Pasca operasi, pemenuhan nutrisi pasien awalnya dilakukan secara intravena melalui infus selama periode puasa. Setelah enam jam pascaoperasi, pasien diizinkan untuk mengonsumsi cairan secara bertahap, dan delapan jam kemudian dapat diberikan makanan lunak. Namun, pada kasus pasien dengan anestesi spinal (lumbal fungsi), asupan makanan dan minuman dapat diberikan segera dan sesuai kebiasaan, bahkan dianjurkan untuk konsumsi cairan dalam jumlah banyak. Pengkajian nutrisi melibatkan evaluasi frekuensi makan, jenis makanan yang dikonsumsi, tingkat nafsu makan, frekuensi minum, serta jenis dan kuantitas cairan yang diasup.

b. Eliminasi BAB dan BAK

Pengkajian eliminasi mencakup frekuensi buang air besar (BAB), serta konsistensi, warna, dan bau tinja. Untuk buang air kecil (BAK), pasien pasca *Sectio Caesarea* umumnya menggunakan diapers karena pemasangan kateter urine sementara.

c. Istirahat dan tidur

Pada hari pertama pasca *Sectio Caesarea*, pasien seringkali mengalami gangguan istirahat tidur. Hal ini umumnya disebabkan oleh nyeri pada area operasi dan ketidaknyamanan di uretra akibat terpasangnya kateter menetap (dower catheter). Pengkajian ini

meliputi kebiasaan tidur pasien, durasi tidur, serta identifikasi adanya gangguan selama periode istirahat.

d. Personal hygiene

Pasien post *Sectio Caesarea* pada hari pertama, dan selama kateter masih terpasang, membutuhkan bantuan orang lain untuk melaksanakan aktivitas kebersihan diri (misalnya, mandi). Pengkajian personal hygiene meliputi evaluasi kebersihan kulit, rambut, rongga mulut dan gigi, pakaian, serta kebersihan vulva (*vulva hygiene*).

e. Aktivitas

Pola aktivitas pasien dapat terganggu secara signifikan oleh rasa nyeri pada area operasi. Kondisi ini seringkali mengakibatkan keterbatasan gerak pada pasien.

4. Data Penunjang

Pemeriksaan diagnostik menyediakan informasi krusial yang mendukung pemahaman mendalam mengenai kondisi patologis pasien.

a. Kadar Hemoglobin (Hb)

Kadar hemoglobin dapat terindikasi rendah. Hal ini seringkali merupakan konsekuensi dari kehilangan darah yang signifikan selama persalinan, yang dapat memicu peningkatan relatif volume plasma darah.

b. Jumlah Leukosit

Pemeriksaan jumlah leukosit (sel darah putih) dilakukan untuk mendeteksi potensi infeksi atau kemungkinan progresivitas menuju sepsis. Peningkatan jumlah leukosit dapat menjadi indikator adanya respons inflamasi atau infeksi.

c. Jumlah Trombosit

Analisis jumlah trombosit bertujuan untuk mengevaluasi konsentrasi sel trombosit serta peran vitalnya dalam proses koagulasi darah. Informasi ini esensial untuk menentukan waktu pembekuan darah pasien dan mitigasi risiko komplikasi perdarahan.

d. Kadar Tiroksin

Pemeriksaan kadar tiroksin dilakukan untuk menilai dampak pengaruh hormonal esterogen terhadap fungsi kelenjar tiroid, mengingat adanya interaksi kompleks antara kedua hormon tersebut.

2. Analisa Data

Tabel 2. 1Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Gejala dan tanda mayor Subjektif Menegelah nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap potektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Sulit tidur Gejala tanda minor Subjektif - Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis	Tindakan pembedahan (Sectio Caesarea) menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, yang merangsang area sensorik (nosisepsi). Rangsangan ini kemudian ditransmisikan sebagai impuls nyeri melalui saraf ke sistem saraf pusat, sehingga terjadi persepsi nyeri dan memicu reaksi nyeri atau nyeri akut.	Nyeri akut
2.	Gejala tanda mayor Subjektif Mengelah sulit menggerakan ekstremitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Gejala tanda minor Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	Kelemahan fisik pasca-operasi menimbulkan kekhawatiran terhadap luka post-operasi, yang menyebabkan pembatasan aktivitas akibat kelemahan fisik dan kekhawatiran tersebut. Pembatasan ini mengakibatkan aktivitas terganggu atau dibatasi, sehingga muncul gangguan mobilitas fisik.	Gangguan mobilitas fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
	Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah		
3.	Gejala tanda mayor Subjektif 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh tidak puas tidur 3. Mengeluh pola tidur berubah 4. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif - Gejala tanda minor Subjektif Mengeluh kemampuan aktifitas menurun Objektif -	Luka post-operasi menyebabkan gangguan kenyamanan fisik berupa nyeri akut, yang mengakibatkan kenyamanan terganggu dan selanjutnya menimbulkan gangguan pola tidur.	Gangguan pola tidur
4.	Kerusakan jaringan yang bisa beresiko mengalami peningkatan terserang patogenik	Luka post-operasi menyebabkan hilangnya proteksi alami jaringan terbuka, yang memungkinkan kontaminasi dan kolonisasi oleh mikroorganisme asing. Hal ini memicu respons inflamasi dan dapat berkembang menuju infeksi.	Resiko infeksi
5.	Gejala tanda mayor Subjektif Menolak melakukan perawatan diri	Gangguan kontraksi uterus menyebabkan kontraksi uterus tidak adekuat, yang berakibat pada involusi uterus yang tidak	Defisit perawatan diri

No	Data	Etiologi	Masalah
	Objektif 1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang	adekuat. Hal ini dapat memicu perdarahan, sehingga pasokan oksigen ke jaringan berkurang, menyebabkan kelemahan fisik dan akhirnya mengganggu kemampuan perawatan diri.	
6.	Gejala tanda mayor Subjektif 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal Objektif 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2. ASI tidak menetas/memancar 3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua	Kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI sehingga terjadi ketidakefektifan pemberian ASI yang menyebabkan menyusui menjadi tidak efektif.	Menyusui tidak efektif

Sumber : (SDKI 2019)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2019). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *post operasi caesarea* adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada luka post *sectio caesarea*
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien cemas saat bergerak
- c. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan pasien mengeluh sulit tidur
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri
- f. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan ASI tidak memancar

4. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 2 perencanaan keperawatan

No	Diganosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan sdiharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri, menurun 2. Meringis, menurun 3. Sikap protektif, menurun 4. Gelisah, menurun 5. Kemampuan mengenali penyebab nyeri, meningkat 6. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis, meningkat	Intervensi Utama Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan keyakinan tentang nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui karakteristik nyeri 2. Untuk mengetahui perkembangan nyeri klien menurun atau tidak 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal seperti eskpresi klien 4. Untuk mengetahui faktor apa saja yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Dengan memberikan teknik ini nyeri klien dapat teralihkan 2. Untuk menurunkan stimulasi nyeri sehingga klien merasa nyaman 3. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri 2. Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri 3. Anjurkan teknik nonfarmmakologis untuk mengurangi nyeri Pemberian obat Pemberian analgetik	Edukasi 1. Dengan memberikan arahan tentang penyebab,Periode ,dan pemicu nyeri 2. Dengan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri Pemberian obat Untuk mengurangi nyeri
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat	Intervensi utama Dukungan mobilitas Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi aktifitas melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung tekanan darah sebelum mobilisasi	Observasi 1. Untuk mengetahui ada atau tidaknya nyeri atau keluhan fisik pada klien 2. Untuk merelaksasikan tubuh klien 3. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah klien sebelum mobilisasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
		1. Rentang gerak (ROM) meningkat 2. Nyeri berkurang 3. Kelemahan fisik menurun	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal: Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).	4. Untuk mengetahui jenis latihan sesuai kondisi kesehatan Terapeutik 1. Memberi bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi 2. Meningkatkan status mobilisasi klien 3. Agar keluarga berperan dalam membantu klien dalam proses penyembuhan Edukasi 1. Untuk mengetahui jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan klien 2. Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot 3. Melatih kekuatan otot dan pergerakan klien agar tidak terjadi kekuatan otot maupun sendi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kemerahan, menurun 2. Nyeri, menurun 3. Bengkak, menurun 4. Kadar sel darah putih, membaik	Intervensi utama Pencegahan infeksi Observasi Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 4. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau operasi	Observasi Untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda dan gejala infeksi Terapeutik 1. Untuk meningkatkan kenyamanan klien 2. Menjaga kulit tetap bersih 3. Untuk mencegah infeksi nosokomial 4. Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka Edukasi 1. Dengan menjelaskan tanda dan gejala infeksi diharapkan klien mengetahui tanda dan gejala infeksi 2. Dengan mengajarkan mencuci tangan dengan benar diharapkan klien melakukan agar terhindar dari infeksi nosokomial 3. Dapat mengidentifikasi bila terjadi infeksi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			Pemberian obat Pemberian imunisasi	Pemberian obat Dapat meningkatkan sistem imun, dimana imun yang lemah dapat beresiko terjadi infeksi
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur klien membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan istirahat tidur cukup menurun	Intervensi utama Dukungan tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin	Observasi 1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur klien 2. Untuk mengetahui ada atau tidaknya faktor yang dapat memperberat mengganggu tidur Terapeutik 1. Untuk mengetahui hal apa yang memodifikasi lingkungan sehingga dapat mengurangi ketenangan untuk tidur 2. Untuk memberikan kenyamanan pada klien sehingga mampu meningkatkan kualitas tidur 3. Agar klien merasa tenang 4. Untuk menjaga kualitas tidur yang baik

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			5. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang sirkulasi tidur-terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor REM 4. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misl. psikologis, gaya hidup, sering berubah shif bekerja) 5. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	5. Untuk membantu peningkatan kualitas tidur yang baik Edukasi 1. Agar klien tahu mengenai pentingnya istirahat yang cukup 2. Untuk menghindari terjadinya gangguan kualitas tidur 3. Agar mendapatkan efek tenang pada klien 4. Untuk memberikan pemahaman yang baik kepada klien terkait pola tidur 5. Untuk menunjang penyembuhan klien dengan baik.
5.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat	Intervensi utama Dukungan perawatan diri Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian	Observasi 1. Untuk mengetahui kebiasaan klien 2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien 3. Untuk membantu kebutuhan dasar klien

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasioinal
		2. Kemampuan ketoilet meningkat 3. Minat melakukan perawatan diri meningkat	3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berpakaian,berhias,dan makan Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (Mis,suasana hangat,rileks,privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis,parfum,sikat gigi,dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi kemandirian,bantu jika tidak mampu 5. Jadwalkan Rutinitas rutin perawatan diri Edukasi Anjurkan melakukan perawatan secara konsisten sesuai kemampuan	Terapeutik 1. Agar membuat klien merasa nyaman 2. Agar klien tidak kusulitan untuk mencari apa saja yang dibutuhkan 3. Agar bisa membimbing klien 4. Membantu klien dalam melakukan perawtaan diri 5. Agar klien dapat melakukan perawatan diri sesuai jadwal yang dibuat Edukasi Membiasakan klien melakukan perawatan diri.
6.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menyusui meningkat	Intervensi Utama Edukasi Menyusui	Observasi 1. Untuk mengetahui kesiapan pasien

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
	ketidakadekuatan suplai ASI	Kriteria Hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar 3. Tetesan /pancaran ASI meningkat 4. Suplai ASI adekuat 5. Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat 6. Kepercayaan diri ibu meningkat 7. Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat Edukasi 1. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 2. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar	2. Agar klien dapat mencapai tujuan menyusui Terapeutik 1. Agar pasien mengerti dan paham tentang ASI 2. Agar pasien paham mengenai apa yang disampaikan 3. Untuk memberikan kesempatan bertanya tentang hal yang belum dipahami 4. Kepercayaan diri ibu dalam menyusui meningkat 5. Untuk memotivasi pasien dalam memberikan ASI Edukasi 1. Untuk mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 2. Perlekatan yang benar akan menghindari bayi menyusui lama dan sering 3. Menjaga kebersihan pada payudara dan memperbaiki bentuk puting susu sehingga bayi menyusui dengan baik

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
			3. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas 4. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	4. Agar pasien mengetahui perawatan payudara

Sumber : (SDKI,2019;SIKI,2018;SLKI,2019)

5. Implementasi

Implementasi keperawatan diartikan sebagai tahapan pelaksanaan dari seluruh rencana perawatan yang telah disusun. Dalam konteks ini, tindakan keperawatan terbagi menjadi dua kategori utama. Tindakan mandiri merujuk pada aktivitas yang sepenuhnya menjadi kewenangan perawat, didasarkan pada analisis dan keputusan profesionalnya sendiri, tanpa memerlukan instruksi dari tenaga kesehatan lain. Sementara itu, tindakan kolaborasi melibatkan koordinasi dan kerja sama dengan profesional kesehatan lain untuk mencapai tujuan perawatan pasien. Secara sederhana, implementasi adalah aktualisasi dari rencana perawatan menjadi tindakan nyata guna memberikan asuhan yang optimal bagi pasien (Mufidaturrohmah 2017).

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan penilaian terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Tujuannya adalah untuk memastikan apakah kebutuhan klien telah terpenuhi secara optimal dan untuk mengukur sejauh mana hasil dari proses keperawatan tercapai. Pada fase ini, perawat akan menentukan keberhasilan asuhan yang diberikan, yaitu apakah seluruh tujuan yang telah ditetapkan telah terpenuhi. Apabila hasil penilaian menunjukkan bahwa tujuan tidak tercapai, maka identifikasi penyebab kegagalan menjadi langkah krusial untuk perbaikan selanjutnya. Singkatnya, evaluasi adalah proses penilaian keberhasilan dan penentuan arah perbaikan dalam asuhan keperawatan (Sitanggang 2018).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama	: Ny. I
Umur	: 30 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp Joglo Karangpawitan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Status pernikahan	: Menikah
No RM	: 01446255
Tanggal masuk RS	: 24 April 2025
Tanggal operasi	: 25 April 2025
Tanggal pengkajian	: 25 April 2025 Pukul 17.00 WIB
Diagnosa medis	: P ₅ A ₁ Partus maturnus atas indikasi plasenta previa marginalis dengan post <i>sectio caesarea</i>

2) Identitas penanggung jawab

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

Umur : 35 tahun
 Agama : Laki - laki
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Alamat : Kp Joglo Karangpawitan
 Hubungan dengan klien : Suami

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

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

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 25 April 2025 pukul 17.00 WIB Ny.I mengeluh nyeri pada luka bekas operasi. Nyeri dirasakan ketika klien bergerak, nyeri berkurang saat diam terbaring, nyeri seperti ditusuk - tusuk dibagian abdomen yang terdapat luka *sectio caesarea*, dengan skala nyeri 6 (0-10) dan dirasakan hilang timbul, klien bersikap protektif saat perutnya diperiksa.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di Rumah sakit untuk menjalani kuretase, klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, jantung, diabetes melitus dan penyakit menular lainnya

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien menyatakan tidak ada riwayat persalinan kembar atau penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, tuberkulosis, dan penyakit menular lainnya dalam keluarganya.

5) Riwayat obstetrik dan ginekologi

a) Riwayat ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

Menarche	: 13 tahun
Lama	: 7 - 8 hari
Siklus	: 29 hari
Banyaknya	: 3x mengganti pembalut
Teratur atau tidak	: Teratur
Hari pertama haid terakhir	: 19 Juni 2024
Taksiran persalinan	: 26 Maret 2025

(2) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan	: 18 tahun
Lama pernikahan	: 12 tahun
Pernikahan yang ke	: 1

(3) Riwayat kontrasepsi

Klien mengatakan sebelum hamil menggunakan jenis kontrasepsi KB suntik 3 bulan dengan lama penggunaan 6 bulan, terdapat keluhan haid tidak teratur, dan sekarang berencana untuk menggunakan kontrasepsi IUD.

b) Riwayat obstetri

(1) Riwayat kehamilan dan persalinan lalu

Tabel 3. 1 Riwayat kehamilan dan persalinan lalu

Anak		Persalinan				Anak	
Ke	Tahun	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Penolong persalinan	Jenis kelamin	BB	keadaan
1.	2013	12 minggu	Kuretase	Dokter	-	-	-
2.	2015	38 minggu	Spontan	Bidan	Laki - laki	2900 gr	Baik
3.	2017	39 minggu	Spontan	Bidan	Laki - laki	4200 gr	Baik
4.	2019	39 minggu	Spontan	Bidan	Laki - laki	3200 gr	Baik
5.	2023	37 minggu	Spontan	Bidan	Laki - laki	3100 gr	Baik

Klien sebelumnya pernah mengalami abortus 1x pada saat kehamilan anak pertamanya

(2) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat persalinan P₅A₁, usia kehamilan 39 – 40 minggu. Berat badan sebelum hamil 62 kg, berat badan setelah hamil 84 kg. pasien mengalami kenaikan berat badan selama hamil 22 kg. pada saat hamil terdapat keluhan mual pada trimester pertama.

(3) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 24 April 2025 klien dirujuk ke IGD RSUD dr. Slamet Garut dengan indikasi letak plasenta yang menutupi tepi jalan lahir yang beresiko perdarahan dan usia kehamilan yang matur namun belum merasakan

tanda – tanda persalinan kemudian Pada hari Jum'at, 25 April 2025 klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Persalinan berjalan lancar klien tidak mengalami perdarahan. Bayi dengan jenis kelamin perempuan dengan berat 3000 gram, panjang badan 49 cm, keadaan bayi sehat. Klien dan bayi tidak dirawat gabung, serta belum ada perlekatan antara ibu dan bayi.

(4) Keadaan saat hamil

(a) Keluhan waktu hamil

Selama masa kehamilan, klien mengalami berbagai keluhan yang berbeda di setiap trimester. Pada trimester I, klien mengeluh mual hebat disertai tubuh yang terasa lemas, yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Memasuki trimester II, keluhan mual masih dirasakan namun dengan intensitas yang lebih ringan dan mulai dapat ditoleransi, sehingga aktivitas harian mulai berjalan lebih lancar. Sementara itu, pada trimester III, klien tidak lagi mengalami keluhan yang mengganggu klien sebelumnya sudah di Imunisasi TT.

(b) Perubahan BB saat hamil

BB sebelum hamil : 62 kg

BB saat hamil : 84 kg

TB : 157 cm

(c) Pemeriksaan kehamilan : teratur

Tempat pemeriksaan : Bidan

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran : Compos mentis

GCS : 15 (E:4 V:5 M:6)

Penampilan umum : Klien tampak lemah

2) Tanda-tanda vital

TD : 105/70 mmHg

N : 112 x/menit

RR : 20 x/menit

S : 36,9°C

3) Pemeriksaan *head to toe*

(a) Kepala

Warna rambut hitam, rambut panjang dan tampak kurang rapih, penyebaran rambut merata, rambut tampak berminyak, kulit kepala kurang bersih, kepala klien simetris antara bahu kanan dan bahu kiri, bentuk kepala bulat, tidak terdapat benjolan ataupun nyeri tekan pada kepala.

(b) Wajah

Ekspresi wajah tampak meringis, tidak terdapat kloasma

(c) Mata

Kedua mata klien simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, bola mata dapat digerakan ke segala arah, reflex pupil ketika mata klien diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan jelas ketika Ketika disuruh membaca, keadaan mata bersih tidak ada kotoran. tidak ada nyeri tekan.

(d) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak ada secret, fungsi penciuman terbukti klien dapat membedakan bau kayu putih dan bau alkohol tidak ada pernafasan cuping hidung. Tidak ada nyeri tekan.

(e) Mulut

Mukosa bibir merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada lesi, gigi tampak kotor dan lengkap, tidak ada pendarahan/radang gusi, tidak ada kelainan pada lidah, refleks menelan baik terbukti klien tidak mengeluh pada saat mencoba menelan, fungsi pengecapan baik klien dapat membedakan rasa asin dan manis pada makanannya.

(f) Telinga

Letak telinga simetris antara kiri dan kanan, tidak ada serumen, fungsi pendengaran terbukti klien dapat menjawab

pertanyaan yang dilontarkan perawat, tidak memakai alat bantu pendengaran, tidak ada nyeri tekan.

(g) Leher

Keadaan tampak ada keringat, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena juguralis, fungsi menelan terbukti saat klien menelan makanannya tidak ada hambatan, tidak ada nyeri tekan

(h) Dada

(1) Paru-paru

Pengembangan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada bekas luka. bunyi nafas vesikuler tidak ada bunyi tambahan wheezing(-), ronchi(-). Respirasi 20x/menit.

(2) Jantung

Bunyi jantung regular, terdengar bunyi S1 dan S2 lup dup, tidak ada sianosis pada tubuh

(3) Payudara

Bentuk payudara simetris antara kiri dan kanan, puting menonjol, payudara tampak bersih, areola berwarna hitam, puting mrnonjol, ASI sudah keluar namun kurang lancar, tidak ada benjolan, payudara teraba keras dan bengkak, disertai nyeri.

(i) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat *striae Gravidarum*, terdapat luka operasi SC dengan panjang ± 10 cm. Saat di auskultasi bising usus 15x/menit, terdapat nyeri tekan, tidak terdapat distensi kandung kemih. TFU 2 jari dibawah pusar, kontraksi (+) teraba keras.

(j) Genetalia dan anus

Keadaan genetalia dan anus kotor, terdapat lochea rubra, klien terpasang selang kateter, urin yang keluar 400 cc dalam urin bag dalam 8 jam pasca persalinan.

(k) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Klien tampak terbaring, pergerakan tangan baik, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan dan tangan kanan terpasang infus RL. 20tpm.

(2) Ekstremitas bawah

Pada ekstremitas bawah tidak ada edema, tidak ada varises, *Human Sign*(-), *Reflek Patella*(++). abdomen terasa nyeri saat ekstremitas bawah digerakan.

$$\frac{5}{3} \bigg| \frac{5}{3}$$

d. Konsep diri

1) Identitas diri

Klien seorang perempuan dengan usia 30 tahun, klien beragama islam, klien senang dengan kelahiran anak ke- 5 nya.

2) Peran diri

Klien berperan sebagai istri dari suaminya dan seorang ibu dari anak-anaknya.

3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat pulang dan ingin segera bertemu keluarga

4) Harga diri

Klien merasa sangat dihargai dan disayangi oleh keluarganya; terbukti keluarga silih berganti untuk menengok dan menjaganya.

5) Gambaran diri

Klien merasa terdapat perubahan pada dirinya seperti perubahan pada tubuhnya seperti peningkatan BB, perubahan bentuk tubuh. Namun,apapun perubahannya klien tetap bahagia karena kedatangan sosok perempuan yang ditunggu tunggu.

e. Aspek psikologi

1) Klien bergantung pada keluarga dan perawat

2) Persepsi diri, klien berharap segera pulang bersama anaknya kerumah dan berkumpul bersama keluarga.

- 3) Pola pikir, klien mengatakan sudah tau cara perawatan bayi, namun klien belum tahu cara perawatan luka post operasi di rumah
- 4) Respon ibu terhadap kelahiran bayi, klien mengatakan sangat bahagia dan bersyukur atas kelahiran bayinya yang sehat.
- 5) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi, keluarga mengatakan bahagia klien bisa melahirkan dengan selamat dan bayinya yang sehat.

f. Aspek Sosial

Hubungan klien dengan keluarganya baik, terbukti banyak keluarga yang menjaga klien. Pola komunikasi klien baik, terbukti klien dapat berkomunikasi dengan baik dan benar.

g. Aspek spiritual

Klien adalah seorang muslim dan selalu beribadah sesuai dengan kepercayaannya, klien selalu berdoa untuk kebaikan dirinya dan anaknya.

h. Pola koping

Apabila klien mempunyai masalah, klien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bermusyawarah bersama suaminya.

i. Kebiasaan seksual

Sebelum masa nifas klien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri, setelah masa nifas klien dan suami sepakat tidak melakukan hubungan suami istri setelah masa nifas selesai dan

klien beserta suami sepakat merencanakan akan menggunakan alat kontrasepsi IUD.

j. Pola aktivitas sehari hari

Tabel 3. 2 Pola aktivitas sehari hari

No	Jenis aktivitas	Di rumah	Di rumah sakit
1.	Nutrisi a. Makanan Frekuensi Jenis Porsi Cara Keluhan b. Minuman Jenis Frekuensi Cara	3x/Hari Nasi+lauk pauk 1 porsi Mandiri Tidak ada Air putih 6-7 gelas/hari Mandiri	Klien makan sedikit – sedikit bubur setelah 8 jam pasca persalinan (<i>post sectio caesarea</i>) Klien sudah minum 1 gelas air setelah 8 jam pasca persalinan (<i>post sectio caesarea</i>)
2.	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Warna Bau	1x/Hari Padat Khas feses Khas feses 5-6x/Hari Kuning jernih Khas urin	Belum BAB - - - Terpasang kateter Kuning pekat Khas urine
3.	Pola istirahat a. Tidur siang Kuantitas b. Tidur malam Kuantitas Keluhan	1-2 jam/Hari Baik 6-7jam/Hari Baik Tidak ada keluhan	½ jam/hari Tidak nyenyak Belum tidur malam - -
No	Jenis aktivitas	Di rumah	Di rumah sakit
4.	Personal hygiene a. Mandi Gosok gigi	2x/Hari 2x/Hari	Klien mengatakan belum mandi sejak masuk RS Klien mengatakan belum gosok gigi

No	Jenis aktivitas	Di rumah	Di rumah sakit
	Keramas Ganti baju Cara	1 minggu 3x 2x/Hari Mandiri	Belum keramas 1x Dibantu

k. Data penunjang

Nama : Ny.I
 Umur : 30 tahun
 Tanggal : 25 April 2025

Tabel 3. 3 data penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hematologi tanpa diff			
Hemoglobin	12.0	g/dL	13 - 16
Hematokrit	37	%	35 - 47
Jumlah leukosit	14.920	/mm ³	3800 - 10.600
Jumlah trombosit	257.000	/mm ³	150.000 -440.00
Jumlah eritrosit	4.05	Juta/mm ³	3.6 - 5.8

1. Terapi medis

Nama : Ny.I

Umur : 30 tahun

Tanggal : 25 April 2025

Tabel 3. 4 Terapi Medis

No	Nama obat	Dosis	rute
1.	Cefotaxime	2 x 1 gr	IV
2.	Metronidazole	3 x 500 mg	IV
3.	Ketorolac	3 x 30 mg	IV
4.	Infusan RL	20 tpm	IV
5.	Asam mefenamat	3 x 1gr	Oral
6.	Cefadroxil	3 x 1 gr	Oral

2. Analisa data

Tabel 3. 5 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds : - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di abdomen bagian bawah - Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat diam terbaring - Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Nyeri dirasakan hilang timbul	Adanya indikasi plasenta previa menyebabkan dilakukannya tindakan <i>section caesarea</i> . akibat dari adanya pembedahan atau luka operasi menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri ke thalamus yang kemudian dipersepsikan sebagai nyeri.	Nyeri akut
	Do :		

No	Data	Etiologi	Masalah
	- Terdapat luka post op sc di bagian bawah abdomen ± 10 cm tertutup perban - Klien tampak meringis - Klien tampak bersikap protektif pada saat dipegang perutnya - Skala nyeri 6 dari (0-10) - TTV TD : 105/70mmhg R : 20x/menit N :112x/menit		
2.	Ds : - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Klien mengatakan belum mampu untuk menggerakkan kakinya Do : - Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur - Pergerakan klien terbatas - Aktivitas klien dibantu keluarga - Terpasang DC - Kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \mid 5 \\ \hline 3 \mid 3 \end{array}$	Adanya indikasi plasenta previa menyebabkan dilakukannya tindakan <i>section caesarea</i>. akibat dari adanya pembedahan atau luka operasi menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri ke thalamus yang kemudian dipersepsikan sebagai nyeri. Dikarenakan nyeri yang dirasakan menyebabkan klien enggan untuk melakukan pergerakan.	Gangguan mobilitas fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
3.	Ds : - Do : - Terdapat luka post op SC dibagian abdomen tertutup perban	Post SC menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk bakteri berkembang biak sehingga dapat menimbulkan infeksi	Resiko infeksi
4.	Ds : - Klien mengatakan belum mandi sejak masuk RS - Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi sendiri Do : - Rambut klien tampak kurang rapih dan berminyak - Kulit klien teraba lengket dan terdapat bau - Genetalia kotor - Aktivitas kebersihan klien dibantu oleh keluarga	Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan pendarahan, hemoglobin yang menurun dapat menyebabkan kurangnya O2 oksigen sehingga terjadi kelemahan dan defisit perawatan diri.	Defisit perawatan diri
5.	Ds: - Klien mengatakan nyeri pada payudara - Klien mengatakan ASI sudah keluar namun kurang lancar Do: - Payudara tampak bengkak - Terdapat nyeri saat diraba - Pengeluaran ASI sudah ada	Kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI, terjadinya ketidakefektifan pemberian ASI	Menyusui tidak efektif

3. Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan sectio caesarea) dibuktikan dengan :

Ds :

- Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di abdomen bagian bawah
- Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat diam terbaring
- Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk
- Nyeri dirasakan hilang timbul atau terus menerus

Do :

- Terdapat luka post op sc di bagian bawah abdomen ± 10 cm tertutup perban
- Klien tampak meringis
- Klien tampak bersikap protektif pada saat dipegang perutnya
- Skala nyeri 6 dari (0-10)
- TTV

TD : 105/70mmhg

R : 20x/menit

N : 112x/menit

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
dibuktikan dengan:

Ds :

- Klien mengatakan nyeri saat bergerak
- Klien mengatakan belum mampu untuk menggerakkan kakinya

Do :

- Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur
- Pergerakan klien terbatas
- Aktivitas klien dibantu keluarga
- Terpasang DC
- Kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 3 & 3 \end{array}$$

- c. Resiko infeksi ditandai dengan efek tindakan invasif (tindakan sectio caesarea) dibuktikan dengan :

Do :

- Terdapat luka post op SC dibagian abdomen tertutup perban

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

Ds :

- Klien mengatakan belum mandi sejak masuk RS
- Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi sendiri

Do :

- Rambut klien tampak kurang rapi dan berminyak
- Kulit klien teraba lengket dan terdapat bau
- Genetalia kotor

- Aktivitas kebersihan klien dibantu oleh keluarga
- e. Menyesui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI , ditandai dengan :

Ds:

- Klien mengatakan nyeri pada payudara
- Klien mengatakan ASI sudah keluar namun kurang lancar

Do:

- Payudara tampak bengkak
- Terdapat nyeri saat diraba
- Pengeluaran ASI sudah ada

4. Proses Keperawatan

Nama : Ny. I

Umur : 30 tahun

No RM : 01446255

Tabel 3. 6 proses keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri akut	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi 1. Observasi TTV 2. Identifikasi lokasi, karakteristi	Observasi 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 2. Dengan mengidentifi kasi tingkat	Tanggal 25 April 2025 Pukul 17.00 WIB Observasi 1. Mengobservasi TTV Respon : TD : 105/70 MmHg R : 20x/menit N : 115x/menit 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,	Tanggal 25 April 2025 Pukul 21.00 WIB S: - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di abdomen bagian bawah - Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
		3. Sikap protektif menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Skala nyeri menurun	k, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 3. Identifikasi skala nyeri 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebar atau tidak 3. Mengetahui skala nyeri klien dari 1-10 4. Untuk menghindari faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	durasi, frekuensi, intensitas nyeri Respon klien : Klien mengatakan nyeri pada luka post op di abdomen bagian bawah, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul Jam 17.30 WIB 3. Mengidentifikasi skala nyeri Respon klien : skala nyeri 6 dari (0-10) 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	berkurang pada saat diam terbaring - Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Nyeri dirasakan hilang timbul atau terus menerus O : - Terdapat luka post op sc di bagian bawah abdomen ±10 cm tertutup perban - Klien tampak meringis - Klien tampak bersikap protektif pada saat dipegang perutnya - Skala nyeri 6 dari (0-10) - TTV

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Terapeutik 5. Berikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) 6. Kontrol lingkungan yang memperberat	Terapeutik 5. Dengan memberikan teknik non farmakologi diharapkan dapat mengurangi rasa nyeri 6. Untuk mengurangi rasa nyeri pada klien	Respon klien : klien mengatakan nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila beristirahat Jam 17.45 WIB Terapeutik 5. Memberikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) Respon klien : klien melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri dirasakan dan mulai sedikit berkurang Jam 19.00 WIB 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa	TD : 105/70mmhg R : 20x/menit N : 112x/menit A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Observasi TTV - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan - berikan teknik non-farmakologi teknik relaksasi nafas dalam - Berikan analgetik

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			at rasa nyeri Edukasi 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri	Edukasi 7. Diharapkan dapat mengontrol nyeri ketika muncul	nyeri seperti kebisingan Dengan cara menganjurkan di dalam ruangan untuk tetap tenang dan mengurangi kebisingan Respon klien : klien tampak lebih nyaman Jam 19.10 WIB Edukasi 7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri tentang teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam Respon klien : Klien mengerti strategi meredakan nyeri	

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian analgetik	Kolaborasi 8. Untuk membantu proses penyembuhan	dengan teknik relaksasi nafas dalam Jam 17.30 WIB Kolaborasi Pemberian analgetik (ketorolac 30 mg IV) Respon : klien bersedia untuk diberikan terapi obat  Salwa Farisa	
2.	Gangguan mobilitas fisik	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik	Dukungan Mobilisasi L.05173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri dan	Tanggal 25 April 2025 Pukul 17.10 WIB Observasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Tanggal 25 April 2025 Pukul 21.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Klien mengatakan sudah mampu

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
		meningkat dengan Kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Kelemahan fisik menurun 3. Kekuatan otot meningkat 4. Gerakan terbatas menurun Pergerakan ekstremitas	fisik lainnya Terapeutik 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkat	keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh klien Terapeutik 2. Untuk membantu melakukan pergerakan 3. Untuk membantu pasien dalam bergerak	Respon klien : Klien mengatakan masih nyeri pada saat melakukan pergerakan Jam 17.30 WIB Terapeutik 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan Respon klien : Klien mengatakan keluarga klien membantu pergerakan pada saat beraktivitas Jam 17.45 WIB 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (	untuk melakukan miring kiri dan kanan dan mulai belajar duduk dibantu keluarga O : - Klien tampak bisa melakukan miring kanan dan kiri - Pergerakan klien terbatas - Aktivitas klien dibantu keluarga - Terpasang DC - Kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \mid 5 \\ \hline 4 \mid 4 \end{array}$ A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			kan pergerakan		miring kanan kiri dan duduk) Respon klien : Aktivitas klien dibantu oleh keluarga pasien Jam 18.00 WIB Edukasi 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (edukasi mobilisasi dini pasien post sc) Respon klien : klien tampak mengerti setelah diberikan edukasi tahapan mobilisasi dini tentang tujuan dan prosedur mobilisasi yang harus dilakukan ibu pos sc	- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Ajarkan mobilisasi post sc 12-24 latihan duduk dan setelah 24 jam latihan berjalan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 6. Ajarkan mobilisasi sederhana pada pasien post sc yaitu - 0-6 jam latihan gerak	5. Membantu pergerakan pada pasien 6. Diharapkan dapat meningkatkan aktivitas klien	Jam 18.20 WIB 5. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (Miring kanan dan kiri) Respon : Klien melakukan latihan gerak ROM (menggerakkan kedua tangan, menggerakkan kaki dan pergelangan kaki) Jam 18.20 WIB 6. Mengajarkan mobilisasi dini post sc 6-12 jam dan 24 jam (miring kanan miring kiri, duduk dan berjalan)	

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			tangan dan kaki - 6-12 jam mobilisasi miring kanan miring kiri - 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur - Setelah 24 jam latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet		Respon klien : Pasien melakukan latihan miring kanan dan kiri  Salwa Farisa	
3.	Resiko infeksi	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam	Pencegahan Infeksi I.14539		Tanggal 25 April 2025	Tanggal 25 April 2025 Pukul 21.00 WIB S :

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
		diharapkan tingkat infeksi menurun dengan Kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Tidak adanya tanda-tanda infeksi	Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi ada tidaknya tanda dan gejala infeksi Terapeutik 2. Diharapkan dapat mencegah bakteri yang dibawa pengunjung yang dapat menyebabkan	Pukul 18.00 Observasi 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon klien : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi Tidak ada rubor (kemerahan), kalor (panas), dan tumor (pembengkakan) Jam 18.20 WIB Terapeutik 2. Membatasi jumlah pengunjung Respon Pengunjung klien hanya ibunya, klien tampak nyaman dan tenang	- Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi O : - Terdapat luka <i>post op</i> dibagian abdomen tertutup perban - Leukosit 14.920 - Suhu 36,9°C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala Infeksi lokal dan sistemik - berikan antibiotik

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Berikan perawatan luka	n infeksi pada klien 3. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar luka operasi 4. Untuk membantu proses penyembuhan dan mencegah terjadinya infeksi	Jam 17.00 WIB 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Respon : Perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Jam 18.30 WIB Edukasi 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon klien : Klien mampu menyebutkan Kembali serta mengenali tanda dan gejala infeksi	

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Edukasi 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Anjurkan kecukupan nutrisi, cairan dan istirahat Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian antibiotik	Edukasi 5. Agar klien mengetahui tanda dan gejala infeksi 6. Untuk membantu proses penyembuhan luka operasi Kolaborasi 7. Untuk membantu proses penyembuhan	5. Melakukan edukasi pentingnya nutrisi pada ibu post sc Respon : klien mampu memahami isidan maksud dari edukasi Jam 17.30 WIB Kolaborasi 6. Berkolaborasi pemberian antibiotik (Cefotaxime 1 gr IV dan Metronidazole 1 gr IV) Respon klien : klien bersedia untuk diberikan terapi obat  Salwa Farisa	

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
4.	Defisit perawatan diri	Setelah dilakukan tindakan selama 2x4 jam diharapkan perawatan diri meningkat Kriteria hasil : 1. kemampuan mandi 2. kemampuan mengenakan pakaian 3. kemampuan ke toilet (BAK/BA B)	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian Terapeutik 2. Sediakan lingkungan yang terapeutik (rileks, privasi) 3. Fasilitasi kemandirian, bantu	Observasi 1. Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien Terapeutik 2. Untuk memberikan kenyamanan terhadap klien 3. Agar klien tidak bergantung	Tanggal 25 April 2025 Pukul 18.00 Observasi 1. Memonitor tingkat kemandirian Respon : klien belum bisa melakukan perawatan Jam 18.45 Terapeutik 2. Menyediakan lingkungan yang rileks, privasi) Respon : klien tampak merasa nyaman dan aman Jam 18.55 WIB 3. Memfasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu	Tanggal 25 April 2025 Pukul 21.00 WIB S : Klien menatakan belum mampu ke kamar mandi namun sudah di spon dan gosok gigi O : - Klien tampak Segar - Genetalia klien bersih karena sudah ganti balutan - Badan klien tidak berbau A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			jika tidak mampu melakukan perawatan diri (vulva hygiene dan memandikan klien dengan cara spon) 4. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi Anjurkan melakukan perawatan diri	sepenuhnya ketika klien melakukan kebersihan diri 4. Untuk Memudahkan klien mengetahui waktu pelaksanaan personal hygiene Edukasi 5. Untuk melatih kemampuan	melakukan perawatan diri (vulva hygiene dan memandikan klien dengan cara spon) Respon : klien terlihat nyaman dan bersih setelah dilakukan vulva hygiene dan spon 4. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri Respon : klien bersedia melakukan jadwal perawatan diri Jam 19.05 WIB Edukasi 5. Meganjurkan melakukan perawatan diri	

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			secara konsisten sesuai kemampu	klien dalam perawatan diri	secara konsisten sesuai kemampuan Respon : klien akan melakukan perawatan diri 2x sehari  Salwa Farisa	
5.	Menyusui tidak efektif	Status Menyusui (L.03029) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan menyusui tidak efektif teratasi dengan 1. Kriteria hasil : Perlekatan	Edukasi Menyusui 1.12393 Observasi 1. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui	Observasi 1. Mengetahui tujuan dan keinginan dalam menyusui	Tanggal 25 April 2025 Pukul 18.00 WIB Observasi 1. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui Respon klien : klien mengatakan ingin	Tanggal 25 April 2025 Pukul 21.00 WIB S: - Klien mengatakan nyeri pada payudara - Klien mengatakan ASI sudah keluar namun kurang lancar O :

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			bagi ibu dan bayi	bagi ibu dan bayi	Respon : klien paham mengenai manfaat menyusui	
			4. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar	4. Perlekatan yang benar akan menghindari bayi menyusui lama dan sering	Jam 19.40 WIB 4. Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar Respon : klien paham sudah bisa melakukan perlekatan menyusui secara langsung kepada bayi	
			5. Ajarkan perawatan payudara (breast care) dan (pijat payudara) postpartum	5. Agar pasien mengetahui perawatan payudara untuk memperlanca r asi	Jam 19.50 WIB 5. Mengajarkan perawatan payudara (breast care) Respon : klien sudah paham melakukan	

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
					perawatan payudara dengan breast care  Salwa Farisa	

5. Catatan perkembangan

Nama : Ny. I

Umur : 30 tahun

No RM : 01446255

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan

Tanggal dan jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
26 april 2025 Pukul 21.00 WIB	DX I	S : - Klien mengatakan masih nyeri di abdomen luka bekas operasi - Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk - Nyeri dirasakan hilang timbul - Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan nyeri berkurang apabila beristirahat O : - Skala nyeri 5 dari (0-10) - Tampak meringis - Klien tampak bersikap protektif berkurang A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Observasi TTV	 Salwa Farisa

Tanggal dan jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan - berikan teknik non-farmakologi teknik relaksasi nafas dalam - Berikan analgetik I : Jam 21.20 WIB - Mengobservasi TTV Respon : TD : 115/80 mmhg N : 90×/m R: 20×/m - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Respon klien : Klien mengatakan masih nyeri di abdomen luka post op, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul - Mengidentifikasi skala nyeri Respon klien : skala nyeri 5 dari (0-10) - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon klien : klien mengatakan nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak Jam 21.30 WIB - Memberikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) Respon klien : klien melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri dirasakan mulai sedikit berkurang - Memberikan analgetik	

Tanggal dan jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		Respon : ketorolac 30 mg IV Jam 22.00 WIB E : Masalah teratasi sebagian	
26 april 2025 Pukul 21.30 WIB	DX II	S : - Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan pergerakan sudah berkurang - Klien mengatakan sudah bisa duduk sendiri dan berjalan ke toilet dibantu keluarga O : - Aktivitas pasien sebagian dibantu keluarga pasien - Klien tampak mampu duduk sendiri dan berjalan masih dibantu - DC sudah dilepas - Klien sudah tidak tampak lemah - Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ A : Masalah teratasi	 Salwa Farisa

Tanggal dan jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
26 april 2025 Pukul 21.40 WIB	DX III	S : - Klien mengatakan masih nyeri luka bekas operasi O : - S :36,2°C - Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak - Lingkungan klien bersih A : Resiko infeksi teratasi sebagian P : - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Berikan antibiotik I : Jam 22.15 WIB - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon klien : klien mengatakan masih nyeri luka bekas operasi, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti rubor, dolor dan Tumor Jam 22.30 WIB - Memberikan antibiotik Respon klien : Cefotaxime 1 gr IV Metronidazole 1 gr IV Jam 22.45 WIB E : Masalah teratasi sebagian	 Salwa Farisa

Tanggal dan jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
26 april 2025 Pukul 22.00 WIB	DX V	S : - Klien mengatakan bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi - Klien mengatakan nyeri pada payudara berkurang O : - Pengeluaran ASI keluar lebih banyak dari sebelumnya A : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : - Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar - Ajarkan perawatan payudara post partum I : Jam 22.15 WIB - Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar Respon klien : klien mengatakan paham mengenai posisi menyusui dan perlekatan dengan benar. klien mengatakan bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi - Mengajarkan perawatan payudara (pijat payudara) post partum Respon : klien bersedia dilakukan perawatan payudara pijat payudara Jam 22.30 WIB E : Masalah teratasi sebagian	 Salwa Farisa

Tanggal dan jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
27 April 2025 Pukul 08.00 WIB	DX I	S : - Klien mengatakan nyeri masih ada - Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak berkurang O : - Skala nyeri 3 dari (0-10) - Tampak meringis berkurang A : nyeri akut teratasi sebagian P : - Observasi TTV - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Berikan analgetik I : Jam 08.00 WIB - Mengobservasi TTV Respon : TD : 110/80 mmhg N : 76x/m R : 19x/m - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Respon klien : Klien mengatakan nyeri di abdomen luka post op berkurang, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul	 Salwa Farisa

Tanggal dan jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		- Mengidentifikasi skala nyeri Respon klien : skala nyeri 3 dari (0-10) Jam 08.20 WIB - Memberikan analgetik - Respon : obat asam mefenamat 1gr/Oral Jam 09.00 WIB E : masalah teratasi sebagian	
27 April 2025 Pukul 09.30 WIB	DX III	S : - Klien mengatakan luka bekas operasi mulai sedikit berkurang O : - Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak - Lingkungan klien bersih A : Resiko infeksi teratasi sebagian P : - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Berikan perawatan luka - Berikan antibiotik I : Jam 09.30 WIB - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon : Klien mengatakan nyeri luka operasi masih ada	 Salwa Farisa

Tanggal dan jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		- Memberikan perawatan luka Respon : klien merasa nyaman tidak ada tanda infeksi rubor, kalor, dolor dan tumor - Memberikan antibiotik Respon : Obat cefadroxil 1gr/Oral Jam 10.00 WIB E : Masalah teratasi sebagian R : Kontrol perawatan luka ganti perban setelah 1 minggu dilakukan operasi ke pelayanan kesehatan terdekat	
27 April 2025 Pukul 10.30 WIB	DX V	S : - Klien mengatakan nyeri sudah hilang O : - Pengeluaran ASI meningkat - Tampak ibu sedang menyusui - Pada saat menyusui bayi tampak tidak rewel A : Masalah teratasi	 Salwa Farisa

B. PEMBAHASAN

Setelah melakukan "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.I (P₅A₁ *POST SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA MARGINALIS DI RUANG AGATE BAWAH RSUD dr.SLAMET GARUT". Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 25 April 2025 sampai dengan tanggal 27 April 2025. Penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pada saat pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kendala karena Ny. I dan keluarganya cukup kooperatif yang ditunjang dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny. I serta keluarga Ny.I menjawab pertanyaan yang dilontarkan penulis tanpa terlihat adanya perasaan ragu dari mulai data identitas sampai data psikologinya dan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis serta keluarganya pun membantu untuk memberikan data-data yang diperlukan. Data pengkajian asuhan keperawatan yang ada pada teori post operasi *sectio caesarea* dengan indikasi Plasenta Previa Marginalis didapatkan bahwa klien mengeluh nyeri pada luka *post sc*, hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin,

serotin dan histamine, rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri dipersepsikan sebagai nyeri, Keluhan nyeri karena adanya luka insisi pembedahan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan (Nurarif, 2015)

Menurut (Perdanakusuma, 2015) proses penyembuhan luka mengalami 3 fase yaitu: Fase inflamasi, terjadi dari hari pertama luka sampai hari ke-2. Proses pembedahan mengakibatkan kerusakan jaringan dan perdarahan, darah akan mengisi daerah cedera dan paparan terhadap kolagen menimbulkan dreganulasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboksan bahan kimia dan asam amino, kemudian terjadi vasokonstriksi dan proses pembekuan darah. Fase proliferasi terjadi hari ke-3 sampai hari ke-14, serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Fase ini mulai terjadi granulasi, kontaminasi mikroorganisme maka kemungkinan besar akan terjadi resiko infeksi. Pada Ny. I ditemukan tanda-tandamunculnya infeksi dengan tanda meningkatnya jumlah leukosit, tetapi penulis tetap mengangkat masalah ini karena resiko bisa saja terjadi akibat perawatan luka yang kurang tepat. Fase maturasi, terjadi pada hari ke-8 sampai 1 tahun, fase ini merupakan fase terpanjang pematangan granulasi yang membentuk epitel baru.

Menurut (Simkin, 2015) tindakan operasi SC akan mengakibatkan gangguan mobilitas fisik dan menimbulkan nyeri yang menyebabkan klien takut bergerak. Ny.I mengatakan takut bergerak

karena adanya nyeri pada luka operasi. klien bergerak secara bertahap hal ini dapat terjadi karena keadaan fisik yang lemah akibat *post* operasi mengakibatkan kemampuan beraktivitas dibatasi karena klien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka operasi sehingga aktivitas klien akan terbatas.

2. Tahap diagnosa keperawatan

Tahap selanjutnya adalah diagnosa keperawatan yaitu proses pengelompokan data dan interpretasi data serta menentukan permasalahan. dari teori ditemukan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan *post* operasi *sectio caesarea* sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- f. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Setelah dilakukan pengkajian penulis menemukan kesenjangan diagnosa dari teori dengan kenyataan, maka diagnosa yang muncul pada Ny.I dengan *post* op section, Dari enam masalah yang ditemukan, lima diantaranya terdapat dalam teori yaitu:

- a. Nyeri akut merupakan sensasi dan pengalaman yang tidak menyenangkan serta muncul secara aktual maupun potensial terhadap kerusakan jaringan, dengan rentan waktu tertentu dengan skala yang berbeda-beda. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subyektif yaitu klien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dan data objektifnya yaitu klien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen, adanya nyeri tekan saat dipalpasi. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang dirasakan klien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien dan bisa mengganggu aktivitas klien sehingga timbul rasa ketakutan untuk melakukan gerakan atau tindakan.
- b. Gangguan mobilitas fisik karena adanya reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradykinin, serotine, histamine, dan serotine rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri sehingga terjadi kelelahan fisik yang diakibatkan nyeri bertambah apabila banyak bergerak, klien takut bergerak dan aktivitas dibantu keluarga.
- c. Risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit Menurut teori resiko infeksi yang berarti beresiko tinggi terhadap invasi organisme pathogen dimana adanya ketidakadekuatan pertahanan primer (kulit rusak, trauma jaringan, penurunan kerja silia, statis

cairan tubuh). Data yang ditemukan pada Ny. I ditemukan faktor-faktor resiko yang mendukung yaitu, secara objektif terdapat luka operasi, leukosit 14.920/mm³.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, Diagnosa keperawatan ini diangkat karena penulis menemukan data-data yang terkait dengan diagnosa tersebut antara lain, klien mengatakan belum mandi setelah operasi, rambut berminyak, kulit teraba lengket dan sedikit bau, genetalia kotor dan aktivitas kebersihan dibantu oleh keluarga dan perawat.
- e. Menyusui Tidak Efektif adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Hisapan mulut bayi akan menstimulus hipotalamus pada bagian hipofisis anterior dan posterior. Hipofisis anterior menghasilkan rangsangan (rangsangan prolaktin) untuk meningkatkan sekresi prolaktin. Prolaktin bekerja pada kelenjar susu (alveoli) untuk memproduksi ASI. Rangsangan hisapan bayi belum ada akan membuat produksi hormon oksitosin dan hormon prolaktin terhambat yang akan mengakibatkan produksi ASI keluar hanya sedikit.(Linda,2019).

Adapun satu diagnosa yang tidak muncul pada klien Ny.I yaitu diagnosa gangguan pola tidur, Gangguan pola tidur tidak dipilih karena berdasarkan teori yang telah diuraikan pada Bab II, gangguan ini bukan merupakan masalah keperawatan prioritas pada pasien post sectio

caesarea. Gangguan tidur muncul sebagai efek sekunder dari nyeri pasca operasi dan tidak berdiri sebagai diagnosis mandiri yang membutuhkan intervensi keperawatan khusus. Teori pada Bab II menunjukkan bahwa nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, defisit perawatan diri dan menyusui tidak efektif merupakan masalah utama yang lebih berdampak terhadap pemulihan ibu. Intervensi terhadap gangguan pola tidur umumnya telah tercakup dalam manajemen nyeri, seperti penggunaan teknik relaksasi dan kontrol lingkungan, sehingga penanganan masalah ini dilakukan secara tidak langsung melalui penyelesaian diagnosis utama lainnya.

3. Tahap perencanaan

Pada tahap perencanaan, penulis tidak mendapatkan hambatan atau kesulitan, karena adanya kerjasama, dukungan, bantuan dari keluarga klien dan petugas kesehatan dalam ruangan sehingga terlaksananya perencanaan.

a. Nyeri Akut

Pada perencanaan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x4 jam diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun dan klien tampak rileks. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, skala nyeri menjadi 1-2. Rencana diagnosa nyeri

akut berhubungan dengan agen cedera fisik meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Pada Perencanaan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat dan rentang ROM gerak meningkat. Rencana diagnose gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik meliputi: monitor lokasi dan ketidak nyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas.

c. Resiko Infeksi

Pada perencanaan risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit berdasarkan kriteria hasil 1x4 jam diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil: nyeri menurun, bengkak menurun, kemerahan menurun, kultur area luka membaik, dan jumlah leukosit dalam batas normal. Adapun salah satu tanda yang ditemukan apabila infeksi terjadi yaitu adanya tanda-tanda inflamasi seperti kemerahan, panas, bengkak dan nyeri. Rencana diagnosa risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit meliputi : Monitor tanda dan gejala infeksi.

d. Defisit perawatan diri

Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan kelemahan memerlukan pemantauan terhadap kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Perawat harus menyediakan lingkungan yang aman dan mendukung agar pasien merasa nyaman serta termotivasi. Bantuan diberikan hanya jika pasien benar-benar tidak mampu melakukan perawatan diri sendiri. Selain itu, penting untuk menjadwalkan rutinitas perawatan diri agar pasien terbiasa melakukannya secara teratur. Pasien juga dianjurkan untuk konsisten menjalankan perawatan diri sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya, dengan dukungan edukasi dari perawat mengenai pentingnya menjaga kebersihan dan kesehatan pribadi.

e. Menyusui tidak efektif

Intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah perawatan payudara atau breast care. Breast care merupakan salah satu langkah penting untuk menjaga kesehatan payudara dan mendukung kelancaran produksi ASI pada ibu menyusui. Perawatan ini meliputi berbagai tindakan seperti membersihkan payudara dengan lembut, memijat secara ringan untuk merangsang aliran ASI, serta memeriksa adanya tanda-tanda pembengkakan atau sumbatan. Dengan memberikan perawatan yang tepat, breast care dapat membantu mengurangi risiko pembengkakan payudara (engorgement), mencegah sumbatan

saluran ASI, dan menjaga kenyamanan ibu selama masa menyusui. Selain itu, perawatan payudara yang rutin dan benar juga berperan penting dalam mempertahankan produksi ASI, terutama saat ibu dan bayi mengalami kondisi kesehatan tertentu.

4. Tahap pelaksanaan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan klien bisa berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Dengan adanya kerjasama, dukungan dan bantuan dari petugas kesehatan, mahasiswa, pembimbing dan keluarga serta keterbukaan klien dalam menerima asuhan keperawatan, sehingga asuhan keperawatan dapat berjalan dengan lancar.

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat yaitu penulis Melakukan observasi karakteristik nyeri dengan hasil luka post SC seperti disayat-sayat pada abdomen skala nyeri 6 bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat bistirahat, Menjelaskan pada pasien tentang sebab timbulnya nyeri yaitu karena adanya luka operasi, dengan hasil pasien mengatakan paham sebab timbul nyeri yaitu karena luka operasi, Mengajarkan tehnik distraksi relaksasi dengan cara nafas dalam untuk mengalihkan nyeri dengan hasil klien mendemonstrasikan dengan benar, Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetic ketorolac 3x1mg.

Untuk diagnosa ke dua, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai perencanaan yaitu memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas dengan hasil klien merasa nyaman setelah dilaksanakan ambulasi, Mengajarkan klien untuk ambulasi sederhana yaitu miring kiri dan kanan dengan hasil klien merasa rileks dan tidak kaku, Menjelaskan pada klien tentang pentingnya ambulasi dini pada post sc dengan hasil klien mengerti apa yang dijelaskan.

Untuk diagnosa ke tiga, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yaitu memonitor adanya tanda dan gejala infeksi pada klien dengan hasil leukosit di atas normal, nyeri pada luka operasi, membatasi jumlah pengunjung dengan hasil pasien akan merasa lebih tenang, mempertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi infeksi dengan hasil klien terhindar dari paparan yang mengakibatkan infeksi pada klien, mengkolaborasi pemberian obat antibiotik seperti cefotaxime 2x1gr melalui IV.

Pada diagnosa ke empat defisit perawatan diri penulis memonitor tingkat kemandirian klien dalam melakukan perawatan diri, (vulva hygiene dan memandikan dengan cara spon) untuk memenuhi 100 kebutuhan personal hygiene pasien, menjadwalkan rutinitas perawatan diri, menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Respon klien baik, klien terlihat segar, klien sudah tidak bau, klien terlihat rapih, masalah teratasi.

Pada diagnosa ke lima yaitu menyusui tidak efektif penulis melakukan breast care dan pijat pada payudara untuk mengatasi payudara yang bengkak dan memperlancar pengeluaran ASI.

5. Tahap evaluasi

Merupakan akhir dari proses keperawatan setelah intervensi dan implementasi. Setelah dilakukan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit, penulis mengevaluasi klien dan di dapatkan hasil. Hasil evaluasi pada nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiki yang di dapatkan setelah perawatan selama 3 hari pada data subjektifnya pasien mengatakan nyeri berkurang data obyektifnya klien tampak meringis ,skla nyeri 3 (0-10) yang berarti nyeri pasien sudah berkurang, masalah teratasi Sebagian sesuai dengan kriteria hasil ada masalah yang belum maksimal teratasi seperti pasien masih merasa nyeri.

Hasil evaluasi pada gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik. setelah perawatan dua hari didapatkan data subjektif klien dapat mobilitas sedikit-sedikit , data obyektifnya klien tampak melakukan aktifitas mandiri. Masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pergerakan ekstremitas meningkat.

Hasil evaluasi pada risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit. setelah perawatan selama dua hari didapatkan data subjektif klien mengatakan luka masih sedikit nyeri ,data obyektif keadaan luka tertutup kasa . masalah keperawatan teratasi Sebagian

karna termasuk risiko dengan kriteria hasil yaitu pasien terbebas dari gejala infeksi.

Hasil evaluasi pada defisit perawatan diri selama perawatan satu hari didapatkan klien sudah terlihat tampak segar, rambut rapi, genetalia sudah bersih dan lebih nyaman masalah teratasi.

Hasil evaluasi menyusui tidak efektif setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari ASI meningkat, pada saat menyusui bayi tampak tidak rewel, ada perlekatan antara ibu dan bayi, ibu tampak menyusui bayi masalah teratasi.

Perencanaan yang disusun dapat dilaksanakan, klien juga dapat menerima semua implementasi yang diberikan dan bersedia menerima terapi sesuai advis dokter, dan diperbolehkan untuk pulang kerumah.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.I POD 0 post *sectio caesarea* dari tanggal 25 april 2025 - 27 april 2025, maka penulis mampu mengambil kesimpulan berikut ini :

1. Penulis mampu melakukan kegiatan pengkajian secara komprehensif terhadap klien dengan POD 0 *post sectio caesarea* Setelah dilakukan Analisa data berdasarkan hasil pengkajian. Maka, penulis menemukan 5 masalah keperawatan: nyeri akut, mobilitas fisik, resiko infeksi, defisit perawatan diri dan menyusui tidak efektif.
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian terhadap masalah klien.
3. Penulis mampu merencanakan Tindakan keperawatan sesuai dengan prioritas masalah.
4. Penulis mampu melaksanakan Tindakan keperawatan yang mengacu pada rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi klien. Pelaksanaan Tindakan keperawatan diberikan langsung kepada klien pada setiap dinas di Ruang Agate Bawah.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap Tindakan keperawatan yang dilakukan .
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

B. REKOMENDASI

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan secara sistematis kepada Ny.I, penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan tidak hanya mengandalkan pengajar atau dosen dalam proses pembelajaran, tetapi juga melibatkan perawat profesional. Hal ini penting karena saat praktik di lapangan sering ditemukan perbedaan antara teori yang dipelajari dengan kenyataan di lapangan. Dengan keterlibatan perawat profesional, mahasiswa diharapkan dapat menyesuaikan diri dengan lebih baik dan melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang berlaku. Selain itu, untuk mendukung proses pembelajaran, perpustakaan sebaiknya menyediakan sumber referensi yang lengkap dan selalu diperbarui. Referensi tersebut sangat berguna sebagai bahan kajian dalam penulisan karya ilmiah maupun penelitian oleh mahasiswa.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Rumah sakit diharapkan dapat menyediakan dan mengimplementasikan prosedur tetap (SOP) yang berkaitan dengan perawatan luka serta mobilisasi dini bagi pasien pasca operasi sectio caesarea. Hal ini penting untuk menunjang pelaksanaan asuhan keperawatan yang maksimal dan terstandar.

3. Bagi Perawat

Perawat diharapkan mampu memberikan pelayanan keperawatan yang optimal kepada pasien pasca sectio caesarea dengan cara melaksanakan SOP secara konsisten serta menerapkan pendekatan yang menyeluruh dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

4. Bagi Klien dan Keluarga

Keluarga diharapkan dapat berperan aktif dalam mendukung proses penyembuhan ibu setelah melahirkan melalui operasi SC, baik secara emosional maupun fisik, agar proses adaptasi selama masa nifas berjalan dengan lebih baik dan cepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ai, A., Daris, D., & Dita, R. (2021). *Komplikasi obstetri dan penatalaksanaannya*. Jakarta: Kesehatan Media.
- Anwar, N., & Safitri, M. (2022). *Kebutuhan dasar manusia pada masa nifas*. Yogyakarta: Deeppublish.
- Ariyani, I. (2017). *Asuhan kebidanan masa nifas*. Jakarta: Salemba Medika. ISBN 979-3027-91-6.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Asuhan keperawatan maternitas: Aplikasi NANDA, NIC, dan NOC*. Jakarta: Trans Info Media. ISBN 978-602-202-206-0.
- Astuti, D., & Dinasti, D. (2022). *Komplikasi masa postpartum*. Bandung: Graha Ilmu. ISBN 978-602-262-349-6.
- Chairani, Niken. (2017). *Manajemen nyeri post operasi caesar*. Surabaya: Unair Press.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., & Dashe, J. S. (2018). *Williams Obstetrics* — McGraw-Hill Education; New York, USA.
- Dila, A., Putri, R. E., & Lestari, Y. (2022). *Komplikasi post sectio caesarea*. Malang: UB Press.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2021). *Laporan AKI 2021 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat*; Bandung, Indonesia.
- Kurniasari, D. (2018). *Indikasi dan pelaksanaan sectio caesarea*. Semarang: Pustaka Cendekia.
- Dewi, M., Suleman, D., & Handayani, R. (2021). *Indikasi medis dan non-medis section caesarea*. Bandung: Alfabeta.
- Faj, dkk. (2022). *Penatalaksanaan medis post Sectio Caesarea*. Membahas terapi cairan, diet, mobilisasi dini, kateterisasi, serta obat-obatan pasca operasi caesar.
- Febriati, R., Mulyadi, R., & Nurhalimah. (2022). *Adaptasi psikologis ibu post partum*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Linda (2019). *Peran hormon prolaktin dan oksitosin*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; Jakarta, Indonesia.

- Mufidaturrohmah. (2017). *Implementasi keperawatan: Konsep dan aplikasi*. Jakarta: Pustaka Medika.
- Nurarif, M. (2021). *Asuhan keperawatan maternitas berbasis evidence based practice*. Yogyakarta: Medika Cipta.
- Nurarif, A. H. (2015). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah MediAction*; Yogyakarta, Indonesia
- Pawa, J. S., Mewengkang, N. E., & Suparman, L. (2019). *Klasifikasi plasenta previa dan implikasinya*. Manado: Unsrat Press.
- Perdanakusuma, D. S. (2015). *Ilmu Bedah* — Sagung Seto; Jakarta, Indonesia.
- Pragholapati, A., Sari, Y., & Pratiwi, D. (2020). *Gangguan integritas jaringan pasca operasi SC*. Jakarta: Trans Info Media.
- Pujiati, H., Fauziah, N., & Latifah, U. (2021). *Asuhan kebidanan masa nifas dan laktasi*. Surabaya: Penerbit Genius Media.
- Prawirohardjo, S. (2020). *Ilmu Kebidanan* — PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; Jakarta, Indonesia.
- Pujiati, H., Fauziah, N., & Latifah, U. (2021). *Asuhan kebidanan masa nifas dan laktasi*. Surabaya: Penerbit Genius Media.
- Rahim, R. N., Lestari, S., & Hamidah, R. (2019). *Pemenuhan KDM pada pasien post SC*. Jakarta: Kencana Prenada Media.
- Ratmiwasi, D., Suryaningsih, I., & Susilowati, E. (2017). *Mobilisasi dini pada pasien post sectio caesarea*. Jakarta: Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia.
- Rosyidah, A., & Azizah, L. S. (2019). *Plasenta previa: Teori dan praktik*. Surabaya: Unair Press.
- Ramadhan, A. (2022). *Komplikasi plasenta previa dalam kehamilan*. Bandung: Literasi Medis
- RSUD dr. Slamet Garut (2025). *Rekam Medik* — RSUD dr. Slamet Garut; Garut, Indonesia (dokumen internal).
- Saleha, S. (2017). *Kesehatan reproduksi wanita*. Makassar: FKM UNHAS.
- Simkin, P. (2015). *Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia* (4th ed.) — Wiley-Blackwell; Hoboken, New Jersey, USA.

- Sitanggang, A. (2018). *Evaluasi keperawatan: Proses penilaian dan perbaikan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Suleman, D. M., et al. (2021). Indikasi medis sectio caesarea. Menjelaskan berbagai pertimbangan medis operasi caesar, termasuk plasenta previa, solusio plasenta, dan preeklampsia.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2019). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).
- Varney, H. (2017). *Varney's Midwifery* — Jones & Bartlett Learning; Burlington, Massachusetts, USA.
- Wilujeng, W., & Hartati, T. (2018). *Tanda bahaya masa nifas dan peran tenaga kesehatan*. Bandung, Indonesia: Refika Aditama.
- Widyastutik, A., Hasanah, U., & Rizky, A. (2021). *Asuhan kebidanan masa nifas: Teori dan praktik*. Yogyakarta, Indonesia: Pustaka Pelajar.

Lampiran I

SAP (SATUAN ACARA PENYULUHAN)
MOBILISASI DINI POST *SECTIO CAESAREA*



Disusun Oleh :

SALWA FARISA

KHGA22137

3C D3 Keperawatan

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

2025

SATUAN ACARA PENYUULUHAN (SAP)
MOBILISASI DINI POST *SECTIO CAESAREA*

Waktu : 30 menit
Tempat : Ruang Agate Bawah
Tanggal Pelaksanaan : 25 April 2025
Sasaran : Pasien
Materi : Mobilisasi dini post *sectio caesarea*
Pemateri : Salwa Farisa

A. Deskripsi

Mobilisasi adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan suatu aktivitas / kegiatan. Mobilisasi ibu pasca melahirkan (post partum) suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan atau dengan persalinan SC.

B. Tujuan

1. Tiu

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan peserta mampu memahami tentang mobilisasi pada pasien Post SC.

2. Tik

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 20 menit diharapkan peserta dapat:

a. Pengertian mobilisasi dini

- b. Tujuan mobilisasi dini
- c. Manfaat mobilisasi dini
- d. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan
- e. Tahapan-tahapan mobilisasi

C. Sub pokok bahasan

- a. Pengertian mobilisasi dini
- b. Tujuan mobilisasi dini
- c. Manfaat mobilisasi dini
- d. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan
- e. Tahapan-tahapan mobilisasi

D. Metode

Ceramah dan tanya jawab

E. Media

Leaflet

F. Kegiatan

Tahap	Kegiatan Mahasiswa	Kegiatan Peserta	Alat/media
Pendahuluan (5 menit)	1. Memberikan salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Kontrak waktu	Menjawab salam serta memberikan respon	

Penyajian (20 menit)	Menjelaskan materi dari 1. Pengertian mobilisasi dini 2. Tujuan mobilisasi dini : 3. Manfaat mobilisasi dini: 4. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan : 5. Tahapan-tahapan mobilisasi	Menyimak dan memperhatikan	Leaflet
Penutup (5 menit)	1. Tanya jawab 2. Menyampaikan kesimpulan 3. Salam penutup	Memberikan respon dan mengajukan pertanyaan	

G. Evaluasi

Evaluasi kegiatan penyuluhan menunjukkan bahwa seluruh persiapan (struktur), termasuk kesepakatan klien, ketersediaan media, materi, dan tempat, telah terpenuhi dengan baik; proses pelaksanaan berjalan lancar sesuai waktu yang disepakati, dengan penyuluh mampu menyampaikan materi secara efektif, peserta mengikuti kegiatan secara penuh dan antusias tanpa meninggalkan tempat; serta hasil evaluasi menunjukkan bahwa 85% peserta mampu menjelaskan kembali pengertian, tujuan, manfaat, faktor yang perlu diperhatikan, dan tahapan mobilisasi dini.

H. Referensi

Brunner&Suddarth.2020. Keperawatan Medikal Bedah. Vol 1. Jakarta: EGC

Carpenito.(2021). Buku Saku Diagnosa Keperawatan. Edisi 8. Jakarta: EGC

Kasdu.(2015). Operasi Caesar Masalah dan solusinya. Jakarta: Puspita swara

Potter, Perry.2016. Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik edisi 4

Vol.2.Jakarta

MATERI PENYULUHAN

B. Pengertian mobilisasi

Mobilisasi adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan suatu aktivitas / kegiatan. Mobilisasi ibu pasca melahirkan (post partum) suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan atau dengan persalinan Caesar mobilisasi dini harus sesegera dilakukan begitu kekuatannya pulih.

C. 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.

D. Manfaat

1. Memperlancar terjadinya proses involusi uteri (kembalinya rahim ke bentuk semula)
2. Mengurangi komplikasi usus besar dan kandung kemih

3. Terhindar dari pembengkakan selain mencegah trombosis, yakni penyumbatan pembuluh darah. Membantu penyembuhan luka jahitan
4. Mencegah terjadinya infeksi

E. Faktor – faktor yang perlu diperhatikan

1. Mobilisasi jangan dilakukan terlalu cepat sebab bisa menyebabkan ibu terjatuh.
2. Yakinlah ibu bisa melakukan gerakan-gerakan di atas secara bertahap.
3. Kondisi tubuh akan cepat pulih jika ibu melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat.
4. Jangan melakukan mobilisasi secara berlebihan karena bisa membebani jantung

F. Tahapan mobilisasi

1. 6 jam pertama ibu post SC berupa istirahat tirah baring, mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, meregangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.
2. 6-10 jam, ibu diharuskan dapat miring kiri dan kanan mencegah trombosis dan emboli, setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat belajar duduk, setelah ibu dapat duduk, dianjurkan ibu belajar berjalan

G. Hal Penting Tentang Mobilisasi

1. Ibu harus punya keyakinan untuk dapat melakukan mobilisasi dengan cepat.
2. Mobilisasi yang dilakukan sesegera mungkin dengan cara-cara yang benar dapat mempercepat proses pemulihan kondisi tubuh secara umum.
3. Gerakan tubuh saja tidak akan menyebabkan jahitan lepas atau robek. Dalam dunia kedokteran modern sekarang ini, kasus seperti itu jarang terjadi karena Jahitan dibuat sangat kuat.
4. Mobilisasi harus dilakukan bertahap supaya semua sistem sirkulasi dalam tubuh bisa menyesuaikan diri untuk dapat berfungsi normal kembali.
5. Jantung perlu waktu untuk menyesuaikan diri, karena pembuluh darah harus "bekerja keras" selama masa pemulihan. Mobilisasi yang berlebihan bisa membebani kerja jantung.

SAP (SATUAN ACARA PENYULUHAN)
NUTRISI PASIEN POST *SECTIO CAESAREA*



Disusun Oleh :

SALWA FARISA

KHGA22137

3C D3 Keperawatan

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

2025

SATUAN ACARA PENYUULUHAN (SAP)
NUTRISI PASIEN POST *SECTIO CAESAREA*

Waktu : 30 menit
Tempat : Ruang Agate Bawah
Tanggal Pelaksanaan : 27 April 2025
Sasaran : Pasien
Materi : Nutrisi pasien post *sectio caesarea*
Pemateri : Salwa Farisa

A. Tujuan

1. Tiu

Setelah diberikan penyuluhan diharapkan pasien dan keluarga pasien mampu memahami tentang kebutuhan nutrisi pasien post *sectio caesarea*

2. Tik

Setelah dilakukan penyuluhan sasaran dapat :

- a. Menjelaskan tentang pengertian nutrisi
- b. Menjelaskan zat zat yang diperlukan untuk ibu post sc.
- c. Menjelaskan manfaat nutrisi bagi ibu post sc.
- d. Menjelaskan bahaya kekurangan nutrisi

B. Sub pokok bahasan

1. Pengertian nutrisi

2. Zat-zat yang diperlukan untuk ibu post sc
3. Manfaat nutrisi bagi ibu post sc
4. Bahaya kekurangan nutrisi bagi ibu post sc

C. Metode

Ceramah dan tanya jawab

D. Media

Leaflet

E. Kegiatan

Tahap	Kegiatan Mahasiswa	Kegiatan Peserta	Alat/media
Pendahuluan (5 menit)	1. Memberikan salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Kontrak waktu	Menjawab salam serta memberikan respon	
Penyajian (20 menit)	Menjelaskan materi dari 1. Pengertian nutrisi 2. Zat-zat yang diperlukan untuk ibu post sc 3. Manfaat nutrisi bagi ibu post sc 4. Bahaya kekurangan nutrisi bagi ibu post sc	Menyimak dan memperhatikan	Leaflet
Penutup (5 menit)	4. Tanya jawab	Memberikan respon dan	

	5. Menyampaikan kesimpulan 6. Salam penutup	mengajukan pertanyaan	
--	--	-----------------------	--

F. Evaluasi

3. Evaluasi struktur

- a. Kesiapan mahasiswa memberikan materi penyuluhan
- b. Media dan alat memadai
- c. Setting sesuai dengan kegiatan

4. Evaluasi proses

- a. Kegiatan penyuluhan dilakukan sesuai jadwal yang direncanakan
- b. Peserta penyuluhan kooperatif dan aktif berpartisipasi selama proses penyuluhan
- c. Seluruh mahasiswa berperan aktif selama proses penyuluhan

5. Evaluasi hasil

lisan

G. Referensi

Bagus M.I.,2015, Kader Tenaga Harapan Masyarakat, Proyek Pengembangan Peyuluhan Gizi, Jakarta.

Depkes RI, 2015, Panduan Pemberian ASI-MPASI, Depkes RI, Jakarta

MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian nutrisi

Nutrisi adalah zat-zat makanan yang diperlukan tubuh untuk menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses-proses kehidupan yang terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air (Bagus M.I.,2015). Nutrisi adalah semua makanan yang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh baik untuk mempertahankan keseimbangan metabolisme ataupun sebagai zat pembangun.

2. Zat-Zat Gizi untuk ibu post sectio caesarea

a. Kalori.

Karbohidrat merupakan sumber energi yang penting pada penyembuhan luka, guna mencegah degradasi protein. Karbohidrat juga sebagai sumber energi langsung untuk sel. Glukosa merupakan sumber energi untuk leukosit yang bekerja sebagai fagositosis. Hiperglikemia merupakan keadaan yang umum terjadi setelah adanya trauma, akibat salah satu respon hormonal pada injuri. Tetapi hiperglikemia yang terus menerus dapat menurunkan penyembuhan luka.

b. Protein.

Protein ini berfungsi sebagai zat pembangun dalam tubuh. Protein merupakan bahan-bahan pembentuk jaringan baru dalam tubuh, fungsi

utamanya adalah mempertahankan jaringan yang telah ada. Protein tinggi terdapat pada susu, telur, daging, dan ikan

c. Vitamin dan Mineral.

Vitamin dapat membantu untuk kekebalan tubuh. Vitamin ini dibutuhkan dalam tubuh sedikit tapi penting untuk mempertahankan gizi yang normal, mempengaruhi pembentukan sel-sel baru. Mineral sangat dibutuhkan untuk pembentukan tulang, gigi, kuku, kulit, dan rambut. Vitamin dan mineral banyak terdapat pada sayuran dan buah-buahan juga air. Zat ini diperlukan untuk penambah darah. Makanan yang kaya akan zat besi adalah hati, telur, ikan, dan ayam.

d. Kalsium.

Kalsium ini dibutuhkan untuk pembentukan dan memperkuat tulang, banyak terdapat pada sayuran hijau, susu, telur, kuning telur, dan ikan.

e. Seng.

Kekurangan seng dapat menghambat pembelahan sel, pertumbuhan, dan pemeliharaan jaringan. Zat seng dijumpai pada makanan yang sama dengan zat besi

3. Manfaatnya Nutrisi Bagi Ibu Post Sc

Manfaat dukungan nutrisi adalah untuk:

- a. Mencegah terjadinya Mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan
- b. Supaya luka-luka persalinan (luka operasi SC) lekas sembuh dalam masa nifas
- c. Untuk masa laktasi

d. malnutrisi Mempertahankan fungsi organ

e. Fungsi imun dan mencegah komplikasi

4. Bahaya Kekurangan Nutrisi bagi Ibu Post SC

Kekurangan intake dari zat-zat makanan terutama protein dan karbohidrat menyebabkan malnutrisi yang diantaranya dapat :

a. Mempengaruhi pertumbuhan, perkembangan dan kognisi, serta dapat memperlambat proses penyembuhan.

b. Menurunkan neovaskularisasi

c. Menurunkan penyembuhan luka Menghambat sintesa kolagen/jaringan

d. Risiko terjadinya infeksi sekunder

e. Mempertahankan fungsi organ

f. Fungsi imun dan mencegah komplikasi

5. Bahaya Kekurangan Nutrisi bagi Ibu Post SC

Kekurangan intake dari zat-zat makanan terutama protein dan karbohidrat menyebabkan malnutrisi yang diantaranya dapat :

a. Mempengaruhi pertumbuhan, perkembangan dan kognisi, serta dapat memperlambat proses penyembuhan.

b. Menurunkan neovaskularisasi

c. Menurunkan penyembuhan luka Menghambat sintesa kolagen/jaringan

d. Risiko terjadinya infeksi sekunder

Lampiran II

KETAHUI!!!

Pengertian

Mobilisasi adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan suatu aktivitas / kegiatan. Mobilisasi ibu pasca melahirkan (post partum) suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan atau dengan persalinan Caesar mobilisasi dini harus sesegera dilakukan begitu kekuatannya pulih.

Tujuan

Membantu pernafasan menjadi lebih baik,
Mempertahankan tonus otot
Mempercepat proses, penutupan jahitan operasi





MANFAAT

Memperlancar terjadinya proses involusi uteri (kembalinya rahim ke bentuk semula)

Mengurangi komplikasi usus besar dan kandung kemih

Terhindar dari pembengkakan selain mencegah trombosis, yakni penyumbatan pembuluh darah.

Membantu penyembuhan luka jahitan

Mencegah terjadinya infeksi

MOBILISASI DINI IBU POST SC



Salwa Farisa
KHGA22137

Faktor – faktor yang perlu diperhatikan

1. Mobilisasi jangan dilakukan terlalu cepat sebab bisa menyebabkan ibu terjatuh.
2. Yakinkanlah ibu bisa melakukan gerakan-gerakan di atas secara bertahap.
3. Kondisi tubuh akan cepat pulih jika ibu melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat.
4. Jangan melakukan mobilisasi secara berlebihan karena bisa membebani jantung



TAHAPAN MOBILISASI

6 jam pertama ibu post SC berupa istirahat tirah baring, mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, meregangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.

6-10 jam, ibu diharuskan dapat miring kiri dan kanan mencegah trombosis dan emboli, setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat belajar duduk, setelah ibu dapat duduk, dianjurkan ibu belajar berjalan



Hal Penting Tentang Mobilisasi

1. Ibu harus punya keyakinan untuk dapat melakukan mobilisasi dengan cepat.
2. Mobilisasi yang dilakukan sesegera mungkin dengan cara-cara yang benar dapat mempercepat proses pemulihan kondisi tubuh secara umum.
3. Gerakan tubuh saja tidak akan menyebabkan jahitan lepas atau robek. Dalam dunia kedokteran modern sekarang ini, kasus seperti itu jarang terjadi karena jahitan dibuat sangat kuat.



Nutrisi Ibu post SC

Salwa Farisa
Khga22137

pengertian

Nutrisi adalah zat-zat makanan yang diperlukan tubuh untuk menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses-proses kehidupan yang terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air (Bagus M.I., 2020). Nutrisi adalah semua makanan yang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh baik untuk mempertahankan keseimbangan metabolisme ataupun sebagai zat pembangun.

Manfaat

- Mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan
- Supaya luka-luka persalinan (luka operasi SC) lekas sembuh dalam masa nifas
- Untuk masa laktasi
- Mencegah terjadinya malnutrisi
- Mempertahankan fungsi organ
- Fungsi imun dan mencegah komplikasi



Bahaya Kekurangan Nutrisi bagi Ibu Post SC

- Mempengaruhi pertumbuhan, perkembangan dan kognisi, serta dapat memperlambat proses penyembuhan.
- Menurunkan neovaskularisasi
- Menurunkan penyembuhan luka Menghambat sintesa kolagen/jaringan

Zat-Zat Gizi untuk ibu post sectio caesarea

- Kalori.**
Karbohidrat merupakan sumber energi yang penting pada penyembuhan luka, guna mencegah degradasi protein. Karbohidrat juga sebagai sumber energi langsung untuk sel. Glukosa merupakan sumber energi untuk lekosit yang bekerja sebagai fagositosis. Hiperglikemia merupakan keadaan yang umum terjadi setelah adanya trauma, akibat salah satu respon hormonal pada injuri. Tetapi hiperglikemia yang terus menerus dapat menurunkan penyembuhan luka.
- Protein.**
Protein ini berfungsi sebagai zat pembangun dalam tubuh. Protein merupakan bahan-bahan pembentuk jaringan baru dalam tubuh, fungsi utamanya adalah mempertahankan jaringan yang telah ada. Protein tinggi terdapat pada susu, telur, daging, dan ikan.



- Seng.**
Kekurangan seng dapat menghambat pembelahan sel, pertumbuhan, dan pemeliharaan jaringan. Zat seng dijumpai pada makanan yang sama dengan zat besi



- Vitamin dan Mineral.**
Vitamin dapat membantu untuk kekebalan tubuh. Vitamin ini dibutuhkan dalam tubuh sedikit tapi penting untuk mempertahankan gizi yang normal, mempengaruhi pembentukan sel-sel baru. Mineral sangat dibutuhkan untuk pembentukan tulang, gigi, kuku, kulit, dan rambut. Vitamin dan mineral banyak terdapat pada sayuran dan buah-buahan juga air. Zat ini diperlukan untuk penambahan darah. Makanan yang kaya akan zat besi adalah hati, telur, ikan, dan ayam.
- Kalsium.**
Kalsium ini dibutuhkan untuk memperkuat dan membentuk tulang, banyak terdapat pada sayuran hijau, susu, telur, kuning telur, dan ikan.

Lampiran III

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Salwa Farisa

NIM : KHGA22137

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny.I (P₅A₁) Post Sectio Caesarea POD
0 Atas Indikasi Plasenta Previa Marginalis Di Ruang Agate Bawah
RSUD dr. Slamet Garut

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

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Rabu, 03 juni 2025	Cover	ACC judul		
2.	Rabu, 11 Juni 2025	BAB I	1. Memperbaiki latar belakang 2. memperbaiki data dari RS 3. Mengubah spasi, paragraf		
3.	Kamis, 19 Juni 2025	BAB I dan BAB II	1. Mengubah isi materi 2. Menambahkan materi 3. Memperbaiki kesimpulan materi 4. Mengubah penomoran		
4.	Kamis, 26 Juni 2025	BAB I dan BAB II	1. Perbaiki penulisan 2. Tambahan materi 3. Lanjutkan BAB III		

5.	Selasa, 01 juli 2025	BAB III	1. Perbaiki kalimat penulisan Riwayat 2. Penambahan Riwayat kehamilan sekarang 3. Perbaiki penulisan prospek 4. Perbaiki isi pembahasan		
6.	Rabu, 02 Juli 2025	BAB III	1. Penambahan data 2. Perbaiki penulisan		
7.	Jumat, 04 Juli 2025	BAB III, BAB IV dan lampiran	1. Perbaiki isi abstrak 2. Penambahan diagnosa 3. Perbaiki isi pembahasan 4. Perubahan BAB IV		
8.	Senin, 07 Juli 2025	BAB III dan BAB IV	ACC Sidang		

Lampiran IV

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Salwa Farisa
NIM	: KHGA22137
Jenis kelamin	: Perempuan
Tempat tanggal lahir	: Garut, 07 Juli 2004
Agama	: Islam
Alamat	: Kp Lamping, Sindanggalih Karangpawitan

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN Sindanggalih 5 (2010 – 2016)
2. SMPN 1 Karangpawitan (2016 – 2019)
3. SMAN 18 Garut (2019 – 2022)
4. STIKes Karsa Husada Garut (2022 – 2025)