

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N (P2A0) *POST SECTIO CAESARIA* (POD
0) ATAS INDIKASI PARTUS LAMA DI RUANG AGATE BAWAH RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH Dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

RISNA RAHAYU LETARI
NIM : KHGA22009



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

2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N (P1A0) *POST SECTIO CAESAREA* (POD 0) ATAS INDIKASI PARTUS LAMA DI RUANG AGATE BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.SLAMET GARUT.

NAMA : RISNA RAHAYU LESTARI

NIM : KHGA22009

Karya Tulis Ilmiah ini sudah disetujui untuk disidangkan dalam akhir
Program Studi Diploma III Keperawatan

Garut, Juni 2025

Menyetujui

Pembingbing

K.Dewi Budiarti, M.kep.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N (P1A0) *POST SECTIO CAESAREA* (POD 0) ATAS INDIKASI PARTUS LAMA DI RUANG AGATE BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.SLAMET GARUT.

NAMA : RISNA RAHAYU LESTARI

NIM : KHGA22009

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Eva Daniati, S.kep.,Ns.,M.pd.

Mengetahui

Ketua Prodi D III Keperawatan
Srikes Karsa Husada Garut

Eti Suliyawati,S.kep.,M.Si

Mengesahkan,

Pembingbing

K.Dewi Budiarti, M.kep.

K.Dewi Budiarti, M.kep.

ABSTRAK

IV BAB, 136 Halaman, 15 Tabel, 1 Bagan, 1 Gambar, 3 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi oleh angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia dan menurut Riskesdas tahun 2021 menunjukan sekitar 19,8% persalinan di Indonesia dilakukan dengan tindakan Sectio Caesarea. Sedangkan di RSUD Dr.Slamet Garut pada tahun 2025 dari bulan Januari sampai April tercatat sebanyak 794 kasus dengan indikasi partus lama berada di posisi ke 4 yaitu sebanyak 77 kasus atau 9,69%. Tujuan Karya Tulis ilmiah ini adalah agar penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada Ny.N (P2A0) dengan *post sc POD 0* atas indikasi partus lama di ruang Agaeu bawah. Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan teknik pengambilan data wawancara, pemeriksaan fisik dan catatan perawat. Hasil studi kasus menunjukan setelah dilakukan 3x24 jam nyeri yang dirasakan oleh Ny.N akibat luka post sc menurun, mobilitas fisik meningkat sehingga Ny.N mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, status menyeseui belum membaik karena Ny.N masih belum bertemu bayinya dan resiko infeksi menurun. Kesimpulan dari studi kasus ini adalah dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien post op sc yang menjadi masalah keperawatan utama yang harus diselesaikan adalah nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik yang harus diselesaikan dengan pelathan mobilisasi dini untuk membantu pemulihan pasien.

Kata Kunci : (Asuhan keperawatan, Sectio Caesarea, Post Partum)

Daftar Pustaka : 45 buah (2017-2025)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini sesuai batas waktu yang telah diberikan kepada penulis. Penyusunan Karya Tulis ini merupakan tugas dan salah satu syarat yang menunjang kelulusan dari program pendidikan Diploma DIII di STIKes Karsa Husada Garut, dengan judul yang diambil untuk Karya Tulis ini adalah: Asuhan Keperawatan pada Ny.N P2A0 Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Partus lama di Ruang Agateu Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Selama pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak menghadapi kendala dan hambatan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak maka kendala tersebut dapat dilewati sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr.H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, dan bantuan kepada penulis dalam melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepada Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga dan mendidik penulis selama 3 tahun.
7. Kepala ruangan beserta staf ruangan dan CI di Ruang Marjan Bawah di RSUD.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan dalam melakukan asuhan keperawatan.
8. Kepada orang tua saya tercinta Ibu Anih Suryani dan Bapak Rudi Gunawan sebagai motivator terbesar dalam hidup saya yang telah membesarkan, mendidik, merawat dan memberikan do'a restu, dukungan, perhatian, kasih sayang serta pengorbanan yang tak ternilai harganya, hingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.
9. Kepada sahabat saya Muthia Nur Salsabilla, Naeli Amelia, Mita Puji Astuti , Helmi Rifandi, Mizab Ar rahmat, Desma Revalina, Fega Siti meidiana, Meli Yuliani, Sakila yang telah memberikan dukungan dalam proses pembuatan karya tulis ini.
10. Kepada Orang Spesial Muhammad Nanda Aditya Saputra yang telah memberi dukungan dan motivasi dalam proses pembuatan karya tulis ini.
11. Kepada klien Ny. N dan keluarganya selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerja sama selama melakukan asuhan keperawatan.

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

Semoga bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis ini masih jauh dari kata sempurna baik secara penyajian maupun isinya, penulis menyambut baik terhadap kritik dan saran dari semua pihak. Semoga Karya Tulis Ini dapat bermanfaat bagi penulis umumnya bagi pembaca.

Garut, Juni 2025

Risna Rahayu Lestari

DAFTAR ISI

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.....	4
C. Metode Telaahan.....	5
D. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Konsep partus lama.....	8
1. Pengertian partus lama.....	8
2. Etiologi partus lama.....	9
3. Tanda dan gejala.....	11
4. Patofisiologi.....	12
5. Komplikasi partus lama.....	13
6. Penatalaksanaan partus lama.....	15
B. Konsep Sectio caesarea.....	18
1. Pengertian Sectio caesarea.....	18
2. Klasifikasi Sectio caesarea.....	19
3. Etiologi Sectio caesarea.....	20
4. Patofisiologi Sectio caesarea.....	21
5. Komplikasi Sectio caesarea.....	22
6. Penatalaksanaan Medis Sectio Caesarea.....	23
C. Konsep Post Partum.....	27
1. Pengertian post partum.....	27

2. Tahapan Masa Post Partum	27
3. Perubahan Fisiologis pada Masa Post Partum	29
4. Perubahan psikologis ibu masa nifas.....	39
5. Kebutuhan masa post partum.....	42
6. Tanda-tanda bahaya post partum	46
D. Dampak Post Section Caesarea Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	46
E. Konsep Asuhan Keperawatan	51
1. Pengkajian keperawatan	51
2. Diagnosa Keperawatan.....	66
3. Intervensi Keperawatan.....	66
4. Implementasi Keperawatan.....	73
5. Evaluasi Keperawatan	73
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	74
A. Tinjauan Kasus.....	74
1. Pengkajian	74
2. Analisa Data	86
3. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	88
4. Proses Keperawatan.....	90
B. Pembahasan.....	114
1. Pengkajian Keperawatan	114
2. Diagnosa Keperawatan.....	117
3. Perencanaan Keperawatan	120
4. Implementasi keperawatan.....	123
BAB IV	127
DAFTAR PUSTAKA	130

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Presentase sectio caesarea	3
Tabel 2. 1 involusi uterus Menurut Myles	31
Tabel 2. 2 Analisa data	63
Tabel 2. 3 Perencanaan Diagnosa Nyeri akut	67
Tabel 2. 4 Perencanaan Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik	68
Tabel 2. 5 Perencanaan Diagnosa Resiko Infeksi.....	69
Tabel 2. 6 Perencanaan Resiko ketidak seimbangan cairan.....	70
Tabel 2. 7 Perencanaan Diagnosa menyusui tidak efektif	71
Tabel 2. 8 Intervensi ddevisit perawatan diri.....	73
Tabel 3. 1 PolaAktivitasSehari-hari	82
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Laboratorium	85
Tabel 3. 3 Terapi Medis.....	85
Tabel 3. 4 Analisa Data	86
Tabel 3. 5 Intervensi, Implementasi danEvaluasi keperawatan.....	90
Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan	106

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway Sectio Caesarea	26
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran II Leaflet

Lampiran III Lembar Bimbingan

Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (Maternal Mortality Rate) merupakan jumlah kematian ibu akibat dari proses kehamilan, persalinan dan pasca persalinan yang dapat mengancam jiwa ibu bahkan dapat menyebabkan kematian bagi ibu World Health Organization (WHO 2024). Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2021 menunjukkan sebanyak 7.389 jiwa dan jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.627 kematian (Kemenkes 2023). Berdasarkan catatan dari (Dikes Jabar 2023) jumlah AKI pada tahun 2023 mencapai sebanyak 151 kasus Sedangkan jumlah Angka kematian ibu di Kabupaten Garut pada tahun 2021 mencapai 112 kasus dan mengalami penurunan menjadi 59 kasus pada tahun 2022 dengan presentase sekitar 28% kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, 13% eklamsi atau gangguan akibat hipertensi saat kehamilan, 9% partus lama, 11% komplikasi aborsi dan 10% akibat infeksi (Dinkes Garut 2021).

Partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 14 jam atau 24 jam yang dimulai dengan adanya tanda-tanda persalinan yang ditandai dengan tidak adanya pembukaan serviks dalam 2 jam dan tidak ada penurunan janin dalam 1 jam. Partus lama disebabkan oleh kelainan letak janin, kelainan panggul, pimpinan partus yang salah, janin besar, primitua dan ketuban pecah dini, penyebab lain dari partus lama yaitu kelainan his, kelainan his tersebut disebut His hipotonik (hinersia uteri) yaitu his yang tidak normal dan his yang

bersifat lemah sehingga menyebabkan partus lama (Aziz, Karyawati 2023). Dampak partus lama pada ibu adalah dapat meningkatnya kejadian perdarahan karena antonia uteri, infeksi, kelelahan ibu dan shock (Restu Handayani, 2022).

Penanganan pada Ibu yang mengalami partus lama salah satunya dilakukan tindakan pengeluaran bayi melalui tindakan sectio caesarea untuk menghindari komplikasi pada ibu dan bayi. Sectio caesarea adalah prosedur pembedahan, dimana dilakukan pembedahan pada bagian abdomen dan uterus untuk mengeluarkan bayi (Fitriani 2020). Tindakan sectio caesarea merupakan persalinan buatan membantu untuk mengeluarkan janin yang ada berada didalam rahim dengan melakukan sayatan pada area dinding abdomen dan uterus (Rani 2020).

Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2021 menunjukkan proporsi persalinan yang dilakukan dengan cara section caesarea di Indonesia yakni mencapai 19,8% kasus persalinan. Ini mengindikasikan bahwa tingkat persalinan melalui operasi di Indonesia telah melebihi ambang batas maksimal yang direkomendasikan oleh WHO, yaitu 5–15%. Sementara itu, di Provinsi Jawa Barat, angka persalinan dengan operasi SC tercatat sebesar 17,6% kasus. Berdasarkan data rekam medis RSUD dr. Slamet Garut dari Januari hingga April 2025, tercatat sebanyak 794 kasus tindakan Sectio Caesarea (SC), dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 1. 1 Presentase sectio caesarea
Presentase *Sectio caesarea* dengan berbagai indikasi dari bulan Januari
sampai bulan April 2025 di RSUD dr. Slamet Garut

NO	KASUS	JUMLAH	PRESENTASE
1	Sectio caesarea indikasi PEB	327	41,18%
2	Sectio caesarea indikasi KPD	214	26,95%
3	Sectio caesarea indikasi Letak Sungsang	102	12,84%
4	Sectio caesarea indikasi Partus Lama	77	9,69%
5	Sectio caesarea indikasi PPT	38	4,78%
6	Sectio caesarea indikasi Gawat Janin	33	4,15%
7	Sectio caesarea indikasi Plasenta Previa marginalis	2	0,25%
8	Sectio caesarea indikasi Presentasi Daggu	1	0,12%
Total		794	100%

Sumber : Data Rekam Medis RSUD dr.Slamet Garut 2025.

Dari tabel ini dapat dilihat bahwa angka kasus sectio caesarea dengan berbagai indikasi di RSUD Dr. Slamet Garut tahun 2025 sebanyak 794 kasus. Untuk komplikasi Sectio Caesarea dapat terjadi perdarahan, infeksi dan rupture uteri. Oleh karena itu perlu dilakukan pendekatan Asuhan Keperawatan yang sistematis dan komprehensif dengan melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, menentukan intervensi, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dalam kesempatan ini penulis mengambil judul: "Asuhan Keperawatan Pada Ny.N P2A0 Post Sectio Caesarea POD 0 Atas Indikasi Partus Lama Di Ruangan Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spritual dengan pendekatan proses keperawatan pada pada Ny.N (P2A0) Post Sectio Caesarea (POD 0) atas indikasi Partus Lama di Ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet.dan mendokumentasikannya dalam bentuk laporan studi kasus.

2. Tujuan khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.N (P2A0) Post Sectio Caesarea (POD 0) atas indikasi Partus Lama di Ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet. Garut
- b. Penulis mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Ny.N (P2A0) Post Sectio Caesarea (POD 0) atas indikasi Partus Lama di Ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet. Garut
- c. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny.N (P2A0) Post Sectio Caesarea (POD 0) atas indikasi Partus Lama di Ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet. Garut
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.N (P2A0) Post Sectio Caesarea (POD 0) atas indikasi Partus Lama di Ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet. Garut.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.N (P2A0) Post Sectio Caesarea (POD 0) atas indikasi Partus Lama di Ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet. Garut

- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.N (P2A0) Post Sectio Caesarea (POD 0) atas indikasi Partus Lama di Ruangan Agate Bawah RSUD dr.Slamet. Garut.

C. Metode Telaahan

Pada metode ini menggunakan Metode deskriptif yang dibentuk menjadi studi kasus. Metode deskriptif ini digunakan untuk pengambilan data kasus termasuk wawancara, pemeriksaan fisik, dokumentasi dan catatan perawat, dan keterlibatan aktif pasien.

1. Wawancara

Adalah teknik pengumpulan data yang direncanakan dan disepakati oleh pasien dan perawat. Identitas klien, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan pemeriksaan lainnya adalah informasi yang dikumpulkan melalui pendekatan ini .

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan fisik dan laboratorium

Pemeriksaan fisik secara langsung dilakukan pada klien dengan empat cara, yaitu inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan palpasi. Pemeriksaan laboratorium dapat mencakup pemeriksaan hemoglobin, leukosit, dan sebagainya.

4. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi yang melibatkan pencarian informasi atau data klien di rekam medis, catatan kematian, dan catatan perkembangan yang mendukung masalah kematian.

5. Kajian kepustakaan

Kajian kepustakaan mencakup penelitian teoritis dan referensi lain yang berkaitan dengan nilai, budaya, dan norma yang berkembang dalam konteks sosial yang diteliti.

6. Partisipasi Aktif:

Pasien dan keluarga aktif berpartisipasi dengan memberikan informasi tentang kondisi pasien dan bekerja sama saat dilakukan wawancara.

D. Sistematika Penulisan

Dalam sistematika penulisan terdapat bagian awal yang memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, dan persembahan lalu kata pengantar dan daftar isi. Dan pada bagian inti, terdiri dari 4 BAB yang masing-masing BAB terdiri dari sub BAB berikut ini.

BAB I : terdiri dari pendahuluan, berisi latar belakang, tujuan penulisan, metode dan sistematika penulisan

BAB II : terdiri dari tinjauan Teori, berisi tentang konsep penyakit dari studi sectio caesarea atas indikasi partus lama serta kerangka masalah

BAB III : terdiri dari tinjauan kasus dan pembahasan, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, intervensi,

implementasi dan evaluasi dan pembahasan tentang perbandingan antar teori dengan kenyataan dan yang ada di lapangan.

BAB IV : terdiri dari penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep partus lama

1. Pengertian partus lama

Partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 14 jam pada multigravida. Terjadinya partus lama yaitu disebabkan oleh kelainan his yang tidak efisien, kelainan letak janin, kelainan panggul, pimpinan partus yang salah, janin besar, primitua, grande multi dan ketuban pecah dini. Dampak partus lama pada ibu adalah dapat meningkatnya kejadian perdarahan karena antonia uteri, infeksi, kelelahan ibu dan shock, sedangkan pada janin dapat berdampak pada meningkatkan kejadian asfiksia, trauma cerebri yang disebabkan penekanan pada kepala janin dan kematian janin (Aziz, Karyawati 2023)

Partus lama merupakan persalinan yang ditandai tidak adanya pembukaan serviks dalam 2 jam dan tidak ada penurunan janin dalam 1 jam (Azis Abdul 2020). Partus lama merupakan suatu persalinan yang mengalami kemacetan dan berlangsung lama sehingga timbul komplikasi pada anak, pada ibu, atau didapatkan adanya infeksi intrauterine (Yuhana 2024).

Dari dua pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa Partus lama merupakan kondisi persalinan yang berlangsung lebih lama dari waktu normal, yaitu lebih dari 24 jam pada primigravida dan 18 jam pada multigravida. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti

kontraksi yang tidak efektif, kelainan posisi janin, kelainan panggul, kesalahan dalam penanganan persalinan, janin besar, ketuban pecah dini, hingga faktor usia kehamilan atau jumlah kehamilan sebelumnya. Akibatnya, partus lama dapat menimbulkan komplikasi serius seperti perdarahan, infeksi, kelelahan hingga syok pada ibu, serta risiko asfiksia, trauma kepala, hingga kematian pada janin, karena proses persalinan yang terhenti atau tidak mengalami kemajuan.

2. Etiologi partus lama

Secara umum partus lama dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

a. Faktor tenaga atau his

Kelainan Tenaga (Kelainan His) His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan atau tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Jenis-jenis kelainan his yaitu :

1) *Inersia Uteri*

Di sini his bersifat biasa dalam arti bahwa fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu pada bagian lainnya. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak berbahaya bagi ibu maupun janin kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama.

2) *Incoordinate Uterine Action*

Disini sifat his berubah, tonus otot terus meningkat, juga di luar his dan kontraksinya berlangsung tidak seperti biasa karena tidak ada

sinkronisasi antara kontraksi. Tidak adanya koordinasi antara bagian atas, tengah, dan bagian bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Tonus otot yang naik menyebabkan nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia janin(Nuranisa 2020).

b. Pembagian his dan sifatnya dibedakan menjadi:

- 1) His pembukaan (Kala I), pembukaan serviks yang semakin kuat.
- 2) His pengeluaran (Kala II), untuk mengeluarkan janin, sifat hisnya adalah sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinir dan lama. His ini memiliki koordinasi bersama antara kontraksi otot perut, diafragma dan ligament.
- 3) His pelepasan uri (kala III), kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 4) His pengiring (Kala IV), kontraksi lemah, masih sedikit nyeri terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

c. Faktor janin

Faktor janin meliputi kepala janin yang besar, presentasi wajah, malposisi persisten, kembar yang terkunci (terkunci pada daerah leher), dan kembar siam.

d. Faktor jalan lahir

Faktor jalan lahir meliputi panggul kecil karena mal nutrisi, deformitas panggul karena trauma atau polio, tumor bagian panggul, infeksi virus di perut atau uterus. Partus lama juga dapat disebabkan oleh beberapa

hal yang secara tidak langsung berpengaruh terhadap partus lama seperti, paritas dan interval kelahiran, usia yang terlalu muda dan terlalu tua, ketuban pecah dini, cemas dan ketakutan (Aspiani 2022).

3. Tanda dan gejala

Menurut Yuanita Syaiful & Lilis Fatmawati, (2020) gejala klinik pada partus lama terjadi pada ibu dan juga janin, yaitu sebagai berikut:

Tanda-tanda gawat janin pada ibu meliputi kondisi fisik yang mencolok seperti rasa gelisah, kelelahan ekstrem, peningkatan suhu tubuh, keringat berlebih, serta denyut nadi dan napas yang makin cepat. Secara lokal, bisa terlihat adanya edema pada serviks, cairan ketuban yang berbau tidak sedap, serta keluarnya mekonium, yang menandakan adanya stres janin dalam kandungan dan berpotensi membahayakan proses persalinan.

Sementara itu, pada janin, tanda gawat bisa terdeteksi dari denyut jantung yang cepat namun tidak teratur, bahkan bisa menjadi negatif. Air ketuban berwarna kehijauan dan pekat akibat keberadaan mekonium, serta mengeluarkan bau tidak normal. Selain itu, ditemukan kaput suksedaneum yang besar dan moulage kepala yang berat. Kondisi ini sangat serius karena dapat menyebabkan kematian janin dalam kandungan (KJDK) atau kematian janin intra partum (KJIP), menegaskan pentingnya pengawasan dan intervensi medis segera untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

4. Patofisiologi

Partus lama atau distosia ditandai dengan kemajuan persalinan yang lambat. Keadaan ini sebagai akibat tiga abnormalitas yang berbeda yang dapat ditemukan secara tunggal maupun kombinasi, yaitu abnormalitas pada his/tenaga, pada janin dan pada jalan lahir. Faktor yang pertama yaitu His tidak efisien (in adekuat), Timbulnya his adalah indikasi mulainya persalinan, apabila his yang timbul sifatnya lemah, pendek, dan jarang maka akan mempengaruhi turunnya kepala dan pembukaan serviks atau yang sering disebut dengan inkoordinasi kontraksi otot rahim, dimana keadaan inkoordinasi kontraksi otot rahim ini dapat menyebabkan sulitnya kekuatan otot rahim untuk dapat meningkatkan pembukaan atau pengusiran janin dari dalam rahim, pada akhirnya ibu akan mengalami partus lama karena tidak adanya kemajuan dalam persalinan.

Faktor janin (malpresenstasi, malposisi, janin besar) Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain vertex (presentasi bokong, dahi, wajah, atau letak lintang). Malposisi adalah posisi kepala janin relative terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi. Janin yang dalam keadaan malpresentasi dan malposisi kemungkinan menyebabkan partus lama atau partus macet.¹² Faktor jalan lahir berperan dalam terjadinya partus lama seperti, panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor. Panggul sempit atau disporporsi sefalopelvik terjadi karena bayi terlalu besar dan pelvik kecil sehingga menyebabkan partus macet. Cara penilaian serviks yang baik adalah dengan melakukan partus percobaan (*trial of*

labor). Ada kalanya persalinan tidak maju karena kelainan pada servikalis yang dinamakan distosia servikalis kelainana serviks ini dibagi menjadi primer dan sekunder. Distosia servikalis primer jika serviks tidak membuka karena tidak mengadakan rileksasi, sedangkan distosia servikalis sekunder biasanya karena kelainan organik seperti karena jaringan parut sehingga menyebabkan kerintangan saat persalinan (Nuranisa 2020).

5. Komplikasi partus lama

Komplikasi yang diakibatkan oleh partus lama bisa mengenai ibu maupun janin menurut (Nuranisa 2020) Diantaranya :

a. Komplikasi pada ibu

- 1) Infeksi Intrapartum Infeksi merupakan bahaya serius yang mengancam ibu dan janinnya pada partus lama, terutama bila disertai pecahnya ketuban. Bakteri di dalam cairan amnion menembus amnion dan desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bacteremia, sepsis, dan pnemounia pada janin akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi.
- 2) Ruptur Uteri Penipisan abnormal segmen bawah uterus menimbulkan bahaya serius selama partus lama, terutama pada wanita dengan paritas tinggi dan pada mereka yang dengan riwayat section secarea. Apabila disproporsi antara kepala janin dan panggul sedemikian besar sehingga kepala tidak engagement dan

tidak terjadi penurunan, sehingga segmen bawah uterus menjadi sangat teregang yang kemudian dapat menyebabkan ruptur.

- 3) Cincin Retraksi Patologis pada partus lama dapat timbul kontriksi atau cincin lokal uterus, tipe yang paling sering adalah cincin retraksi patologis bandl's. cincin ini disertai peregangan dan penipisan berlebihan segmen bawah uterus, cincin ini sebagai suatu identitas abdomen dan menandakan ancaman akan rupturnya segmen bawah uterus.
- 4) Pembentukan Fistula Apabila bagian terbawah janin menekan kuat ke pintu atas panggul tetapi tidak maju untuk jangka waktu lama, maka bagian jalan lahir yang terletak diantaranya akan mengalami tekanan yang berlebihan. Karena gangguan sirkulasi sehingga dapat terjadi nekrosis yang akan jelas dalam beberapa hari setelah melahirkan dengan munculnya fistula.
- 5) Cedera otot dasar panggul, persarafan, atau fasia penghubungnya merupakan konsekuensi yang tidak terelakan pada persalinan pervaginam terutama apabila persalinannya sulit.

b. Komplikasi pada Bayi

Semakin lama persalinan, semakin tinggi morbiditas serta mortalitas janin dan semakin sering terjadi keadaan berikut :

- 1) Trauma serebri yang disebabkan oleh penekanan kepala janin
- 2) Cedera akibat tindakan ekstraksi dan rotasi dengan forceps yang sulit.

- 3) Pecahnya ketuban lama sebelum kelahiran. Keadaan ini mengakibatkan terinfeksi cairan ketuban dan selanjutnya dapat membawa infeksi paru-paru serta infeksi sistemik pada janin.
- 4) Asfiksia pada bayi baru lahir menurut IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia) adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir. Asfiksia neonatorum adalah keadaan gawat bayi yang tidak dapat bernafas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan oksigen dan makin meningkatkan karbon dioksida yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut.(Nuranisa 2020).

6. Penatalaksanaan partus lama

Menurut (Siantar,dkk 2022) penatalaksanaan partus lama ada 2, yaitu sebagai berikut:

a. Penanganan umum

1) Perawatan pendahuluan

berarti semua tindakan awal yang dilakukan untuk menilai kondisi ibu dan janin. Ini mencakup pemeriksaan fisik, pemantauan tanda-tanda vital, mengecek denyut jantung janin, dan memastikan ibu tetap tenang serta dalam posisi yang nyaman. Tujuannya adalah mengenali secepat mungkin apakah ada tanda-tanda bahaya yang perlu segera ditangani.

2) Pertolongan

Pertolongan adalah tindakan medis lanjutan yang dilakukan setelah penilaian awal, jika ditemukan kondisi gawat. Ini bisa berupa pemberian oksigen pada ibu, pemasangan infus, atau mungkin persiapan tindakan persalinan darurat seperti operasi sesar. Intinya, pertolongan adalah tindakan langsung untuk menyelamatkan ibu dan bayi jika ditemukan masalah.

b. Penanganan khusus

1) Fase laten memanjang

Fase laten memanjang yaitu fase laten yang melebihi 20 jam pada primigravida atau 14 jam pada multipara. Diagnosis pada fase laten memanjang ini dibuat secara retrospektif. Jika his berhenti, maka pasien disebut belum inpartu atau persalinan palsu. Jika his makin teratur dan pembukaan makin bertambah lebih dari 4 cm maka masuk dalam fase laten. Jika fase laten ini lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, maka dilakukan penilaian ulang terhadap serviks, yaitu sebagai berikut:

- a) Jika tidak ada perubahan pada pendataran atau pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, mungkin pasien belum in partu.
- b) Jika ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks, maka melakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin.

- c) Melakukan penilaian ulang setiap 4 jam.
- d) Jika pasien tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan operasi sectio caesarea.

2) Fase aktif memanjang

Fase aktif memanjang yaitu fase yang berlangsung lebih dari 12 jam pada primi gravida dan lebih dari 6 jam pada multigravida. Maka laju dilatasi serviks kurang dari 1,5 cm per 3 jam.

- a) Jika tidak ada tanda-tanda disproporsi sefalo pelvik atau obstruksi dan ketuban masih utuh, maka pecahkan ketuban.

b) Nilai his:

(1) Jika his tidak adekuat atau kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik, maka pertimbangkan adanya insertia uteri.

(2) Jika his adekuat atau 3 kali dalam 10menit dan lamanya lebih dari 40 detik, maka pertimbangkan adanya disproporsi, obstruksi, malposisi atau malpenetrasi.

(3) Maka lakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his dan mempercepat kemajuan persalinan.

3) Kala II lama

Kala II yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara.

- a) Memimpin ibu meneran jika ada dorongan untuk meneran spontan.

- b) Jika tidak ada mal posisi/mal presentasi berikan drip oksitosin.
- c) Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala:
 - (1) Jika letak kepala lebih dari $1/5$ di atas simfisis pubis atau bagian tulang kepala dari stasion (0) maka lakukan ekstraksi vakum.
 - (2) Jika kepala antara $1/5$ - $3/5$ di atas simfisis pubis maka lakukan ekstraksi vakum.
 - (3) Jika kepala lebih dari $3/5$ diatas simfisis pubis maka lakukan SC.

B. Konsep *Sectio caesarea*

1. Pengertian Sectio caesarea

Sectio caesaria (SC) merupakan prosedur operatif yang dilakukan di bawah pengaruh anestesi, sehingga janin, plasenta dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus. Sectio caesaria (SC) merupakan prosedur operatif yang dilakukan di bawah pengaruh anestesi, sehingga janin, plasenta dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus.(Maudyla 2024). Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau uterus yang masih utuh dengan berat janin lebih dari 1000 gram atau umur kehamilan lebih dari 28 minggu yang dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Ayunin 2025).

Dari dua pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa *Section caesaria* (SC) adalah prosedur bedah operatif yang dilakukan di bawah pengaruh anestesi, di mana janin, plasenta, dan ketuban dilahirkan melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus apabila berat janin melebihi 1000 gram atau usia kehamilan telah mencapai lebih dari 28 minggu.

2. Klasifikasi *Section caesarea*

Secara umum *Section Caesarea* dibagi menjadi *Section Caesarea* primer dan *Section Caesarea* sekunder. Sedangkan menurut tingkat urgensinya bedah sesar dibagi dua yaitu bedah cito dan elektif.

- a. SC Primer adalah tindakan prosedur SC yang dilakukan kepada pasien yang baru pertama kali melakukan operasi bedah sesar.
- b. SC Sekunder adalah tindakan prosedur SC yang dilakukan kepada pasien dengan riwayat SC sebelumnya.
- c. SC Cito adalah prosedur SC yang dilakukan setelah proses persalinan dimulai atau telah munculnya tanda-tanda inpartu.
- d. SC elektif adalah tindakan bedah sesar yang telah direncanakan sebelumnya sebelum proses persalinan dimulai.

Menurut (Farrah dkk 2021) *Section Caesarea* secara umum dibedakan menjadi primer dan sekunder. SC Primer adalah tindakan yang dilakukan pertama kali, sedangkan SC sekunder merupakan tindakan SC dengan riwayat SC sebelumnya. Berdasarkan urgensinya *Section Caesarea* emergency dibagi menjadi 4 kategori yaitu:

- Kategori 1 : Operasi dengan adanya tanda gawat janin atau gawat ibu yang bisa membahayakan nyawa.
- Kategori 2 : Operasi dengan adanya tanda gawat janin dan gawat ibu yang tidak langsung membahayakan nyawa
- Kategori 3 : Operasi yang dilakukan meskipun tidak ada tanda gawat janin dan gawat ibu dilakukan karena butuh pengakhiran segera.
- Kategori 4 : Operasi yang dilakukan pada waktu yang paling sesuai bagi ibu dan kesesuaian fasilitas

Tingkat urgensi sectio caesarea akan menentukan waktu tindakan harus dilakukan persalinan. persalinan yang termasuk kedalam kategori 1 dan 2 perlu mendapatkan penanganan dengan SC secepatnya. Tindakan SC harus dilakukan segera setelah diagnosis dibuat yaitu dalam kurun waktu 30 menit dalam kategori 1 dan 75 menit pada kategori 2 (Setijianto 2020).

3. Etiologi Sectio caesarea

Secara umum, indikasi dilakukannya sectio caesarea dibagi menjadi dua kelompok, yaitu berdasarkan faktor ibu dan faktor janin. Dari sisi ibu

a. Indikasi dari Ibu

Indikasi dari ibu meliputi riwayat kehamilan atau persalinan yang bermasalah, pada kehamilan pertama (primigravida) dengan kelainan posisi janin, disproporsi antara kepala janin dan panggul ibu (Cefalo Pelvis Disproportion/CPD), riwayat kehamilan dan persalinan yang bermasalah, adanya penyakit penyerta seperti diabetes mellitus (DM)

atau gangguan jantung, ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, serta hambatan dalam proses persalinan akibat kondisi seperti mioma uteri atau kista ovarium, diperlukan perhatian khusus. Selain itu, faktor lain seperti keracunan berat selama kehamilan, komplikasi seperti preeklampsia dan eklampsia berat, serta keputusan ibu sendiri juga dapat menjadi pertimbangan dalam pengelolaan kehamilan dan persalinan (Agustin 2022).

b. Indikasi dari Janin

Indikasi dari janin meliputi kondisi gawat janin, kelainan tali pusat seperti lilitan tali pusat atau prolapsus tali pusat, serta kelainan posisi dan presentasi janin, termasuk bayi berukuran besar (*giant baby*). Sementara itu, faktor dari plasenta mencakup plasenta previa, solutio plasenta, vasa previa, dan plasenta accreta. Selain itu, kegagalan persalinan dengan metode vakum serta kehamilan kembar juga dapat menjadi faktor yang perlu diperhatikan dalam proses persalinan (Samsider 2021).

4. Patosilogi Sectio caesarea

Tindakan *sectio caesarea* (SC) dilakukan untuk mencegah risiko kematian ibu atau janin apabila persalinan pervaginam tidak memungkinkan. Beberapa faktor yang dapat menjadi indikasi dilakukannya SC antara lain ukuran panggul ibu, usia ibu, berat badan bayi, posisi dan presentasi janin yang tidak normal (*malpresentasi* dan *malposisi*), serta kondisi amnion dan plasenta. Faktor-faktor ini dapat menyebabkan kesulitan dalam persalinan

normal atau memperpanjang tahap kedua persalinan, sehingga diperlukan tindakan induksi persalinan melalui SC (Sari & Absari 2022).

SC dilakukan secara sistematis, dimulai dengan pemberian anestesi regional biasanya melalui injeksi ke subarachnoid atau epidural. Jenis pembiusan ini membuat pasien tetap sadar, tetapi hanya merasakan mati rasa di bagian bawah tubuh. Selama prosedur, pasien tidak dapat melihat jalannya operasi karena adanya tirai pembatas, yang bertujuan untuk mengurangi kecemasan selama pembedahan. Setelah pembiusan dilakukan, area perut pasien disterilkan sebelum dilakukan insisi bedah, yang menyebabkan pemisahan jaringan dan merangsang sistem sensorik, sehingga dapat menimbulkan nyeri (Syaiful 2020).

Setelah operasi selesai, luka akan ditutup dan meninggalkan bekas operasi. Proses penyembuhan luka pasca SC secara fisiologis mirip dengan penyembuhan luka lainnya, yang meliputi tahap respons inflamasi akut, fase destruktif, fase proliferasi, dan fase maturasi. Luka dianggap sembuh jika jaringan kulit atau parut telah pulih tanpa mengganggu aktivitas sehari-hari pasien. Mobilisasi dini sangat dianjurkan untuk mendukung proses penyembuhan luka, mengurangi risiko infeksi, dan menekan angka komplikasi pasca SC.

5. Komplikasi Sectio caesarea

Ibu post partum seksio sesaria perlu pemantauan lebih daripada ibu dengan persalinan normal. Persalinan bedah sesar memiliki lima kali lipat resiko lebih tinggi terkena komplikasi efek pembedahan. Faktor dominan

yang menyebabkan komplikasi adalah faktor anestesi, pengeluaran darah ibu saat tindakan operasi, endometritis, tromboflebitis, dan letak rahim menjadi tidak sempurna. Ada beberapa komplikasi yang bisa terjadi misalnya sepsis berat, perdarahan, serangan tromboemboli, perlukaan traktus urinarius dan infeksi pada luka operasi (Sirait 2022).

Sedangkan menurut (Dewi 2022) dalam tesisnya menyebutkan beberapa komplikasi yang bisa terjadi pada ibu dengan post SC adalah sebagai berikut:

- a. Infeksi puerperal yaitu komplikasi ringan yang berupa kenaikan suhu pada ibu selama beberapa hari bersifat seperti peritonitis dan sepsis.
- b. Perdarahan.
- c. Komplikasi diluar organ reproduksi seperti luka di kandung kemih dan embolis paru.

6. Penatalaksanaan Medis Sectio Caesarea

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan Post sectio caesaria menurut (Agustin 2022) yaitu:

- a. Perawatan awal

- 1) Letakkan pasien pada posisi pemulihan (*recovery*)

Pantau keadaan umum pasien, monitor tanda-tanda vital tiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit sekali untuk 1 jam selanjutnya. Pada jam selanjutnya, pantau tingkat kesadaran pasien setiap 15 menit hingga sadar.

2) Pemberian cairan

Pemberian cairan intravena ke pasien harus tercukupi yang mengandung zat elektrolit supaya tidak mengalami hipotermia, dehidrasi ataupun komplikasi pada organ tubuh lainnya. Biasanya cairan intravena yang diberikan adalah D5 10%, NaCl, dan Ringer Laktat secara selang-seling dengan jumlah tetesan tergantung kebutuhan pasien.

b. Pastikan jalan nafas pasien bersih dan cukup ventilasi.

- 1) Diit : Biasanya pemberian cairan intravena dihentikan setelah pasien kentut, selanjutnya diawali dengan memberikan minuman dan makanan melalui mulut. Minuman diberikan dalam jumlah yang sedikit pada 6-8 jam setelah operasi sectio caesaria yaitu air putih dan teh.
- 2) Kateterisasi : Penuhnya bladder dapat mengakibatkan rasa nyeri dan tidak nyaman pada pasien, hal ini dapat menghambat involusi uteri dan menyebabkan perdarahan. Biasanya selama 24 sampai 48 jam atau bisa lebih, kateter terpasang bergantung pada jenis operasi dan kondisi pasien.
- 3) Perawatan luka : biasanya akan dilakukan pemberian luka setelah 24- 48jam pasca operasi
- 4) Pemantauan Laktasi : jika tidak ada pengeluaran ASI selaman 24jam pasca operasi bisa dikatakan normal, namun lebih dari itu

harus dilakukan intervensi lanjutan agar ibu dapat menyusui secara efektif

c. Pemberian terapi obat

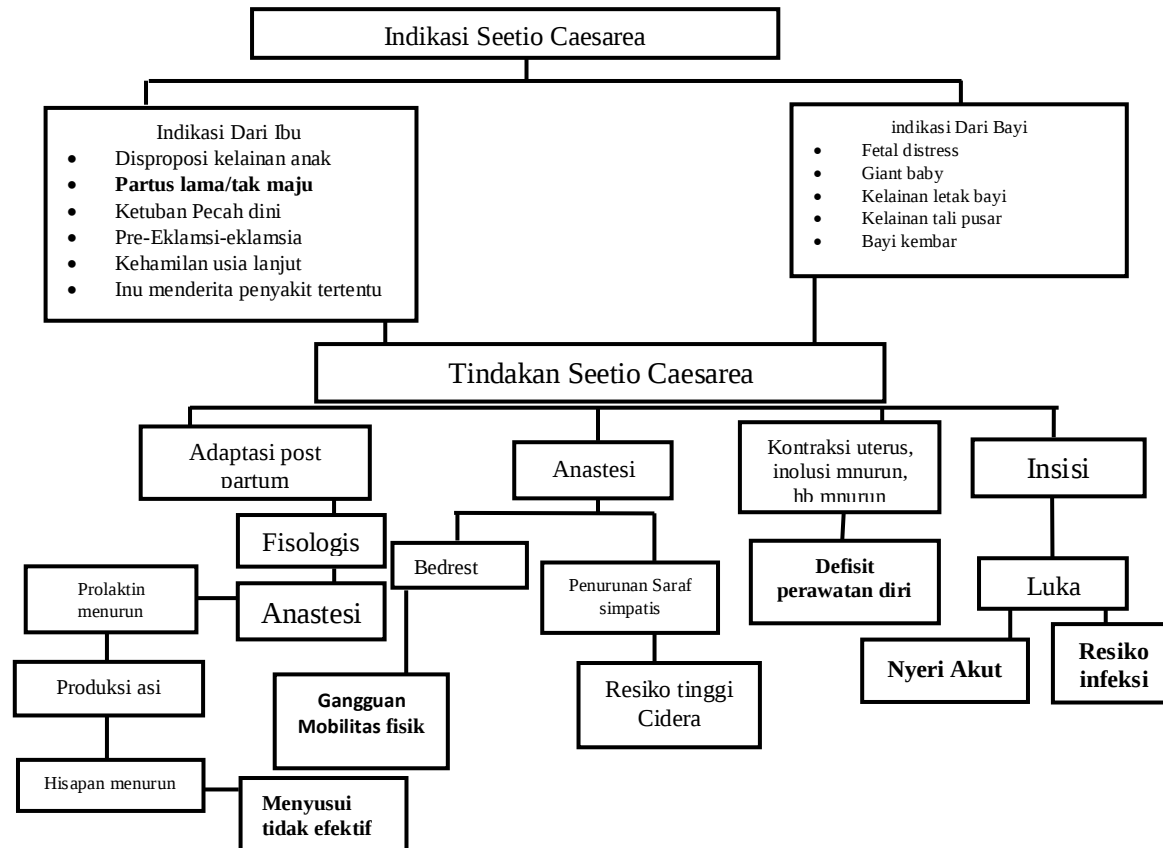
1) Antibiotik

Untuk mengurangi tingkat resiko infeksi pada luka post operasi, pasien akan diberikan antibiotic sesuai indikasi misalnya cefotaxime atau cefixime.

2) Analgesik

Obat anti nyeri untuk mengurangi rasa nyeri pasien pasca operasi. Karena setelah pasien sadar dalam 24 jam pertama rasa nyeri mungkin masih dirasakan di daerah operasi. Untuk mengurangi rasa nyeri tersebut dapat diberikan obat-obat anti nyeri dan penenang seperti suntikan intramuskuler pethidin dengan dosis 100-150 mg atau morfin sebanyak 10-15 mg atau secara perinfus.

Bagan 2. 1 Pathway *Seetio Caesarea*



Sumber : (Nurarif, DKK,2023)

C. Konsep Post Partum

1. Pengertian post partum

Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim 2021).

Masa postpartum adalah periode pemulihan yang dimulai setelah plasenta lahir dan berlangsung hingga organ reproduksi kembali seperti sebelum hamil. Proses ini biasanya berlangsung sekitar enam hingga delapan minggu, tergantung pada kondisi ibu. Selama masa ini tubuh mengalami berbagai perubahan, termasuk involusi uterus, penyesuaian hormon, dan penyembuhan luka persalinan (Zubaidah 2021). Kesimpulan yang dapat diambil dari kedua paragraf tersebut adalah Masa postpartum merupakan masa periode pemulihan setelah persalinan yang berlangsung sekitar enam hingga delapan minggu, di mana organ reproduksi kembali seperti sebelum hamil.

2. Tahapan Masa Post Partum

Tahapan-tahapan yang terjadi pada post partum menurut (Widyastutik 2022) adalah sebagai berikut :

Periode postpartum terbagi menjadi tiga fase utama, yaitu immediate postpartum, early postpartum, dan late postpartum. Periode *immediate postpartum* berlangsung sejak plasenta lahir hingga 24 jam pertama setelah persalinan. Ini merupakan masa yang sangat krusial karena ibu rentan mengalami komplikasi, seperti perdarahan akibat lemahnya kontraksi rahim (atonia uteri). Oleh karena itu, pemantauan intensif oleh bidan sangat diperlukan, meliputi pemeriksaan kontraksi uterus, jumlah serta karakteristik lokia (darah nifas), tekanan darah, dan suhu tubuh untuk mencegah kondisi yang membahayakan ibu.

Selanjutnya, periode *early postpartum* dimulai dari hari kedua hingga sekitar akhir minggu pertama pascapersalinan. Dalam fase ini, bidan berperan aktif memastikan proses involusi rahim berlangsung secara normal, tidak ada perdarahan yang tidak biasa, lokia tidak memiliki bau menyengat yang dapat menjadi tanda infeksi, serta ibu tidak mengalami demam. Selain itu, penting untuk memastikan ibu memperoleh cukup asupan makanan dan cairan untuk mendukung proses pemulihan dan produksi ASI, serta mampu menyusui bayinya dengan lancar.

Periode terakhir, yaitu *late postpartum*, berlangsung hingga enam minggu setelah melahirkan. Meski ibu tampak mulai pulih secara fisik, pemantauan rutin oleh perawat atau bidan tetap dibutuhkan untuk mengevaluasi kesehatan ibu dan bayi secara menyeluruh. Pada tahap ini juga diberikan edukasi dan konseling mengenai pilihan serta penggunaan metode keluarga berencana (KB) yang sesuai dengan kondisi ibu.

Pendampingan holistik selama ketiga fase ini menjadi kunci untuk mendukung pemulihan optimal dan kesejahteraan ibu serta bayinya dalam jangka panjang.

3. Perubahan Fisiologis pada Masa Post Partum

Perubahan Fisiologis pada ibu post partum menurut (Wijaya, Limbong & Yulianti 2023) adalah sebagai berikut :

a. Sistem Reproduksi (Uterus, Vagina dan Parineum)

1) Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, uterus akan berkontraksi. TFU sekitar 2 jari dibawah pusat baik pada persalinan normal maupun cesara berangsur – angsur besar uterus akan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan ini disebut involusi.

Proses Involusi uterus terjadi dalam 3 hal yaitu :

a) Autolysis

Adalah penghancuran diri sendiri yang terjadi dalam uterus. Selama kehamilan esterogen meningkat sehingga sel miometrium dan kandungan protein (aktin dan miosin) meningkat. Setelah persalinan esterogen menurun sehingga merangsang enzim preteolitik dan makrograf untuk menurunkan dan mencerna kelebihan protein dan sitoplasma intra sel. Hal ini mengakibatkan pengurangan ukuran sel secara menyeluruh. Jaringan ikat dan jaringan lemak

biasanya ditelan, dihancurkan, dan dicerna oleh jaringan makrograf.

b) Efek Esterogen

Pengurangan hormon esterogen menghilangkan stimulus hipertropi (pembesaran sel) dan hiperplasia (peningkatan jumlah sel dari uterus).

c) Efek Oksitosin

Oksitosin dari lobus posterior hipofise menyebabkan kontraksi & relaksasi otot uterus yang secara kontinu ini Berguna untuk mengeluarkan isi uterus yang tidak diperlukan. Menyebabkan kompresi pembuluh darah yang menyebabkan suplai darah ke dinding uterus kurang sehingga terjadi iskemik (defisiensi/kekurangan darah), menyebabkan atropi pada serat – serat otot uterus dan proses ini juga membantu mengurangi perdarahan.

d) Korpus Uterus

Jumlah sel miometrium tidak berubah, tapi ukuran uterus yang berubah

(1) Segera setelah lahir : 1000 gr (Sejajar pusat)

(2) Setelah 1 minggu : 500 gr (1/2 pusat symphysis)

(3) Setelah 3 minggu : 100 gr

(4) Setelah 6 minggu : 50-60 gr

Tabel 2. 1 involusi uterus Menurut Myles
“Perubahan Yang Terjadi Pada Uterus”

Involusi	BB Uterus	TFU	Diameter bekas plasenta	Serviks
Plasenta lahir	900gr	Sepusat	12,5cm	Lembut, lunak
Akhir minggu 1	450gr	½ pst-symp	7,5cm	2cm
Akhir minggu 2	200gr	Tdk teraba	5cm	1cm
Akhir minggu 3	60gr	Sebesar 2 mnngu kehamilan	2,5cm	membelah

Sumber (Wijaya 2023).

2) Lochea

Lochea adalah cairan yang keluar dari rahim dan vagina selama masa nifas, terdiri dari sekresi, darah, dan sisa jaringan decidua. Cairan ini bersifat basa atau alkalis, memiliki bau khas yang tidak terlalu amis, dan baunya bisa menjadi lebih kuat jika bercampur dengan keringat. Normalnya, lochea tidak berbau busuk dan merupakan bagian alami dari proses pemulihan pasca melahirkan. Lochea biasanya berlangsung selama 2 minggu setelah bersalin dan menetap selama 4 minggu atau berlanjut hingga 56 hari dengan jumlah rata – rata pengeluaran lochea adalah 240-270 ml. berdasarkan jenis lochea menurut (Wijaya, Limbong, and Yulianti 2023) dibagi menjadi beberapa bagian diantaranya :

- a) *Lochea Rubra* : terjadi pada hari 1-2 Post Partum, warna merah, mengandung darah dan sisa – sisa selaput ketuban, jaringan dari decidua, vernic caseosa, laguno dan mekonium

- b) *Lochea Sanguelenta* : terjadi pada hari 3-7 PostPartum, berwarna merah kekuningan, dan berisi darah dan selaput lendir
- c) *Lochea Serosa* : terjadi pada hari ke 7-14 PostPartum, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum, dan lebih sedikit darah, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
- d) *Lochea Alba* : terjadi pada 2-6 minggu PostPartum, berwarna putih kekuningan, mengandung leukosit, selaput lendir servik dan selaput jaringan yang mati

Lochea Pathologis Lochea Purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk Lochiostatis lochea yang tidak lancar keluarnya.

3) Serviks

Setelah kala tiga persalinan, serviks menjadi tipis, lemas dan kendur. Laserasi daerah lateral biasanya terjadi tepatnya di serviks bagian luar. Mulut servik mengecil secara perlahan – lahan selama beberapa hari dan dengan mudah dapat dimasuki jari, namun pada akhir minggu pertama PostPartum sudah mengecil. Sampai akhir minggu pertama, panjang serviks hanya 1 ruas jari.

4) Vagina

Vulva dan vagina mengalami peregangan yang sangat besar pada saat janin keluar dan berada dalam keadaan kendur, namun ukurannya perlahan – lahan akan mengecil tetapi jarang kembali keukuran nullipara Setelah minggu ke tiga rugrae vagina perlahan-

lahan akan muncul kembali dan vulva jadi lebih menonjol Hymen yang ruptur akan muncul sebagai beberapa potong jaringan kecil. Sisa jaringan Hymen yang rusak disebut karunkulae mitiformis Orifisium vagina biasanya tetap sedikit membuka Segera setelah melahirkan perinium menjadi kendur karena regangan kepala bayi, pada hari ke 5 sebagian besar tonus perinium akan mengecil, walaupun tidak sepenuhnya bisa kembali seperti keadaan nullipara (Wijaya, Limbong, and Yulianti 2023).

5) Peritonium

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

6) Mamae

Selama kehamilan, hormon estrogen dan progesteron memicu perubahan besar pada payudara, termasuk pembesaran, penggelapan areola, dan perkembangan jaringan kelenjar serta duktus laktiferus untuk mempersiapkan produksi ASI. Setelah plasenta lahir, kadar estrogen dan progesteron menurun drastis,

sehingga hormon prolaktin meningkat dan memicu produksi ASI, meskipun pada awalnya yang keluar adalah kolostrum.

Proses menyusui melibatkan dua refleksi penting: *refleksi prolaktin*, yang merangsang produksi ASI melalui hisapan bayi dan kerja kelenjar hipofisis anterior, serta *refleksi let-down (oksitosin)*, yang membantu pengeluaran ASI dengan kontraksi sel-sel di alveoli. Inisiasi menyusui dini (IMD) segera setelah persalinan sangat penting untuk merangsang kedua refleksi ini, membantu mencegah perdarahan, dan mempercepat keberhasilan menyusui (Wijaya, Limbong, and Yulianti 2023).

b. Sistem pencernaan

Setelah melahirkan, kadar hormon progesteron menurun, tetapi fungsi usus membutuhkan waktu beberapa hari untuk kembali normal. Ibu biasanya merasa lebih lapar karena peningkatan metabolisme dan memerlukan lebih banyak asupan nutrisi, meskipun dalam 1–2 hari pertama nafsu makan bisa menurun sementara. Konstipasi sering terjadi akibat penurunan tonus otot usus, kurangnya asupan nutrisi, dehidrasi, hemoroid, atau luka pada jalan lahir. Kondisi seperti diare sebelum persalinan atau penggunaan enema bisa memperburuk konstipasi. Untuk mempercepat pemulihan pencernaan, ibu dianjurkan mengonsumsi makanan tinggi serat, memperbanyak cairan, dan memahami cara menjaga kesehatan pencernaan selama masa nifas. (Wijaya, Limbong, and Yulianti 2023).

c. Sistem Perkemihan

Setelah melahirkan, kapasitas kandung kemih meningkat, dan jaringan di sekitar uretra bisa mengalami pembengkakan atau trauma. Pada ibu yang menjalani operasi sesar, efek anestesi dapat menghambat fungsi kandung kemih, sehingga penting untuk memastikan pengosongannya agar terhindar dari perdarahan atau kerusakan lebih lanjut.

Kandung kemih biasanya kembali pulih dalam 5–7 hari, sementara saluran kemih membutuhkan waktu 2–8 minggu, tergantung kondisi ibu dan proses persalinan. Retensi urine dapat terjadi akibat edema pada trigonum, yang bisa menghambat aliran urine melalui uretra. Selama masa nifas, kandung kemih menjadi kurang sensitif, sehingga urine sisa bisa tertinggal dan meningkatkan risiko infeksi. Dilatasi ureter dan pyelum biasanya normal dalam dua minggu, sementara poliuri—pengeluaran urine dalam jumlah berlebih—umumnya terjadi pada hari kedua hingga kelima sebagai respon tubuh terhadap retensi cairan selama kehamilan. Kadang-kadang, hematuri atau darah dalam urine muncul akibat proses involusi (Asriani & Satrika, 2023).

d. Sistem muskuloskeletal

Setelah melahirkan, otot-otot rahim secara alami berkontraksi untuk menghentikan perdarahan, sementara jaringan di sekitar alat reproduksi secara bertahap kembali ke ukuran normal. Dalam beberapa kasus, rahim bisa sedikit miring ke belakang akibat

kendurnya ligamen, menyebabkan sebagian ibu merasa kandungannya turun. Pemulihan total biasanya berlangsung sekitar 6–8 minggu.

Selain itu, dinding perut cenderung lebih kendur karena peregangan selama kehamilan. Kondisi seperti diastasis rekti abdominal lebih sering terjadi pada ibu dengan kehamilan ganda, kelebihan cairan ketuban, atau bayi berukuran besar. Untuk membantu memulihkan kekuatan otot perut dan panggul, ibu disarankan melakukan senam nifas yang bisa dimulai sejak dua hari setelah persalinan (Wulan, Tetty & Devi, 2023).

e. Sistem Endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin ibu mengalami perubahan besar, terutama dengan penurunan hormon kehamilan seperti estrogen, progesteron, HCG, dan HPL setelah plasenta lahir. Penurunan ini meningkatkan kadar prolaktin yang merangsang produksi ASI serta oksitosin yang membantu kontraksi rahim dan mencegah perdarahan, dengan isapan bayi sebagai pemicu utama. Selain itu, penurunan hormon kehamilan juga memengaruhi sistem tubuh lainnya, termasuk saluran kemih, otot halus, peredaran darah, serta kadar gula darah yang ikut menurun.

Pada ibu menyusui, kadar prolaktin tetap tinggi hingga enam minggu setelah persalinan, membantu menekan ovulasi. Sebaliknya, pada ibu yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam 2–3 minggu, memungkinkan ovarium kembali memproduksi estrogen

dan progesteron sehingga ovulasi dan menstruasi dapat berlangsung kembali. Perbedaan kadar prolaktin ini berpengaruh pada waktu pemulihan fungsi ovarium secara alami.(Wijaya, Limbong, and Yulianti 2023)

f. Perubahan tanda-tanda vital

Tanda vital ibu, seperti nadi, suhu tubuh, pernapasan, dan tekanan darah, merupakan indikator penting untuk menilai kondisi kesehatannya setelah persalinan. Frekuensi nadi normal berkisar antara 60–80 kali per menit, sementara nadi yang melebihi 100 kali per menit bisa menjadi tanda perdarahan atau shock. Setelah melahirkan, suhu tubuh ibu dapat naik sedikit ($0,2-0,5^{\circ}\text{C}$) akibat peningkatan metabolisme, namun tetap dalam rentang normal $36,5^{\circ}\text{C}-37,5^{\circ}\text{C}$. Jika suhu mencapai 38°C atau lebih, hal ini bisa mengindikasikan infeksi. Suhu tubuh biasanya kembali normal setelah ibu beristirahat dan mendapat asupan nutrisi yang cukup.

Tekanan darah ibu perlu diperiksa setelah persalinan. Jika tidak ada riwayat hipertensi atau preeklampsia, tekanan darah biasanya kembali normal dalam waktu 24 jam. Sementara itu, frekuensi pernapasan ibu umumnya tetap stabil dalam kisaran 12–16 kali per menit selama masa postpartum.(Wijaya, Limbong, and Yulianti 2023).

g. Sistem kardiovaskuler

Selama hamil, aliran darah ke rahim meningkat karena pembuluh darah melebar untuk mendukung kehamilan. Setelah melahirkan, pembuluh ini mengecil kembali, dan sebagian besar sistem peredaran darah perlahan kembali seperti sebelum hamil dalam waktu 3–4 minggu. Ibu kehilangan sekitar 300–400 cc darah saat persalinan normal, dan lebih banyak jika melahirkan dengan operasi. Volume darah akan turun bertahap dan kembali normal, begitu juga dengan kadar sel darah merah (hematokrit).

Setelah bayi lahir, jantung bekerja lebih keras untuk sementara karena darah dari rahim kembali ke sirkulasi umum. Hal ini menyebabkan peningkatan detak dan curah jantung dalam 1–2 hari, lalu turun perlahan dalam waktu 10 hari. Bersamaan dengan itu, cairan tubuh yang menumpuk saat hamil dikeluarkan, dan pembuluh darah kembali mengecil karena hormon plasenta yang melebarkan pembuluh sudah tidak ada lagi. (Wulan, Tetty & Devi, 2023).

h. Sistem hematologic

Selama kehamilan, tubuh ibu mengalami peningkatan volume darah untuk memenuhi kebutuhan plasenta dan pembuluh darah rahim. Setelah melahirkan, terjadi perubahan cepat, termasuk hilangnya pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan ibu sering buang air kecil (diuresis) dalam beberapa jam pertama postpartum. Hal ini membantu mengurangi cairan

berlebih yang tertahan selama kehamilan. Kehilangan darah saat persalinan normal berkisar antara 250–500 ml, dan kadar hemoglobin serta hematokrit akan meningkat antara hari ke-3 hingga ke-7 setelah melahirkan, lalu kembali normal dalam 4–5 minggu. Status gizi dan hidrasi ibu juga berpengaruh terhadap proses pemulihan ini.

Selain itu, setelah persalinan, darah yang sebelumnya mengalir ke plasenta kembali masuk ke sirkulasi umum, sehingga volume darah ibu bertambah secara tiba-tiba dan meningkatkan beban kerja jantung. Namun, tubuh memiliki mekanisme alami untuk menyesuaikan diri melalui haemokonsentrasi, yaitu pengentalan darah sementara agar volume darah kembali seimbang. Umumnya, penyesuaian ini berlangsung selama 3–7 hari setelah persalinan, dan sebagian besar ibu mengalami pemulihan volume darah ke kondisi normal dalam waktu satu minggu.(Wijaya, Limbong, and Yulianti 2023).

4. Perubahan psikologis ibu masa nifas

Menurut (Wijaya, Limbong, and Yulianti 2023) Dalam menjalani adaptasi masa nifas, sebagian ibu dapat mengalami fase-fase sebagai berikut :

a. Fase Takin In

Fase taking in yaitu periode ketergantungan berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu baru umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada

kekhawatiran akan tubuhnya. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Kemampuan mendengarkan (listening skills) dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut:

- 1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misalkan jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya.
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mules akibat dari kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan, dan sebagainya.
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya ? Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena Pada saat ini tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan fisik dan psikologis yang dapat diakibatkan karena kurang istirahat, selain itu peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.

b. Fase taking Hold

Fase taking hold adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa

khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu.

Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai masukan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri. Tugas sebagai tenaga kesehatan yakni mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, mengajarkan senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain

c. Fase letting go

Fase letting go terjadi sekitar sepuluh hari setelah melahirkan, di mana ibu mulai menyesuaikan diri dengan peran barunya, merawat diri dan bayinya, serta meningkatkan kepercayaan dirinya. Pendidikan kesehatan yang diberikan pada fase sebelumnya berperan penting dalam membantu ibu menjadi lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan dari suami dan keluarga masih diperlukan, terutama dalam membantu merawat bayi dan mengerjakan urusan rumah tangga agar ibu tidak terlalu lelah dan terbebani. Selain itu, ibu juga perlu mendapatkan istirahat yang cukup untuk menjaga kondisi fisiknya agar dapat merawat bayinya dengan baik.

5. Kebutuhan masa post partum

Menurut (Wijaya, Limbong, and Yulianti 2023) Kebutuhan-kebutuhan yang dibutuhkan ibu nifas antara lain sebagai berikut :

a. Ambulasi

Ambulasi dini adalah latihan aktifitas ringan membimbing ibu untuk segera pulih dari trauma persalinan, dengan cara membimbing ibu mulai dari miring kanan miring kiri, latihan duduk, berdiri bangun dari tempat tidur, kemudian dilanjutkan latihan berjalan. Menurut penelitian ambulasi dini tidak mempunyai pengaruh buruk bagi ibu post partum, perdarahan abnormal, luka episiotomy, dan tidak menyebabkan terjadinya prolapse uteri atau terjadinya retrofleksi. Ambulasi dini sangat bermanfaat bagi ibu nifas dengan kondisi normal namun tidak buat ibu nifas dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat.

Ambulasi dini dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari hitungan jam hingga hari. Kegiatan ini dilakukan secara meningkat berangsur-angsur frekuensi dan intensitas aktivitasnya sampai pasien dapat melakukannya sendiri tanpa pendampingan, untuk tercapainya tujuan membuat pasien dapat beraktifitas secara mandiri.

b. Eliminasi

Dalam 6 jam setelah melahirkan, ibu sebaiknya sudah bisa buang air kecil (BAK) untuk mencegah infeksi saluran kemih. Kadang ibu menahan karena takut nyeri di area luka, jadi bidan perlu memberi dorongan dan keyakinan bahwa BAK justru dapat membantu mencegah komplikasi. Jika BAK sulit, bisa dibantu dengan stimulasi seperti suara air mengalir, kompres hangat di perut bagian bawah, atau mandi air hangat. Bila tetap belum berhasil, kateterisasi baru dilakukan setelah 6 jam postpartum untuk menghindari infeksi.

Untuk buang air besar (BAB), ibu diharapkan dapat melakukannya dalam waktu 1–3 hari setelah melahirkan. Penundaan BAB bisa membuat feses mengeras dan menyebabkan sembelit. Oleh karena itu, ibu dianjurkan makan makanan tinggi serat, minum cukup air, dan tidak perlu khawatir karena BAB tidak akan memengaruhi luka jalan lahir. Jika sulit BAB, bisa diberikan bantuan seperti supositoria, obat laksatif, atau klisma. Kondisi ini normal dan bisa diatasi dengan penanganan yang tepat.

c. Personal hygiene

Selama masa nifas, ibu dianjurkan menjaga kebersihan diri, terutama payudara, untuk mencegah infeksi seperti mastitis. Puting susu harus dibersihkan dengan air matang sebelum dan sesudah menyusui, serta bisa diolesi salep untuk menjaga kesehatan kulit.

Selain itu, ibu perlu memperhatikan lokia, yaitu cairan yang keluar dari vagina setelah melahirkan. Perubahan warna lokia dari merah (rubra), merah muda/cokelat (serosa), hingga putih/kekuningan (alba) menandakan proses pemulihan rahim. Jika lokia berbau busuk atau disertai nyeri dan perdarahan berlebihan, ibu harus segera mencari bantuan medis. Menjaga kebersihan lingkungan dan peralatan sangat penting untuk mencegah infeksi selama pemulihan.

d. Perineum

Ibu perlu menjaga kebersihan area perineum dengan sabun lembut dan air hangat, terutama setelah buang air kecil atau besar, untuk mencegah infeksi. Pembalut harus diganti dengan hati-hati, dari depan ke belakang, agar tidak menimbulkan infeksi. Selain itu, mandi secara teratur membantu menjaga kebersihan tubuh dan mencegah alergi pada bayi akibat keringat atau debu. Area kelamin perlu dibersihkan dari vulva ke arah anus setiap selesai buang air kecil atau besar. Jika ibu memiliki luka episiotomi atau robekan, sebaiknya hindari menyentuhnya agar penyembuhan berjalan lancar.

e. Istirahat

Setelah melahirkan, ibu biasanya merasa sangat lelah, apalagi jika proses persalinannya lama, dan sering kali merasa cemas serta sulit tidur karena harus menyusui dan merawat bayi di

malam hari. Oleh karena itu, ibu membutuhkan istirahat yang cukup untuk memulihkan tenaga dan menjaga kesehatannya. Keluarga sebaiknya memberi dukungan agar ibu bisa beristirahat dengan baik, karena kurang tidur bisa menyebabkan produksi ASI menurun, memperlambat pemulihan rahim, meningkatkan risiko perdarahan, dan bahkan memicu stres atau depresi yang dapat memengaruhi kemampuannya merawat diri dan bayinya.

f. Seksual

Dinding vagina akan kembali ke keadaan seperti sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri setelah berhentinya perdarahan, dan ibu dapat mengecek dengan menggunakan jari kelingking yang dimasukkan ke dalam vagina. Begitu darah merah berhenti dan ibu merasa tidak ada gangguan, maka aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri di saat ibu merasa siap.

Banyak budaya yang mempunyai tradisi memulai hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 60 hari setelah persalinan. Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomy telah sembuh dan lokia telah berhenti. Sebaliknya hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan karena pada saat itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih Kembali.

6. Tanda-tanda bahaya post partum

Tanda-tanda bahaya pada masa postpartum perlu mendapat perhatian medis segera karena bisa membahayakan keselamatan ibu. Gejala yang harus diwaspadai meliputi perdarahan berlebihan, demam tinggi, nyeri perut hebat, lochia berbau busuk, serta nyeri atau pembengkakan pada payudara yang bisa mengarah pada mastitis. Infeksi pada luka jahitan, baik episiotomi maupun operasi caesar, juga berisiko jika disertai kemerahan, bengkak, atau keluarnya nanah. Oleh karena itu, bidan dan tenaga kesehatan perlu melakukan pemantauan ketat selama masa nifas untuk mendeteksi masalah sejak dini.

Secara psikologis, ibu juga bisa mengalami gangguan emosional seperti baby blues, depresi postpartum, atau kecemasan berlebihan yang berdampak pada kemampuan merawat diri dan bayinya. Gejala seperti menangis terus-menerus, merasa tidak berharga, atau kehilangan minat terhadap aktivitas sehari-hari perlu ditangani dengan dukungan keluarga dan tenaga profesional. Oleh karena itu, pemulihan masa nifas tidak hanya berfokus pada kesehatan fisik, tetapi juga keseimbangan mental dan emosional ibu.

D. Dampak Post Section Caesarea Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan fisiologis adalah tingkat pertama dan paling dasar dari kebutuhan manusia. Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan utama yang harus

dipenuhi oleh manusiaa sebelum kebutuhan lainnya. Ada berbagai kondisi tubuh. yang dapat mempengaruhi tidak seimbangnya kebutuhan fisiologis. Contohnya. Pada ibu nifas post sectio caesarea, dimana pasien akan mengalami beberapa perubahan fisiologis akibat efek prosedur paska bedah yang akan mempengaruhi kebutuhan dasar manusia yaitu:

1. Rasa aman dan nyaman

Luka post operasi yang cukup besar pada dinding perut dan rahim akibat pembedahan akan menyebabkan timbulnya rasa nyeri. Rasa nyeri merupakan mekanisme bagi tubuh yang timbul ketika jaringan tubuh rusak dan menyebabkan individu untuk bereaksi untuk menghilangkan ransangan nyeri Rasa nyeri pada ibu post SC biasanya terjadi 12 sampai 36 jam setelah operasi dan akan membaik pada hari ketiga setelah operasi (Octaviasari 2023).

2. Nutrisi

Pada pasien post caesarea mengalami perubahan pada sistem pencernaan diperlukan waktu 3 sampai 4 hari pemulihan nafsu makan sebelum. faal usus kembali normal. Meskipun kadar estrogen dan progesteron menurun setelah melahirkan asupan makananjuga mengalami penurunan satu sampai dua hari. Nutrisi merupakan salah satu kebutuhan dasar nifas yang harus di penuhi, maka dari itu perlu dibutuhkan lebih banyak nutrisi untuk ibu agar dapat digunakan untuk membantu dalam penyembuhan luka dan proses produksi ASI (Nisa 2023).

3. Keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa

Pada ibu yang sudah dilakukan proses sectio caesarea kira-kira 24 sampai 40 jam setelah operasi cairan ditahan oleh tubuh karena adanya stimulus hormon anti diuretik yang merupakan bagian respon stress terhadap trauma dan pengaruh anestesi. Kekurangan potassium dan sodium dapat terjadi karena pasien kehilangan cairan elektrolit dan darah pada saat prosedur operasi. hal tersebut sangat mempengaruhi keseimbangan cairan pasien sehingga pasien dengan post operasi sectio caesarea harus masih di berikan terapi elektrolit seperti ringer laktat setelah menjalani operasi sehingga intake dan output cairan diharapkan seimbang untuk menghindari dehidrasi dan mengurangi resiko terjadinya infeksi pada pasien.

4. Oksigenasi

Pada ibu post sectio caesarea kemungkinan mengalami penurunan saturasi oksigen dan peningkatan respirasi pernapasan.. Hal itu disebabkan pada ibu post sectio caesarea mengalami penurunan fungsi paru selama proses operasi berlangsung karena efek anestesi yang dilakukan. Sekret yang meningkat akan menyebabkan penumpukan sekret dalam jalan napas. Efek tersebutlah yang memungkinkan ibu akan merasa ingin batuk setelah melahirkan, saturasi akan menurun dan respirasi pernapasan normal (Silfianingsih 2022).

5. Istirahat dan Tidur

Pasien yang baru menjalani sectio caesarea sering kali mengalami gangguan tidur akibat rasa nyeri yang mereka rasakan. Padahal, ibu pasca

operasi ini idealnya membutuhkan tidur sekitar 8 jam di malam hari serta 1 jam di siang hari untuk mendukung proses pemulihan. Kurangnya waktu tidur dapat berdampak negatif, seperti penurunan produksi ASI, lambatnya proses involusi uteri, dan meningkatnya tingkat stres yang dialami ibu (Puspita 2020).

6. Mobilisasi dan aktivitas fisik

Mobilisasi dini berperan krusial dalam mempercepat penyembuhan luka pada ibu pasca-sectio caesarea. Namun sayatan yang cukup lebar di dinding abdomen dan rahim kerap menimbulkan nyeri, sehingga ibu merasa takut bergerak dan cenderung menolak melakukan mobilisasi. Penolakan ini dapat memicu kekakuan sendi, postur tubuh yang buruk, serta sirkulasi darah yang tidak lancar, yang akhirnya menghambat penyembuhan luka dan memperlambat involusi uteri (Arif 2023).

7. Eliminasi urin dan fekal

a. Buang Air Kecil (BAK)

Pasca persalinan, kapasitas kandung kemih cenderung bertambah, disertai edema dan trauma jaringan di sekitar uretra. Pada ibu post-partum dengan sectio caesarea, efek anestesi ikut menurunkan fungsi saraf kandung kemih. Bila kandung kemih mengalami distensi berlebihan, dapat terjadi perdarahan dan kerusakan lebih lanjut. Umumnya, fungsi kandung kemih pulih dalam waktu lima hingga tujuh hari setelah melahirkan (Wahyuningsih 2019).

b. Buang Air Besar (BAB)

Secara fisiologis alat pencernaan ibu post sectio caesarea bisa mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong sehingga pengeluaran cairan yang berlebih pada waktu persalinan akan mempengaruhi terjadinya konstipasi (Asriani 2023).

8. Kebersihan dan Perawatan diri

Ibu dengan luka post sectio caesarea akan merasakan nyeri sehingga ibu cenderung memilih untuk tidak bergerak karena ketakutan ibu akan luka bekas operasi yang bertambah nyeri. Ibu akan kesulitan dalam melakukan activity of daily living secara mandiri salah satunya meliputi; mandi, oral hygiene, eliminasi dan berdandan atau berhias. Sehingga ibu butuh bantuan dari keluarga atau perawat. Personal hygiene sangat penting dilakukan untuk mengurangi tingkat resiko pada luka operasi (Dian 2022).

9. Integritas kulit dan penyembuhan luka

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding dengan membuka dinding perut serta dinding uterus. Dengan begitu ada jaringan yang dirusak sehingga perlu waktu untuk kembali pulih. Umumnya luka akan kembali pulih membutuhkan waktu enam sampai delapan minggu setelah melahirkan (Eva 2022).

10. Kebutuhan Psikososial

Ada banyak komplikasi dari pascain dengan post sectio caesarea terkadang juga dapat timbul stress pada ibu paska operasi dikarenakan

perubahan bentuk tubuhnya. Terdapat gangguan citra tubuh sehingga ibu butuh dukungan dari keluarga untuk mengurangi stress. Stress pada ibu nifas akan mempengaruhi produksi ASI dan bisa menyebabkan post partum blues Dimana jika tidak segera ditangani akan mempengaruhi mental dan kemampuan ibu dalam bersosialisasi (Agustin 2022).

11. Kebutuhan seksual

Dari sisi medis, aktivitas seksual pada masa nifas dapat berbahaya karena berisiko memicu emboli udara yang masuk ke sirkulasi darah, lalu bergerak ke jantung dan otak. Berhubungan terlalu dini juga dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi pada rahim (Gustri 2022).

E. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis, dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Komponen asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Asriani 2023).

1. Pengkajian keperawatan

a. Pengkajian data dasar klien

- 1) Identitas klien, yaitu meliputi nama, umur, tanggal lahir, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, tanggal masuk, tanggal operasi, tanggal pengkajian, diagnosa medis dan identitas penanggung jawab.

- 2) Keluhan utama, biasanya keluhan yang paling menonjol pada klien dengan post sectio caesarea pada saat dikaji, klien akan mengeluh nyeri di area operasi, lemas dan sulit menggerakkan anggota tubuh (Riasmini 2002).
- 3) Riwayat Kesehatan sekarang, meliputi riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran, dari luka operasi juga menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post sectio caesarea dengan menggunakan format P, Q, R, S, T yaitu:

P: Propokatif yaitu apakah ada penyebab keluhan yang dirasakan klien yang memperberat dan memperingan keluhan tersebut.

Q: Qualitative yaitu kualitas atau seberapa berat keluhan yang di rasakan klien.

R: Region yaitu daerah mana yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran ke daerah lain.

S: Skala yaitu nyeri yang di rasakan pasien SC dari rentang 0-10.

T: Time yaitu waktu kapan mulai timbulnya nyeri tersebut apakah saat di gerkan apa bagaimana. Apakah nyeri di rasakan hilang timbul atau terus menerus (Riasmini 2020).
- 4) Riwayat kesehatan keluarga, meliputi Riwayat di dalam keluarga klien ada yang pernah mengalami tindakan SC pada saat melahirkan.

Apakah ada yang memiliki penyakit keturunan dan menular seperti TBC, Hepatitis, Hipertensi dan lain sebagainya.

- 5) Riwayat Menstruasi, berkaitan dengan pertama biasanya terjadi pada remaja perempuan usia 10–16 tahun. Siklus menstruasi normal berlangsung selama 28–35 hari dengan durasi haid 3–7 hari, sedangkan siklus kurang dari 21 hari atau lebih dari 40 hari dianggap tidak normal. Darah menstruasi umumnya bercampur dengan lendir dan sel epitelium yang luruh. Dalam satu siklus, perempuan kehilangan sekitar 30–100 ml darah, namun dalam beberapa kasus jumlahnya bisa lebih banyak dari normal (Moulinda et al 2023).
- 6) Riwayat kehamilan, berupa pertanyaan-pertanyaan seperti riwayat kehamilan sebelumnya, anak yang hidup dan riwayat abortus, penyulit atau keluhan yang dialami ibu selama kehamilan sebelumnya dan kehamilan saat ini, kehamilan yang akan direncanakan, hasil kunjungan nante natal care dan imunisasi yang diberikan kepada ibu selama hamil (Rahmawati and Wulandari 2020).
- 7) Riwayat persalinan, data yang perlu dikaji adalah tanggal melahirkan, lamanya persalinan, posisi fetus, riwayat tipe melahirkan, riwayat penggunaan obat, masalah atau penyulit selama persalinan, adanya luka persalinan pada perineum dan resiko perdarahan (Hanifah, Dewanti, and Ernawati 2021).
- 8) Riwayat keluarga berencana (KB, mengenai KB sebelumnya, jenis kontrasepsinya, dan sejak kapan menggunakan kontrasepsi serta

masalah saat menggunakan kontrasepsi (Hanifah, Dewanti, and Ernawati 2021).

- 9) Pengkajian masa post partum, meliputi keadaan umum ibu, tingkat aktivitas setelah melahirkan, gambaran lokia, keadaan perineum, keadaan abdomen dan kontraksi uterus, adanya tanda-tanda infeksi pada luka dan keluhan mengenai payudara (Hanifah 2021).

b. Pemeriksaan fisik pada ibu post partum

- 1) Keadaan umum, pada persalinan post SC umumnya keadaan ibu tampak lemah dan masih belum bisa bergerak bebas karena efek anestesi (Sari.L, 2020).
- 2) Kesadaran: normalnya ibu setelah melahirkan kesadarannya masih composmentis. Namun kesadaran pada ibu post partum SC tergantung pada kondisi ibu sebelumnya. Biasanya ibu dengan kegawatan maternal kesadaran ibu bisa berada di kesadaran somnolen sampai derilium (Riasmini, 2020).
- 3) Perubahan berat badan : normalnya ibu setelah melahirkan akan kehilangan berat badan sekitar 5 sampai 6 kilogram dan akan kehilangan 3 sampai 5 kilogram lagi dalam minggu pertama masa nifas (Ayati 2019).
- 4) Tanda-tanda Vital
 - a) Suhu : Pada ibu dengan post partum SC mungkin suhu tubuh akan ada di bawah normal, disebabkan karena ada gangguan termoregulasi akibat efek obat anestesi spinal(Yuliana 2021).

- b) Tekanan Darah : Setelah persalinan, tekanan darah ibu dapat menurun sedikit tetapi biasanya tidak mencapai kondisi hipotensi, dan akan kembali normal dalam satu hari. Pada ibu post Sectio Caesarea (SC), tekanan darah umumnya stabil, namun hal ini bergantung pada kondisi sebelum persalinan. Jika ibu didiagnosis mengalami preeklampsia, tekanan darah kemungkinan tetap tinggi setelah melahirkan (Kusuma 2022).
- c) Nadi : Denyut nadi pada ibu dengan Post SC kemungkinan akan lebih cepat disebabkan oleh proses persalinan yang meningkatkan curah jantung (Wulan et al 2023).
- d) Respirasi : Pada ibu dengan post SC mungkin akan mengalami peningkatan secret, namun ada yang berpengaruh pada kecepatan respirasi ibu dan ada yang tidak berpengaruh. Umumnya ibu akan memiliki kecepatan respirasi normal yaitu dalam rentang 18 sampai 22 kali per menit (Kusuma 2022)
- e) Saturasi : Pada ibu post SC mungkin akan terjadi penurunan saturasi oksigen pasca anestesi, saturasi akan berada di rentang 96% sampai 97% tanpa di berikan nasal kanul. Hal tersebut berhubungan dengan efek anestesi pada fungsi paru (Silfianingsih 2022).

5) Pemeriksaan Head Toe to

a) Kepala

- (1) Rambut : Pada pemeriksaan fisik hari pertama setelah operasi, umumnya tidak ditemukan keluhan spesifik pada area rambut. Kulit kepala tampak bersih, tanpa benjolan, ketombe, atau kerontokan rambut. Namun, dalam beberapa kasus, rambut rontok dapat terjadi sekitar satu minggu setelah melahirkan, yang berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon pasca persalinan (Wulan, Tetty & Devi, 2023).
- (2) Mata : Pada pemeriksaan mata setelah operasi sesar, biasanya kondisi mata ibu tetap simetris, sklera tidak menguning, dan terkadang konjungtiva terlihat pucat karena kehilangan darah saat persalinan. Namun, pembengkakan pada kelopak mata biasanya tidak ditemukan (Wulan, Tetty & Devi, 2023).
- (3) Telinga : Pada pemeriksaan telinga telinga akan tampak simetris, bersih tidak ada kotoran telinga atau serumen, dan tidak ada kelainan pendengaran jika tidak ada penyakit yang berkaitan (Wulan, Tetty & Devi, 2023).
- (4) Hidung Pada pemeriksaan hidung, lubang hidung biasanya simetris tanpa polip. Adanya sekret tergantung pada kebersihan ibu, dan tidak ditemukan pernapasan melalui cuping hidung.
- (5) Gigi dan Mulut : Pada pemeriksaan mulut dan gigi ibu setelah operasi sesar, kondisi mulut biasanya terlihat bersih dengan

mukosa bibir yang lembab. Kelengkapan gigi serta keberadaan karies bergantung pada riwayat kesehatan gigi ibu, tetapi umumnya tidak ditemukan kelainan (Sari.L, 2020).

b) Leher

Pada leher ibu dengan post sectio Caesar tidak akan ditemukannya pembesaran kelenjar tyroid ataupun vena jugularis (Sari.L, 2020).

c) Thoraks (dada)

(1) Payudara

Pemeriksaan payudara akan ditemukan data hiperpigmentasi aerola mammae serta penonjolan dari papila mammae efek dari hormon kehamilan dan persalinan. Adanya nyeri atau keras pada payudara bisa menggambarkan adanya proses produksi ASI pada payudara ibu (Wulan, Tetty, & Devi, 2023). Pada Post Op Day 0 setelah operasi sesar, ibu biasanya belum bisa mengeluarkan ASI karena proses laktasi yang masih belum optimal. Namun, dalam dua hari berikutnya, produksi ASI atau kolostrum biasanya mulai berjalan, sering kali disertai rasa penuh dan nyeri akibat peningkatan aliran darah ke payudara. Kolostrum, yang berwarna kuning, mulai diproduksi sejak usia kehamilan 12 minggu dan mengandung sel darah putih yang berperan penting dalam meningkatkan sistem imun bayi (Ayati & Sulistyawati, 2019).

(2) Paru-paru

Setelah persalinan, bentuk dada ibu tetap normal dengan pergerakan yang simetris dan pola napas yang bergantung pada kondisi pascapersalinan. Umumnya, tidak ditemukan retraksi dada atau nyeri tekan saat pemeriksaan. Pada ibu yang menjalani operasi sesar, efek anestesi dapat menyebabkan penurunan fungsi paru, sehingga terkadang ditemukan ronki saat auskultasi. Peningkatan sekresi di saluran napas dapat menyebabkan penumpukan lendir, yang membuat ibu merasa ingin batuk setelah melahirkan (Silfianingsih, 2022).

(3) Jantung

Pemeriksaan jantung ibu setelah operasi sesar umumnya menunjukkan kondisi normal tanpa murmur atau suara jantung tambahan. Tidak ada nyeri dada abnormal, dan irama jantung tetap stabil kecuali jika ibu memiliki riwayat penyakit jantung sebelumnya. Pada hari pertama setelah persalinan, kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, sementara faktor pembekuan darah meningkat, yang dapat menyebabkan peningkatan curah jantung. Denyut nadi ibu biasanya sedikit meningkat tetapi tetap dalam rentang normal (60–100 kali per menit). Jika nadi melebihi 100 kali per menit, perlu diwaspadai kemungkinan adanya infeksi (Wulan 2023).

d) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen ibu nifas pascaoperasi, luka jahitan biasanya tertutup perban. Bentuk luka tergantung pada jenis insisi: longitudinal menghasilkan luka vertikal, sedangkan transversal menghasilkan luka horizontal. Penting untuk mengevaluasi tanda-tanda infeksi, seperti pembengkakan (tumor), kemerahan (rubor), nyeri (dolor), dan gangguan fungsi (functio laesa). Striae gravidarum, atau stretch mark akibat peregangan kulit dan hiperpigmentasi selama kehamilan, sering ditemukan. Setelah persalinan, striae berubah menjadi striae albikan yang berwarna putih. Tidak semua ibu mengalaminya, tergantung gaya hidup dan elastisitas kulit. Linea alba, garis putih di sepanjang abdomen, memiliki lebar normal sekitar 15 mm di atas dan 16 mm di bawah umbilikus (Wulan 2023).

Palpasi uterus menunjukkan kontraksi yang baik jika terasa keras. Kontraksi yang lemah terasa lembek dan dapat menimbulkan nyeri tekan. Proses involusi uterus menyebabkan fundus uteri menyusut setiap 24 jam. Sehari setelah persalinan, fundus berada setinggi atau satu jari di bawah pusat, dan pada hari keenam berada di antara umbilikus dan simfisis pubis. Distensi abdomen pascapersalinan dapat menyebabkan diastasis rectus abdominis, yaitu pemisahan otot perut lebih dari 2,5 cm di sekitar umbilikus akibat hormon dan peregangan. Pada ibu pasca sectio caesarea,

distensi juga bisa disebabkan oleh penurunan fungsi gastrointestinal, yang ditandai dengan penurunan bising usus normalnya 5–35 kali per menit (Riza, et al 2022).

e) Genetalia

Pada pemeriksaan area genetalia ibu post partum, salah satu aspek yang perlu dikaji adalah pengeluaran lochea. Pada hari pertama setelah persalinan, lochea yang keluar masih tergolong lochea rubra, yang berwarna merah kehitaman. Volume lochea yang dikeluarkan dipengaruhi oleh tingkat perdarahan ibu. Selain itu, perineum ibu post partum cenderung kotor, sehingga penting untuk memberikan edukasi mengenai kebersihan perineum guna mengurangi risiko infeksi. Risiko terjadinya hemoroid pada ibu yang melahirkan melalui sectio caesarea lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang melahirkan secara normal. Hal ini disebabkan oleh proses persalinan spontan yang mengharuskan ibu mengejan, sehingga menyebabkan pembuluh darah mengalami dilatasi (Kristianingsih 2020).

f) Ekstremitas

Setelah tindakan operasi, ibu dapat mengalami gangguan mobilisasi akibat efek anestesi yang masih berlangsung selama enam jam. Selain itu, nyeri di area operasi dapat menyebabkan ketakutan untuk bergerak. Pemeriksaan ekstremitas bawah dilakukan dengan menginspeksi kaki untuk mendeteksi adanya

edema dan varises, yang dapat diamati secara visual dan dengan tekanan ringan selama beberapa detik. Pemeriksaan varises penting bagi ibu post partum karena mereka memiliki kecenderungan mengalami varises akibat perubahan hormonal setelah melahirkan. Selain itu, dilakukan pemeriksaan refleksi patella dengan memukul lutut menggunakan tendon reflex hammer. Respon normal ditandai dengan gerakan plantar fleksinya kaki. Derajat refleksi patella dikategorikan sebagai berikut:

- (1) 4+ : Respon sangat kuat, dengan klonus
- (2) 3+ : Respon lebih kuat dari normal (hiperrefleksia)
- (3) 2+ : Respon normal
- (4) 1+ : Respon yang sangat sedikit atau lemah (hiporeflesia)
- (5) 0 : Tidak ada refleksi

Refleksi lutut yang negatif dapat mengindikasikan kekurangan vitamin B1, sedangkan refleksi yang berlebihan bisa menjadi tanda preeklampsia dan indikasi pemberian MgSO₄. Pemeriksaan tanda Human Sign dilakukan untuk mendeteksi risiko tromboflebitis yang dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Caranya adalah dengan memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, lalu melakukan dorsifleksi kaki. Jika ibu merasakan nyeri pada betis, maka tanda Human sign positif, dan ibu perlu dimotivasi untuk mobilisasi dini guna memperlancar sirkulasi darah (Asriani 2023).

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Nutrisi

Pada klien post sectio caesarea, biasanya mengalami mual dan muntah karena akibat dari efek obat anastesi (Asriani 2023).

2) Eliminasi

Pada pasien post sectio caesarea, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB berupa konstipasi akibat penurunan peristaltik usus, dapat juga mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensio urine(Asriani 2023).

3) Istirahat dan tidur

Kemungkinan di dapatkan data klien yang mengeluh tidak bisa tidur karena mengalami nyeri, terjadi perubahan pola tidur dan lamanya tidur (Agustin, 2022).

4) Personal Hygine.

Personal hygiene kemungkinan akan terganggu karena nyeri yang mengakibatkan keterbatasan gerak (Agustin, 2022).

d. Aspek psikologis

Kemungkinan ibu postpartum SC pada hari pertama masih berada di fase taking in, ibu nifas akan berfokus terutama pada dirinya sendiri. Berulang kali akan menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir sebagai proses pengalaman yang membahagiakan (Riza, et al., 2022).

e. Aspek Sosial

Dikaji dengan hubungan sosialisasi antara klien dengan klien lain, tim kesehatan dan keluarga. Kemungkinan klien menarik diri, akibat rasa nyerinya (Sulistyawati 2019).

f. Aspek Spiritual

Dikaji tentang persepsi nyeri dan klien yang di hubungkan dengan kepercayaan yang dianut klien, apakah klien tampak tabah dalam situasi sekarang ini dengan berdoa kepada Tuhan Yang Maha Esa (Harum Ayatulla 2023).

g. Aaspek Pengetahuan

Menurut (Harum Ayatulla 2023) aspek pengetahuan adalah sebagai berikut :

- 1) Pengetahuan tentang ibu Pengetahuan tentang perawatan payudara, KB, cara menyusui, senam post partum, seksualitas.
- 2) Pengetahuan tentang bayi Pengetahuan perawatan bayi, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusat.

h. Analisa data

Tabel 2. 2

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masakah
1	Gejala dan tanda mayor Ds : Mengeluh nyeri Do : - Tampak meringis	Terdapat luka post OP yang menyebabkan terputusnya jaringan dan merangsang area sensorik sebagai reseptor nyeri kemudian rangsangan tersebut dihantarkan ke	Nyeri akut

No	Data	Etiologi	Masakah
	- Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Pola nafas berubah - Sulit tidur Gejala dan tanda minor Ds : tidak tersedia Do : - Teranan darah meningkat - Pola nafas berubah - Nafsu makan bertambah - Proses berfikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis	thalamus dan di presepsikan sebagai nyeri.	
2	Gejala dan tanda minor Ds : - mengeluh sulit menggerakan ekstremitas Do : - Mengeluh sulit menggerakan ekstemitas - Rentan Gerak (ROM) menurun Gejala dan tanda mayor Ds : - Nyeri saat bergerak - Enggang melakukan pergerakan Do : - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah	Partus lama dilakukan Tindakan SC yang menyebabkan nyeri. Luka post section caesarea menyebabkan aktivitas klien terbatas, klien khawatir pergerakan membahayakan terhadap luka post section caesarea sehingga menghambat pergerakannya	Gangguan mobilitas fisik
3	Faktor Risiko Efek prosedur invasive Ketidak adekuatan tubuh primer :	Partus lama dilakukan section caesarea, luka post op. menyebabkan adanya jaringan terbuka	Resiko infeksi

No	Data	Etiologi	Masalah
	Kerusakan integritas kulit	serta proteksi kurang, lalu terjadinya invasi bakteri yang menimbulkan resiko infeksi	
4.	Faktor resiko - Trauma/perdarahan - Prosedur pembedahan mayor	Penurunan progesteron dan estrogen menyebabkan kontraksi uterus sehingga terjadi involusi tidak adekuat dan perdarahan sehingga terjadi resiko ketidak seimbangan cairan	Resiko ketidakseimbangan cairan
5.	DS : - Kelelahan maternal - Kecemasan maternal - Kecemasan maternal DO : - Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu dengan benar - Asi tidak menetes - Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua	Post section caesarea, adaptasi psikologis dan fisiologis ibu terjadi sekresi oksitosin terhambat dan Asi belum keluar sehingga menyebabkan menyusui menjadi tidak efektif	Menyusui tidak efektif
6	Gejala dan tanda mayor Ds : - Menolak melakukan perawatan diri Do : - Tidak mampu mandi/berhias/mengenakan pakaian - Minat melakukan perawatan diri kurang	Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan pendarahan, hemoglobin yang menurun dapat menyebabkan kurangnya O ₂ sehingga terjadi kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri	Defisit Perawatan Diri

Sumber : Tim pokja SDKI DPP PPNI (2017).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017). Berikut adalah diagnosa yang mungkin muncul bagi klien post SC menurut Standar Keperawatan Indonesia (SDKI) 2017:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- c. Resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit (D.0142)
- d. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan proses pembedahan mayor (D.0036)
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak di rawat gabung (D.0029)
- f. Defisit Perawatan Diri b.d kelemahan (D.0109)

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penerima langkah-langkah pemecah masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilai asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Dinarti 2017). Standar asuhan keperawatan memiliki tiga komponen utama, yaitu diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan luaran (*outcome*) keperawatan. Sebelum menentukan rencana keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (*outcome*)

keperawatan (PPNI, 2019). Perencanaan yang mungkin muncul pada klien post SC menurut SIKI (2018), adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (D.0077)
 - 1) Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun.
 - 2) Kriteria hasil: Tingkat nyeri (L.08066)
 - a) Keluhan nyeri menurun
 - b) ampak meringis menurun
 - c) Sikap protektif menurun
 - d) Frekuensi nadi membaik

Tabel 2. 3

Perencanaan dignosa nyeri akut

Intervensi	Rasional
Observasi 1. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. dentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	1. Untuk karakteristik, mengetahui durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari klien 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien 3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan dirasakan klien 4. Untuk dapat mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. untuk mengetahui faktor yang meperberat dan memperingan nyeri
Terapeutik: 1. Berikan nonfarmakologis Teknik untuk mengurangi rasa nyeri (mis. hiptonis, akupresure, terapi musik, terapi pijat, aroma terapi, kompres hangat, atau dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nteri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi pemilihan nyeri	1. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien 2. Untuk menurunkan stimulant nyeri agar klien nyaman dan aman 3. Agar klien dapat beristirahat 4. Agar dapat mempertimbangkan dalam pemulihan strategi dalam meredakan nyeri

Intervensi	Rasional
Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri	1. Agar klien dapat mengetahui penyebab, periode, pemicu dari nyeri 2. Untuk mengetahui strategi dalam meredakan nyeri 3. Agar klien dengan mandiri dapat mengetahui nyeri 4. Agar pemberian analgetik secara tepat 5. Untuk melepaskan tegangan emosional dan otot atau untuk mengurangi rasa nyeri
Kolaborasi : 1. Kolaborasi analgetik, jika perlu pemberian	1. Untuk membantu proses penyembuhan pasien pasca operasi atau untuk mengurangi nyeri

Sumber : SIKI 2018

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat
 - 2) Kriteria: Mobilitas fisik (L.05042)
 - a) Nyeri menurun
 - b) Kelemahan fisik menurun
 - c) Kekuatan otot meningkat
 - d) Gerakan terbatas menurun

Tabel 2. 4

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi	Rasional
Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi melakukan pergerakan fisik 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai. Mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	1. Mengetahui keluhan klien dan rencana tindakan selanjutnya 2. Mengetahui kemampuan dan batasan klien terkait Latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya 3. Untuk mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah klien 4. Untuk mengetahui kondisi terkini klien dan perubahan yang dapat terjadi mobilisasi selama melakukan

Intervensi	Rasional
Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	1. Memberikan informasi kepada klien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan 2. Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan 3. Melatih kekuatan otot dan pergerakan klien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

Sumber : SIKI (2018)

- c. Resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit (D.0142)
- 1) Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun
 - 2) Kriteria: Tingkat infeksi (L.14137)
 - a) Demam menurun
 - b) Kemerahan menurun
 - c) Nyeri menurun
 - d) Bengkak menurun
 - e) Sel darah putih membaik
 - f) Jumlah leukosit dalam batas normal
 - g) Kebersihan tangan meningkat

Tabel 2. 5

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Resiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian	1. Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan kemandirian klien 2. Untuk mengetahui aktivitas harian/ADL klien
Terapeutik: 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)	1. Untuk memberikan kenyamanan terhadap klien 2. Untuk memfasilitasi klien dalam meningkatkan personal hygiene

2. Siapkan kebutuhan pribadi (mis.parfum,sikat gigi,dan sabun) 3. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitas kemandirian, bantu jika tidakmampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	3. Untuk membantu klien dalam melakukan perawatan diri 4. Untuk mempermudah klien dalam melakukan perawatan Diri 5. Agar klien tidak bergantung sepenuhnya ketika melakukan kebersihan diri 6. Agar klien mau melakukan perawatan diri sendiri
Edukasi: 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1. Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri

Sumber SIKI (2018)

d. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan proses pembedahan mayor (D.0036)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat.

2) Kriteria hasil

- a) Asupan cairan meningkat
- b) Output urin meningkat
- c) Membrane mukosa lembab meningkat
- d) Edema menurun
- e) Dehidrasi menurun
- f) Tekanan darah membaik
- g) Frekuensi nadi membaik
- h) Kekuatan nadi membaik

Tabel 2. 6

Intervensi resiko ketidakseimbangan cairan

Intervensi	Rasional
Manajemen cairan Observasi - Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa Monitor berat badan harian	Observasi - Memantau jika terjadi perubahan pada membrane mukosa, denyut nadi, dan tekanan darah Perubahan

Intervensi	Rasional
- Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hemtokrit) Terapeutik - Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam - Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan - Berikan cairan intravena, jika perlu Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian diuretik, jika	dapat menunjukkan keparahan dari edema klien - Untuk memastikan volume cairan yang berlebih ditubuh sudah kembali normal - Hasil laboratorium dapat menjadi acuan intervensi Terapeutik - Untuk mengetahui adanya ketidakseimbangan cairan - Pemberian cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit. - Pemberian cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit Kolaborasi - Obat diuretik dapat mengurangi asites dan edema

Sumber SIKI 2018

- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI, ditandai dengan (D.0029)

Ds :

- 1) Klien mengatakan nyeri pada payudara

Do :

- 1) Payudara terasa keras
- 2) Ada sedikit pengeluaran ASI
- 3) Putting susu menonjol
- 4) Belum ada perlekatan antara ibu dan bayi.

Tabel 2. 7

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Menyusui Tidak Efektif

Intervensi	Rasional
Edukasi menyusui Observasi 2. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 3. Identifikasi keinginan menyusui	1. Agar pendidikan kesehatan dilakukan secara efektif 2. Untuk mengetahui keinginan ibu dalam menyusui

Intervensi	Rasional
Terapeutik 4. Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan 5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 6. Berikan kesempatan untuk bertanya. 7. Dukung ibu dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	3. Materi yang besar dan menarik dapat meningkatkan motivasi besar dan menarik dapat meningkatkan pemahaman pasien 4. Dengan menyedokan kesehatan sesuai kesepakatan pasien dan keluarga mampu meluangkan. 5. Untuk meluruskan persepsi yang salah dan memberikan jawaban untuk pertanyaan pasien. 6. Agar pasien mampu menyusui secara efektif dengan kepercayaan diri sebagai ibu.
Edukasi 1. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi. 2. Ajarkan 4 posisi benar dalam menyusui dan perlekatan 3. Ajarkan perawatan payudara antepartum 4. Ajarkan pijat oksitosin	1. Agar ibu mengetahui manfaat menyusui 2. Posisi yang benar akan mempengaruhi keefektifan menyusui bayi. 3. Agar tidak terjadi nyeri pada payudara dan payudara terawat juga bersih. 4. Agar mempermudah refleksi oksitosin sehingga ASI dapat keluar dengan mudah

Sumber : SIKI (2018)

f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam.

Diharapkan perawatan diri meningkat.

2) Kriteria hasil:

- a) Kemampuan mandi meningkat
- b) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
- c) Minat melakukan perawatan diri meningkat.

Tabel 2. 8
Intervensi devisit perawatan diri

Intervensi	Rasional
Dukungan perawatan diri Observasi a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia b. Monitor tingkat kemandirian c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian dan berhias Terapeutik a. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana yang hangat, rileks, privasi). b. Sediakan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi dan sabun mandi). c. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	Observasi a. Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien b. Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien c. Untuk membantu kebutuhan dasar klien Terapeutik a. Agar klien nyaman dengan lingkungan yang terapeutik tersebut. b. Untuk memenuhi keperluan mandi klien c. Agar bisa membimbing klien dalam perawatan diri

Sumber : SIKI (2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan meliputi tindakan-tindakan yang merupakan suatu proses yang telah di rencanakan oleh perawat maupun hasil kolaborasi tim kesehatan lainnya untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan sesuai kebutuhan klien (Riasmini, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada ibu post partum meliputi: dimulainya ikatan keluarga, berkurangnya nyeri, terpenuhi kebutuhan psikologi, mengekspresikan harapan diri yang positif, komplikasi tercegah atau teratasi, bebas dari infeksi, pola eliminasi optimal, mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fisiologis dan kebutuhan ibu post partum(Riasmini 2020).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Nama	: Ny.N
Umur	: 37 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp.Pangkalan RT/RW 06/04
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Pendidikan	: SMP
Suku bangsa	: Sunda
Tanggal masuk	: 20 April 2025
Tanggal persalinan	: 21 April 2025
Tanggal pengkajian	: 21 April 2025
Diagnosa medis	: Post Sectio Caesarea P2A0 Atas Indikasi Partus lama
No RM	: 014450xxx

b. Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn.A
Umur	: 35 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki

Alamat : Kp.Pangkalan RT/RW 06/04
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Buruh
 Agama : Islam
 Suku Bangsa : Sunda
 Hubungan dengan klien : Suami

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka operasi pada bagian perut bawah.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 April 2025 pada jam 14:00 WIB. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi dibagian bawah perut dengan Panjang 12cm dengan skala nyeri 6(1-10) dan nyeri tidak menyebar, nyeri dirasakan seperti di sayat-sayat, klien mengatakan nyeri hilang timbu, nyeri dirasakan apabila klien banyak bergerak dan nyeri berkurang apabila klien beristirahat dan mendapatkan terapi obat ketorolac (peredai nyeri)

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah melakukan operasi sectio caesaria seperti ini, karena anak pertamanya lahir secara normal. Klien tidak pernah mempunyai penyakit yang dapat memperberat keadaannya seperti penyakit Hipertensi, Asma, Diabetes,

melitus maupun penyakit yang menular seperti hepatitis, TBC, HIV dan lain sebagainya.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dalam anggota keluarganya tidak ada yang pernah mengalami sectio caesarea, dan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan dan menular, seperti Hipertensi, DM, Asma, TBC, HIV dan lain sebagainya.

5) Riwayat Obstetri Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Menurut penuturan klien waktu pertama kali haid berusia 13 tahun, siklus teratur 28 hari, lamanya haid 5-7 hari, sifat darahnya berwarna merah, klien mengalami keluhan haid yang tidak teratur semenjak menggunakan alat kontrasepsi pil kb. HPHT 14 Juli 2024 maka taksiran persalinan/partus klien adalah 21 April 2025.

b) Riwayat Pernikahan

Klien mengatakan ini adalah pernikahan pertamanya. Usia klien pada saat melakukan pernikahan adalah 23 Tahun dan suaminya ber-umur 18 tahun, saat ini pernikahannya sudah berlangsung selama 14 tahun dan mempunyai 2 orang anak.

c) Riwayat kontrasepsi

Menurut penuturan klien, klien pernah menggunakan alat kontrasepsi pel selama 13 tahun dan keluhan yang dirasakan

oleh klien saat menggunakan alat kontrasepsi ini adalah haid menjadi tidak teratur, setelah melewati masa persalinan section caesaria klien berencana untuk tidak mempunyai anak lagi sehingga memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi Steril.

d) Riwayat Kehamilan Dahulu

Ny.N mempunyai 1 orang anak laki-laki dengan Riwayat persalinan normal di bantu paraji dan anaknya dalam keadaan sehat.

e) Riwayat Kehamilan Sekarang

Klien mengatakan ini adalah kehamilannya yang ke 2, Imunisasi selama kehamilan sudah lengkap klien memiliki berat badan sebelum hamil 57 kg dan saat hamil naik sampai 73kg. Pemeriksaan kehamilan teratur baik di bidan ataupun di dokter dengan selama pemeriksaan Antenatal Care baik.

f) Keadaan saat hamil

Pada trimester I klien mengeluh mual dan muntah, pada saat trimester ke II klien masih mengeluhkan mual dan muntah namun tidak terlalu sering dan pada saat trimester III klien mengatakan tidak mempunyai keluhan.

g) Riwayat Persalinan sekarang (P2A0)

Pada tanggal 20 April pasien di bawa ke IGD Kebinan RSUD dr. Slamet Garut dengan keluhan mules sudah 3 hari disertai

keluarnya air berwarna bening tidak berbau, lalu klien di induksi menggunakan misoprostol tetapi selama 14 jam pembukaan klien tak maju (partus lama), pembukaan tetap di pembukaan 1 sehingga klien langsung dilakukan tindakan Sectio caesarea dengan jenis anastesi spinal dan bentuk luka horizontal pada tanggal 21 April 2025. Bayi lahir berjenis kelamin perempuan dengan BB: 2.400 gr, Panjang badan 40cm, Sejak lahir klien belum memberikan bayinya ASI karena bayi di rawat di ruangan yang terpisah.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Lemas dan klien tampak meringis

2) Tingkat kesadaran : *Compos mentis* : 15

E:4 V:5 M:6

3) Tanda-tanda vital : TD : 130/80

N : 82x/menit

RR : 20x/menit

S : 36,5⁰C

SPO2 : 99%

4) Pemeriksaan *Head To Toe*

a) Rambut dan kepala

Penyebaran rambut merata, warna rambut klien hitam, rambut tidak rapih, rambut klien tampak berminyak karakteristik

rambut lurus, bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan, tidak terdapat lesi maupun nyeri tekan.

b) Mata

Bentuk kedua mata simetris kanan dan kiri, sclera putih, konjungtiva terlihat pucat, kornea putih, refleksi pupil ketika diberi rangsangan Cahaya mengecil, pupil isokor (ukuran pupil di kedua mata sama), bola mata dapat digerakan ke segala arah, tidak ada nyeri tekan.

c) Hidung

Lubang hidung simetris antara kiri dan kanan, lubang hidung bersih, tidak ada secret, fungsi penciuman klien bisa membedakan bauk ayu putih dan alkohol dengan mata tertutup, tidak ada nyeri tekan.

d) Telinga

Letak telinga sejajar antara kiri dan kanan, tidak terdapat serumen, tidak ada lesi, fungsi pendengaran klien dapat menjawab pertanyaan tanpa diulang, tidak ada nyeri tekan.

e) Mulut, gigi, lidah

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir pucat, gigi rapih dan lengkap terlihat Sedikit kuning, fungsi pengecapan klien dapat membedakan rasa asin dan manis.

f) Leher

Warna kulit bersih, terdapat keringat dan teraba lengket, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid, tidak ada peningkatan jvp, tidak ada tumor, tidak ada nyeri dan klien mengatakan tidak ada keluhan pada daerah leher.

g) Dada

Letak simetris, tidak ada retraksi dinding dada, warna kulit sawo matang, terdapat keringat dan lengket, tidak ada fraktur, tidak ada nyeri tekan dan klien mengatakan tidak ada keluhan.

(1) Paru-paru

Bunyi napas visikuler,. frekuensi napas: 24x/menit, irama napas reguler klien mengatakan tidak ada keluhan).

(2) Jantung

Bunyi jantung S1 dan S2 (lup dup), irama reguler. Tekanan darah: 100/80mmHg dan N: 90x/menit. Dan klien mengatakan tidak ada keluhan.

(3) Payudara

Letak simetris, bentuk bulat, puting menonjol, payudara tampak bersih, aerola berwarna hitam kecoklatatan, payudara teraba lunak, ASI belum keluar, ada nyeri tekan.

h) Abdomen

Abdomen tampak cembung, tampak ada luka post SC horizontal, ditutup perban, panjang luka sekitar 12 cm, tidak terdapat rembesan darah atau cairan di perban, terdapat nyeri saat ditekan. Di kulit abdomen tidak ada *stretch mark*, terdapat *striae gravidarum nigra*, terdapat diastesis rektus abdominis. Kontraksi uterus teraba keras. TFU 2 jari di bawah pusat. Kandung kemih teraba kosong. Bising usus 12x/menit dan suara perkusi tympani. Pasien mengatakan tidak ada keluhan mual ataupun kembung.

i) Genetalia dan anus.

Klien terpasang Dower kateter, belum ganti pembalut genetalia kotor, terdapat lochea rubra, urine output keluar 100cc tertampung di dalam urine bag, Perineum tampak utuh, dan pada anus tidak ada hemoroid dan klien mengatakan tidak ada keluhan.

j) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Letak simetris, klien terpasang infus RL 20 Tpm di sebelah kanan, CRT < 2 detik, jumlah jari lengkap, keadaan kuku pendek dan bersih, tangan kanan tidak dapat digerakan ke segala arah dan tangan kiri dapat di gerakan ke segala arah,

tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, tidak ada lesi, reflek bisep (+), reflek trisep (+). kekuatan otot 5/5.

(2) Ektremitas bawah.

Letak simetris, jumlah jari lengkap, CRT<2, tidak ada varises, gerakan terbatas, sendi tampak kaku, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, reflek patella (++) , reflek human sign (-). Kekuatan otot 4/4. Klien mengeluh susah menggerakkan kaki.

e. Pola aktivitas sehari hari

Tabel 3. 1

Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Pola Nutrisi dan cairan a. Makan - Jenis makanan - Frekuensi makan	Nasi, lsuk psuk, sayur 3x/hari	- -
	- Porsi - Cara b. Minum - Jenis minuman - Frekuensi minum - Cara - Keluhan	1 porsi habis Mandiri Air Putih 7-8 gelas/hari Mandiri Tidak ada keluhan	- - - - -
2.	Pola Eliminasi a. BAB - Warna feses - Kosistensi - Frekuensi - Keluhan b. BAK - Warna urine - Frekuensi - Jumlah - Keluhan	Kuning kecoklatan Padat 1x/hari Tidak ada keluhan Kuning bening Sesuai keinginan Tidak terhitung Tidak ada keluhan	Belum BAB setelah dilakukan operasi - - - Kuning pekat Terpasang kateter 400-600cc/hari Tidak ada

3.	Istirahat dan tidur a. Siang - Durasi - Keluhan - Malam - Durasi - Keluhan	1-2 Jam/hari Tidak ada 7-8 Jam/hari Tidak ada	$\frac{1}{2}$ Jam/hari Tidak ada Belum istirahat malam
4.	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Berganti pakaian e. Keluhan	2x/hari 3-4x/hari 2x/minggu 2-3x/hari Tidak ada	Tidak mandi Tidak gosok gigi Tidak keramas 1x/hari Badan lengket
5.	Mobilitas - Kegiatan sehari-hari - Kekuatan waktu luang - Olahraga - Keluhan	Ibu rumah tangga Menonton tv 2x/minggu Tidak ada	Bedress Dzikir Tidak berolahraga Nyeri saat bergerak

f. Aspek psikososial

- 1) Psikologis : Pasien masih berada di fase *taking in* dan masih cenderung pasif terhadap lingkungannya, pasien mengatakan senang persalinannya berjalan dengan lancar walaupun dilakukan dengan cara caesarea. Namun klien mengatakan tidak merasa nyaman dengan luka bekas operasinya sehingga hanya bisa bergantung pada keluarganya dalam melakukan semua aktivitas.
- 2) Persepsi diri : klien berharap agar segera sembuh dan cepat pulang ke rumah.

- 3) Respon ibu terhadap kelahiran bayi, klien mengatakan sangat bahagia atas kelahiran bayinya dan ingin segera bertemu dengan bayinya.
- 4) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi, keluarga mengatakan bahagia klien bisa melahirkan dengan selamat dan bayinya.

g. Kebiasaan seksual

Klien mengatakan tidak mengalami gangguan pada kebiasaan seksualnya, klien dan suami mengetahui bahwa hubungan suami istri tidak boleh dilakukan sebelum masa nifas selesai dan sekarang klien mengatakan sekarang memasang KB Steril karena tidak berencana mempunyai anak lagi.

h. Aspek sosial dan spiritual

Hubungan pasien dengan keluarganya baik, terbukti banyak keluarga yang menjaga klien. Pola komunikasi klien baik, terbukti dapat berkomunikasi dengan baik dan benar. Klien beragama Islam namun klien sedang tidak menjalankan shalat karena sedang masa nifas namun klien selalu berdoa kepada Allah SWT untuk kesembuhan dan kesehatan bayinya serta untuk anak dan keluarganya.

i. Aspek pengetahuan

Pasien mengatakan sudah mengetahui beberapa hal tentang kesanggupannya dalam menjalankan masa nifas namun Pasien mengatakan kurang mengetahui dan memahami perawatan untuk payudara karena ASI klien belum keluar.

j. Data penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Nama : Ny. N
 No. Rm : 014450xxx
 Tanggal : 21 April 2025

Tabel 3. 2**Pemeriksaan Laboratorium**

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai normal
Hemoglobin	13.3	g/dl	13-16
Hematokrit	30	%	34-47
Jumlah leukosit	11.000	Mm ³	3,800-10.600
Jumlah trombosit	260.000	Mm ³	150.000-440.000
Jumlah eritrosit	3,22	Mm ³	3,6-5,8

2) Terapi medis

Nama : Ny. N
 No. RM : 014450xxx
 Tanggal : 21 April 2025

Tabel 3. 3**Terapi Medis**

No	Nama obat	Dosis	Jalur
1	Infus RL	20 Tpm	IV
2	Katerolak	3 x 30mg	IV
3	Cefotaxime	2 x 1 gram	IV
4	Metronidazole	5 x 500 mg	IV
5	Asam mefenamat	3 x 1 kapsul	Oral
6	Cefadroxil	3 x 1 kapsul	Oral

2. Analisa Data

Tabel 3. 4
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : - Klien mengeluh nyeri pada luka operasi sectio caesarea - Klien mengatakan nyeri berkurang ketika istirahat - Skala nyeri 6 (0-10) - Klien mengatakan nyeri hilang timbul - Klien mengatakan tidur siang tidak nyenyak DO : - Terdapat luka post op sc di bagian bawah adomen 12cm tertutup perban - Klien tampak meringis menaha nyeri - Klien tampak ersikap protektif paa sat akan dipegang lukanya - TTV TD : 130/80 N : 82x/menit RR : 20x/menit S : 38°C	Setelah dilakukan tindakan tindakan sectio caesarea terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus. Maka prostaglanin terlepas dan menghantarkan stimulus nyeri ke spinal cord sehingga nyeri bisa dipersepsikan	Nyeri Akut
2	DS : - Klien mengeluh nyeri saat bergerak - Klien mengatakan khawatir saat akan melakukan pergerakan DO : - Klien tampak lemah - Gerakan klien terbatas - Aktivitas dibantu oleh keluarga - Kekuatan otot	Nyeri yang diakibatkan oleh tindakan post operasi section caesarea menyebabkan aktivitas terbatas, klien khawatir pergerakannya terhadap luka operasinya sehingga menghambat mobilitasnya.	Gangguan mobilitas fisik

No	Data	Etiologi	Masalah				
	<table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4		
5	5						
4	4						
3	DS : DO : - Terdapat luka post operasi sectio caesarea pada daerah perut bagian bawah dengan panjang luka 12cm dan luka tertutup perban	Setelah menjalani operasi, luka yang terbentuk bisa menjadi tempat yang mendukung pertumbuhan bakteri yang bisa menyebabkan resikoterjadinya infeksi	Resiko Infeksi				
4	DS : - Klien mengatakan ASI belum keluar DO : - ASI tampak belum keluar - Puting susu menonjol - Belum ada perlekatan antara ibu dan bayi (belum rawat gabung)	Post Partum atau Post sectio caesarea (SC) Hormone prolactin belum ada, kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI ketidak efektifan pemberian ASI karena ibu terpisah ruangan bersama bayi	Menyusui Tidak Efektif				
5	DS: - Pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket DO: - Daerah perineum tampak kotor - Keadaan umum pasien lemah - Perawatan diri pasien masih di bantu oleh keluarga	Tindakan post op yang menimbulkan nyeri. Sehingga pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri dan gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet dan menyebabkan defisit perawatan diri.	Defisit perawatan diri				

3. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan

DS :

- Klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen luka operasi sectio caesarea (SC)
- Klien mengatakan nyeri berkurang ketika istirahat
- Skala nyeri 6 (1-10)
- Klien mengatakan nyeri hilang timbul

DO :

- Terdapat luka operasi di bawa perut ukuran 12cm dengan luka horizontal
- Klien tampak meringis
- Terdapat luka operasi pada abdomen bawah dengan panjang 12cm Terdapat nyeri tekan,

TD : 130/80 mmHg

N : 82 x/mnt

R : 20 x/mnt

S : 36,5°C

SPO2 : 98%

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri ditandai dengan

DS :

- Klien mengeluh kaki sulit menggerakkan kakinya karena nyeri luka post SC
- Klien mengatakan nyeri saat bergerak

DO :

- Gerakan klien terbatas
- Aktivitas dibantu oleh keluarga
- Kekuatan otot

5	5
4	4

- a. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit (D0142)

DS :

DO :

- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung ditandai dengan ASI belum keluar

DS :

- Klien mengatakan ASI belum keluar

DO :

- ASI belum keluar
- Puting menonjol
- Payudara tampak bengkak
- Belum ada perlekatan antara ibu dan bayi (belum rawat gabung)
- Payudara terba keras

- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

DS:

- Pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket

DO:

- Daerah perineum tampak kotor
- Badan tercium bau
- Keadaan umum pasien lemah
- Perawatan diri pasien masih di bantu oleh keluarg

4. Proses Keperawatan

Nama : Ny. N

Umur : 37 Tahun

NO. RM : 014450xxx

Tabel 3. 5

Intervensi, impementasi dan evaluasi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : (L. 08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis Menurun	Manajemen nyeri (I. 08238) Tindakan Observasi 1.Observasi TTV	Observasi: 1. Untuk mengetahui tanda-tanda vital	Tanggal 21 April 2025 Pukul 14.00 1. Mengobservasi TTV Hasil TD :130/80 N : 85x/menit RR : 20x/menit SPO2: 98% S : 36	Tanggal 21 april 2025 Pukul 17.00 WIB S : - Pasien masihmeng eluhterasa nyeri di bagian abdomen bawah

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 3. Identifikasi skala nyeri 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	2. Untuk menentukan dan membedakan karakteristik khususnya nyeri 3. Untuk mengetahui tingkat nyeri 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan intensitas nyeri Hasil : Nyeri dibagian abdomen bawah bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri hilang timbul Pukul 14.20 WIB 3. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Skala nyeri 6 1-10) Pukul 14.25 WIB 4. Mengontrol lingkungan dengan cara membuat ruangan tidak bising dan mengatur pencahayaan	bekas operasi SC - Skala nyeri 6(1-10) O : 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri 6 (0-10) 3. Klien tampak bisa melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri 4. TD : 127/ mmHg N : 80x/mnt R : 20 x/mnt S : 36,3°C SPO2 : 98% A : Masalah belum teratasi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Terapeutik 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 6. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis	Terapeutik : 5. Mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dirasa 6. Untuk memberikan istirahat tidur Edukasi : 7. Dapat mengetahui	Hasil : Nyeri bertambah jika ruangan bising dan pencahayaan terang Pukul 14.35 WIB 5. Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu tarik napas dalam Hasil : pasien mampu melakukan teknik nafas dalam Pukul 14.40 WIB 6. Memfasilitasi klien untuk istirahat dengan mengurangi kebiingan Hasil : pasien istirahat dan tampak nyaman Jam 14.50 7. Melakukan kolaborasi	P : Lanjutkan intervensi - Observasi TTV - Identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi dan intensitas nyeri - Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam) Risnal

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian analgetik	teknik untuk meredakan nyeri secara non farmakologis Kolaborasi: 8. Untuk membantu meredakan nyeri	dengan dokter pemberian ketorolac 30mg intravena Hasil : klien mengatakan nyeri sedikit berkurang	
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : (L. 05042) 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi (I. 050173) Tindakan Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Observasi: 1. untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien. 2. .Untuk mengetahui kondisi umum	Tanggal 21 April 2025 Pukul 14.40 WIB 1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : klien mengeluh nyeri dan enggan melakukan pergerakan Pukul 14.45 WIB 2. Memonitor kondisi umum	Tanggal 21 April 2025 Pukul 17.00 S : Klien mengeluh sulit bergerak karena cemas nyeriny akn bertambah jika digerakan O : 1. Pasien tampak enggan melakukan pergerakan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Terapeutik 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 4. Fasilitasi melakukan pergerakan : - 0-6 jam latihan gerak tangan dan kaki - 6-12 jam mobilisasi miring kanan dan kiri - 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur dan berjalan ke toilet secara mandiri	selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 3. dapat memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu 4. dapat mempermudah dalam melakukan pergerakan	selama melakukan mobilisasi Hasil : klien tampak meringis saat mobilisasi Pukul 14.50 WIB 3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : klien memegang pagar tempat tidur saat mobilisasi Pukul 14.55 WIB 4. Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil : klien mampu bergerak miring kanan dan kiri. Pukul 15.00 WIB	2. Pasien tampak tetap Berbaring di tempat tidur 3. Terpasang kateter urine 100 cc dalam urine bag 4. TD : 125/89 mmHg N : 93x/mnt R : 20x/mnt S : 36,5°C SPO2 : 99% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) - 0-6 jam latihan gerak tangan dan kaki - 6-12 jam mobilisasi miring kanan dan kiri - 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur dan berjalan ke toilet secara mandiri	5. agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan Edukasi: 6. agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri	5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : pasien tampak memahami apa yang di sampaikan Pukul 15.04 WIB 6. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini pada pasien pasca op Hasil : klien diajarkan scara bertahap tentang moblisasi setelah 6 jam pasca operasi klien harus mampu miring kanan dan kiri, 12 jam mampu duduk dan setelah	- Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan kluarga dalam membantu klien - Ajarkan mobiblisasi dini pasca sc ibu nifas Risnal

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
					dibuka kateter bisa ke kamar mandi sendiri	
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (D. 0142)	Setelah dilakukan tindakan keparawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi pada pasien menurun dengan kriteria hasil: (L. 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Bengkak Menurun 4. Kultur area luka membaik 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan infeksi (I. 14539) dan perawatan luka Tindakan Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung	Observasi: 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi yang muncul pada pasien Terapeutik 2. Untuk meminimalisir terjadinya port the entry dari	Tanggal 21 April 2025 15.30 WIB 1. Memonitor adanya tanda-tanda gejala infeksi lokal dan sistemik Dengan Hail : leukosit di atas normal 11,000 Mm³, Nyeri pada luka operasi Pukul 15.40 2. Monitor kondisi luka dan balutan Hasil : balutan tidak terdapat rembesar darah	Tanggal 23 April 2025 06.10 WIB S : klien mengatakan masih terasa nyeri O : 1. Keadaan luka 2. Masih ada nyeri tekan A : Resiko Infeksi P : Lanjutkan Intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			3. Berikan perawatan kulit pada area edema. 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.	pengunjung luar 3. Untuk mengetahui perkembangan kondisi luka 4. Untuk memutuskan rantai penularan bakteri 5. Untuk mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi	ataupun cairan, luka tampak kemerahan dan ada nyeri tekan Pukul 15.55 3. Membatasi jumlah pengunjung Hasil : keluarga tampak membatasi jumlah pengunjung 4. Ajarkan cara memeriksa luka, perawatan luka ,Mdi jadwalkan tanggal 22 04 2025 Pukul 16.00 5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil :klien dan keluarga mengerti mengenai tanda-	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Edukasi 6. Meningkatkan asupan nutrisi konsumsi tinggi protein tinggi kalori. Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian imunisasi/antibiotik : Cefotaxime 1x1 gr	Edukasi 6. Agar pasien dan keluarga tau tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 7. Untuk mencegah infeksi dan pasien dapat menerapkan cuci tangan sebagai Tindakan utama dalam mencegah infeksi.	tanda infeksi pada luka Pukul 16. 05 6. Menganjurkan makanan tinggi protein tinggi kalori Hasil : klien tampak paham dengan materi yang disampaikan Pukul 16. 10 7. Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik hasil : cefotaxime 1x1 gr	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
4.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung (D. 0029)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam status menyusui teratasi dengan kriteria hasil : (L. 03029) 1. Tetesan ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat meningkat	Edukasi menyusui (L.12393) Tindakan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui. Terapeutik 3. Sediakan materi dan media pendidikan	Observasi: 1. Untuk mengetahui kesiapan klien untuk menerima informasi. 2. Untuk menjelaskan tujuan dan manfaat menyusui Terapeutik : 3. Untuk memberikan	Tanggal 21 April 2025 Pukul 16.16 WIB 1. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menerima informasi Hasil : klien mengatakan sudah siap ntu menerima informasi Pukul 16.20 2. Menjadwalkan penkes sesuai kesepakatan Hasil : penkes dilaksanakan pada tanggal 23/04/2025 POD 1 Pukul 16.25 3. Menyediakan materi dan media	Tanggal 21 April 2025 Pukul 06.35 WIB S : Klien mengatakan ASI belum keluar dan payudara terasa keras O : 1. ASI tampak belum keluar 2. Puting menonjol A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Libatkan sistem keluarga

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			keehatan : perlekatan (cara menyusui dengan benar) 4. Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Dukung ibu meningkatkan	edukasi kepada klien 4. Untuk mengetahui kesediaan klien menerima informasi 5. Untuk memberikan kesempatan untuk klien jika ada yang belum mengerti mengenai materi yang sudah dipaparkan 6. Untuk member	pendidikan kesehatan : perlekatan (cara menyusui yang benar) 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil : klien tampak bertanya terkait materi penkes Pukul 16.30 WIB 5. Menjelaskan manfaat menyusui bayi Hasil : klien tampak mengerti apa yang dijelaskan Pukul 16.35 WIB 6. Mengajarkan perawatan	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			kepercayaan diri dalam menyusui 7. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan Masyarakat Edukasi 8. Berikan konseling menyusui. 9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi. 10. Ajarkan 4 posisi menyusui dan	motivasi ibu dalam menyusui 7. Untuk membantu ibu dalam melakukan proses menyusui Edukasi : 8. Untuk memberikan informasi kepada ibu tentang menyusui 9. Untuk memberikan informasi kepada ibu mengenai manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10. Untuk mengajarkan	payudara post partum mis. Memeras ASI, pijat payudara, pijat oksitosin Hasil : klien mengerti apa yang diajarkan	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			perlekatan (lacth on) dengan benar 11. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 12. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	ibu posisi menyusui yang benar 11. Untuk mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara 12. Mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara untuk merangsang pengeluaran ASI		
5	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kemampuan perawatan diri meningkat. Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat	Dukungan perawatan diri (I. 11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.	Observasi: 1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	17.00 WIB 1. Mengkaji tingkat kemandirian Respon : Pasien masih dalam fase taking in sehingga masih bergantung	14.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dipakaikan pakaian baru. 2. Pasien mengatakan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	4. Lingkungan yang sesuai untuk melakukan perawatan diri akan membantu pasien dalam meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri 5. Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi 6. Sebagai salah satu bentuk empati kepada pasien 7. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu	4. Melakukan perawatan perineum dan membantu pasien memakai pembalut Hasil :Pasien merasa nyaman 17.40 WIB 5. Menganjurkan pasien setelah 24 jam untuk pergi ke toilet dan tetap memperhatikan kebersihan diri Respon : Pasien tampak mengangguk dan akan mencobanya	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	melakukan perawatan diri 8. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri 9. Agar area perineum tidak lembap dan tetap bersih untuk mengurangi tinggi resiko tingkat infeksi Edukasi: 10. Agar pasien dalam melakukan perawatan diri secara konsisten		

5. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. N
 Umur : 27 Tahun
 NO.RM : 014450xxx

Tabel 3. 6

Catatan Perkembangan POD 1

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	22 April 2025	Dx 1. Nyeri Akut	Pukul 07.30 WIB S : - Klien masih mengeluh nyeri di bagian perut bawah bekas luka operasi - Klien mengatakan sudah dapat mengontrol nyeri pada luka post sc nya O : - Klien masih tampak meringis ketika bergerak - Skala nyeri 5 (1-10) - Terdapat luka post sc 12cm dengan keadaan luka tertutup perban - TD : 110/90 mmHg N : 83x/mnt R : 20x/mnt S : 36,5°C SPO2 : 99% A : Nyeri Akut P : Lanjutkan intervensi - Mengidentifikasi skala nyeri - Menanjurkan Kembali Teknik	Risnarl

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf				
			relaksasi nafas dalam - Kolaborasi terapi analgetik Pukul 07.50 I : 1. mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Skala 5 (0-10) 2. Melatih teknik relaksasi dengan cara tarik napas dalam Hasil : Klien tampak bisa melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri 3. Memberikan terapi obat analgetik Hasil : ketorolac 30mg IV Jam 08.10 E : Masalah teratasi sebagian					
2.	22 April 2025	Dx 2. Gangguan Mobilitas Fisik	Pukul 08.15 S : - Pasien mengatakan sudah bisa duduk dan mencoba berjalan secara perlahan O : - Pasien masih tamak meringis namun sudah mau melakukan pergerakan - Pasien tampak sedang belajar berjalan - Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5	Risnarl
5	5							
5	5							

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			A : Gangguan mobilitas fisik P : Lanjutkan intervensi - Latih pasien berjalan secara mandiri - Libatkan keluarga dalam mobilisasi - Monitor keadaan umum saat mobilisasi Pukul 08.20 I : - melatih pasien berjalan secara mandiri hasil : klien sudah bisa ke kamar mandi bantu keluarga - melibatkan keluarga dalam mobilisasi hasil: keluarga selalu membantu klien - memonitor keadaan umum saat mobilisasi hasil : klien baik(cm) Jam 08.25 E : Masalah teratasi	
3.	22 April 2025	Dx 3. Resiko Infeksi	Pukul 08.30 WIB S : klien mengatakan masih terasa nyeri O : - Luka tapak tertutup perban - Perban tampak bersih dan tidak ada rembesan - Leukosit 11,000 Mm³	Risnarl

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			- S : 37,5°C A : Resiko Infeksi P : Lanjutkan Intervensi - Monitor tanda gejala infeksi - Batasi jumlah pengunjung - Anjurkan meningkatkan nutrisi - Kolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime 2x1 gr (IV) Pukul 08.40 I : - Memonitor tandatanda infeksi Hasil : Luka pasien tampak kering dan tidak ada rembesan darah atau cairan - Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein Hasil : pasien tampak mengerti apa yang sudah dianjurkan - Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil : cefotaxime 1x1 gr (IV) Jam 08.50 E : Masalah teratasi sebagian	
4.	22 April 2025	Dx 4. Menyusui Tidak Efektif	Pukul 08.55 WIB S : - Klien mengatakan ASI belum keluar - Klien mengatakan nyeri pada payudara	Risnarl

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			O : - ASI tampak belum keluar - Puting menonjol - Areola berwarna hitam A : Menyusui tidak efektif P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi kemampuan dan waktu yang tepat untuk melakukan Pendidikan Kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya - Mengajarkan perawatan payudara dengan pijat oksitosin Pukul 09.10 I : - Mengidentifikasi kemampuan dan waktu yang tepat untuk melakukan Pendidikan Kesehatan - Memberikan kesempatan bertanya - Melakukan pamping dan pijat oksitosin Hasil : pasien tampak nyaman Jam 09.20 WIB E : Masalah teratasi sebagian	
5.	22 April 2025	Dx 5. Defisit perawatan diri	Pukul 09.25 WIB S: - Pasien mengatakan badannya sudah tidak lengket karena sudah	Risnarl

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			mandi dibantu keluarga - Pasien mengatakan sudah membersihkan perineumnya dengan dibantu oleh keluarga. O: - Pasien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri dibantu oleh keluarga - Pasien tampak bersih dan rapi - Perawatan diri pasien tampak masih dibantu oleh keluarga A :Defisit perawatan diri P : Hentikan Intervensi I : - Jam 09.30 E : Masalah teratasi	

Tabel 3. 7

Catatan perkembangan POD 2

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1.	23 April 2025	Dx 1. Nyeri akut	Pukul 07.00 WIB S : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang - Psien mengatakan sudah dapat mengontrol nyeri pada luka post sc-nya O : - Skala nyeri 4 (1-10) - Klien tampak lebih tenang - TD : 105/80 mmHg N : 75x/mnt R : 20x/mnt A : Nyeri akut teratasi Sebagian	Risnarl

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			P : Hentikan Intervensi Pukul 07.50 I : - Identifikasi Skala nyeri Hasil : Skala 4 (0-10) - Mengajarkan kembali teknik relaksasi dengan cara tarik napas dalam Hasil : Klien tampak sudah mengerti dan melakukan teknik napas dalam ketika merasakan nyeri E : Masalah teratasi sebagian	
2.	23 April 2025	Dx 3 Resiko Infeksi	Pukul 08.00 WIB S : pasien mengatakan nyeri berkurang O : - Luka tampak tertutup perban - Perban tampak bersih dan tidak ada rembesan - Luka tampak kering - TD : 100/80 mmHg N : 75x/mnt R : 20x/mnt S : 36,5°C A : Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian P : Pertahankan Intervensi - Anjurkan meningkatkan nutrisi - Kolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime 2x200gr Pukul 08.20	Risnarl

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			I : - Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein Hasil : pasien tampak mengerti apa yang sudah dianjurkan - Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil : cefotaxime 1x1 gr (IV) E : Masalah teratasi sebagian	
3.	25 April 2025	Dx 3 Menyusui tidak efektif	Pukul 08.30 WIB S : Klien mengatakan ASI nya sudah keluar sedikit O : - Pasien sudah tampak lebih tenang - ASI tampak keluar setetes dan belum memancar A : Masalah Menyusui tidak efektif teratasi Sebagian P : Perahankan intervensi - Anjurkan paie untuk langsung melakukan pelekatan dan menyusui setelah pulang - Ajarkan breascare Pukul 08.40 I : - Mengajarkan pasien untuk langsung melakukan pelekatan dan menyusui setelah pulang	Risnarl

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			- Mengajarkan breastcare E : Masalah teratasi sebagian	

B. Pembahasan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada Ny.N (P2A0) POD 0 Post sectio caesarea atas indikasi partus lama di ruangan Agateu Bawah RSUD dr. Slamet Garut yang di laksanakan selama 3 hari pada tanggal 21, 22 dan 23 April 2025. Selama melaksaakan asuhan keperawatan dengan tahapan pengkajian, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan, dan evaluasi. Berikut uraian hasil dari asuhan keperawatan yang penulis lakukan kepada Ny.N yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, dimana penulis mengkaji pasien secara keseluruhan. Berdasarkan data yang didapat saat pengkajian pada 21 April 2025 pada Ny.N dengan post sectio caesarea atas indikasi partus lama ditemukan adanya nyeri pada perut bagian bawah luka SC sepanjang 12cm berbentuk horizontal, Nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 6(1-10), nyeri bertambah apabila klien banyak bergerak dan berkurang ketika klien beristirahat. Klien tampak meringis dan bersikap protektif pada daerah luka, hal ini dikarenakan tindakan SC yang mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga merangsang pelepasan enzim serotonin, bradikinin, histamin dan prostaglandin yang merangsang reseptor nyeri sehingga nyeri

bisa dipersepsikan dan dampak dari nyeri tersebut akan mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan pergerakan (Nurfadlilah & Prijatni, 2024).

Pada kasus Ny.N dengan post sectio caesarea atas indikasi partus lama ditemukan bahwa sebagian aktivitas klien dibantu oleh keluarga selain itu Ny.N mengatakan tidak bisa menggerakkan badannya karena takut dan cemas ketika badannya digerakan nyerinya akan semakin dirasakan. Pasien tampak lemah berbaring di tempat tidur, kekuatan otot 4/4, karena adanya luka post sectio caesarea yang merangsang reseptor nyeri dan menyebabkan keterbatasan dalam pergerakan (Jaya et al., 2023). Data selanjutnya yang ditemukan pada kasus Ny.N adalah terjadinya peningkatan jumlah leukosit yaitu 11.000mm³, luka post operasi tampak tertutup perban, perban terlihat bersih dan tidak ada rembesan darah, warna lochea merah kehitaman dan encer, bau khas amis dan hasil pemeriksaan nadi 72x/menit, Suhu 36,5°C.

Menurut penelitian (Dwi & Jamon, 2024) mengatakan bahwa Sectio Cesarea/SC memiliki resiko lebih besar mengalami infeksi dibandingkan persalinan normal karena pada operasi SC terdapat jaringan yang terbuka karena adanya tindakan pembedahan, fase penyembuhan luka juga mengalami inflamasi yang terjadi pada hari pertama sampai pada hari ke lima. Pada fase ini akan terjadi hemostasis atau usaha tubuh untuk menghentikan perdarahan dimana proses ini terjadi vasokonstriksi pembuluh darah yang meng aktivasi reaksi pembuluh darah dan

pembekuan darah, sehingga sel-sel darah putih akan menghancurkan kuman dan bakteri di area luka sehingga terjadi peningkatan jumlah leukosit, sehingga peningkatan leukosit adalah salah satu kondisi wajar pada ibu post SC namun harus tetap dimonitor sebagai pencegahan terjadinya resiko infeksi.

Setelah operasi caesar, terjadi perubahan fisiologis pada ibu, yaitu penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron mulai hari ke-3 pasca persalinan. Kadar hormon ini akan kembali ke nilai sebelum kehamilan pada hari ke-7. Jika ibu tidak menyusui, kadar estradiol akan mulai meningkat sehingga merangsang pertumbuhan folikel. Proses laktasi dimulai setelah plasenta keluar, karena selama kehamilan plasenta menghasilkan hormon yang menghambat kerja prolactin dan hormon yang berperan penting dalam produksi ASI. Setelah plasenta dikeluarkan, hambatan terhadap prolaktin pun hilang, sehingga produksi ASI bisa terjadi. ASI biasanya mulai keluar sempurna 2 hingga 3 hari setelah persalinan. Namun, Ny. N merasa cemas karena ASI belum keluar setelah melahirkan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pemahaman mengenai mekanisme produksi ASI yang normalnya memang membutuhkan waktu beberapa hari.

Akibat dari operasi, Ny. N mengeluhkan ketidak mampuan untuk membersihkan diri sendiri dan melakukan aktivitas fisik seperti biasanya seperti makan, minum, ke kamar mandi dan lain-lain karena mengalami keterbatasan dalam bergerak, sehingga menyebabkan kulit Ny.N menjadi

lengket, parineum kotor dan rambut tampak berminyak. Oleh karena itu, pasien memerlukan bantuan dalam perawatan diri untuk kenyamanan dan pencegahan kemungkinan infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian masalah yang ada pada klien post sectio caesarea dengan indikasi partus lama pada kasus Ny. N, yaitu:

a. Nyeri Akut (D.0077)

Menurut teori nyeri ini muncul karena adanya luka operasi yang terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan yang merangsang reseptor kimia yang disampaikan ke thalamus dan korteks serebri dan dipersepsikan nyeri, nyeri juga dapat membuat tanda-tanda vital berubah. Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien, didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka sectio caesarea di perut bagian bawah. Nyeri bertambah saat pasien berusaha mengubah posisi tidurnya dan berkurang saat pasien rileks dan melakukan nafas dalam.

Nyeri yang dirasakan pasien seperti tersayat-sayat dan dirasakan di area perut bawah menjalar ke simfisis pubis. Skala nyeri yang dirasakan 6(0-10) dan nyeri dirasakan terus menerus. Data objektifnya, pasien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen serta nyeri tekan saat di palpasi. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Menurut teori hambatan mobilitas fisik ini terjadi karena adanya kelemahan fisik dan luka post operasi yang menimbulkan nyeri yang menyebabkan takut untuk bergerak sehingga meminimalkan gerakannya akibatnya terjadi gangguan mobilitas fisik dan menimbulkan kekuatan ototnya menjadi menurun (SDKI 2017). Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien, yaitu pasien mengeluh sulit menggerakkan kakinya karena nyeri di luka operasi dan nyeri saat bergerak. Kekuatan otot menurun 55/44 dan pasien keadaan umumnya lemah. Dalam segala kegiatan pasien tampak dibantu keluarga.

Pada kasus ini penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik sebagai prioritas kedua. Karena mobilitas fisik post sc perlu dibimbing dalam melakukan aktivitas sampai pulih kembali seperti semula. Mobilisasi dini juga bisa menjadi penunjang mempercepat penyembuhan luka yang berhubungan dengan kelancaran sirkulasi darah pasien.

c. Resiko Infeksi (D. 0142)

Menurut SDKI (2017) resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pada Ny.N penyebab adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan sectio caesarea. Data pada Ny.N ditemukan faktor pendukung resiko infeksi yaitu Pasien mengeluh nyeri di luka

post SC. Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perbandan anjang luka 12cm secara objektif tampak adanya peningkatan jumlah leukosit 11.000mm³. Serta perineum tampak kotor. Diagnosa resiko infeksi menjadi diagnosa ketiga karena diagnosa ini merupakan diagnosa resiko dimana masalah belum terjadi pada pasien namun bisa saja terjadi jika tidak dilakukan perawatan luka pada pasien

d. Menyusui tidak efektif (D.0029)

Menyusui tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana adanya ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. Menyusui tidak efektif dapat disebabkan oleh keadaan fisiologi dan situasional. Pada fisiologis bisa terjadi karena kurangnya refleks oksitosin, ketidakadekuatannya refleks menghisap bayi, payudara bengkak, keadaan bayi kurang bisa menyusui (sumbing) dan anomali payudara. Sedangkan secara situasional yang dapat mempengaruhi hambatan dalam proses menyusui adalah kondisi ibu tidak rawat gabung dengan bayinya, kurang terpapar informasi mengenai pijat payudara (SDKI, 2017).

Pada kasus asuhan keperawatan pada Ny.N hari kedua setelah operasi penulis menegaskan diagnosa keperawatan tambahan menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuan refleks oksitosin dengan alasan ada beberapa data menyusui tidak efektif pada Ny.N yaitu pasien mengatakan cemas ASI nya belum keluar walaupun sudah melakukan pemijatan payudara dan pasien tidak dirawat gabung dengan

bayinya. Kondisi ibu yang tidak dirawat gabung dengan bayinya akan mempengaruhi produksi ASI, sebab selama dirawat ibu tidak bisa melakukan perlekatan dengan bayinya dan bayi juga tidak bisa menyusui pada payudara ibu secara langsung. Hal ini menyebabkan refleksi oksitosin dan prolaktin tidak adekuat karena tidak ada hisapan dari bayi, sedangkan menurut teori normalnya ASI akan diproduksi dan keluar pada hari ke-2-3 setelah melahirkan (SDKI, 2017).

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

Menurut teori gangguan pemenuhan ADL atau defisit perawatan diri dapat terjadi setelah dilakukannya Tindakan post operasi section caesarea karena adanya efek anastesi, penurunan kemampuan untuk mobilisasi dan beraktivitas dibatasi klien khawatir pergerakannya akan menjadi fatal terhadap luka post operasi sehingga aktivitas klien terbatas terutama pada aktivitas perawatan diri. Pada Ny. N post operasi section caesarea POD 0 ditemukan adanya data-data yang menunjang masalah defisit perawatan diri seperti secara subjektif ditemukan pasien mengeluh nyeri saat ingin ke toilet, dan pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket. Sedangkan secara objektif rambut Ny. N tampak lepek dan daerah perineum tampak kotor (SDKI 2017)

3. Perencanaan Keperawatan

Penyusunan rencana Tindakan keperawatan ini disesuaikan berdasarkan situasi dan kondisi serta sumber fasilitas yang ada. Masalah yang muncul pada Ny. N diantaranya ialah nyeri akut, gangguan mobilitas

fisik, defisit perawatan diri, resiko infeksi, dan defisit pengetahuan. Penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnose keperawatan yaitu untuk nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik lakukan manajemen nyeri. Dimana tujuan dilakukannya manajemen nyeri selama 3 x 24jam kepada Ny.N diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu; keluhan nyeri menurun, tingkat nyeri menurun, dan meringis menurun serta frekuensi nadi membaik. Perencanaan yang disusun dalam mencapai tujuan adalah: atur posisi klien senyaman mungkin untuk menghilangkan stress pada otot-otot punggung kemudian meningkatkan sirkulasi darah dan mengurangi tekanan pada daerah nyeri. Anjurkan distraksi yakni mengalihkan perhatian ke stimulus lain seperti mendengarkan murotal dan dzikir. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengalihkan rasa nyeri dan berkolaborasi tindakan penghilang nyeri sesuai indikasi klien post operasi sectio caesarea atau farmakologis analgetik yang memungkinkan klien mengontrol nyeri. Pada kasus ini dokter meresepkan obat ketorolace 3x30mg secara intravena sebagai analgetik.

Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yaitu penulis merencanakan tahapan mobilisasi pasien, setelah 6 jam operasi SC harus bedrest gerakan tangan dan jari-jari kaki serta pergelangan tangan.

Setelah 6-12 jam ibu harus miring kiri miring kanan, setelah 24 jam setelah operasi sc ibu harus belajar duduk, setelah mampu duduk dianjurkan untuk belajar berjalan. Serta menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam melakukan aktivitas untuk meminimalkan resiko jatuh (Arif & Atun, 2023). Perencanaan tersebut disusun untuk mencapai tujuan setelah dilakukannya dukungan mobilisasi selama 24jam Ny.N diharapkan dapat mencapai kriteria hasil kekuatan otot meningkat, pergerakan meningkat dan kelemahan fisik menurun.

Diagnosa resiko terhadap terjadinya infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif yaitu operasi sc dengan menyusun perencanaan sebagai berikut; observasi tanda- tanda infeksi, ganti balutan, dengan memperhatikan teknik steril, tekankan teknik mencuci tangan yang tepat sebelum dan sesudah perawatan atau kontak dengan benda yang kemungkinan terkontaminasi untuk pertahanan pertama terhadap infeksi terkait layanan kesehatan. Berikan antibiotik sesuai petunjuk dokter untuk membunuh kuman dan melemahkan kuman secara sistemik. Pada Ny.N diresepkan obat Cefotaxime 2x1gr secara intravena dan Metrodinazole 3x500mg secara intravena sebagai antibiotik pasien.

Pada diagnosa keperawatan terakhir adalah menyusui tidak efektif penulis lebih menekankan perencanaan edukasi menyusui pada Ny.N agar dapat mengurangi rasa cemas yang dialami dan Ny.N dapat mengetahui keadaan normal pada masa nifas. Sehingga kecemasan maternal pada ibu bisa berkurang dan tidak memicu stress ibu yang dapat mengurangi

produksi ASI. Selain itu perencanaan juga disusun untuk terus memotivasi ibu dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui sehingga setelah diperbolehkan pulang ibu dapat langsung melakukan Tindakan yang disarankan seperti posisi menyusui yang tepat untuk membantu dalam memperlancar pemberian nutrisi pada bayi.

Sedangkan untuk diagnosa defisit perawatan diri, penulis merencanakan untuk membantu klien dalam pemenuhan ADL mulai dari nutrisi: makan dan minum personal hygiene. Hal tersebut dilakukan selama 24 jam dimana Ny. N diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yaitu: kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, dan kemampuan ke toilet meningkat. Perencanaan yang disusun oleh penulis adalah: lakukan vulva hygiene untuk meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi dan mendampingi Ny. N selama perawatan diri

4. Implementasi keperawatan

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan tindakan yang telah di rencanakan. Penulis tidak menemukan data atau respon yang menyimpang antara teori dan praktek lapangan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan penulis selalu menjelaskan kepada klien sesuai prosedur sehingga klien kooperatif dan mendukung tindakan keperawatan yang dilakukan. Secara keseluruhan, pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan dapat terlaksana secara lancar sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan post sc pada Ny.N. Penulis menemukan lima masalah dimana tiga dari empat masalah keperawatan tersebut tidak teratasi karena keterbatasan waktu, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, menyusui tidak efektif dan resiko infeksi. Adapun masalah yang teratasi, yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, sebab tujuan dan hasil asuhan keperawatan sudah mencukupi data untuk menetapkan kedua diagnosa tersebut sebagai masalah yang sudah teratasi. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit penulis mengevaluasi pasien dan didapatkan hasil :

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 4 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang awalnya berada pada skala 6 (0-10). Sehingga masalah teratasi sebagian masalah nyeri akut teratasi sebagian karena pasien pulang di hari ke-3, di mana pada hari ketiga tersebut dalam proses penyembuhan luka masih dalam fase inflamasi sehingga pasien akan masih merasakan nyeri pada luka operasi.

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan nyeri didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24jam, didapatkan data bahwa pasien sudah bisa duduk dan berdiri sendiri walaupun berjalan masih dibantu oleh keluarga dengan kekuatan otot 5/5.

Hal tersebut sudah meningkat dari kondisi awal di mana saat awal masuk rumah sakit pasien masih belum bisa melakukan pergerakan dan kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4. Masalah gangguan mobilitas fisik sudah dinilai teratasi karena sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Walaupun pasien masih harus dibantu dalam setiap aktivitas karena masih perlu dukungan dari keluarga berhubungan dengan psikologis pasien yang masih berada di tahap taking in.

Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif atau bekas luka bekas sc setelah dilakukan perawatan selama 4x24jam pasien masih merasa sedikit nyeri pada luka bekas operasi. Sedangkan data objektif yang didapatkan adalah jumlah leukosit menurun dari jumlah awal yaitu dari 11.000mm³. Sehingga masalah teratasi sebagian. Masalah risiko infeksi teratasi sebagian karena luka post operasi masih ada pada pasien dan masih berada di tahap fase inflamasi yang butuh waktu untuk sembuh sehingga risiko infeksi masih bisa ada jika perawatan tidak dilakukan dengan tepat.

Hasil evaluasi pada menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin dinilai masih belum teratasi. Hal itu disebabkan ASI Ny.N masih belum bisa memancar walaupun sudah dilakukan perawatan selama 2x24jam. Tidak keluarnya ASI berhubungan dengan ibu dan bayi yang tidak dirawat gabung. Sehingga tidak ada ransangan dari hisapan bayi dan tidak ada perlekatan antara ibu dan bayi. Selama dilakukannya proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai

dengan evaluasi tidak termukannya data pada Ny.N yang mengharuskan penulis untuk merevisi atau menyusun ulang intervensi yang telah disusun.

Hasil evaluasi pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan maternal didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24jam, pasien sudah tampak bersih dan rapi karena dibantu oleh keluarga dalam melakukan perawatan diri. Pasien juga sudah mengatakan bisa melakukan perawatan perineum secara mandiri. Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian karena pasien sudah dinilai mampu melakukan perawatan diri dan tujuan telah tercapai namun pasien belum bisa melakukan sepenuhnya secara mandiri.

BAB IV

PENUTUP DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.N dengan post op caesarea atas indikasi gagal induksi di ruangan Marjan Bawah RSUD Dr.Slamet Garut pada tanggal 21-23 April 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan Pengkajian pada Ny.N.
2. Penulis mampu menegakkan Diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Ny.N dengan post op sectio caesarea atas indikasi partus lama.
3. Penulis mampu menetapkan perencanaan keperawatan pada Ny.N dengan post op sectio caesarea atas indikasi partus lama berdasarkan diagnosa prioritas yang telah disusun.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny.N dengan post op sectio caesarea atas indikasi partus lama sesuai rencana yang telah ditetapkan.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Ny.N dengan post op sectio caesarea atas indikasi partus lama.
6. Penulis mampu membuat dokumentasi keperawatan pada Ny.N dengan post op caesarea atas indikasi partus lama di ruangan Marjan Bawah RSUD Dr.Slamet Garut dalam bentuk karyan tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.N P2A0 setelah post op sectio caesarea atas indikasi gagal induksi. Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada:

1. Institusi Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

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

3. Bagi perawat

Diharapkan bagi setiap perawat untuk selalu menerapkan standar prosedur tindakan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit tanpa membedakan status pasien. Khususnya dalam melakukan perawatan luka terhadap ibu post

partum, diharapkan semua perawat dapat selalu menerapkan konsep aseptik dan steril pada alat-alat yang akan digunakan.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

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

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin. 2022. "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I POST SECTIO CAESAREA (SC) DENGAN INDIKASI PARTUS LAMA DI RUANG BAITUNNISA RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG BANJARBARU." *Universitas Islam Sultan Agung Semarang*: 89.
- Aspiani. 2022. "Faktor-Faktor Dan Penyebab Terjadinya Partus Lama Dengan Kejadian Antonia Uteri." *Braz Dent J.* 33(1): 1–12.
- Asriani, Satrika. 2023. "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T (P1A0) DENGAN POST OPERASI SECTIO CAESAREA POD 0 DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT." : 1–23.
- Ayuni Moulinda, DKK. 2023. "Relationship of Nutritional Status, Sleep Quality and Physical Activity with The Menstrual Cycle in Adolescent Girls at SMAN 98 Jakarta." *Jgk* 15(1): 1–12.
- Ayunin Syahida, Dkk. 2025. "Hubungan Usia Dan Mobilisasi Dini Dengan Penyembuhan Luka Sectio Caesarea." 8(1): 121–27.
- Aziz and Fatimah. 2023. "Asuhan Keperawatan Pada Ny. U Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Indikasi Partus Lama Di Ruang Nusa Indah RSUD Dr. Soeselo Kabupaten Tegal." *urnal Mahasiswallmu Farmasi dan Kesehatan* 1(4): 235–48.
- Dwi, A., & Jamon, S. (2024). Asuhan Keperawatan Ibu Nifas Pada Ny F Post Sectio Caesarea Di Ruang Teratai Rsud Batara Siang Pangkep. *Public Health and Medicine Journal*, 86–92.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. 2023. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2023*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut 2021. "Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny.M Usia 35 Tahun Di TPMB HK Kabupaten Garut Jawa Barat." *Galang Tanjung* (2504): 1–9.
- Farrah, DKK 2021. "Analisis Perawatan Partus Sektio Caesarea Pasien Rawat Inap Jamkesmas Ina-Cbg's Di RSU Muhammadiyah Cirebon." *Jurnal Sosial Sains* 1(8): 838–45. doi:10.59188/jurnalsosains.v1i8.173.
- Hanifah, DKK. 2021. "Maternal Factors on Labor With Cesarean Section History." *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal* 4(4): 325–31. doi:10.20473/imhsj.v4i4.2020.325-331.
- Harum Ayatulla. 2023. "Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Partus Lama: Pendekatan Pemeriksaan Fisik." : 1–23.
- Jaya, DKK. (2023). Mobilisasi Dini Pasien Post Sectio Caesarea Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik. *JKM : Jurnal Keperawatan Merdeka*, 3(1), 21– 27. <https://doi.org/10.36086/jkm.v3i1.1563>
- Kemenkes RI. 2023. *Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia. Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2023*.
- Maudyla, Dena. 2024. "AKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PROSES PENYEMBUHAN LUKA POST SECTIO CAESARIA DI RS ANANDA BABELAN." 6: 4855–63.
- Nisa, Fatmatun. 2023. "PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. L POST SECTIO CAESARIA DENGAN INDIKASI BSC2X DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN GANGGUAN RASA NYAMAN: NYERI

DENGAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM DI RUANG PERAWATAN LANTAI I PAVILIUN Dr. IMAN SUDJUDI RSPAD GATOT SOEBROTO.” : 1–88.

- Nurfadlilah, (2024). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesaria 24 Jam Pertama. *Jember Maternal and Child Health Journal*, x, No. y.
- Nuranisa, Ria. 2020. “Asuhan Kebidanan Pada Ny. R Usia 27 Tahun Inpartu Dengan Kala II Memanjang DI RSUD Leuwiliang Kabupaten Bogor.” : 12–17.
- Octaviasari. 2023. “Studi Kasus Penatalaksanaan Perawatan Luka Ibu Post Sectio Caesarea Untuk Mencegah Infeksi Dengan Indikasi Disproporsi Kepala Panggul Di Rsu Darul Istiqomah Kaliwungu.” : 2023.
- Rahmawati. 2020. “Influence of Physical and Psychological of Pregnant Women Toward Health Status of Mother and Baby.” *Jurnal Kebidanan* 9(2): 148–52. doi:10.31983/jkb.v9i2.5237.
- Riasmini. “PROSES KEPERAWATAN DALAM MEMBERIKAN ASUHAN.”
- Sari, Ruri Maisetya, and Nuril Absari. 2022. “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tindakan Sectio Caesarea Di Rumah Sakit DKT Bengkulu.” *Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Esa Unggul*(1):1–14.
- WHO. 2024. “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny . T Umur 37 Tahun.” 3(2): 3028–35.
- Widyastutik. 2022. “Tahapan-Tahapan Yang Terjadi Pada Post Partum.”
- Wijaya, Wulan, Tetty Oktavia Limbong, and Devi Yulianti. 2023. “Buku Ajar Buku Ajar Asuhan Kebidanan Dan Menyusi.” *Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya*: 82. <http://repository.unimus.ac.id/3795/1/1>. Buku Ajar ASI komplit.pdf.
- Yuhana. 2024. “Hubungan Partus Lama Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di Rumah Sakit Abdul Aziz Singkawang.” 5(1).
- Yuliana & Hakim. 2021a. “EFEKTIFITAS BLANKET WARMER TERHADAP PENANGANAN SHIVERING PADA PASIEN POST SECTIO CAESAREA (SC) DENGAN ANASTESI SPINAL DI RUANGAN PEMULIHAN RSUD KECAMATAN MANDAU.” *Pharmacognosy Magazine* 75(17): 399–405.
- Yuliana & Hakim. 2021b. “Gambaran Perawatan Ibu Post Partum.” *Buku Kebidanan* 4(1): 1–23.
- Zubaidah, Dkk. 2021. “Asuhan Keperawatan Ny. ‘N’ P1A0 Dengan Risiko Infeksi Luka Perineum Pada Ibu Post Partum Spontan Di Ruang Aster RSUD Kota Bandung Tahun 2023.” *Repository Poltekkes Kemenkes Bandung* 4(1): 1–23.

SATUAN ACARA PENYULUHAN
MOBILISASI DINI POST SC

Waktu : 30 menit
Tanggal : 21-04-2025
Tempat : Ruang Agateu bawah RSUD Dr.Slamet Garut
Sasaran : Ny.N dan Keluarga
Pemateri : Risna Rahayu Lestari

A. Tujuan Umum

Dilakukan pendidikan kesehatan ini bertujuan agar Ny.N dan keluarga mampu memahami dan menambah pengetahuan mobilisasi dini pasca operasi

B. Tujuan Khusus

Setelah penyuluhan diberikan kepada Ny.N dan keluarga dapat memahami

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

C. Metode penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya jawab

D. Metode penyuluhan

- Leaflet

E. Kegiatan penyuluhan

No	Tahap kegiatan	Kegiatan	Waktu
1	Pembukaan	- Memberi salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan penyuluhan - Kontrak waktu	5 menit
2	Pelaksanaan	- Menjelaskan pengertian mobilisasi dini - Menjelaskan tujuan mobilisasi dini - Menjelaskan rentan gerak dalam mobilisasi - Menjelaskan kerugian jika tidak melakukan mobilisasi - Menjelaskan langkah-langkah mobilisasi dini	25 menit
3	Penutup	- Memberi kesempatan pada klien untuk bertanya - Menanyakan kembali kepada audien tentang materi yang sudah disampaikan - Memberi salam dan penutup	5 menit

F. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi stuktur

Ny.N dan keluarga ikut dalam penyuluhan yang dilakukan

2. Evaluasi proses

- a. Ny.N dan keluarga antusias terhadap pendidikan kesehatan mengenai mobilisasi dini pasca operasi sc
 - b. Ny.N dan keluarga tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan selesai
3. Evaluasi hasil
- a. Peserta mampu mengetahui tentang mobilisasi dini
 - b. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan mobilisasi dini
 - c. Peserta mampu mengetahui tentang rentan gerak dalam mobilisasi
 - d. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat mobilisasi dini
 - e. Peserta mampu mengetahui tentang kerugian jika tidak melakukan mobilisasi dini
 - f. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah mobilisasi

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak dan melakukan aktivitas, sedangkan imobilisasi adalah kondisi di mana seseorang tidak bisa bergerak secara bebas. Mobilisasi pada ibu pasca operasi Sectio Caesarea merupakan upaya bergerak atau berubah posisi beberapa jam setelah melahirkan, yang bisa berbeda-beda tingkatannya tergantung kondisi fisik ibu (Fitrianingsih & Wahyuni, 2023).

B. Tujuan

- a. Mempertahankan fungsi tubuh
- b. Mempertahankan tonus otot
- c. Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
- d. Memperlancar peredaran darah
- e. Mengembalikan aktivitas tertentu agar klien dapat lebih cepat kembali memenuhi gerak harian

C. Rentan gerak dalam mobilisasi

Rentang gerak dalam mobilisasi pasca operasi Sectio Caesarea dibagi menjadi beberapa tahap yang dilakukan secara bertahap sesuai dengan kondisi fisik ibu. Pada tahap awal (0–6 jam), mobilisasi pasif dilakukan seperti menggerakkan jari tangan dan kaki untuk mencegah pembekuan darah. Kemudian pada 6–12 jam setelah operasi, ibu mulai melakukan mobilisasi

semi-aktif, seperti mengubah posisi miring kanan dan kiri serta duduk dengan bantuan.

Setelah 12–24 jam, ibu memasuki tahap mobilisasi aktif di mana ia mulai berdiri dan berjalan perlahan. Setelah 24 jam, mobilisasi penuh dapat dilakukan, di mana ibu sudah bisa berjalan mandiri dan melakukan aktivitas ringan seperti menyusui sambil duduk atau berjalan ke kamar mandi sendiri. Penelitian oleh (Warmiyati & Ratnasari, 2022) menyebutkan bahwa dengan metode Enhanced Recovery After Cesarean Surgery (ERACS), mobilisasi aktif bisa dimulai sejak 6–10 jam pasca operasi.

D. Manfaat Mobilisasi

Menurut (Fitrianingsih & Wahyuni, 2023) Mobilisasi pasca persalinan, khususnya setelah operasi Sectio Caesarea (SC), memiliki berbagai manfaat penting untuk pemulihan ibu diantaranya :

1. Mencegah komplikasi pasca operasi

Mobilisasi membantu mencegah risiko komplikasi seperti trombosis vena dalam (DVT), emboli paru dan penumpukan cairan di paru-paru (pneumonia) karena tubuh tidak terlalu lama dalam posisi diam.

2. Mempercepat proses penyembuhan

Dengan bergerak lebih awal, sirkulasi darah meningkat, suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan luka operasi menjadi lebih lancar, sehingga mempercepat penyembuhan luka.

3. Mengurangi nyeri dan kekakuan otot

Mobilisasi bertahap membantu mengurangi ketegangan otot, memperbaiki fleksibilitas, dan menurunkan sensasi nyeri atau kaku karena terlalu lama berbaring.

4. Melancarkan fungsi pencernaan dan perkemihan

Aktivitas fisik membantu merangsang kerja usus dan kandung kemih, sehingga mencegah konstipasi dan retensi urin, yang sering dialami ibu setelah SC.

5. Meningkatkan kesejahteraan psikologis

Mobilisasi memberikan rasa percaya diri, meningkatkan kemandirian, dan membantu mengurangi kecemasan atau stres karena ibu merasa lebih cepat pulih dan bisa merawat bayinya.

E. Kerugian jika tidak melakukan mobilisasi

1. Peningkatan suhu tubuh karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi dan salah satu dari tanda infeksi adalah peningkatan suhu tubuh.

2. Perdarahan yang abnormal. Dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uterus keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka.

3. Involusi uterus yang tidak baik. Tidak dilakukan mobilisasi secara dini akan menghambat pengeluaran darah dan sisa plasenta sehingga menyebabkan terganggunya kontraksi uterus.

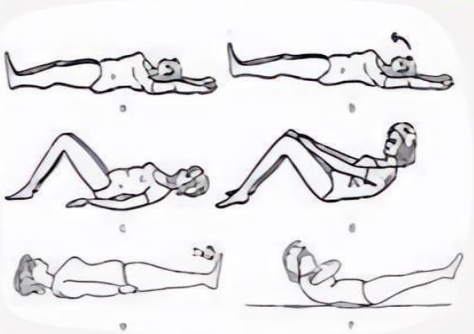
F. Langkah-langkah

Menurut (Warmiyanti & Ratnasari) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap, berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini pada ibu post operasi sectio Caesarea:

1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca operasi sectio caesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekut dan menggeser kaki
2. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan trombo emboli apabila tubuh semakin kuat, tekuk kedua kaki lalu luruskan ulangi semampunya.
3. Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk tegak, tahan tubuh dengan kedua tangan, geserkan kaki ke pinggir tempat tidur kemudian turunkan kaki hingga menjuntai selama beberapa saat.
4. Setelah ibu dapat duduk, perlahan-lah turunkan kedua kaki ke lantai sementara kedua tangan tetap memegang pinggir tempat tidur. Tegak dan kuatkan tubuh pada posisi berdiri sampai benar-benar stabil sebelum memulai berjalan. Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit

DAFTAR PUSTAKA

- Fitrianingsih & Wahyuningsih “Hubungan pengetahuan Ibu Post Sectio Caesarea dan Dukungan Suami dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini pada Ibu Post Sectio Caesarea Tahun 2023” *Jurnal Sosial Sains* 1(8): 838–45. doi:10.59188/jurnalsosains.v1i8.173.
- Warmiyanti & Ratnasari “Pengaruh Sectio Caesarea Metode Eracs Terhadap Percepatan Mobilisasi pada Ibu Bersalin di RS Hermina dan Mongot Tahun 2022” *Cerdika Jurnal Ilmiah Indonesia* Vol.2 No.9



MANFAAT MOBILISASI DINI:

- ✓ Mencegah tekanan darah rendah
- ✓ Mencegah hilangnya kekuatan otot
- ✓ Meningkatkan kekuatan otot
- ✓ Mengurangi tekanan pada kulit
- ✓ Mencegah susah buang air besar
- ✓ Mempercepat organ tubuh bekerja seperti semula
- ✓ Mempercepat pemulihan

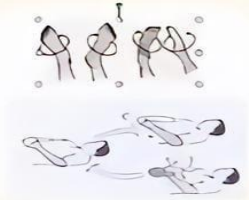


Mobilisasi setelah operasi yaitu:

Aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari Latihan ringan di atas tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan berjalan keluar

TUJUAN MOBILISASI DINI PASCA OPERASI

- ✓ Mempertahankan fungsi tubuh
- ✓ Memperlancar peredaran darah
- ✓ Membantu pernafasan lebih baik
- ✓ Mempertahankan tonus otot



Stikes Karsa Husada Garut



MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASCA OPERASI

.....

Risna Rahayu L
Khga22009

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
PERAWATAN IBU POST PARTUM**

Pokok pembahasan	: Post Natal Care (PNC)
Sub pokok pembahasan	: - Cara memerah ASI dengan tepat(breast care) - Nutrisi Menyusui
Sasaran	: Ny.N
Hari/Tanggal	: Senin 21 April 2025
Tempat	: Ruang Agateu Bawah
Waktu	: 15.00 WIB
Durasi	: 30 Menit
Penyuluh	: Risna Rahayu Lestari

A. Latar Belakang

Masa nifas atau post partum adalah periode setelah kelahiran plasenta yang berlangsung sekitar 6 minggu hingga alat-alat kandungan kembali normal. Pada masa ini, ibu mengalami fase menyusui yang penting untuk pertumbuhan bayi. Namun, menyusui bisa mengalami hambatan seperti pembengkakan payudara karena ASI yang tidak lancar atau isapan bayi yang kurang baik. Dukungan perawatan fisik, psikososial, dan perawatan bayi baru lahir sangat penting untuk membantu ibu pulih dan menyesuaikan diri dengan peran barunya (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam perawatan diri secara mandiri.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan penyuluhan selama 20Menit peserta diharapkan dapat:

- a. Menyebutkan Pengertian nifas
- b. Menyebutkan tanda bahaya nifas
- c. Menyebutkan manfaat perawatan nifas atau post partum
- d. Menyebutkan nutrisi dan gizi yang baik bagi ibu nifas
- e. Melakukan perawatan payudara

C. Sasaran

Sasaran penyuluhan adalah Ny.N dan Keluarga Ny.N yang beradaDI ruangan Marjan Bawah RSUD Dr.Slamet Garut.

D. Metode

Ceramah, demonstrasi dan tanya jawab

E. Media

Media dari penyuluhan ini menggunakan leaflet

F. Kegiatan penyuluhan

Kegiatan	Penyuluh	Audiance	Waktu	Metode
Pembukaan	a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Menjelaskan cakupan materi yang akan disampaikan c. Melakukan apresiasi d. Menjelaskan manfaat dan tujuan penyuluhan	- Menjawab salam dan mendengarkan	5 menit	Ceramah
Penyaji	a. Menjelaskan pengertian	- Menyimak dan mendengarkan	25 ment	Ceramah leaflet

	postpartum b. Menjelaskan tandabahaya nifas c. Menyebutkan manfaat perawatan post partum d. Menjelaskan gizi dan nutrisi yang dibutuhkan ibu nifas e. Membantu pasien dalam melakukan perawatan payudara			
Penutup	a. Menutup pertemuan dengan menyimpulkan materi yang telah di bahas b. Melakukan evaluasi c. Memberikan salam penutup	- Mendengarkan, menjawab dan menjawab salam	5 menit	Ceramah

G. Materi (Terlampir)

H. Rencana Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

Diharapkan terdapat keseimbangan dalam pelaksanaan kegiatan penyuluhan tentang peraan post partum dengan perencanaan yang di buat di proposal, settingan tempat dan waktu sesuai dengan kontrak sebelumnya.

2. Evaluasi Proses

Seluruh peserta penyuluhan merasa tertarik terhadap materi penyuluhan, dan terlibat aktif dalam kegiatan penyuluhan dengan bertanya.

3. Hasil Evaluasi

Kegiatan berjalan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan Peserta dapat memahami tentang mobilisasi dini minimal 80% dari materi.

MATERI PENYULUHAN

A. Definisi Post Partum

Masa postpartum atau masa nifas adalah periode setelah kelahiran plasenta hingga kembalinya organ-organ reproduksi wanita ke kondisi semula sebelum kehamilan. Masa ini umumnya berlangsung sekitar enam minggu (Wahyuningsih, 2019). Menurut Marlina dan rekan-rekan (2022), masa postpartum merupakan waktu pemulihan pasca persalinan yang disebut juga puerperium, yaitu fase penyembuhan alat reproduksi ibu yang berlangsung hingga 42 hari setelah melahirkan.

Dari berbagai pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa masa nifas merupakan proses pemulihan tubuh ibu setelah melahirkan, di mana organ reproduksi dan sistem tubuh lainnya menyesuaikan diri kembali seperti sebelum hamil. Masa ini memerlukan perhatian khusus untuk mendukung proses pemulihan dan mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi.

B. Tujuan Perawatan Post Partum

Ada beberapa kebutuhan yang perlu diperhatikan untuk ibu post partum agar dapat kembali pulih dengan sempurna dan proses menyusui juga berjalan baik.

Selain itu tujuan dari dilakukannya perawatan post partum adalah:

1. Memulihkan kesehatan umum
2. Mempertahankan kesehatan psikologis
3. Mencegah infeksi dan komplikasi
4. Memperlancar pembentukan ASI

5. Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan diri mandiri

C. Tanda Bahaya Post partum

Menurut (umaroh, 2020) ada beberapa tanda bahaya nifas yang harus diketahui oleh ibu setelah melahirkan

1. Nyeri perut hebat dan pendarahan yang berlebih lewat jalan lahir: Ibu nifas secara terus menerus menunjukkan adanya gangguan pada sistem reproduksi dan harus segera dibawa ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penanganan.
2. Pandangan kabur, benak di wajah, tangan dan kaki atau sakit kepala hebat: Tanda-tanda tersebut menunjukkan gejala preeklamsi/eklamsia
3. Keluar cairan berbau dari jalan lahir : menunjukkan tanda-tanda adanya infeksi
4. Demam lebih dari 2 hari: pada kondisi ini ibu harus segera ke fasilitas kesehatan terdekat karena sudah menunjukkan tanda-tanda adanya sepsis yaitu infeksi yang telah menyebar ke seluruh tubuh.
5. Payudara bengkak, merah di sertai rasa sakit atau nyeri: Ini terjadi pada ibu yang terus-menerus tidak dapat mengeluarkan ASI nya jika tetap di acuhkan akan muncul gumpalan.

D. Gizi dan Nutrisi Post Partum

Nutrisi ibu menyusui sangat berpengaruh terhadap produksi ASI. Ibu dengan status gizi baik dapat menghasilkan sekitar 800 cc ASI per hari yang mengandung sekitar 600 kalori, sedangkan gizi yang kurang dapat mengurangi produksi ASI. Asupan kalori penting karena 80–90% akan digunakan untuk

produksi ASI. Bila menyusui berlangsung lebih dari 3 bulan, penurunan berat badan ibu bisa terjadi, sehingga kebutuhan kalori harus ditingkatkan. Selain itu, ibu menyusui juga membutuhkan tambahan 20 gram protein per hari, yang akan membantu pembentukan DHA dalam ASI.

Kebutuhan Nutrisi Ibu Menyusui & Nifas:

1. Tambahan kalori: +500 kalori/hari
2. Diet seimbang: kaya protein, vitamin, dan mineral
3. Minum minimal 8 gelas air per hari
4. Konsumsi tablet zat besi (Fe) selama masa nifas
5. Konsumsi vitamin A (kapsul)
6. Zat tenaga: beras, kentang, roti, mie, dsb.
7. Zat pembangun: daging, ikan, telur, tahu, tempe, susu
8. Zat pengatur: sayur hijau dan buah segar

E. Perawatan Payudara

Perawatan payudara merupakan suatu tindakan untuk merangsang payudara terutama pada masa nifas untuk memperlancar pengeluaran ASI. Tujuan utama pijat payudara untuk memudahkan payudara dalam memproduksi ASI. Ketika dipijat kemungkinan peredaran darah yang ada di payudara akan berjalan lancar dan mengurai kelenjar susu yang mengendap di saluran ASI dalam payudara.

Selain itu, pemijatan pada payudara bisa meredakan pembengkakan pada ibu menyusui dan membuat tubuh sang ibu lebih rileks dan mudah dalam memberikan ASI pada bayi (Kemenkes, 2019). Adapun teknik dalam pengurutan payudara yang di paparkan oleh prawirohardjo (2014) dalam , yang

dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Pengurutan Pertama

- a. Licinkan telapak tangan dengan sedikit minyak/baby oil.
- b. Kedua tangan diletakkan diantara kedua payudara ke arah atas, samping, bawah, dan melintang sehingga tangan menyangga payudara, lakukan 30 kali selama 5 menit.

2. Pengurutan Kedua

- a. Licinkan telapak tangan dengan minyak/baby oil.
- b. Telapak tangan kiri menopang payudara kiri dan jari-jari tangan kanan saling dirapatkan Sisi kelingking tangan kanan memegang payudara kiri dari pangkal payudara ke arah puting, demikian pula payudara kanan lakukan 30 kali selama 5 menit.

3. Pengurutan Ketiga

- a. Licinkan telapak tangan dengan minyak.
- b. Telapak tangan kiri menopang payudara kiri. Jari-jari tangan kanan dikepalkan, kemudian tulang kepalantangan kanan mengurut payudara dari pangkal ke arah puting susulakukan 30 kali selama 5 menit.

4. Perawatan payudara lainnya

- a. Menggunakan BH yang menyokong payudara
- b. Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali.
- c. Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI, lakukan: pengompresan payudara menggunakan kain basah dan hangat selama 5

menit, urut payudara dari arah pangkal menuju puting susu, keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak, susukan bayi setiap 2-3 jam, apabila tidak dapat menghisap ASI sisanya dikeluarkan dengan tangan letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.

- d. Apabila lecet sangat berat dapat di istirahatkan selama 24 jam ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, N., Fauziah, & Kristianingsih. (2020). Faktor yang berhubungan dengan kejadian pada ibu bersalin. 259-268.
- Ani, Fillah, & Nurmasari. (2019). Pendidikan Gizi Ibu Hamil, Ibu Menyusui Dan Ibu Balita. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Ilyas, Irma, & Ratna. (2020). Pedoman Kontrasepsi Dna Keluarga Berencana. Jakarta: Kementrian Kesehatan Indonesia.
- Kemenkes. (2019, Maret 04). Cara Melakukan Pijat Payudara Untuk Memperlancar ASI. Retrieved From Kementrian Kesehatan Indonesia:
<https://ayosehat.kemkes.go.id/cara-melakukan-pijat-payudara-untuk-memperlancar-asi>
- Prawiroharjo, S. (2014). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono
- Wahyuningsih, S. (2019). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Disertai Panduan Persiapan Praktikum. Jember: Deepublish.

Perawatan Ibu Postpartum

Apa Itu Masa Nifas?

Masa nifas adalah periode setelah melahirkan yang berlangsung selama 6 minggu (42 hari), di mana organ-organ tubuh ibu kembali ke kondisi sebelum hamil.



Perawatan Fisik Ibu Postpartum

- Ganti pembalut nifas secara berkala.
- Mandi setiap hari dan jaga kebersihan tubuh
- Rawat luka jagatan (bila ada)
- Senam ringan bila memungkinkan



Tanda Bahaya Masa Nifas

- Perdarahan banyak dan berbau
- Demam $>38^{\circ}\text{C}$
- Nyeri perut hebat
- Keputihan berbau

Teknik Breastcare untuk Ibu Menyusui

Manfaat Breastcare



- Mencegah bendungan ASI
- Melancarkan ASI
- Mencegah infeksi payudara
- Menjaga kebersihan puting

Langkah-Langkah Teknik Breastcare

- 1 Cuci tangan bersih.
- 2 Kompres hangat
- 3 Pijat payudara secara melingkar.
- 4 Pijat ke arah puting untuk melancarkan aliran.
- 5 Perah ASI sedikit



Waspada Tanda Bahaya

- Payudara keras dan nyeri
- Puting luka, berdarah, atau bernanah
- Demam tinggi



Konsultasikan segera ke bidan/dokter

RISNARL

LEMBAR BIMBINGAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N (P1A0) *POST SECTIO CAESAREA* (POD 0) ATAS INDIKASI PARTUS LAMA DI RUANG AGATE BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.SLAMET GARUT.

NAMA : RISNA RAHAYU LESTARI

NIM : KHGA22009

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	05/6/2025	BAB I	- Perbaiki Latar belakang		
2	11/6/2025	BAB I	- Perbaiki tata penulisan - Sesuaikan kuknis		
3	12/6/2025	BAB I	- Data komplikasi SC		
4	13/6/2025	BAB I	- ACC Bab I - Lanjut Bab II		
5	16/6/2025	BAB II	- Perbaiki pemfis pada pasien SC		
6	20/6/2025	BAB II	- ACC BAB II		
7	25/6/2025	BAB III	- Perbaiki Pemfis dan analisis data		

8	28/6/2025	BAB III	- Perbaiki pembahasan		
9	01/6/2025	BAB III	- Perbaiki Abstrak		
10	05/6/2025		- ACC Sidang		

BIODATA PENULIS



Nama : Risna Rahayu Lestari

Tempat/Tanggal lahir : Garut, 21 September 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Riwayat Pendidikan : SDN 4 NGAMPLANGSARI

SMPN 1 CILAWU

SMAN 8 GARUT

Sejak 2022 berkuliah di STIKes Karsa Husada Garut

MOTTO

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan”

Q.S Al-Insyirah : 5-6