

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. L (P1A0) POST *SECTIO*
CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI GAWAT JANIN DI RUANG AGATE
BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Program
Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

SAKILA FAUZIAH NURJAMAN

KHG A. 22033



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

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. L (P1A0) POST
SECTIO CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI GAWAT
JANIN DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR
SLAMET GARUT**

NAMA : SAKILA FAUZIAH NURJAMAN

NIM : KHG. A. 22033

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui

untuk disidangkan

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. L (P1A0)
POST *SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI
GAWAT JANIN DI RUANG AGATE BAWAH RSUD
DR SLAMET GARUT**

NAMA : SAKILA FAUZIAH NURJAMAN

NIM : KHG. A. 22033

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

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

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Menyetujui,

Ka. Prodi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

K. Dewi Budiarti, M.Kep

ABSTRAK

IV BAB, 132 Halaman, 15 Tabel, 1 Bagan, 1 Gambar, 6 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi oleh angka kejadian *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin. *Sectio caesarea* merupakan tindakan untuk menyelamatkan ibu dan janin apabila persalinan normal tidak memungkinkan, salah satunya karena kondisi gawat janin. Secara global, kejadian gawat janin diperkirakan terjadi pada 9,6% kehamilan, sementara di Indonesia angkanya mencapai 7,9%. Sedangkan di RSUD Dr Slamet Garut diperoleh data persalinan *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin berada di posisi 6 sebanyak 33 kasus atau 4,15%. Tujuan karya tulis ilmiah ini adalah penulis mampu melakukan Asuhan keperawatan pada Ny. L (P1A0) post sc POD 0 atas indikasi gawat janin di ruang agate bawah. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan deskriptif. Teknik pengumpulan data dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan catatan keperawatan. Hasil diagnosa yang muncul pada Ny. L mencakup nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, menyusui tidak efektif dan defisit perawatan diri. Intervensi dilakukan sesuai standar yang telah ditetapkan dan implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi tersebut. Evaluasi menunjukan bahwa nyeri akut teratasi sebagian, gangguan mobilisasi teratasi, resiko infeksi teratasi sebagian, menyusui tidak efektif teratasi sebagian dan defisit perawatan diri teratasi. Kesimpulannya, penulis mampu melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan baik.

Kata Kunci : Gawat Janin (*Fetal distress*), Asuhan Keperawatan *Post Sectio caesarea*

Daftar Pustaka : 41 sumber (2017-2025)

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah Subhanahu wa Ta'ala, Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan rahmat dan petunjuk-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. L (P1A0) Dengan Post Operasi *Sectio caesarea* POD 0 Atas Indikasi Gawat Janin Di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut”. Sholawat dan salam senantiasa tercurah kepada Nabi Muhammad Shallallahu ‘alaihi wa sallam, beserta keluarga dan para sahabat beliau yang setia hingga akhir zaman.

Penyusunan karya tulis ilmiah ini dilakukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi DIII Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Penulis menyadari bahwa penyelesaian karya tulis ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih 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 Program studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Ibu K. Dewi Budiarti, M. Kep, selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan motivasi untuk terus belajar dan semangat, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama program studi DIII Keperawatan yang telah memberi ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberi bantuan dan penyediaan buku sumber.
8. Seluruh staf terutama CI Ruangan Agate Bawah di Rumah sakit Dr. Slamet Garut yang telah memberi arahan dan bimbingan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.
9. Ny L dan seluruh keluarga klien, yang sudah sangat kooperatif sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Kepada cinta pertama saya yaitu ayah handa tercinta Jajang Nurjaman dan ibu tersayang saya Ai Mamay Maesaroh terimakasih atas segala cinta, pengorbanan, dan doa yang tak pernah putus untukku. Tanpa kalian, aku bukan siapa-siapa. Terimakasih sudah mengajarkanku arti kesabaran, kerja keras, dan ketulusan. Segala jerih payah dan kasih sayang yang kalian berikan tak akan pernah bisa kubalas dengan apa pun di dunia ini. Doaku selalu menyertai kalian, Kalian adalah anugerah terindah dalam hidupku.
11. Kepada diri sendiri Sakila Fauziah Nurjaman terimakasih karena tidak menyerah meski sempat ingin berhenti dan tetap berjalan meski hati sering lelah.

12. Kepada keluarga besar Bapak Nana Sutisna dan Bapak Encu Terimakasih Kehadiran dan kebersamaan kalian adalah nikmat besar dari Allah yang selalu saya syukuri.
 13. Kepada Kakakku Aldi Mulyadi dan Desi Alia Terimakasih atas segala perhatian dan kasih sayang yang selama ini telah kakak berikan.
 14. Kepada Tete tercinta Susi Lastini Rahayu Terimakasih atas semua kasih sayang, perhatian dan dukungan yang begitu tulus. Aku sangat bersyukur memiliki sosok sepertimu yang sabar, kuat, dan selalu hadir dalam suka maupun duka.
 15. Kepada pasangan saya Ilham Muhammad Iqbal Terimakasih telah menjadi teman hidup yang sabar, pengertian, dan penuh kasih. Dalam setiap langkah, kamu selalu ada menguatkan saat aku lemah dan mendoakan saat aku lupa berharap, aku bersyukur telah mengenalmu.
 16. Kepada teman seperjuangan Anita, Tiara dan Nelin Terimakasih bersama kalian masa kuliah bukan hanya soal belajar, tapi juga tumbuh dan bertahan.
- Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun. Akhir kata penulis berharap semoga karya tulis ini bermanfaat bagi penulis maupun pembaca.

Garut, 3 Juli 2025

Sakila Fauziah Nurjaman

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Dasar Gawat Janin	9
1. Pengertian Gawat Janin	9
2. Etiologi	10
3. Tanda dan Gejala	10
4. Patofisiologi.....	12
5. Pemeriksaan Penunjang.....	13
6. Komplikasi	13
7. Penatalaksanaan.....	14
B. Konsep Dasar <i>Sectio caesarea</i>	15
1. Definisi	15
2. Etiologi	16
3. Klasifikasi.....	17
4. Patofisiologi.....	17
5. Komplikasi	18
6. Penatalaksanaan.....	19
C. Konsep Dasar Post Partum.....	22
1. Definisi	22
2. Tahapan Masa Post Partum	23
3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum	24
4. Aдаftasi Psikologis Post Partum	31

5. Tanda-Tanda Bahaya Nifas	32
6. Kebutuhan ibu post partum	33
D. Dampak <i>Post Sectio caesarea</i> Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	35
E. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	37
1. Pengkajian Keperawatan	37
2. Diagnosa Keperawatan	57
3. Perencanaan Keperawatan	58
4. Implementasi Keperawatan	66
5. Evaluasi Keperawatan	66
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	68
A. Tinjauan Kasus	68
1. Pengkajian Keperawatan	68
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	82
3. Proses Keperawatan	85
4. Catatan Perkembangan	97
B. Pembahasan	102
1. Pengkajian Keperawatan	103
2. Diagnosa Keperawatan	106
3. Perencanaan Keperawatan	110
4. Implementasi Keperawatan	114
5. Evaluasi Keperawatan	114
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	118
A. Kesimpulan	118
B. Rekomendasi	119
DAFTAR PUSTAKA	121

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1.....	3
Tabel 2. 1 Analisa Data.....	55
Tabel 2. 2 Perencanaan Nyeri Akut	59
Tabel 2. 3 Perencanaan Resiko Infeksi	61
Tabel 2. 4 Perencanaan Gangguan Mobilitas Fisik.....	62
Tabel 2. 5 Perencanaan Menyusui Tidak Efektif	63
Tabel 2. 6 Perencanaan Defisit Perawatan Diri	64
Tabel 2. 7 Perencanaan Gangguan Pola Tidur	65
Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari-Hari	79
Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium	80
Tabel 3. 3 Terapi Medis Farmakologi.....	80
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	81
Tabel 3. 5 Proses Keperawatan pada Ny. L	85
Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan POD 1.....	97
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan POD 2.....	100

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 <i>Pathway Sectio caesarea</i> atas Indikasi Gawat Janin	21
---	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Tinggi Fundus Uteri	25
--------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Bimbingan.....	125
Lampiran 2 SAP Mobilisasi Dini.....	127
Lampiran 3 Leaflet Mobilisasi Dini.....	138
Lampiran 4 SAP Perlekatan.....	139
Lampiran 5 Leaflet Perlekatan.....	147
Lampiran 6 Riwayat Hidup.....	148

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu cara untuk melihat seberapa berhasil suatu negara dalam meningkatkan kesehatan masyarakatnya adalah dengan melihat angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Berdasarkan data *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)*, angka kematian bayi pada tahun 2017 tercatat sebesar 24 per 1.000 kelahiran hidup, dengan angka kematian neonatal sebesar 15 per 1.000. Angka ini menunjukkan penurunan dibandingkan tahun 2012 (32 dan 19 per 1.000), serta lebih rendah dari tahun 2007 (35 dan 15 per 1.000) dan 2002 (44 dan 23 per 1.000).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia menunjukkan tren penurunan yang konsisten, dari 68 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 menjadi 34 pada tahun 2003, dan turun lagi menjadi 20,6 pada tahun 2020. Meskipun angka tersebut masih belum mencapai target *Sustainable Development Goals (SDGs)*, yaitu 12 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030, tren penurunan yang terjadi menunjukkan bahwa target tersebut berpotensi dapat dicapai apabila upaya penurunan AKB terus dilakukan secara berkelanjutan. (Kemenkes, 2023) Salah satu penyebab tingginya angka kematian neonatal (AKN) adalah kondisi gawat janin. Secara global, kejadian gawat janin diperkirakan terjadi pada 9,6% kehamilan,

sementara di Indonesia angkanya mencapai 7,9%. (Meitariani Elsa Putri et al., 2023)

Gawat janin adalah kondisi ketika bayi dalam kandungan mengalami kekurangan oksigen (hipoksia), yang ditandai dengan detak jantung yang tidak normal bisa terlalu lambat (kurang dari 120 kali per menit) atau terlalu cepat (lebih dari 160 kali per menit). Kondisi ini merupakan salah satu penyebab utama kematian dan komplikasi serius pada bayi segera setelah lahir. Oleh karena itu, penting untuk mengenali penyebab gawat janin sedini mungkin agar penanganan dapat dilakukan secepatnya dan risiko kesehatan pada bayi bisa diminimalkan. (Meitariani Elsa Putri et al., 2023) Penanganan kondisi ini umumnya dilakukan melalui tindakan operasi *sectio caesarea* (bedah caesar) guna menyelamatkan ibu dan bayi.

Persalinan dengan *Sectio caesarea* (SC) dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding perut (laparotomi) dan dinding rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi (Siagian et al., 2023). Prosedur ini menjadi alternatif dari persalinan per vaginam apabila terdapat kondisi medis tertentu yang mengharuskan bayi dilahirkan melalui operasi demi keselamatan ibu dan bayi. Beberapa indikasi yang dapat menjadi alasan dilakukannya SC antara lain panggul sempit, preeklampsia berat, riwayat persalinan SC sebelumnya, infeksi pada area genital, serta kondisi lain seperti posisi janin yang tidak normal (malpresentasi), gawat janin, lilitan

tali pusat, kegagalan induksi, atau hambatan dalam proses persalinan (distosia). (Septiana & Sapitri, 2023)

Berdasarkan data Informasi dari Kesehatan Dasar (RISKESDAS) yang dilakukan pada tahun 2021, proporsi persalinan yang dilakukan dengan cara *sectio caesarea* di Indonesia sebesar 19,8%. Sementara di Jawa Barat prevalensi dari metode *sectio caesarea* sebesar 17,6%. 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
Perbandingan kasus post *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin dengan indikasi lainnya di RSUD Dr. Slamet Garut 2025

NO	KASUS	JUMLAH	PRESENTASE
1	SC indikasi PEB	327	41.18%
2	SC Indikasi KPD	214	26.95%
3	SC Indikasi Letak Sungsang	102	12.84%
4	SC Indikasi Partus Lama	77	9.69%
5	SC Indikasi PPT	38	4.78%
6	SC Indikasi Gawat Janin	33	4.15%
7	SC Indikasi Plasenta Previa Marginalis	2	0.25%
8	SC Indikasi Presentasi Dagu	1	0.12%
TOTAL		794	100%

Sumber : Buku Register pasien RSUD Dr. Slamet Garut

Berdasarkan Tabel diatas, dapat dilihat bahwa angka kasus *sectio caesarea* dengan berbagai inikasi di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025

sebanyak 794 kasus. Menunjukkan bahwa kejadian persalinan *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin berada di urutan ke-6 dengan jumlah 33 orang dengan presentase 4.15% selama bulan januari sampai April 2025. (Buku Register RSUD dr. Slamet Garut). Situasi ini sebaiknya menjadi acuan untuk meningkatkan pemantauan terhadap ibu yang menjalani operasi *Sectio caesarea* akibat berbagai indikasi, guna mencegah terjadinya komplikasi pascaoperasi.

Tindakan *sectio caesarea* berisiko menimbulkan komplikasi pada ibu, seperti infeksi luka, perdarahan, bekuan darah, dan masalah pada kehamilan berikutnya. Pada bayi, risiko meliputi gangguan pernapasan, luka kulit, serta daya tahan tubuh yang lebih lemah. Bayi caesar juga kehilangan paparan bakteri baik dari jalan lahir ibu, yang dapat memengaruhi proses menyusui, bonding, dan meningkatkan risiko asma. (Caesarea et al., 2025)

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis merasa tertarik untuk melaksanakan praktik asuhan keperawatan dengan judul: ***Asuhan Keperawatan pada Ny. L (P1A0) 6 Jam Post Sectio caesarea (POD 0) atas Indikasi Gawat Janin di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.***

B. Tujuan Penulian

1. Tujuan Umum

karya ilmiah ini bertujuan untuk memberikan gambaran nyata mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny. L (P1A0) pada hari pertama setelah menjalani operasi *sectio caesarea* (POD 0), yang dilakukan karena adanya indikasi gawat janin.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan proses pengkajian keperawatan pada Ny. L (P1A0), seorang ibu yang baru menjalani operasi caesar karena kondisi gawat janin, di hari pertama pascaoperasi di Ruang Agate Bawah.
- b. Penulis mampu menetapkan diagnosis keperawatan yang sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) pada Ny. L (P1A0), yang berada pada hari pertama pasca operasi *sectio caesarea* (POD 0) akibat indikasi gawat janin, di Ruang Agate Bawah.
- c. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan yang sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk Ny. L, pasien pasca operasi *Sectio caesarea* hari pertama (POD 0) akibat kondisi gawat janin, yang saat itu dirawat di ruang Marjan Bawah.
- d. Penulis mampu mengimplementasi intervensi yang telah dirancang untuk mencapai kriteria hasil pada Ny. L (P1A0) yang menjalani

operasi sesar hari pertama pasca operasi *Sectio caesarea* karena indikasi gawat janin di ruang Agate Bawah.

- e. Penulis mampu mengevaluasi perkembangan kondisi Ny. L (P1A0) pada hari pertama pasca operasi *Sectio caesarea* akibat indikasi gawat janin di ruang agate bawah.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan seluruh data dan tindakan yang telah dilakukan pada Ny. L (P1A0) pada hari pertama pasca operasi *Sectio caesarea* akibat indikasi gawat janin di ruang agate bawah.

C. Metode Telaah

Penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Teknik pengumpulan data pada kasus ini meliputi:

1. Wawancara

Penulis berkomunikasi langsung dengan pasien dan keluarganya melalui tanya jawab, sambil mendapatkan informasi penting dari bidan yang membantu proses tersebut.

2. Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik secara sistematis mulai dari kepala hingga kaki untuk memeriksa keadaan fisik pasien.

3. Dokumentasi atau Catatan Perawat

Data dikumpulkan dengan mempelajari kondisi pasien berdasarkan catatan dari dokter dan bidan, yang kemudian digunakan sebagai dasar dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

4. Studi Pustaka

Yaitu dengan memanfaatkan buku-buku literatur yang relevan sebagai penunjang landasan teoritis.

5. Partisipasi Aktif

Dalam pengumpulan data, peran aktif pasien dan keluarga sangat penting. Kesiediaan pasien dan keluarga untuk menerima asuhan keperawatan dengan baik membantu penulis dalam mengumpulkan data serta melaksanakan tindakan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, lembar pengesahan, dan daftar isi. Selanjutnya, bagian inti terdiri dari enam bab, yaitu:

- BAB I : PENDAHULUAN, yang mencakup latar belakang masalah tujuan penulisan, metode telaah, dan diakhiri dengan sistematika penulisan.
- BAB II : TINJAUAN PUSTAKA, bab ini membahas konsep dasar gawat janin dan *sectio caesarea* serta konsep dasar asuhan keperawatan pada ibu pasca persalinan.
- BAB III : TINJAUAN KASUS dan PEMBAHASAN, bab ini membahas laporan kasus proses keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, penetapan intervensi, implementasi, hingga evaluasi serta pencatatan perkembangan pasien.

BAB IV : KESIMPULAN dan REKOMENDASI, yang memuat simpulan dari proses keperawatan yang telah dilaksanakan serta rekomendasi untuk pihak-pihak terkait.

Dan bagian terakhir diisi dengan daftar pustaka, riwayat hidup dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gawat Janin

1. Pengertian Gawat Janin

Gawat janin adalah kondisi serius yang menjadi alasan penting untuk melakukan operasi sesar (*Sectio caesarea*) demi menyelamatkan nyawa bayi. Istilah ini merujuk pada situasi di mana janin mengalami tekanan atau gangguan yang membahayakan, yang bisa berkembang menjadi kondisi berbahaya, bahkan menyebabkan kematian jika tidak segera ditangani. Gawat janin sering kali disebabkan oleh kekurangan oksigen (asfiksia) yang semakin memburuk, dan dapat berdampak pada fungsi otak janin serta menyebabkan komplikasi serius, termasuk kematian. (Yuhana et al., 2022)

Gawat janin adalah kondisi ketika janin di dalam kandungan tidak mendapatkan cukup oksigen atau nutrisi, yang dapat membuatnya kesulitan bernapas dan berada dalam keadaan tertekan. Tanda-tanda yang mungkin muncul antara lain detak jantung janin yang terlalu lambat (di bawah 120 kali per menit) atau terlalu cepat (lebih dari 160 kali per menit), gerakan janin yang berkurang, serta air ketuban yang berwarna kehijauan atau berbau tidak normal. Jika kondisi ini terjadi, ibu hamil biasanya disarankan untuk menjalani

persalinan melalui operasi sesar (*Sectio caesarea*) guna melindungi keselamatan janin. (Khamisya, 2023)

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa gawat janin (*fetal distress*) merupakan kondisi di mana janin mengalami kekurangan oksigen atau hipoksia, sehingga memerlukan tindakan segera untuk proses persalinan.

2. Etiologi

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan kondisi gawat janin antara lain:

- a. Adanya infeksi
- b. Ketidalcukupan fungsi plasenta (*insufisiensi plasenta*)
- c. Kehamilan yang melebihi waktu perkiraan (*postterm*)
- d. Terjadinya pendarahan
- e. Proses persalinan yang memakan waktu lama
- f. Persalinan yang dipacu secara medis (induksi), dan Kondisi preeklampsia. (Putri et al., 2021)

3. Tanda dan Gejala

Selama tahap kedua persalinan, beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa tanda-tanda gawat janin bisa dikenali dari denyut jantung janin (DJJ) yang tidak normal serta adanya mekonium dalam air ketuban. Kondisi ini mengindikasikan bahwa janin mungkin mengalami kekurangan oksigen (hipoksia) dan mulai memasuki kondisi asidosis. Hingga saat ini, tanda dan gejala di atas masih

digunakan sebagai acuan dalam evaluasi kondisi janin dan menjadi salah satu indikator dalam menentukan jenis terminasi kehamilan. (Iswanti et al., 2023)

Terdapat beberapa tanda dan gejala yang dapat digunakan untuk membantu menegakkan diagnosis gawat janin selama proses persalinan, di antaranya sebagai berikut:

a. Penurunan gerakan janin

Gerakan janin normalnya ≥ 7 kali dalam 20 menit secara subjektif, atau ≥ 10 kali dalam 20 menit berdasarkan CTG. Penurunan frekuensi gerakan perlu diwaspadai sebagai tanda gangguan janin.

b. Abnormalisasi Denyut Jantung Janin (DJJ)

DJJ dikategorikan abnormal bila frekuensinya <100 atau >160 kali/menit, serta menunjukkan pola yang tidak teratur. Hal ini dapat mengindikasikan stres janin.

c. Air ketuban mengandung Mekonium

Evaluasi cairan ketuban meliputi volume, warna, dan bau. Kehadiran mekonium menunjukkan kemungkinan stres janin dan risiko komplikasi persalinan.

d. Kelainan pada tali pusat

Dilakukan evaluasi untuk mendeteksi adanya prolaps (tali pusat menumbung), lilitan tali pusat, atau oklusi yang dapat mengganggu aliran darah ke janin.

e. PH Darah Janin $< 7,2$

Nilai pH $< 7,2$ menandakan asidosis janin, yang merupakan indikator adanya hipoksia atau gangguan metabolik.

f. Abnormalitas DJJ pada CTG

Pemantauan melalui CTG yang menunjukkan pola denyut jantung janin tidak normal mengindikasikan kemungkinan gangguan kondisi janin.

4. Patofisiologi

Jika janin tidak mampu mengeliminasi karbon dioksida (CO_2) lewat plasenta, kadar CO_2 dalam darah meningkat dan membentuk asam karbonat, menyebabkan asidemia respiratorik. Saat terjadi hipoksia, tubuh janin beralih ke metabolisme anaerob yang menghasilkan energi jauh lebih sedikit dan menumpuk asam laktat. Penumpukan ini meningkatkan ion hidrogen (H^+) dalam darah, menyebabkan asidemia atau asidosis metabolik. Ion H^+ dari asam laktat sulit melewati plasenta, namun sistem buffer seperti bikarbonat, hemoglobin, dan protein plasma membantu menjaga keseimbangan. Asidosis metabolik dapat mengganggu pusat kontrol detak jantung janin, menyebabkan DJJ tidak teratur. Pada kondisi gawat janin kronis, aliran darah uteroplasenter menurun, memperburuk aliran ke jantung dan paru janin, serta memperparah kondisi asidosis. (Iswanti et al., 2023)

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. USG (*ultrasonografi*) : digunakan untuk memantau detak jantung janin (DJJ), melihat kondisi jaringan di perut serta organ di dalamnya, dan mengamati gerakan pernapasan maupun aktivitas janin di dalam kandungan.
- b. Pemeriksaan sinar-X : dilakukan untuk mendapatkan gambaran visual bagian-bagian tubuh janin secara lebih jelas, meskipun penggunaannya terbatas selama kehamilan karena risiko paparan radiasi.
- c. Pemeriksaan laboratorium : bertujuan untuk mengetahui apakah terjadi penurunan kadar hemoglobin dan hematokrit, yang bisa menjadi tanda adanya gangguan kesehatan pada ibu atau janin.
(Putri et al., 2021)

6. Komplikasi

- a. Bayi dapat mengalami asfiksia, yaitu kondisi kekurangan oksigen saat proses kelahiran, yang bisa berdampak serius pada kesehatan bayi.
- b. Kondisi ini juga dapat membahayakan keselamatan baik ibu maupun bayi, terutama jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat.
- c. Dalam jangka panjang, bayi yang mengalami gangguan saat lahir berisiko mengalami cacat atau gangguan tumbuh kembang.
- d. Jika asfiksia tidak segera ditangani, bayi bisa mengalami hipotermia (suhu tubuh turun), detak jantung melemah, dan dalam

kasus yang parah, kondisi ini bisa berujung pada kematian. (Putri et al., 2021)

7. Penatalaksanaan

Janin yang mengalami gawat janin harus segera mendapatkan penanganan. Langkah utama yang dilakukan adalah resusitasi intrauterin, yang meliputi:

a. Pemberian Oksigen

Memastikan ibu mendapatkan oksigen yang cukup untuk meningkatkan suplai oksigen ke janin.

b. Pemberian cairan intravena

Cairan diberikan melalui infus untuk menjaga kestabilan volume sirkulasi ibu dan mendukung perfusi plasenta.

c. Perubahan posisi ibu

Ibu dianjurkan berbaring miring ke kiri guna mengurangi tekanan uterus pada pembuluh darah besar dan meningkatkan aliran darah ke janin.

d. Penghentian obat stimulus kontraksi dan pemberian tokolitik

Obat seperti oksitosin yang dapat meningkatkan intensitas kontraksi dihentikan sementara. Untuk mengurangi kontraksi rahim, dapat diberikan tokolitik. Amnioinfusion dilakukan dengan menginfuskan cairan ke dalam rongga ketuban guna mengurangi tekanan pada tali pusat.

e. Persalinan segera

Jika resusitasi intrauterin gagal memperbaiki kondisi gawat janin, persalinan harus dilakukan segera, idealnya dalam waktu 30 menit setelah diagnosis. Persalinan pervaginam dengan bantuan vakum atau forseps dapat dicoba; jika tidak memungkinkan, tindakan operasi caesar harus dilakukan.

f. Pemantauan setelah persalinan

Kondisi bayi dipantau secara ketat sejak lahir hingga 12 jam pertama untuk memastikan stabilitas dan kesehatan bayi. (Caron & Markusen, 2022)

B. Konsep Dasar *Sectio caesarea*

1. Definisi

Sectio caesarea adalah suatu tindakan persalinan yang dilakukan dengan cara membuat insisi pada dinding perut dan dinding rahim untuk melahirkan janin dengan berat lebih dari 500 gram. (Asriani, 2023) Prosedur ini menjadi alternatif dari persalinan normal melalui vagina ketika terdapat kondisi medis tertentu yang mengharuskan bayi dilahirkan melalui operasi caesar demi menjaga keselamatan ibu dan bayi. (Baso & Fatimah, 2025)

Sectio caesarea adalah prosedur medis yang dilakukan untuk membantu proses persalinan ketika persalinan normal tidak memungkinkan, baik karena kondisi kesehatan ibu maupun janin. Prosedur ini melibatkan pembedahan dengan membuka dinding perut

dan rahim (uterus), atau melalui vagina, guna melahirkan janin secara aman dari dalam rahim. (Aisyah et al., 2023).

Dari berbagai definisi yang telah dipaparkan, dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* (SC) merupakan tindakan bedah yang dilakukan untuk membantu proses persalinan pada ibu yang tidak memungkinkan melahirkan secara normal, baik karena kondisi kesehatan ibu maupun janin. Prosedur ini dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding perut hingga ke rahim untuk mengeluarkan bayi dengan berat lebih dari 500 gram.

2. Etiologi

Secara umum, indikasi dilakukannya *sectio caesarea* dibagi menjadi dua kelompok, yaitu berdasarkan faktor ibu dan faktor janin. Dari sisi ibu, indikasi meliputi riwayat kehamilan atau persalinan yang bermasalah, panggul sempit, plasenta previa terutama pada kehamilan pertama, solusio plasenta tingkat I–II, komplikasi selama kehamilan, penyakit penyerta seperti jantung atau diabetes, hambatan dalam proses persalinan seperti kista ovarium atau mioma uteri, ketidaksesuaian ukuran kepala janin dengan panggul ibu (CPD), preeklampsia berat, ketuban pecah dini, riwayat operasi caesar sebelumnya, serta kondisi lain yang menghambat proses persalinan normal. Sementara itu, dari faktor janin, indikasi meliputi kondisi gawat janin, posisi janin yang tidak normal (malpresentasi atau malposisi), tali pusat yang turun lebih dulu saat pembukaan masih

kecil (*prolapsus* tali pusat), serta kegagalan persalinan dengan bantuan alat seperti vakum atau forceps. (Septiana & Sapitri, 2023)

3. Klasifikasi

Operasi *sectio caesarea* (SC) dibagi menjadi beberapa jenis berdasarkan riwayat persalinan, yaitu:

- a. SC primer: Dilakukan pertama kali pada ibu yang belum pernah menjalani operasi caesar.
- b. SC sekunder: Dilakukan pada ibu dengan riwayat operasi caesar sebelumnya. Berdasarkan urgensinya, SC dibagi menjadi:
- c. SC cito: Dilakukan secara darurat saat persalinan sudah berlangsung.
- d. SC elektif: Dilakukan secara terencana sebelum persalinan alami dimulai. (Farrah Fadhilah & Sari, 2021)

4. Patofisiologi

Persalinan melalui operasi *sectio caesarea* umumnya dilakukan karena adanya indikasi medis, baik dari kondisi ibu maupun janin. Pada ibu, beberapa kondisi yang menjadi alasan medis meliputi preeklampsia, ketuban pecah dini (KPD), panggul sempit, atau adanya hambatan di jalan lahir, seperti tumor atau kelainan anatomi. Sementara pada janin, indikasi medis dapat berupa kehamilan kembar (gemeli), ukuran janin yang terlalu besar, gawat janin, serta posisi janin yang tidak normal (malposisi atau malpresentasi). Secara umum, keputusan untuk melakukan *sectio caesarea* di rumah sakit seringkali kali

dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti plasenta previa, panggul sempit, disproporsi kepala dan panggul (Cephalopelvic Disproportion/CPD), rahim robek (ruptur uteri), persalinan lama (partus lama), preeklampsia, hambatan pembukaan serviks (distosia serviks), riwayat operasi caesar sebelumnya, dan gagal induksi.

Operasi seperti *sectio caesarea* memutus jaringan tubuh normal, sehingga tubuh merespons dengan memulai proses penyembuhan. Selama proses ini, terjadi reaksi kimia yang menimbulkan nyeri sebagai akibat dari kerusakan jaringan. Pembedahan juga dapat menyebabkan hipersensitivitas sistem saraf pusat, sehingga nyeri muncul lebih intens setelah operasi, terutama di area sayatan. Pasien sering enggan bergerak karena nyeri atau rasa tidak nyaman, dan jika tidak ditangani, kondisi ini dapat mengganggu aliran darah, menyebabkan hipoksia sel, serta meningkatkan pelepasan zat pemicu nyeri, yang justru memperparah rasa sakit. (Gordon, 2024)

5. Komplikasi

Persalinan dengan *sectio caesarea* memiliki risiko morbiditas lebih tinggi dibanding persalinan normal. Komplikasi yang dapat muncul meliputi efek samping anestesi, infeksi berat (sepsis), trombosis atau emboli, serta cedera saluran kemih. Selain itu, pasien juga berisiko mengalami infeksi luka dan demam puerperalis yakni demam $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ setelah persalinan, yang bisa menjadi tanda awal komplikasi serius meskipun bukan diagnosis pasti.

Demam (*morbidity febris*) merupakan komplikasi umum pasca operasi caesar. Ibu juga berisiko mengalami perdarahan nifas, yaitu kehilangan darah >1000 ml, yang biasanya disebabkan oleh kegagalan rahim berkontraksi (atonia uteri) di area sayatan atau plasenta. Pada bayi, komplikasi yang mungkin terjadi meliputi hipoksia, gangguan pernapasan seperti depresi napas dan sindrom gawat napas, serta risiko trauma saat lahir.(Gordon, 2024)

Berbagai faktor dapat memicu terjadinya komplikasi pasca operasi ini, antara lain:

- a. Dampak dari anestesi
- b. Kehilangan darah yang cukup banyak selama operasi
- c. Penyulit medis lainnya
- d. Endometritis (radang pada lapisan dalam rahim)
- e. Tromboflebitis (pembekuan darah pada pembuluh balik)
- f. Emboli (penyumbatan pembuluh darah)
- g. Pemulihan bentuk serta posisi rahim yang tidak optimal setelah persalinan (Gordon, 2024).

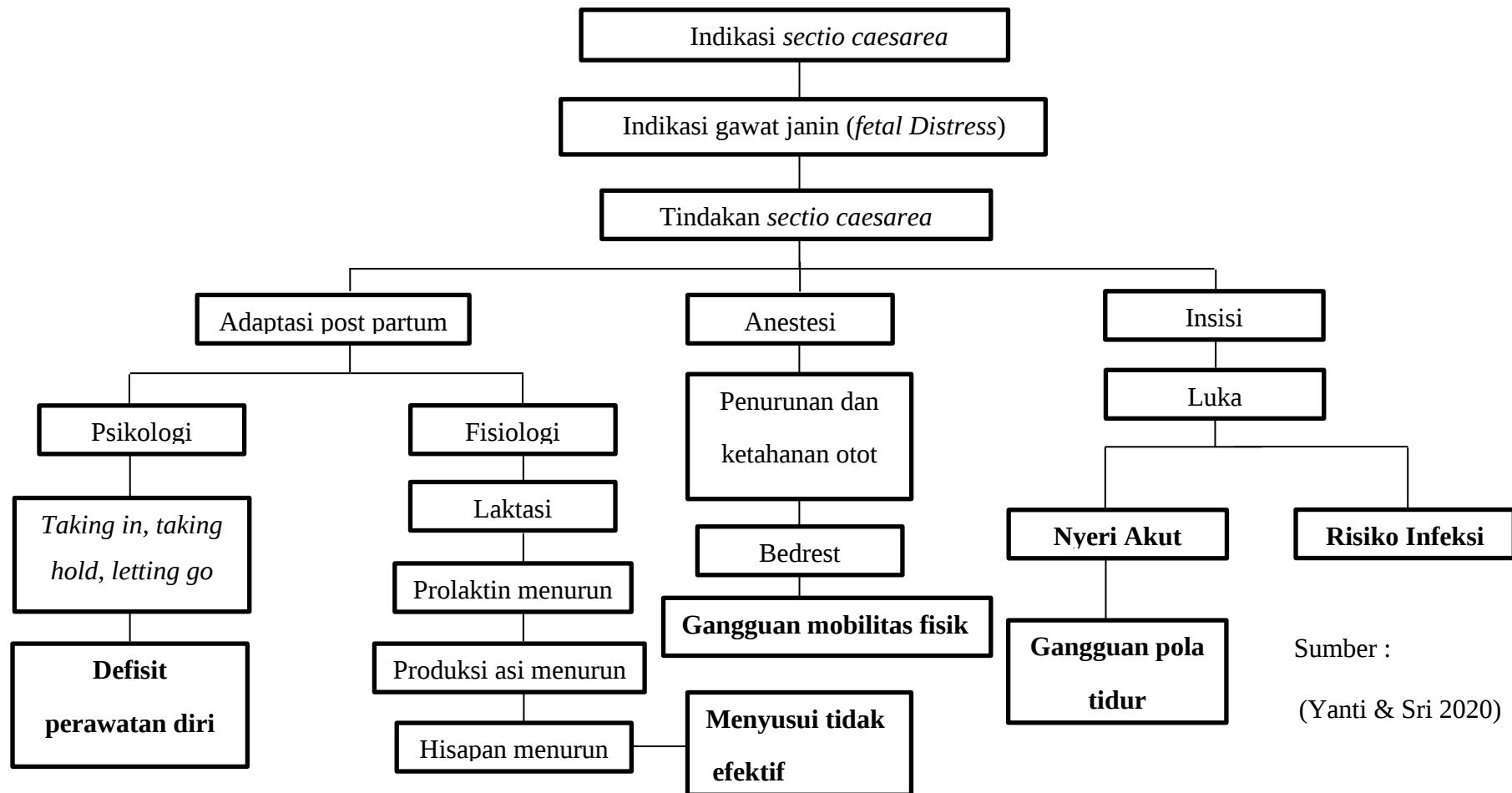
6. Penatalaksanaan

Rasa nyeri pasca persalinan cenderung lebih intens pada ibu yang menjalani *sectio caesarea* dibandingkan dengan persalinan normal melalui vagina. Nyeri ini umumnya dirasakan di area sekitar bekas sayatan (insisi) setelah operasi. Untuk mengatasi nyeri pasca operasi, terdapat dua pendekatan yang dapat digunakan, yaitu farmakologis

dan non-farmakologis (komplementer). Penanganan secara farmakologis biasanya melibatkan pemberian obat-obatan pereda nyeri (analgetik). Sementara itu, metode non-farmakologis lebih sederhana, praktis, dan bisa dilakukan langsung oleh perawat. Beberapa teknik yang sering digunakan meliputi akupresur, akupunktur, pijat (*massage*), relaksasi Benson, dan terapi visualisasi terbimbing (*guided imagery*). Pendekatan ini tidak hanya membantu meredakan nyeri, tetapi juga meningkatkan kenyamanan dan ketenangan ibu setelah melahirkan. (Gordon, 2024)

7. Pathway

Bagan 2. 1 Pathway Sectio Caesarea atas Indikasi Gawat Janin



Sumber :
(Yanti & Sri 2020)

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi

Masa nifas atau postpartum adalah periode yang dimulai sejak bayi dan plasenta lahir dari rahim, yang berlangsung selama kurang lebih enam minggu. Pada masa ini, tubuh ibu mengalami berbagai proses pemulihan, terutama pada organ-organ reproduksi yang mengalami perubahan akibat persalinan, seperti luka dan adaptasi lainnya (Anwar & Safitri, 2022). Masa postpartum adalah fase penting setelah melahirkan, berlangsung sejak hari pertama hingga enam minggu. Selama periode ini, ibu mengalami perubahan fisik, penyesuaian organ reproduksi, dan adaptasi psikologis terhadap peran baru serta proses menyusui. (Anisa, 2023)

Postpartum adalah fase penting yang pasti dilalui oleh setiap ibu setelah melahirkan. Periode ini dimulai sejak keluarnya plasenta hingga sekitar 42 hari setelah persalinan. Masa ini sangat krusial bagi pemulihan ibu, sehingga memerlukan perhatian khusus serta pemantauan yang intensif. Post partum merupakan waktu yang sangat esensial, di mana ibu sangat membutuhkan dukungan emosional, motivasi, serta perawatan yang tepat dari tenaga kesehatan. (I. H. Pasaribu et al., 2023)

Dapat disimpulkan bahwa masa post partum, atau masa nifas, merupakan periode pemulihan bagi ibu setelah menjalani kehamilan selama sembilan bulan dan proses persalinan. Pada masa ini, tubuh ibu

terutama organ reproduksinya akan berangsur-angsur kembali ke kondisi seperti sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kurang lebih 42 hari dan membutuhkan perhatian khusus untuk mendukung proses pemulihan serta mencegah terjadinya komplikasi.

2. Tahapan Masa Post Partum

Selama masa nifas, seorang ibu akan melalui beberapa tahapan penting dalam proses pemulihan, yaitu:

- a. *Early puerperium* (0-24 jam setelah persalinan) : Ini adalah fase awal pasca melahirkan, di mana ibu biasanya sudah diperbolehkan untuk berdiri atau berjalan dengan hati-hati.
- b. *Immediate puerperium* (1-7 hari setelah persalinan) : Pada tahap ini, proses pemulihan mulai berlangsung secara menyeluruh, khususnya pada organ-organ reproduksi. Masa ini menjadi awal dari fase pemulihan yang lebih panjang, yang umumnya berlangsung hingga enam minggu.
- c. *Late puerperium* (1-6 minggu setelah persalinan) : Ini adalah masa di mana tubuh ibu terus memulihkan diri secara bertahap untuk kembali ke kondisi sehat seperti sebelum hamil. Namun, waktu yang dibutuhkan untuk benar-benar pulih bisa bervariasi-bisa memakan waktu beberapa minggu, bulan, atau bahkan lebih lama, tergantung pada kondisi masing-masing ibu. (dewi ratna, 2023)

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum

a. Involusi Uterus

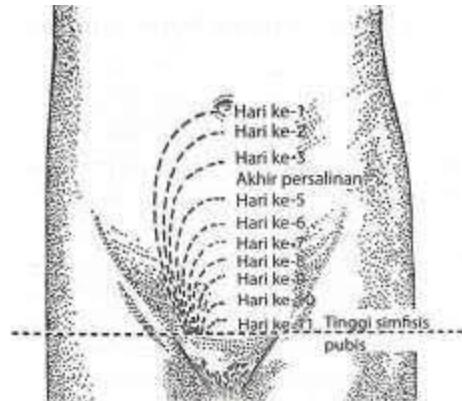
Involusi adalah proses di mana rahim (uterus) secara bertahap kembali ke ukuran dan berat normal seperti sebelum kehamilan, yaitu sekitar 60 gram. Proses ini terjadi segera setelah plasenta lahir, sebagai hasil dari kontraksi otot-otot polos pada dinding rahim. Involusi ditandai dengan pengerutan uterus, dan dapat dipantau melalui pemeriksaan palpasi untuk mengetahui letak tinggi fundus uteri (TFU). Selama masa postpartum, perubahan tinggi fundus uteri menjadi salah satu indikator penting dalam menilai kemajuan proses involusi. (dewi ratna, 2023)

Selama masa nifas, tinggi fundus uteri akan mengalami penurunan secara bertahap sebagai bagian dari proses involusi. Berikut ini adalah perubahan TFU yang biasanya terjadi:

- 1) Hari ke-1 postpartum : TFU berada sekitar satu jari di bawah pusar.
- 2) Hari ke-2 postpartum : TFU turun menjadi sekitar 2–3 jari di bawah pusar.
- 3) Hari ke-4 hingga ke-5 postpartum : TFU berada di pertengahan antara tulang kemaluan (simpisis pubis) dan pusar.
- 4) Hari ke-7 postpartum : TFU biasanya teraba sekitar 2–3 jari di atas tulang kemaluan.

- 5) Hari ke-10 hingga ke-12 postpartum : TFU umumnya sudah tidak dapat diraba lagi karena rahim telah menyusut ke posisi dalam panggul. (dewi ratna, 2023)

Gambar 2.1 Tinggi Fundus Uteri



Sumber (Sugiarto, 2023)

b. Lochea

Karakteristik lochea pada masa nifas adalah sebagai berikut :

- 1) *Lochea rubra* (kruenta) : Muncul pada hari pertama hingga hari kedua setelah persalinan. Lochea ini berwarna merah segar karena mengandung darah yang bercampur dengan sisa-sisa selaput ketuban, sel desidua (lapisan rahim yang luruh), verniks kaseosa (zat pelindung kulit bayi), rambut halus bayi (lanugo), dan kadang sisa mekonium.
- 2) *Lochea sanguinolenta* : Terjadi antara hari ke-3 hingga hari ke-7 postpartum. Cairan ini berwarna kemerahan dan cenderung lebih encer karena merupakan campuran antara darah dan lendir.

3) *Lochea serosa* : Muncul setelah satu minggu postpartum.

Warnanya kekuningan atau kecoklatan, dan menunjukkan bahwa jumlah darah sudah mulai berkurang.

4) *Lochea alba* : Terjadi setelah dua minggu postpartum.

Warnanya putih atau agak bening, menandakan bahwa rahim hampir selesai melakukan proses pembersihan. Secara normal, lochea memiliki bau agak amis. Namun, jika lochea berubah menjadi berbau busuk, hal tersebut bisa menjadi tanda adanya infeksi pada jalan lahir dan perlu segera mendapat perhatian medis. (Sulistyawati henny, 2023)

c. Serviks

Serviks atau leher rahim adalah bagian bawah rahim yang menghubungkan uterus dengan vagina dan menjadi jalan lahir saat persalinan. Setelah melahirkan, serviks terbuka lebar seperti corong karena kontraksi rahim, sementara serviks sendiri tidak berkontraksi. Warnanya berubah menjadi merah kehitaman dan terasa lunak karena banyaknya pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, serviks masih bisa dilewati oleh tangan pemeriksa. Dua jam kemudian, hanya bisa dilewati 2–3 jari. Setelah 1 minggu, menyempit hingga hanya bisa dilewati 1 jari, dan pada minggu ke-6 postpartum, serviks biasanya sudah menutup kembali. (Sulistyawati henny, 2023)

d. Payudara

Selama kehamilan, payudara membesar akibat peningkatan hormon estrogen untuk mempersiapkan produksi ASI. Beratnya bisa mencapai 800 gram, terasa lebih keras, dan areola menghitam sebagai tanda awal proses menyusui. Setelah melahirkan, bayi sebaiknya segera disusui melalui Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Meski ASI belum keluar lancar, kolostrum cairan pertama yang kaya nutrisi sudah mulai diproduksi. IMD bermanfaat untuk mencegah perdarahan dan merangsang produksi ASI. Pada hari ke-2 hingga ke-3 postpartum, mulai diproduksi ASI matur (ASI berwarna). Proses laktasi terjadi secara alami pada semua ibu melahirkan, dan melibatkan dua mekanisme utama: produksi ASI dan refleks pengeluaran ASI (*let-down reflex*). Selama kehamilan, jaringan payudara berkembang sebagai persiapan memberi makan bayi. (Capinera, 2021)

e. Sistem Endokrin

Selama masa postpartum, kadar hormon-hormon seperti estrogen dan progesteron menurun drastis, sementara hormon lain seperti oksitosin dan prolaktin meningkat untuk mendukung proses menyusui dan pemulihan tubuh ibu.

1) Oksitosin

Hormon ini diproduksi oleh kelenjar hipofisis posterior dan sangat penting pada tahap ketiga persalinan. Oksitosin

membantu pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi rahim, sehingga mencegah perdarahan. Saat bayi menyusui, rangsangan dari isapan akan meningkatkan produksi oksitosin, yang tidak hanya memperlancar aliran ASI, tetapi juga membantu rahim kembali ke bentuk semula.

2) Prolaktin

Penurunan hormon estrogen setelah melahirkan merangsang produksi prolaktin oleh hipofisis. Prolaktin berperan dalam merangsang pembentukan dan produksi ASI serta pembesaran payudara. Pada ibu yang menyusui, kadar prolaktin tetap tinggi, yang secara alami menekan pematangan folikel di ovarium (sehingga mencegah ovulasi). Sebaliknya, pada ibu yang tidak menyusui, kadar prolaktin akan menurun dalam 2–3 minggu setelah persalinan, memungkinkan kembalinya fungsi ovarium, ovulasi, dan menstruasi. (Capinera, 2021)

f. Sistem pencernaan

Selama kehamilan, tingginya kadar progesteron memengaruhi sistem pencernaan dengan cara memperlambat kontraksi otot polos, mengganggu keseimbangan cairan, dan meningkatkan kadar kolesterol. Setelah melahirkan, kadar progesteron menurun, namun fungsi usus biasanya membutuhkan waktu sekitar 3–4 hari untuk kembali normal. (Capinera, 2021)

g. Sistem perkemihan

Diuresis (peningkatan produksi urine) biasanya terjadi 2–3 hari setelah persalinan, akibat dilatasi saluran kemih. Kondisi ini akan kembali normal sekitar 4 minggu postpartum. Pada awal masa nifas, kandung kemih bisa mengalami pembengkakan (edema), kemacetan pembuluh darah (kongesti), dan penurunan tonus otot (hipotonik), yang disebabkan oleh peregangan berlebihan selama persalinan. Selain itu, sumbatan uretra bisa terjadi akibat trauma saat melahirkan, namun biasanya mulai membaik dalam 24 jam setelah persalinan. (Capinera, 2021)

h. Sistem musculoskeletal

Setelah melahirkan, otot-otot rahim segera berkontraksi untuk menghentikan perdarahan dengan menjepit pembuluh darah di dalamnya. Ligamen, diafragma pelvis, dan jaringan penunjang yang meregang selama persalinan akan kembali ke bentuk semula secara bertahap. Pada beberapa kasus, rahim bisa bergeser ke belakang (*retrofleksi*) karena kendurnya ligamen. Pemulihan total biasanya terjadi dalam 6–8 minggu. Untuk membantu mempercepat pemulihan otot perut, dasar panggul, dan jaringan genitalia, disarankan melakukan senam nifas mulai hari ke-2 setelah persalinan. (Capinera, 2021)

i. Dinding abdomen

Setelah melahirkan, dinding perut (abdomen) menjadi lunak dan kendur akibat peregangan berkepanjangan dan robeknya serat elastis selama kehamilan. Butuh beberapa minggu bagi struktur ini untuk kembali normal, dan latihan dapat membantu proses pemulihan. Meski stria putih (*stretch mark*) bisa tetap terlihat, bentuk dinding perut biasanya kembali seperti sebelum hamil. Namun, jika otot perut tetap lemah (atonik), perut bisa tetap tampak kendur. Dalam beberapa kasus, terjadi pemisahan otot perut bagian tengah yang disebut diastasis recti. (Capinera, 2021)

j. Perubahan tanda-tanda vital

Tanda vital mencerminkan kondisi umum kesehatan ibu. Pemeriksaan nadi, suhu tubuh, pernapasan, dan tekanan darah dilakukan secara non-invasif sebagai indikator awal deteksi masalah.

1) Nadi : Normalnya 60–80 kali/menit. Bradikardi (di bawah 60) atau takikardi (di atas 100) dapat mengindikasikan syok atau perdarahan.

2) Suhu tubuh : Biasanya sedikit meningkat 0,2–0,5°C setelah persalinan karena peningkatan metabolisme, namun tetap di bawah 38°C. Kenaikan di atas 38°C bisa mengindikasikan infeksi. Suhu akan kembali normal setelah istirahat dan asupan nutrisi cukup.

- 3) Tekanan darah : Jika ibu tidak memiliki riwayat hipertensi atau preeklampsia, tekanan darah biasanya kembali normal dalam 24 jam setelah melahirkan.
- 4) Pernapasan : Umumnya tetap stabil, berkisar 12–16 kali/menit seperti pada orang dewasa sehat. (Wijaya et al., 2023)

4. Adaftasi Psikologis Post Partum

Ada 3 fase perubahan psikologis pada ibu post partum :

a. Fase *taking in* (Ketergantungan Awal)

Fase *taking in* terjadi pada 1-2 hari pertama setelah persalinan. Pada fase ini, ibu masih sangat bergantung pada orang lain dan lebih fokus pada pemulihan diri. Ia cenderung sering mengulang cerita pengalaman melahirkan kepada orang-orang di sekitarnya. Dukungan dari suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan lingkungan sangat penting. Dukungan moril seperti kesediaan mendengarkan dan menyediakan waktu bagi ibu merupakan hal yang sangat berarti dalam membantu ibu melewati fase ini dengan baik.

b. Fase *Taking Hold* (Masa Belajar dan Penyesuaian)

Fase *taking hold* terjadi pada hari ke-3 hingga ke-10 setelah persalinan. Pada tahap ini, ibu mulai beralih fokus dari dirinya sendiri ke bayinya. Ia mulai belajar merawat bayi, namun sering merasa cemas akan kemampuannya dan merasa terbebani oleh tanggung jawab barunya. Dukungan dan bimbingan sangat penting agar ibu merasa percaya diri dalam merawat anaknya.

c. Fase *Letting Go* (Menerima Peran Baru):

Fase *letting go* biasanya dimulai sekitar hari ke-10 pasca persalinan. Pada tahap ini, ibu mulai merasa lebih percaya diri dan menerima perannya sebagai seorang ibu. Ia mampu menyesuaikan diri dengan rutinitas baru, serta menunjukkan peningkatan dalam merawat diri dan bayinya. (Sulistyawati henny, 2023)

5. Tanda-Tanda Bahaya Nifas

- a. Nyeri hebat di perut disertai perdarahan banyak dari jalan lahir pada ibu nifas bisa menjadi tanda gangguan reproduksi dan harus segera ditangani di fasilitas kesehatan.
- b. Cairan berbau tidak sedap dari jalan lahir bisa mengindikasikan infeksi.
- c. Penglihatan kabur, bengkak di wajah, tangan, kaki, serta sakit kepala hebat disertai kejang bisa menjadi tanda preeklamsia atau eklamsia, dan perlu penanganan segera di fasilitas kesehatan.
- d. Demam lebih dari dua hari bisa mengindikasikan infeksi serius seperti sepsis, sehingga ibu perlu segera dibawa ke fasilitas kesehatan.
- e. Payudara nyeri, bengkak, dan kemerahan bisa menandakan infeksi akibat ASI yang tidak keluar lancar. Jika dibiarkan, dapat membentuk gumpalan di payudara.
- f. Ibu yang tampak sedih, murung, sering menangis, kehilangan nafsu makan, dan enggan merawat bayinya perlu segera didukung

keluarga atau berkonsultasi dengan tenaga kesehatan agar kondisinya tidak memburuk.(Umaroh et al., 2020)

6. Kebutuhan ibu post partum

a. Kebutuhan nutrisi dan cairan

Dianjurkan bagi ibu menyusui untuk menambah asupan energi sekitar 500 kalori per hari dan memenuhi kebutuhan cairan dengan mengonsumsi minimal 3 liter air setiap hari, terutama dengan membiasakan minum setelah setiap sesi menyusui.

b. Kebutuhan ambulasi

Mobilisasi sebaiknya dilakukan bertahap, dimulai dari miring ke kanan dan kiri. Mobilisasi dini terbukti mencegah hambatan aliran darah, yang jika dibiarkan dapat memicu DVT dan infeksi. Namun, mobilisasi berlebihan harus dihindari karena bisa membebani jantung.

c. Kebutuhan eliminasi

Diuresis pascapartum terjadi karena penurunan estrogen, menurunnya tekanan vena, dan berkurangnya volume darah pasca kehamilan. Ini adalah mekanisme alami tubuh untuk membuang kelebihan cairan, yang dapat menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa nifas.

d. Kebutuhan kebersihan diri

Perawatan luka perineum bertujuan mencegah infeksi, meningkatkan kenyamanan, dan mempercepat penyembuhan.

Caranya antara lain dengan membersihkan area genital menggunakan air dan sabun setelah buang air kecil atau besar.

e. Kebutuhan istirahat

Ibu nifas perlu cukup istirahat, idealnya 8 jam malam dan 1 jam siang. Kurang tidur dapat menurunkan produksi ASI, memperlambat involusi, meningkatkan risiko perdarahan, serta memicu depresi dan kesulitan merawat bayi atau diri sendiri.

f. Kebutuhan seksual

Hubungan seksual sebaiknya dilakukan setelah luka episiotomi sembuh dan lochia berhenti, idealnya ditunda hingga minimal 40 hari pascapersalinan untuk memberi waktu pemulihan tubuh.

g. Kebutuhan olahraga/senam

Tujuan utama dari rehabilitasi fisik atau olahraga pada masa postnatal adalah sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan sirkulasi darah.
- 2) Memulihkan fungsi otot dasar panggul guna mencegah inkontinensia urin.
- 3) Memperkuat otot perut sebagai pusat gerak dan penopang organ.
- 4) Menjaga kesehatan punggung.
- 5) Mempercepat pemulihan gangguan muskuloskeletal, seperti diastasis rekti dan disfungsi simpisis pubis. (Kementerian Kesehatan RI, 2020)

D. Dampak Post *Sectio caesarea* Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

1. Nyeri

Operasi sesar dapat menimbulkan nyeri akibat adanya gangguan jaringan pasca pembedahan (Faatihah et al., 2023). Jika nyeri tidak ditangani dengan baik, bisa menyebabkan berbagai masalah seperti gangguan bergerak, hambatan dalam ikatan awal ibu dan bayi (*bounding attachment*), terganggunya proses menyusui, menurunnya kualitas tidur, serta meningkatnya rasa lelah dan stres pada ibu. (widiyaningsih, 2025)

2. Rasa aman dan nyaman

Kenyamanan merupakan kondisi di mana kebutuhan dasar manusia telah tercukupi, terutama yang berkaitan dengan rasa aman, perasaan lega, dan pencapaian keadaan yang melampaui sekadar terbebas dari rasa nyeri. Rasa nyaman mencakup tiga komponen penting, yaitu:

- a. Rasa tenteram, yang memberikan kepuasan dan berdampak positif terhadap aktivitas harian.
- b. Perasaan lega, sebagai tanda bahwa kebutuhan telah dipenuhi.
- c. Transendensi, yaitu pengalaman batiniah yang melampaui masalah fisik seperti nyeri. (Beni et al., 2022)

3. Nutrisi

Pasien pasca operasi seksio sesarea (SC) umumnya mengalami gangguan sementara pada fungsi sistem pencernaan. Dibutuhkan waktu sekitar 3 hingga 4 hari untuk memulihkan kembali nafsu makan

hingga fungsi usus dapat bekerja secara normal. Meskipun terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron setelah proses persalinan, asupan makanan pasien biasanya tetap menurun dalam 1 hingga 2 hari pertama pascaoperasi. Nutrisi merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi pada masa nifas. Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang adekuat sangat penting, karena ibu nifas memerlukan asupan gizi yang lebih tinggi untuk mendukung proses penyembuhan luka pascapersalinan serta produksi air susu ibu (ASI) secara optimal. (Kurnia, 2021)

4. Oksigenasi

Pada ibu pasca operasi seksio sesarea (SC), terdapat kemungkinan terjadinya penurunan saturasi oksigen serta peningkatan laju pernapasan. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh penurunan fungsi paru-paru selama proses pembedahan, yang merupakan efek dari anestesi yang diberikan. Selain itu, peningkatan produksi sekret dapat menyebabkan penumpukan lendir di saluran pernapasan, sehingga memicu refleksi batuk setelah persalinan. Akumulasi sekret ini turut berkontribusi terhadap turunnya kadar saturasi oksigen dan perubahan pola respirasi. Dengan demikian, pemantauan fungsi pernapasan sangat penting pada fase awal pascaoperasi untuk mendeteksi dan mencegah komplikasi lebih lanjut (Silfianingsih et al., 2022).

5. Istirahat dan tidur

Masa nifas memiliki kaitan erat dengan munculnya gangguan pola tidur, khususnya pada ibu yang menjalani operasi seksio sesarea (SC). Setelah tindakan operasi, ibu cenderung merasakan nyeri pada area insisi, yang dapat mengganggu kenyamanan dan menghambat proses istirahat. Gangguan tidur ini umumnya terjadi pada hari ke-0 hingga hari ke-3 pascaoperasi, di mana ibu sering mengalami kesulitan untuk tidur nyenyak atau beristirahat dengan optimal akibat rasa nyeri dan ketidaknyamanan yang dirasakan. (Intanghina, 2020)

E. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu metode yang sistematis dan terorganisir dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, yang berfokus pada respons dan reaksi individu atau kelompok terhadap masalah kesehatan yang dihadapi, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Komponen asuhan keperawatan mencakup lima tahap utama yang saling berkaitan, yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Kelima tahapan ini membentuk suatu proses yang sistematis dalam memberikan pelayanan keperawatan yang menyeluruh dan terarah sesuai kebutuhan klien. (Wartolah, 2020)

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan dan pencatatan data dasar pasien secara sistematis untuk memahami kondisi dan respons pasien terhadap masalah kesehatannya. Informasi yang

dikumpulkan menjadi dasar dalam menetapkan diagnosa keperawatan, sehingga pengkajian yang menyeluruh dan runtut sangat penting untuk mengidentifikasi masalah secara akurat. (Nada et al., 2022)

a. Identitas Klien Dan Penanggung Jawab

Data dasar pasien terdiri dari: nama, usia, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, suku, kebangsaan, tingkat pendidikan, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, serta diagnosis keperawatan. (Nada et al., 2022)

b. Keluhan Utama

Pada pasien pasca operasi seksio sesarea umumnya muncul keluhan nyeri luka operasi di bagian abdomen bawah perut, lemah yang cenderung memburuk saat pasien melakukan pergerakan. (Nada et al., 2022)

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada pengkajian riwayat kesehatan saat ini pada pasien pasca operasi seksio caesarea, beberapa aspek penting yang perlu dikaji meliputi waktu selesai operasi, tingkat kesadaran pasien, keadaan umum, serta lokasi dan ukuran luka operasi. Selain itu, perlu dijelaskan juga perjalanan penyakit yang dirasakan pasien dan alasan atau indikasi medis yang menyebabkan dilakukannya tindakan seksio sesarea. (Nada et al., 2022)

Pengkajian keluhan utama pasien dapat dilakukan menggunakan pendekatan format PQRST, yaitu:

- 1) *Palliative/Provocative* : Mengidentifikasi faktor yang memicu atau meredakan nyeri. Pada pasien post operasi seksio sesarea, nyeri abdomen umumnya disebabkan oleh trauma pembedahan, terutama saat pasien bergerak atau batuk. (Nada et al., 2022)
- 2) *Quality/Quantity* : Mendeskripsikan sifat dan intensitas nyeri yang dirasakan, seperti nyeri berdenyut, tertarik, tumpul, atau seperti ditusuk. Hal ini membantu memahami karakteristik keluhan pasien. (Nada et al., 2022)
- 3) *Region/Radiation* : Menentukan lokasi nyeri dan apakah nyeri menyebar ke area lain. Pada kasus ini, nyeri biasanya terlokalisasi di area sekitar insisi abdomen. (Nada et al., 2022)
- 4) *Severity/Scale* : Mengukur tingkat keparahan nyeri, umumnya menggunakan skala 0–10. Pada pasien post *sectio caesarea*, nyeri sering dirasakan cukup berat, dengan skala 7–8 dan cenderung mengganggu aktivitas. (Nada et al., 2022)
- 5) *Timing* : Menjelaskan kapan nyeri mulai dirasakan, durasinya, dan pola kemunculannya. Pada luka operasi *sectio sesarea*, nyeri dapat dirasakan secara hilang-timbul maupun terus-menerus, terutama dalam 1–3 hari pertama pascaoperasi. (Nada et al., 2022)

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada pasien post *sectio caesarea* kaji apakah sebelumnya pernah melakukan operasi *sectio caesarea* dan apakah ada penyakit yang

pernah dialami yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien sekarang misalnya penyakit DM, jantung dan hipertensi.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah terdapat riwayat penyakit keturunan dalam keluarga yang berpotensi diturunkan kepada pasien, seperti penyakit jantung, gangguan hematologis (misalnya kelainan hematokrit), tuberkulosis, diabetes melitus, riwayat aborsi, atau penyakit menular seksual. (Nada et al., 2022)

f. Riwayat Perkawinan

Dalam pengkajian riwayat perkawinan, beberapa aspek yang perlu dikaji meliputi: usia saat pertama kali menikah, lamanya pernikahan berlangsung, jumlah pernikahan yang pernah dijalani, serta status pernikahan saat ini (misalnya masih menikah, cerai, atau duda/janda). Data ini penting untuk memperoleh gambaran menyeluruh mengenai kondisi sosial dan psikologis pasien. (Nada et al., 2022)

g. Riwayat Obstetri

Pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, dan masa nifas sebelumnya. Hal ini mencakup informasi mengenai kehamilan beberapa yang sedang dijalani, siapa yang menjadi penolong persalinan sebelumnya, di mana tempat persalinan berlangsung, metode persalinan yang digunakan (spontan atau operasi), jumlah anak yang dimiliki, serta apakah

pasien pernah mengalami keguguran atau melakukan aborsi. Data ini penting untuk menilai risiko kehamilan dan menentukan pendekatan perawatan yang sesuai. (Nada et al., 2022)

h. Riwayat Kontrasepsi

Pengkajian riwayat penggunaan kontrasepsi dilakukan untuk mengetahui apakah pasien pernah mengikuti program keluarga berencana, jenis alat kontrasepsi yang digunakan, adanya keluhan atau masalah selama penggunaan, serta rencana penggunaan alat kontrasepsi setelah masa nifas. Informasi ini penting untuk merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi yang tepat dan sesuai kebutuhan pasien. (Nada et al., 2022)

i. Riwayat Persalinan Sekarang

Riwayat persalinan saat ini mencakup informasi mengenai tanggal persalinan, lamanya proses persalinan, riwayat tipe persalinan, riwayat penggunaan obat, masalah atau penyulit selama persalinan jenis kelamin bayi yang dilahirkan, serta kondisi bayi setelah lahir. Data ini penting untuk mengevaluasi kondisi ibu dan bayi serta menentukan kebutuhan perawatan lebih lanjut. (Nada et al., 2022)

2. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Pada umumnya, pasien tidak mengalami penurunan kesadaran. Namun, dapat dijumpai tanda-tanda seperti tampak diam, apatis,

meringis, atau gelisah akibat nyeri yang dirasakan. Selain itu, kondisi umum pasien biasanya tampak lemah karena efek anestesi.

b. Tanda-Tanda Vital

Pada klien post *sectio caesarea*, dapat terjadi beberapa perubahan fisiologis yang perlu diperhatikan:

1) Suhu

Pada ibu yang baru saja menjalani operasi sesar, suhu tubuhnya mungkin sedikit lebih rendah dari normal. Hal ini bisa terjadi karena sistem pengatur suhu tubuhnya terganggu akibat efek dari obat anestesi spinal yang digunakan selama operasi. (sayuti, 2021)

2) Tekanan Darah

Setelah melahirkan, tekanan darah ibu biasanya sedikit menurun, namun tidak sampai pada kondisi hipotensi, dan umumnya akan kembali normal dalam satu hari. Pada ibu yang melahirkan dengan operasi sesar, tekanan darah cenderung stabil, tetapi tetap bergantung pada kondisi kesehatan sebelum persalinan. Misalnya, jika ibu sebelumnya didiagnosis preeklampsia, tekanan darah bisa saja masih berada di atas normal setelah persalinan. (Kusuma, 2022)

3) Nadi

Pada ibu yang menjalani operasi sesar, denyut nadinya mungkin akan terasa lebih cepat. Hal ini terjadi karena proses persalinan

dapat meningkatkan kerja jantung dan aliran darah dalam tubuh.
(wulan, tetty, 2023)

4) Respirasi

Ibu yang baru menjalani operasi sesar mungkin akan mengalami peningkatan produksi sekret (lendir), yang pada sebagian kasus dapat memengaruhi kecepatan napas, namun pada sebagian lainnya tidak berpengaruh. Secara umum, laju pernapasan ibu tetap berada dalam batas normal, yaitu sekitar 18 hingga 22 kali per menit.

5) Saturasi

Setelah menjalani operasi sesar, ibu mungkin mengalami sedikit penurunan kadar saturasi oksigen akibat efek anestesi pada fungsi paru-paru. Meski tanpa bantuan oksigen melalui nasal kanul, saturasi biasanya tetap berada dalam kisaran 96% hingga 97%, yang masih tergolong aman. (Silfianingsih et al., 2022)

c. Head To Toe

1) Kepala

a) Rambut

Pada pemeriksaan fisik di hari pertama setelah operasi, biasanya tidak ditemukan keluhan khusus di area kepala, seperti benjolan, ketombe, atau kerontokan rambut. Kulit kepala pun umumnya bersih dan sehat. Namun, keluhan rambut rontok bisa saja muncul sekitar satu minggu setelah

melahirkan, yang umumnya disebabkan oleh ketidakseimbangan hormon pascapersalinan. (wulan, tetty, 2023)

b) Mata

Pemeriksaan mata pada ibu post SC mencakup, konjungtiva anemis, sklera kuning, dan selaput mata pucat yang dapat terjadi akibat perdarahan saat persalinan. (Nada et al., 2022)

c) Telinga

Pemeriksaan telinga meliputi penilaian bentuk daun telinga apakah simetris, serta kebersihan telinga dengan melihat ada tidaknya serumen atau kotoran telinga. (Nada et al., 2022)

d) Hidung

Pada klien post *sectio caesarea*, pemeriksaan hidung mencakup observasi cuping hidung serta penilaian adanya polip atau kelainan lainnya pada rongga hidung. (Nada et al., 2022)

e) Gigi dan Mulut

Pemeriksaan mulut mencakup kebersihan rongga mulut serta kondisi mukosa bibir, apakah tampak lembap atau kering. (Nada et al., 2022)

2) Leher

Pada saat palpasi leher, perlu diperhatikan apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid, yang mungkin terjadi akibat

ketidaktepatan saat mengejan selama proses persalinan. (Nada et al., 2022)

3) Thorax

a) Payudara

Saat pemeriksaan payudara, biasanya tampak penggelapan warna pada area aerola dan puting yang lebih menonjol. Hal ini merupakan pengaruh dari hormon selama kehamilan dan persalinan. Jika payudara terasa nyeri atau terasa keras, itu bisa menjadi tanda bahwa tubuh ibu sedang memulai proses produksi ASI (wulan, tetty, 2023). Pada hari pertama setelah operasi sesar, ibu mungkin belum bisa mengeluarkan ASI karena proses laktasi belum berjalan sempurna. Namun, biasanya dalam dua hari berikutnya, kolostrum atau ASI pertama mulai keluar. Payudara bisa terasa penuh dan nyeri karena meningkatnya aliran darah serta dimulainya proses laktasi yang optimal. Kolostrum ini berwarna kuning dan sudah mulai diproduksi sejak usia kehamilan sekitar 12 minggu. Kandungan sel darah putih di dalamnya sangat penting untuk membantu memperkuat sistem kekebalan tubuh bayi. (Khasanah & sulistyawati, 2022)

b) Paru-Paru

Pada ibu pasca persalinan sesar, bentuk dada umumnya tetap seperti biasa, dengan pergerakan dada yang simetris. Pola

napas bisa berbeda-beda tergantung kondisi ibu setelah melahirkan. Umumnya, tidak ditemukan retraksi pada dada, dan saat dilakukan palpasi, biasanya tidak ada nyeri tekan. Hasil perkusi menunjukkan bunyi sonor, dan saat auskultasi bisa saja terdengar ronkhi. Hal ini disebabkan karena selama operasi, fungsi paru-paru bisa menurun akibat pengaruh anestesi. Peningkatan sekret juga dapat menyebabkan penumpukan lendir di saluran napas, yang membuat ibu merasa ingin batuk setelah operasi. Kondisi ini juga bisa menyebabkan penurunan saturasi oksigen, meskipun frekuensi napas umumnya masih dalam batas normal. (Silfianingsih et al., 2022)

c) Jantung

Pada pemeriksaan jantung ibu setelah persalinan sesar, umumnya tidak ditemukan murmur atau suara jantung tambahan. Bentuk jantung biasanya tampak normal, dan ibu tidak merasakan nyeri dada yang tidak wajar. Irama jantung pun cenderung normal, selama tidak ada riwayat penyakit jantung sebelumnya. Pada hari pertama setelah melahirkan, kadar fibrinogen dan plasma dalam darah bisa sedikit menurun, sementara faktor pembekuan darah cenderung meningkat. Perubahan ini dapat memengaruhi peningkatan curah jantung. Denyut nadi ibu biasanya sedikit lebih cepat,

namun masih dalam kisaran normal, yaitu 60–100 kali per menit. Namun, jika denyut nadi melebihi 100 kali per menit, hal tersebut perlu diwaspadai sebagai kemungkinan tanda adanya infeksi. (wulan, tetty, 2023)

d) Abdomen

Saat pemeriksaan abdomen pada ibu post-operasi, biasanya terlihat adanya luka bekas jahitan yang masih tertutup oleh perban. Bentuk luka ini tergantung pada jenis sayatan yang dilakukan saat operasi. Jika sayatan dilakukan secara longitudinal, maka luka akan tampak tegak atau vertikal. Sebaliknya, jika dilakukan secara transversal, maka luka akan terlihat mendatar atau horizontal. Selain itu, penting juga untuk menilai adanya tanda-tanda infeksi pada area luka, seperti pembengkakan (tumor), kemerahan (rubor), nyeri (dolor), dan gangguan fungsi (functio laesa). (Kristianingsih, 2020)

Pada permukaan perut ibu biasanya dapat ditemukan striae gravidarum, yaitu guratan (stretch mark) yang muncul akibat hiperpigmentasi yang dipengaruhi oleh perubahan hormon serta peregangan kulit selama kehamilan. Setelah melahirkan, kadar hormon menurun dan hiperpigmentasi juga berkurang, sehingga striae tersebut berubah warna menjadi keputihan dan disebut striae albikan. Namun, tidak semua ibu

mengalami striae beberapa ibu yang menjalani pola hidup sehat sebelum dan selama kehamilan mungkin tidak mengalaminya. Selain itu, bisa terlihat juga linea alba, yaitu garis putih yang membentang di bagian tengah perut. Secara normal, garis ini memiliki lebar sekitar 15 mm di atas pusar dan 16 mm di bawah pusar. (Riza, S.,Hen, Christian, Sti, S., Titi, 2022)

Secara normal, kontraksi uterus yang baik akan terasa keras saat dipalpasi. Jika kontraksinya kurang baik, uterus akan terasa lembek dan biasanya disertai nyeri tekan di area luka operasi yang masih basah. Kontraksi ini berhubungan dengan proses involusi, yaitu kembalinya ukuran rahim setelah melahirkan. Involusi terjadi cukup cepat, di mana setiap 24 jam tinggi fundus uteri akan menurun. Pada hari keenam, fundus biasanya berada di antara pusar dan tulang kemaluan. Sedangkan satu hari setelah persalinan, fundus umumnya masih setinggi pusar atau satu jari di bawahnya. (Riza, S.,Hen, Christian, Sti, S., Titi, 2022)

Pada ibu nifas, dinding perut masih tampak lemah dan kendur akibat distensi berkepanjangan selama kehamilan. Kondisi ini dikenal sebagai Diastasis Rectus Abdominis, yaitu pemisahan otot perut (rectus abdominis) lebih dari 2,5 cm di sekitar area pusar. Hal ini terjadi karena pengaruh

hormon pada linea alba serta peregangan mekanis dinding perut selama kehamilan. (Meilina & Aisyah, 2019)

Ibu yang melahirkan melalui operasi *Sectio caesarea* umumnya akan mengalami distensi abdomen akibat menurunnya fungsi sistem gastrointestinal. Setelah operasi, aktivitas usus bisa melambat sehingga bising usus mungkin berkurang. Padahal secara normal, bising usus terdengar sekitar 5–35 kali per menit. (Khasanah & sulistyawati, 2022)

4) Genitalia

Pada area genitalia, hal yang perlu dikaji adalah pengeluaran lochia. Pada hari pertama setelah persalinan, lochia biasanya masih berupa lochia rubra, yang berwarna merah kehitaman. Jumlahnya dapat bervariasi tergantung tingkat perdarahan ibu. Perineum ibu pascapersalinan umumnya tampak kotor, sehingga penting untuk memberikan edukasi tentang kebersihan perineum guna mencegah infeksi. Risiko terjadinya hemoroid pada ibu pasca SC cenderung lebih rendah dibanding persalinan normal, karena ibu yang melahirkan secara spontan harus mengejan, yang dapat menyebabkan pelebaran pembuluh darah. (Kristianingsih, 2020)

5) Ekstremitas

a) Ekstremitas Atas

Perlu dikaji kesimetrisan anggota gerak, ada tidaknya sianosis pada ujung jari, serta tanda-tanda edema. Pasien pasca operasi umumnya terpasang infus dan mengalami keterbatasan gerak. Selain itu, periksa juga turgor kulit yang baik ditandai dengan kulit yang cepat kembali ke posisi semula setelah dicubit, menunjukkan hidrasi yang cukup. Sebaliknya, jika kulit lambat kembali, bisa menjadi tanda dehidrasi.

b) Ekstremitas Bawah

Lakukan inspeksi untuk menilai kesimetrisan antara sisi kanan dan kiri tubuh. Amati adanya edema atau varises dengan cara melihat langsung dan menekannya selama beberapa detik. Nilai juga refleks patella (++), yang digambarkan dalam derajat 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 (hiporefleksia)

(5) 0: Tidak ada respon (arefleksia)

Jika refleks patella hanya (+1), hal ini bisa mengindikasikan kekurangan vitamin B1 yang dapat menyebabkan gangguan

pada sistem saraf dan otot. Pemeriksaan Homan's Sign juga penting dilakukan. Hasil normal ditandai dengan Homan's Sign negatif (-), sedangkan hasil positif (+) bisa menunjukkan adanya tromboflebitis, yaitu peradangan pada pembuluh darah vena yang disertai pembentukan bekuan darah (trombus). Kondisi ini biasanya menyebabkan penurunan kekuatan otot dan rentang gerak (ROM) akibat nyeri, yang berujung pada kelemahan dan keterbatasan aktivitas gerak pasien.

3. Pola Aktivitas Sehari- Hari

a. Nutrisi

Setelah operasi, pemenuhan nutrisi klien awalnya diberikan melalui infus selama masa puasa. Sekitar enam jam pascaoperasi, klien mulai diberikan minum secara bertahap, dan makanan lunak dapat diberikan setelah delapan jam. Namun, pada klien dengan anestesi spinal (lumbal), makan dan minum dapat langsung diberikan seperti biasa, bahkan dianjurkan untuk banyak minum. Pengkajian meliputi frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis dan jumlah cairan yang dikonsumsi. Pada pasien nifas, nafsu makan umumnya meningkat sebagai respons alami tubuh untuk memenuhi kebutuhan energi, terutama karena adanya keinginan dan kebutuhan untuk menyusui bayinya. (Beno et al., 2022)

b. Eliminasi BAB dan BAK

Pada pasien post *sectio caesarea*, konstipasi sering terjadi akibat penurunan peristaltik usus dan nyeri di area operasi, sehingga pasien cenderung takut atau menahan keinginan untuk buang air besar. (Beno et al., 2022)

c. Istirahat Tidur

Pada pasien post *sectio caesarea*, terjadi perubahan pola istirahat dan tidur yang disebabkan oleh kehadiran bayi serta nyeri akibat luka pembedahan, yang dapat mengganggu kenyamanan saat beristirahat. (Beno et al., 2022)

d. Personal Hygiene

Personal hygiene pada klien post *sectio caesarea* kemungkinan terganggu akibat nyeri yang menyebabkan keterbatasan dalam bergerak, sehingga aktivitas perawatan diri menjadi tidak optimal.

e. Aktivitas

Pada pasien post *sectio caesarea*, aktivitas masih terbatas dan ambulasi dilakukan secara bertahap. Enam jam pertama pascaoperasi, ibu dapat dimiringkan ke kanan dan kiri. Setelah itu, diposisikan setengah duduk (semi fowler), lalu dianjurkan belajar duduk dalam sehari. Selanjutnya, ibu mulai belajar berjalan dan diharapkan mampu berjalan mandiri pada hari ketiga hingga kelima pascaoperasi. (Beno et al., 2022)

4. Aspek Psikologis, Sosial, dan Spiritual

a. Aspek Psikologis

Pada hari pertama setelah melahirkan, ibu biasanya berada dalam fase *talking in* yang berlangsung 1–2 hari. Dalam fase ini, ibu cenderung pasif, bergantung pada orang lain, dan lebih fokus pada pemulihan tubuhnya. Ia sering mengulang cerita tentang pengalaman persalinan. Istirahat yang cukup sangat penting untuk mencegah gangguan tidur, dan asupan nutrisi biasanya meningkat seiring bertambahnya nafsu makan. Fase *talking hold* terjadi pada hari ke-2 hingga ke-4. Ibu mulai aktif, lebih percaya diri, dan fokus pada perannya sebagai orang tua. Ia mulai memperhatikan fungsi tubuh seperti buang air dan berupaya mempelajari keterampilan merawat bayi. Fase terakhir, yaitu *letting go*, berlangsung setelah ibu pulang ke rumah. Di fase ini, ibu mulai mengambil tanggung jawab penuh terhadap bayinya, dan perhatian keluarga sangat dibutuhkan. Masa ini juga menjadi periode yang rawan munculnya depresi postpartum.

b. Aspek Sosial

Pengkajian dilakukan terhadap hubungan sosial klien dengan sesama pasien, tim kesehatan, dan keluarga. Klien mungkin menunjukkan tanda menarik diri akibat rasa nyeri yang dirasakan.

c. Aspek Spiritual

Pengkajian mencakup persepsi klien terhadap nyeri serta hubungannya dengan keyakinan atau kepercayaan yang dianut. Diamati apakah klien menghadapi kondisi saat ini dengan ketabahan, misalnya melalui doa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

5. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik memberikan informasi penting yang mendukung penilaian terhadap kondisi penyakit.

- a. Hemoglobin mungkin menurun akibat kehilangan darah yang cukup banyak, yang menyebabkan peningkatan volume plasma darah.
- b. Pemeriksaan leukosit dilakukan untuk mendeteksi kemungkinan infeksi atau sepsis.
- c. Trombosit diperiksa untuk mengetahui jumlah dan fungsinya dalam proses pembekuan darah.
- d. Pemeriksaan kadar tiroksin juga dapat dilakukan untuk menilai pengaruh hormon estrogen terhadap fungsi tiroid.

6. Analisa Data

Analisis data merupakan proses menyusun dan mengolah data secara sistematis dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi. Proses ini mencakup pengorganisasian data ke dalam kategori, pemecahan menjadi bagian-bagian, penyusunan pola, pemilahan informasi penting, serta penarikan kesimpulan agar informasi yang

diperoleh mudah dipahami dan digunakan oleh peneliti maupun orang lain. (Nada et al., 2022)

Tabel 2. 1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : Mengeluh Nyeri Objektif : 1) Tampak Meringis 2) Bersikap protektif Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur Gejala dan tanda mayor Subjektif : - Objektif : 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis	Adanya luka operasi menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, yang kemudian merangsang reseptor nyeri untuk melepaskan neurotransmitter seperti bradikinin, serotonin, dan histamin. Rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan diteruskan ke otak, sehingga menciptakan persepsi terhadap nyeri ketika ambang nyeri terlewati.	Nyeri Akut
2		Pasca operasi, luka yang terbentuk dapat menjadi tempat yang rentan bagi pertumbuhan bakteri. Jika tidak ditangani dengan baik, kondisi ini dapat menjadi media yang mendukung terjadinya infeksi pada tubuh.	Resiko Infeksi
3	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif : 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan tanda minor Subjektif : 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak Objektif : 1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak berkoordinasi 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah	Pasien post operasi <i>sectio caesarea</i> sering mengalami penurunan kekuatan fisik atau kelemahan akibat nyeri, sehingga memerlukan bantuan dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari (ADL).	Gangguan Mobilitas Fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
4	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1) Kelelahan maternal 2) Rentang gerak (ROM) menurun Objektif : 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2) ASI tidak menetes/memancar 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4) Nyeri dan lecet terus menerus setelah minggu kedua Minor Subjektif : - Objektif : 1) Intake bayi tidak adekuat 2) Bayi menghisap tidak terus menerus 3) Bayi menangis saat disusui 4) Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui 5) Menolak untuk menghisap	Akibat dari proses pembedahan, sering terjadi penurunan hormon prolaktin, yang secara langsung berdampak pada produksi ASI. Hisapan bayi juga dapat menurun karena keterlambatan inisiasi menyusui atau kurangnya kontak awal antara ibu dan bayi. Semua faktor ini menyebabkan hambatan dalam proses menyusui, baik dari sisi ibu (produksi dan posisi) maupun dari sisi bayi (kemampuan mengisap), sehingga menyusui menjadi tidak efektif.	Menyusui Tidak Efektif
5	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1) Menolak melakukan perawatan diri Objektif : 1) Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2) Minat melakukan perawatan diri kurang Minor Subjektif : - Objektif : -	Luka pasca operasi menyebabkan keterbatasan gerak pada pasien, sehingga aktivitas sehari-hari tidak dapat dilakukan secara mandiri. Kondisi ini menunjukkan adanya defisit perawatan diri sekitar 40%, yang menandakan gangguan dalam kemampuan memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri.	Defisit Perawatan Diri

No	Data	Etiologi	Masalah
6	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1) Mengeluh sulit tidur 2) Mengeluh sering terjaga 3) Mengeluh tidak puas tidur 4) Mengeluh pola tidur berubah 5) Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif : - Minor Subjektif : 1) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	Proses penyakit yang terjadi, seperti peradangan menyebabkan munculnya nyeri di area luka operasi. Nyeri ini menyebabkan individu sering terbangun di malam hari karena rasa tidak nyaman. Hal ini mengakibatkan waktu tidur tidak terpenuhi secara optimal dan akhirnya menimbulkan gangguan pada pola istirahat tidur.	Gangguan pola tidur

Sumber : (SDKI, 2017)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai respons individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial. Berdasarkan pengetahuan dan pengalaman, perawat bertanggung jawab dalam mengidentifikasi masalah tersebut serta merencanakan intervensi yang tepat guna mempertahankan, mengurangi, mencegah, atau mengubah kondisi kesehatan klien (Sabrina, 2020). Kemungkinan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan *post sectio caesarea* adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah tahap lanjutan setelah pengkajian dan penetapan diagnosa keperawatan. Tahap ini berfungsi sebagai pedoman tertulis yang merinci rencana tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, berdasarkan diagnosa yang telah ditentukan. Oleh karena itu, perencanaan yang efektif harus disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan secara akurat (Y. Pasaribu, 2020).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D0077) (SDKI, 2017)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun

2) Kriteria hasil :

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Tekanan darah membaik
- d) Pola tidur membaik

(SLKI, 2018)

Tabel 2. 2 Perencanaan Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi : 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon s nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : 10) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terrbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12) Fasilitasi istirahat dan	Observasi: 1) Untuk menentukan dan membedakan karakteristik khususnya nyeri 2) Untuk mengetahui tingkat nyeri 3) Untuk mengetahui bagaimana respon nyeri non verbal 4) Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Untuk mengetahui budaya terhadap respon nyeri 7) Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Untuk mengetahui dan menilai keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Untuk melihat dan mengetahui efek samping penggunaan obat Terapeutik: 10) Mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dirasa 11) Agar lingkungan dapat terkontrol dan dapat memberikan kenyamanan 12) Untuk memberikan istirahat tidur

Intervensi	Rasional
tidur 13) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 14) Jelaskan penyebab, periode, dan penyebaran nyeri 15) Jelaskan strategi meredakan nyeri 16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (SIKI, 2018)	13) Untuk mengetahui perbedaan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 14) Untuk mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri 15) Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri 16) Agar klien bisa mengontrol nyeri secara mandiri 17) Dapat mempercepat dan konsisten dalam proses terapi 18) Dapat mengetahui teknik untuk meredakan nyeri secara non farmakologis Kolaborasi: Untuk membantu meredakan nyeri

b. Resiko Infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit

(D0142)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8

jam tingkat infeksi menurun

2) Kriteria Hasil :

a) Kemerahan menurun

b) Bengkak menurun

c) Kultur area luka membaik

d) Kultur darah membaik

Tabel 2. 3 Perencanaan Resiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Pencegahan Infeksi (I. 14539) Obervasi : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis Terapeutik : 2) Batasi jumlah pengunjung 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 Edukasi : 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8) Ajarkan etika batuk 9) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : 12) Kolaborasi pemberian antibiotik/imunisasi, jika perlu	Observasi: 1) Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi yang muncul pada pasien Terapeutik 2) Untuk meminimalisir terjadinya port the entry dari pengunjung luar 3) Untuk mengetahui perkembangan kondisi luka 4) Untuk memutuskan rantai penularan bakteri 5) Untuk mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6) Agar pasien dan keluarga tau tanda dan gejala infeksi 7) Untuk mencegah infeksi dan pasien dapat menerapkan cuci tangan sebagai Tindakan utama dalam mencegah infeksi 8) Agar tidak mengalami penyebaran bakteri 9) Untuk memberikan informasi mengenai tanda infeksi 10) Untuk membantu proses pemulihan 11) Untuk membantu proses pemulihan kolaborasi : 12) Untuk membantu mengurangi infeksi bakteri

c. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kelemahan
(D0054)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat

- 2) Kriteria Hasil :
- a) Pergerakan ekstremitas meningkat
 - b) Kekuatan otot meningkat
 - c) Rentang gerak (ROM) meningkat

Tabel 2. 4 Perencanaan Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi	Rasional
Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) 6) Fasilitasi melakukan pergerakan 7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 8) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Observasi: 1. untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2. untuk mengetahui toleransi aktivitas fisik dalam melakukan pergerakan 3. untuk melihat dan mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum aktivitas 4. Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 5. dapat memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu 6. dapat mempermudah dalam melakukan pergerakan 7. agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan Edukasi: 8. agar klien mengetahui tujuan dalam mobilisasi 9. untuk mempercepat proses penyembuhan 10. agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung
(D0029)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Status menyusui membaik

2) Kriteria Hasil :

a) Tetesan ASI meningkat

b) Suplai ASI adekuat meningkat

Tabel 2. 5 Perencanaan Menyusui Tidak Efektif

Intervensi	Rasional
Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi : 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Teurapeutik : 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya 6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7) Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat Edukasi : 8) Berikan konseling menyusui 9) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar 11) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan	Observasi: 1. Untuk mengetahui kesiapan klien untuk menerima informasi 2. Untuk menjelaskan tujuan dan manfaat menyusui Terapeutik : 3. Untuk memberikan 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 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

Intervensi	Rasional
mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 12) Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	bagi ibu dan bayi 10) Untuk mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar 11) Untuk mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara 12) Mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara untuk merangsang pengeluaran ASI

e. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan (D0109)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8

jam diharapkan perawatan diri meningkat

2) Kriteria Hasil :

a) Kemampuan makan meningkat

b) Minat melakukan perawatan diri meningkat

c) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat

Tabel 2. 6 Perencanaan Defisit Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi 1)Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2)Monitor tingkat kemandirian 3)Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri , berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 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	Observasi: 1) Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Untuk memonitor tingkat kemandirian 3) Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik: 4) Lingkungan yang sesuai untuk melakukan perawatan diri akan membantu pasien dalam meningkatkan motivasi

Intervensi	Rasional
perawatan diri sampai mandiri 7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 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	5) untuk melakukan perawatan diri 6) Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi 7) Sebagai salah satu bentuk empati kepada pasien 8) Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9) Menjadwalkan rutinitas perawatan diri Agar area perineum tidak lembap dan tetap bersih untuk mengurangi tinggi resiko tingkat infeksi Edukasi: 10) Agar pasien dalam melakukan perawatan diri

f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

1) Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam pola tidur membaik

2) Kriteria Hasil :

- a) Keluhan sering terjaga meningkat
- b) Keluhan istirahat tidak cukup meningkat
- c) Keluhan pola tidur berubah meningkat

Tabel 2. 7 Perencanaan Gangguan Pola Tidur

Intervensi	Rasional
Dukungan tidur (I.05174) Observasi : 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh,	Observasi : 1) Untuk mengetahui identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Untuk mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3) Untuk mengidentifikasi makanan dan minuman

Intervensi	Rasional
alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik : 5) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan) 6) Batasi waktu tidur siang, jika perlu 7) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 8) Tetapkan jadwal tidur rutin 9) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 10) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga	yang mengganggu tidur 4) Untuk mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik : 5) Untuk memodifikasi lingkungan agar pasien nyaman 6) Untuk meningkatkan kenyamanan pada pasien 7) Agar pasien bisa tidur dengan cepat 8) Untuk melatih agar tidur terjadwal 9) Untuk meningkatkan kenyamanan pasien 10) Agar pasien tidur dan tidak terganggu oleh nyeri yang dirasakan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan nyata yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mencapai perbaikan kondisi kesehatan. Tindakan ini disesuaikan dengan kriteria hasil yang diharapkan dan mencakup dukungan, pengobatan, pendidikan bagi klien dan keluarga, serta upaya pencegahan terhadap kemungkinan masalah kesehatan di masa mendatang. (Safitri, 2020)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses untuk menilai secara objektif sejauh mana hasil yang telah direncanakan sebelumnya telah tercapai. Dalam keperawatan, evaluasi berfungsi untuk meninjau kembali seluruh

tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi, guna mengidentifikasi keberhasilan atau kekeliruan dalam tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tindakan keperawatan yang telah diberikan mampu mencapai tujuan yang direncanakan dalam mengatasi masalah kesehatan pasien. (Rahmatia Sitanggang, 2021)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. L
Tanggal Lahir	: 04-02-2000
Umur	: 25 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Status Pernikahan	: Menikah
Suku/Bangsa	: Sunda/Indonesia
Alamat	: Kubang-Cisurupan
Tanggal Masuk RS	: 22 April 2025, 22.00 WIB
Tanggal Persalinan	: 23 April 2025, 13.30 WIB
Tanggal Pengkajian	: 23 April 2025, 20.10 WIB
NO. RM	: 01446068
Diagnosa Medis	: P1A0 Partus Maturus SC atas Indikasi Gawat Janin

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. M
Umur : 27 Tahun
Agama : Islam
Pekerjaan : Guru SD
Hubungan dengan Klien : Suami
Alamat : Kubang - Cisurupan
No. Telepon : 08xxxxxxx

b. Riwayat Kesehatan

1) Alasan Masuk RS

Pada tanggal 22 April klien mengatakan dirujuk dari puskesmas cisurupan karena ketuban pecah dini (KPD), pembukaan 2 tidak maju kemudian di ruangan VK dilakukan tindakan induksi maju ke pembukaan 5 pada saat diperiksa DJJ $>160x/mnt$, adanya gangguan gawat janin klien langsung dilakukan tindakan *sectio caesarea*.

2) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada area luka operasi post SC di perut bagian bawah

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 23 April 2025 Pukul 20.10 WIB Ny. L mengeluh nyeri pada luka operasi dibagian perut bawah. Nyeri dirasakan apabila pasien bergerak dan nyeri berkurang apabila istirahat, rasa nyeri seperti di sayat-sayat oleh pisau, nyeri dirasakan

di area perut bawah. Skala nyeri 6 (0-10), nyeri hilang timbul, aktivitasnya dibantu oleh suami dan keluarga klien.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan selama hamil dan sebelum hamil tidak pernah memiliki kebiasaan buruk seperti merokok, meminum alkohol ataupun kebiasaan memakan makanan yang tidak sehat. Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di RS apalagi sampai di operasi, dan klien tidak memiliki penyakit menular atau penyakit genetik seperti hipertensi, DM, stroke, dan jantung yang dapat memperberat masa kehamilan dan nifas.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan bahwa dikeluarga tidak ada yang pernah mengalami persalinan *sectio caesarea* (SC), dan keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit menular dan penyakit genetik/keturunan.

c. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

1) Riwayat Menstruasi

Menarche	: 17 Tahun
Lama	: 6-7 Hari
Siklus	: 28-30 Hari
<i>Dysmenorrhea</i>	: Tidak
Teratur atau tidak	: Teratur
HPHT	: 14 Juli 2024

TP : 21 April 2025

2) Riwayat Perkawinan

Klien mengatakan ini pernikahan pertama

Usia Suami : 27 Tahun

Usia Istri : 25 Tahun

Lama Perkawinan : 1 Tahun

3) Riwayat Kehamilan Sekarang

Kehamilan saat ini merupakan kehamilan pertama pasien (P1A0).

Imunisasi selama kehamilan sudah lengkap pasien memiliki berat badan sebelum hamil 46kg dan saat hamil naik sampai 65kg.

Pemeriksaan kehamilan teratur baik di bidan ataupun di dokter dengan selama pemeriksaan *Antenatal Care* baik, serta tidak ada keluhan atau perubahan pada tekanan darah selama pasien hamil.

Selama hamil pasien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat-obatan ataupun jamu selain tablet penambah darah.

4) Keadaan saat Hamil

Trimester I : Pada saat trimester I klien mengeluh mual dan muntah.

Trimester II : Pada saat trimester II klien mengatakan tidak ada keluhan.

Trimester III : Pada saat trimester III klien mengatakan tidak ada keluhan

Riwayat (ANC) : Klien mengatakan rutin memeriksa

kehamilannya ke bidan

5) Riwayat Kontrasepsi

pasien mengatakan sebelumnya belum pernah memakai jenis KB apapun.

6) Riwayat Persalinan Sekarang (P1A0)

Pada tanggal 22 April 2025 klien dirujuk ke RSUD dr Slamet Garut dengan keluhan ketuban pecah dini (KPD) sudah pembukaan 2, Pasien dibawa ke ruang VK untuk dilakukan tindakan induksi setelah dilakukan induksi pembukaan maju menjadi pembukaan 5 tapi tidak maju lagi selama 3 jam, setelah dilakukan pemeriksaan DJJ > 160x/mnt terdapat gangguan gawat janin klien langsung dilakukan tindakan SC (*Sectio caesarea*) cito dengan jenis anestesi spinal, bentuk luka horizontal dan dipasang KB IUD pada tanggal 23 April 2025. Bayi lahir dengan jenis kelamin perempuan dengan berat 2600gr dan panjang badan 47cm. Sejak lahir klien belum memberikan bayinya ASI karena bayi dirawat di ruang perinatology dan ibu terpisah ruangan.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Compos mentis

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

Keadaan Umum : Tampak lemah

Berat Badan : sebelum hamil 46 Kg, saat hamil 65 Kg

TB : 155 Cm

2) Tanda-Tanda Vital

TD : 104/66 mmHg

N : 80 x/mnt

R : 20 x/mnt

S : 36,3°C

SPO2 : 98%

3) Kepala

a) Kepala, Rambut, Wajah

Warna rambut hitam, rambut panjang dan tampak lepek penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak bersih, kepala klien simetris antara kanan dan kiri, bentuk kepala oval, tidak terdapat benjolan ataupun nyeri tekan pada kepala. Pasien tampak meringis.

b) Mata

Kedua mata klien simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sclera putih, bola mata dapat digerakan ke segala arah, reflex pupil baik terbukti ketika mata klien diberi melihat objek yang jauh dan dekat, keadaan mata bersih tidak ada kotoran, saat dipalpasi pada pinggir mata tidak ada nyeri tekan.

c) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak ada secret, fungsi penciuman baik dapat mencium

bau minyak kayu putih, tidak ada pernafasan cuping hidung, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan.

d) Telinga

Letak telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen, fungsi pendengaran klien baik dapat menjawab pertanyaan yang diajukan perawat, tidak memakai alat bantu pendengaran.

e) Mulut dan Gigi

Mukosa bibir merah dan lembab, gigi tampak bersih, tidak ada karang gigi, tidak memakai gigi palsu, reflek menelan dan mengunyah baik.

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada benjolan, tidak ada tumor, fungsi menelan berfungsi dengan baik terbukti klien dapat menelan, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan.

4) Dada

a) Paru - Paru

Pengembangan dada simetris kanan dan kiri, tidak ada benjolan. Bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler, frekuensi nafas 20 /menit.

b) Jantung

Irama jantung reguler, terdengar bunyi jantung S1 dan S2 Lupdup. frekuensi nadi 80x/menit. Serta tidak adanya keluhan nyeri dada. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung.

c) Payudara

Kulit payudara tidak ada kemerahan, ada hiperpigmentasi di area areola dan puting. Puting tampak menonjol namun belum ada ASI yang keluar. Ibu mengatakan pada saat di rumah sudah sering melakukan perawatan payudara dengan dipijat sesuai dengan arahan dari bidan namun pasien belum mengetahui kenapa ASI nya belum keluar. Ibu mengatakan adanya terasa lengket.

d) Abdomen

Abdomen tampak cembung, tampak ada luka post SC horizontal, ditutup perban, panjang luka sekitar ± 10 cm, tidak terdapat rembesan darah atau cairan di perban, luka tampak kering, terdapat nyeri saat ditekan. Di kulit abdomen tidak ada *stretch mark*, terdapat *striae gravidarum nigra*, terdapat diastasis rektus abdominis lebih dari dua jari sekitar 2,5cm. Kontraksi uterus teraba keras. TFU 1 jari di bawah pusat. Kandung kemih teraba kosong. Bising usus 12x/menit dan suara perkusi tympani. Pasien mengatakan tidak ada keluhan mual ataupun kembung.

e) Genitalia

Keadaan genitalia sedikit kotor, perineum kotor tampak lochea rubra, klien terpasang selang kateter, urin yang keluar 100 cc dalam urine bag. Perineum dan anus tampak utuh, pada anus tidak ada hemoroid.

f) Ekstermitas

(1) Ekstermitas Atas

Klien tampak berbaring, pergerakan tangan dapat digerakan kanan dan kiri, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, tangan kanan terpasang infus RL 20tpm, kulit kuning langsung, turgor kulit kembali < 3 detik, Kekuatan otot 5/5, kuku pendek tampak bersih.

(2) Ekstermitas Bawah

Tidak ada edema dan refleks patella (+2). Homan sign negatif dan tidak ada varises. Kekuatan otot 4/4. Kuku pendek dan tampak bersih serta kulit teraba lengket. Pasien mengatakan takut menggerakkan kakinya karena nyeri di area luka post SC. Pasien juga mengatakan kakinya masih terasa kebas.

e. Konsep Diri

1) Identitas Diri

Klien seorang perempuan dengan usia 25 tahun, klien beragama islam. klien mengatakan merasa sebagai perempuan yang bahagia karena bisa mengandung dan melahirkan anaknya.

2) Peran Diri

Klien berperan sebagai seorang istri dan ibu rumah tangga, tapi saat ini klien tidak bisa menjalankan tugasnya karena klien juga harus menjalani perawatan luka pasca operasi. Klien berharap

kondisinya segera pulih dan dapat menjalankan tugasnya sebagai seorang istri dan ibu.

3) Ideal Diri

Klien menyadari bahwa dalam kondisinya sekarang sangat membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarganya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Klien juga mengatakan ingin cepat bertemu dengan anaknya dan ingin segera pulang agar bisa merawat anaknya.

4) Harga Diri

Klien sangat merasa senang dengan kelahiran anaknya dan merasa sangat dihargai oleh suaminya, keluarga dan ingin segera pulang.

5) Gambaran Diri

Klien merasa terdapat perubahan pada dirinya seperti peran baru klien memiliki 1 orang anak dan perubahan pada tubuhnya seperti peningkatan BB, perubahan bentuk tubuh lain-lain selama periode post operasi. Namun perubahan tersebut tidak berpengaruh pada perilaku dan adaptasinya terhadap pengasuhan bayi.

f. Aspek Psikologi

1) Pada fase taking in aktivitas klien bergantung pada keluarga dan perhatian klien masih tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.

2) Persepsi diri, klien berharap agar segera sembuh dan segera pulang ke rumah.

- 3) Respon ibu terhadap kelahiran bayi, klien mengatakan sangat bahagia atas kelahiran bayinya dan ingin segera bertemu dengan bayinya.
- 4) Respon ibu singkat dan nampak tidak banyak bicara.
- 5) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi, keluarga mengatakan bahagia klien bisa melahirkan dengan selamat dan bayinya yang sehat.

g. Aspek Sosial

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

h. Aspek Spiritual

Pasien beragama islam, selama dirawat di rumah sakit pasien tetap menjalankan ibadah yang bisa pasien jalankan seperti berdzikir dan mengaji.

i. Pola Koping

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

j. Kebiasaan Seksual

Hubungan seksual sebelum masa nifas klien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri, setelah masa nifas klien dan suami sepakat tidak melakukan hubungan suami istri setelah masa nifas

selesai dan klien beserta suaminya sepakat merencanakan akan menggunakan alat kontrasepsi IUD.

k. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari-Hari

NO	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1.	Nutrisi a. Makanan Frekuensi Jenis Porsi Cara Keluhan b. Minuman Frekuensi Jenis Cara	3x/hari Nasi + lauk pauk 1 porsi Mandiri Tidak ada keluhan Air putih 6-7 gelas/hari Mandiri	Sedang berpuasa post operasi <i>sectio caesarea</i>
2.	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Warna Bau	1/hari Padat Khas veses Khas veses 5-6x/hari Jernih kuning muda Khas urine	Belum BAB Kuning pekat Khas urine
3.	Pola Istirahat a. Tidur siang Kuantitas b. Tidur malam Kuantitas Keluhan	1-2 jam/hari Baik 6-7 jam/hari Baik Tidak ada keluhan	Belum istirahat dan tidur
4.	Personal Hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti baju e. Cara	2x/hari 2x/hari 1 minggu 3x 2x/hari Mandiri	klien mengatakan belum mandi sejak masuk RS 1x Belum keramas 1x Dibantu

1. Data Penunjang

Tanggal : 22 April 2025

Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	FLAG SATUAN
HEMATOLOGY			
Darah rutin			
Hemoglobin	12,6 g/dl	13-16 g/dl	g/dl
Hematokrit	37%	35-45 %	%
Leukosit	11, 000/ Mm ³	3,800-10.600	/ Mm ³
Trombosit	315,000/ Mm ³	150,000-440,000	/ Mm ³
Eritrosit	3,85 juta/ Mm ³	3,6-5,8	Juta/ Mm ³

m. Therapy Medis

Tabel 3. 3 Terapi Medis Farmakologi

No	Nama Obat	Dosis	Rute
1.	Infus RL	20 Tpm	IV
2.	Cefotaxim	2 x 1 gr	IV
3.	Ketorolac	3 x 30 gr	IV
4.	Metronidazole	3 x 500 mg	IV
5.	Asam mefenamat	3 x 1 Tablet	Oral
6.	Cefadroxil 500 Mg	2 x 1 Kapsul	Oral

n. Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah				
1	DS : 1) Klien mengeluh nyeri pada luka operasi <i>sectio caesarea</i> (SC) 2) Klien mengatakan nyeri berkurang ketika istirahat 3) Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat dan hilang timbul 4) Skala nyeri 6 (0-10) DO : 1) Klien tampak meringis 2) Terdapat luka operasi horizontal pada abdomen bawah dengan panjang ± 10 cm 3) Terdapat nyeri tekan 4) TD : 104/66 mmHg N : 80 x/mnt R : 20 x/mnt S : 36,3°C SPO2 : 98% 5) POD (Post Op Day) 0	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikardin, serotin, histamin dan serotonin rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang di persepsikan sebagai nyeri.	Nyeri Akut				
2	DS : 1) Klien mengeluh sulit menggerakkan kakinya karena nyeri luka op 2) Klien mengatakan nyeri saat bergerak DO : 1) Klien tampak lemah 2) Gerakan klien terbatas 3) Aktivitas dibantu oleh keluarga 4) POD (Post Op Day) 0 5) Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4	Adanya rasa nyeri pada luka operasi, efek anestesi, dan ketidaknyamanan yang ditimbulkan, serta ada penurunan dan ketahanan otot akibat operasi.	Gangguan mobilitas fisik
5	5						
4	4						

No	Data	Etiologi	Masalah
3	DS : - DO : -	Setelah menjalani operasi, luka yang terbentuk bisa menjadi tempat yang mendukung pertumbuhan bakteri. Hal ini membuat tubuh lebih rentan terhadap infeksi.	Resiko Infeksi
4	DS : 1) Klien mengatakan ASI belum keluar DO : 1) ASI belum keluar 2) POD (Post Op Day) 0 3) Tidak rawat gabung dengan bayinya 4) Kurang pengetahuan	Post Partum atau Post <i>sectio caesarea</i> (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: 1) Pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket DO: 1) Rambut tampak lepek 2) Daerah perineum tampak kotor 3) Badan tercium bau 4) Keadaan umum pasien lemah 5) Perawatan diri pasien masih di bantu oleh keluarga	Adanya luka post op <i>sectio caesarea</i> yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet dan menyebabkan defisit perawatan diri.	Defisit perawatan diri

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik ditandai dengan Luka Operasi *sectio caesarea* (SC)

DS :

- 1) Klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen luka operasi *sectio caesarea* (SC)
- 2) Klien mengatakan nyeri berkurang ketika istirahat
- 3) Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat dan hilang timbul

4) Skala nyeri 6 (1-10)

DO :

1) Klien tampak meringis

2) Terdapat luka operasi horizontal pada abdomen bawah dengan panjang ± 10 cm

3) Terdapat nyeri tekan

4) TD : 104/66 mmHg

N : 80 x/mnt

R : 20 x/mnt

S : 36,3°C

SPO2 : 98%

5) POD (Post Op Day) 0

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri ditandai dengan Klien enggan melakukan pergerakan

DS :

1) Klien mengeluh kaki sulit menggerakkan kakinya karena nyeri luka post SC

2) Klien mengatakan nyeri saat bergerak

DO :

1) Klien tampak lemah

2) Gerakan klien terbatas

3) Aktivitas dibantu oleh keluarga

4) POD (Post Op Day) 0

5) Kekuatan otot

c. Resiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit

(D0142)

DS : -

DO : -

**d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung
ditandai dengan ASI belum keluar**

DS :

1) Klien mengatakan ASI belum keluar

DO :

1) ASI belum keluar

2) POD (Post Op Day) 0

3) Tidak rawat gabung dengan bayinya

4) Kurang pengetahuan

e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

DS:

1) Pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket

DO:

1) Rambut tampak lepek

2) Daerah perineum tampak kotor

3) Badan tercium bau

4) Keadaan umum pasien lemah

5) Perawatan diri pasien masih di bantu oleh keluarga

3. Proses Keperawatan

Tabel 3. 5 Proses Keperawatan pada Ny. L

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077) DS : 1. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi <i>sectio caesarea</i> (SC) 2. Klien mengatakan nyeri berkurang ketika istirahat 3. Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat dan hilang timbul 4. Skala nyeri 6 (0-1) DO : 1. Klien tampak meringis 2. Terdapat luka operasi pada abdomen bawah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : (L. 08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis Menurun 3. Sikap proaktif menurun	Manajemen nyeri (I. 08238) Tindakan Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi	Observasi: 1. Untuk menentukan dan membedakan karakteristik khususnya nyeri 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri 3. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 4. Mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dirasa 5. Agar lingkungan dapat terkontrol dan dapat memberikan kenyamanan Edukasi : 6. Untuk mengetahui	Tanggal 23 April 2025 Pukul 20.10 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan intensitas nyeri Hasil : Nyeri dibagian abdomen bawah bekas operasi, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri hilang timbul Pukul 20.20 WIB 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Skala nyeri 6 (0-10) Pukul 20.25 WIB 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : Nyeri	Tanggal 23 april 2025 Pukul 20.40 WIB S : Pasien mengeluh masih terasa nyeri di bagian abdomen bawah bekas operasi SC O : 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri 6 (0-10) 3. Klien tampak bisa melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri 4. TD : 104/66

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	dengan panjang ± 10 cm 3. Terdapat nyeri tekan 4. TD : 104/66 mmHg N : 80 x/mnt R : 20 x/mnt S : 36,3°C SPO2 : 98% 5. POD (Post Op Day) 0		bermain) 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian analgetik	strategi meredakan nyeri 7. Agar klien bisa mengontrol nyeri secara mandiri Kolaborasi: 8. Untuk membantu meredakan nyeri	berkurang saat istirahat dan nyeri bertambah saat bergerak Pukul 20.30 4. Mengontrol lingkungan dengan cara membuat ruangan tidak bising dan mengatur pencahayaan Hasil : Nyeri bertambah jika ruangan bising dan pencahayaan terang Pukul 20.35 WIB 5. Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu tarik napas dalam Hasil : pasien mampu mendemonstrasikan Pukul 20. 40 WIB 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri Hasil : klien melakukan Teknik nafas dalam Ketika nyeri 7. Anjurkan memonitor nyeri	mmHg N : 80x/mnt R : 20 x/mnt S : 36,3°C SPO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
					secara mandiri Hasil : klien bisa memonitor nyeri secara mandiri Pukul 20.45 8. Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian ketorolac 30mg intravena Hasil : klien tampak nyaman dan nyeri berkurang Sakilafn	
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054) DS : 1. Klien mengeluh kaki sulit menggerakkan kakinya karena nyeri luka post SC 2. Klien mengatakan nyeri saat bergerak DO : 1. Klien tampak lemah 2. Gerakan klien terbatas 3. Aktivitas dibantu	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 mobilitasi (I. 050173) Tindakan Observasi 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilitasi Terapeutik 3. Fasilitasi aktivitas mobilitasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 4. Fasilitasi melakukan	Observasi: 1. untuk mengetahui toleransi aktivitas fisik dalam melakukan pergerakan 2. Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilitasi Terapeutik: 3. dapat memfasilitasi aktivitas mobilitasi menggunakan alat bantu	Tanggal 23 April 2025 Pukul 20.40 WIB 1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : klien mengeluh nyeri luka SC dan enggan melakukan pergerakan Pukul 20.45 WIB 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilitasi	Tanggal 23 April 2025 Pukul 21.00 S : Klien mengeluh sulit bergerak karena nyeri dan cemas luka SC O : 1. Pasien enggan melakukan pergerakan 2. Berbaring di

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi				
	oleh keluarga 4. POD (Post Op Day) 0 5. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4		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 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. 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	4. dapat mempermudah dalam melakukan pergerakan 5. agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan Edukasi: 6. agar klien mengetahui tujuan dalam mobilisasi 7. untuk mempercepat proses penyembuhan 8. agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri	Hasil : klien tampak meringis saat melakukan mobilisasi Pukul 20.50 WIB 3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur Hasil : klien memegang pagar tempat tidur saat mobilisasi Pukul 20. 52 WIB 4. Memfasilitasi melakukan pergerakan miring kanan dan kiri Hasil : klien mampu bergerak miring kanan dan kiri Pukul 20.55 WIB 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : keluarga membantu dalam proses peningkatan dan klien tampak berusaha untuk	tempat tidur 3. Terpasang kateter urine 100 cc dalam urine bag 4. TD : 104/66 mmHg N : 80x/mnt R : 20x/mnt S : 36,3°C SPO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
5	5									
4	4									

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
					bergerak Pukul 20.57 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini Hasil : klien tampak antusias untuk mendengarkan Pukul 21.00 WIB 7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini 6-12 jam mobilisasi miring kanan dan kiri, 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur dan berjalan ke toilet secara mandiri Hasil : Setelah 6 jam pasca operasi SC klien mampu miring kanan dan kiri, 12 jam mampu duduk dan setelah dibuka kateter bisa ke kamar mandi sendiri Sakilafn	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (D. 0142) DS : 1. Klien mengeluh nyeri di area luka operasi SC DO : 1. Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perban 2. Panjang luka $\pm$ 10cm horizontal 3. Jumlah leukosit : 11,000 Mm ³	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 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 5. Lakukan perawatan luka pada POD 2 6. Monitor kondisi luka dan balutan Edukasi 7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi konsumsi tinggi protein tinggi kalori Kolaborasi 9. Kolaborasi	Observasi: 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi yang muncul pada pasien Terapeutik 2. Untuk meminimalisir terjadinya port the entry dari pengunjung luar 3. Untuk memutuskan rantai penularan bakteri 4. Untuk mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 5. Agar luka cepat kering dan terawat supaya tidak infeksi 6. Agar terpantau bila ada tanda-tanda infeksi Edukasi 7. Untuk memberikan informasi mengenai tanda infeksi	Tanggal 23 April 2025 05.30 WIB 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Dengan Hail : leukosit di atas normal 11,000 Mm ³ , Nyeri pada luka operasi Pukul 05.40 2. Membatasi jumlah pengunjung Hasil : keluarga tampak membatasi jumlah pengunjung Pukul 05.55 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil : mencuci tangan 6 langkah Pukul 06.00 4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko	Tanggal 23 April 2025 07.15 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
			pemberian imunisasi/antibiotik : Cefotaxime 1x1gr	8. Untuk membantu proses pemulihan kolaborasi : 9. Untuk membantu mengurangi infeksi bakteri	tinggii Hasil : mempertahankan ke sterilan saat perawatan luka dengan mencuci tangan sebelum ke pasien Pukul 06.30 5. Melakukan perawatan luka pada POD 2 Tanggal 25 April 2025 Pukul 06.40 6. Monitor kondisi luka dan balutan Hasil : balutan tidak terdapat rembesar darah ataupun cairan, luka tampak kemerahan dan ada nyeri tekan Pukul 06.50 7. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi seperti demam, keluarnya nanah, bengkak Hasil :klien dan keluarga mengerti	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
					mengenai tanda-tanda infeksi pada luka Pukul 07.00 8. Menganjurkan konsumsi tinggi protein tinggi kalori seperti daging merah, kacang-kacangan, ikan Hasil : klien mengerti mengenai nutrisi yang baik untuk proses pemulihan Pukul 07.15 9. Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik hasil : cefotaxime 1x1 gr dengan hasil : klien nyaman SakilaFn	
4.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung (D. 0029)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam status menyusui teratasi dengan kriteria hasil :	Edukasi menyusui (I.12393) Tindakan Observasi 1. Identifikasi tujuan atau	Observasi: 1. Untuk menjelaskan	Tanggal 23 April 2025 Pukul 07.20 WIB 1. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan	Tanggal 23 April 2025 Pukul 07.50 WIB

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	DS : - Klien mengatakan ASI belum keluar DO : - ASI belum keluar - POD (Post Op Day) 0 - Tidak rawat gabung dengan bayinya - Kurang pengetahuan	(L. 03029) - Tetes ASI meningkat - Suplai ASI adekuat meningkat	keinginan menyusui Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan : perlekatan (cara menyusui dengan benar) - Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya - Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat Edukasi - Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi - Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar - Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa - Ajarkan perawatan payudara postpartum	tujuan dan manfaat menyusui Terapeutik : - Untuk memberikan edukasi kepada klien - Untuk mengetahui kesediaan klien menerima informasi - Untuk memberikan kesempatan untuk klien jika ada yang belum mengerti mengenai materi yang sudah dipaparkan - Untuk membantu ibu dalam melakukan proses menyusui Edukasi : - Untuk memberikan informasi kepada ibu mengenai manfaat menyusui bagi ibu dan bayi - Untuk mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar - Untuk mengajarkan ibu mengenai perawatan payudara - Mengajarkan ibu mengenai perawatan	menyusui Hasil : klien mengatakan belum tau tentang menyusui karena anak pertama dan ibu ingin segera menyusui bayinya, tetapi ASI belum keluar Pukul 07.25 - Menjadwalkan penkes sesuai kesepakatan Hasil : penkes dilaksanakan pada tanggal 25/06/2025 Pukul 07.30 - Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan : perlekatan (cara menyusui yang benar) - Memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil : klien tampak bertanya terkait materi penkes	S : Klien mengatakan ASI belum keluar O : - ASI tampak belum keluar - Puting menonjol - Areola berwarna hitam A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			(mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	panyudara untuk merangsang pengeluaran ASI	Pukul 07.40 WIB 5. Menjelaskan manfaat menyusui bayi untuk memperkuat ikatan emosional, membantu rahim kembali ke ukuran normal dan mengurangi resiko kanker Hasil : klien tampak mengerti apa yang dijelaskan Sakilafrn	
5	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan: DS: 1. Pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket DO: 1. Rambut tampak lepek 2. Daerah perineum tampak kotor	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan kemampuan perawatan diri meningkat. Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet meningkat 4. Mempertahankan	Dukungan perawatan diri (I. 11348) Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)	Observasi: 1. Untuk memonitor tingkat kemandirian 2. Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik: 3. Lingkungan yang sesuai untuk	Waktu : 11.00 WIB 1. Mengkaji tingkat kemandirian Hasil : Pasien masih dalam fase taking in sehingga masih bergantung sepenuhnya ke keluarga dalam beraktivitas. Pasien mengatakan nyeri sehingga cemas bergerak Waktu : 11.10 WIB 2. Membereskan alat	Waktu : 13.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dipakaikan pakaian baru. 2. Pasien mengatakan badannya masih terasa lengket

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	3. Badan tercium bau 4. Keadaan umum pasien lemah 5. Perawatan diri pasien masih di bantu oleh keluarga	kebersihan diri meningkat	4. Bereskan alat dan barang di dekat tempat tidur 5. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Edukasi 7. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	melakukan perawatan diri akan membantu pasien dalam meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri 4. Agar ruangan tampak bersih 5. Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi 6. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi: 7. Agar pasien dalam melakukan perawatan diri secara konsisten	dan barang di dekat tempat tidur pasien Hasil : Barang dan alat pasien mudah untuk di gapai pasien. Waktu : 11.30 WIB 3. Mendekatkan pakaian pasien Hasil : Pasien pasien mudah menggapai pakaiannya Waktu : 11.31 WIB 4. Membantu pasien memakai baju kembali setelah operasi Hasil : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman Waktu : 12.00 WIB 5. Melakukan perawatan perineum dan membantu pasien memakai pembalut Hasil : Pasien mengatakan lebih nyaman saat sudah perineum sudah	O: 1. Pasien tampak rapi dengan baju baru 2. Daerah perineum pasien tampak bersih 3. Rambut masih tampak lepek 4. Lingkungan pasien tampak rapih dan bersih 5. Perawatan diri pasien masih di bantu keluarga A: Defisit perawatan diri P:lanjutkan intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
					dibersihkan Waktu : 12.00 WIB 6. Menganjurkan pasien setelah 24 jam untuk pergi ke toilet dan tetap memperhatikan kebersihan diri Hasil : Pasien mengatakan akan mencobanya jika nyeri berkurang Sakilafn	

4. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan POD 1

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	24 April 2025	Dx 1. Nyeri Akut	Pukul 07.30 WIB S : Klien masih mengeluh nyeri di bagian perut bawah bekas operasi SC O : 1. Klien tampak tenang, meringis ketika bergerak 2. Skala nyeri 5 (0-10) 3. Klien tampak bisa melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri 4. TD : 110/80 mmHg N : 85x/mnt R : 20x/mnt S : 36,3°C SPO2 : 98% A : Nyeri Akut P : Lanjutkan intervensi Pukul 08.00 I : 1. Identifikasi 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 E : Masalah teratasi sebagian	SakilaFn
2.	24 April 2025	Dx 2. Gangguan Mobilitas Fisik	Pukul 08.15 S : Paiseu mengatakan sudah bisa duduk dan berjalan secara perlahan meskipun dibantu oleh keluarga O : 1. Pasien mau melakukan	SakilaFn

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf				
			pergerakan 2. Pasien tampak sedang belajar berjalan 3. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table> A : Gangguan mobilitas fisik teratasi	5	5	5	5	
5	5							
5	5							
3.	24 April 2025	Dx 3. Resiko Infeksi	Pukul 08.25 WIB S : klien mengatakan masih terasa nyeri di bagian perut bawah bekas luka operasi SC O : 1. Luka tertutup perban 2. Luka tidak ada rembesan darah atau cairan 3. Sayatan luka horizontal dengan panjang luka ± 10 cm 4. Leukosit 11, 000/ Mm³ A : Resiko Infeksi P : Lanjutkan Intervensi Pukul 08.30 I : 1. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil : Luka pasien tampak kering dan tidak ada rembesan darah atau cairan 2. Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil : melakukan cuci tangan 6 langkah 3. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein Hasil : pasien tampak mengerti apa yang sudah dianjurkan 4. Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil : cefotaxime 1x1 gr (IV)	SakilaFn				

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			E : Masalah teratasi sebagian	
4.	24 April 2025	Dx 4. Menyusui Tidak Efektif	Pukul 08.35 WIB S : Klien mengatakan ASI belum keluar O : 1. ASI tampak belum keluar 2. Puting menonjol 3. Areola berwarna hitam 4. Payudara bengkak 5. Tidak rawat gabung dengan bayinya A : Menyusui tidak efektif P : Lanjutkan intervensi Pukul 09.00 I : 1. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui Hasil : klien belum tau tentang menyusui karena anak pertama dan ibu ingin segera menyusui bayinya, tetapi ASI belum keluar 2. Menjelaskan manfaat menyusui bayinya Hasil : klien tampak mengerti apa yang dijelaskan 3. Menjadwalkan penkes sesuai kesepakatan Hasil : penkes dilaksanakan pada tanggal 25/06/2025 E : Masalah teratasi sebagian	SakilaFn
5.	24 April 2025	Dx 5. Defisit perawatan diri	Pukul 10.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan badannya sudah tidak lengket karena sudah mandi dibantu keluarga 2. Pasien mengatakan sudah membersihkan perineumnya dibantu oleh keluarga. O: 1. Pasien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri dibantu oleh keluarga 2. Pasien tampak bersih dan rapi	SakilaFn

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			3. Perawatan diri pasien tampak masih dibantu oleh keluarga A :Defisit perawatan diri teratasi	

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan POD 2

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1.	25 April 2025	Dx 1. Nyeri akut	Pukul 07.30 WIB S : Klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang O : 1. Klien tampak tenang 2. Skala nyeri 4 (0-10) 3. Klien tampak bisa melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri 4. TD : 105/80 mmHg N : 75x/mnt R : 20x/mnt S : 36,5°C SPO2 : 98% A : Nyeri Akut P : Lanjutkan intervensi Pukul 08.00 I : 1. Identifikasi Skala nyeri Hasil : Skala 4 (0-10) 2. Mengajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik napas dalam Hasil : Klien tampak melakukan teknik napas dalam ketika merasakan nyeri E : Masalah teratasi sebagian	Sakilafn
2.	25 April 2025	Dx 3 Resiko Infeksi	Pukul 08.25 WIB S : pasien mengatakan nyeri berkurang O : 1. perban tidak ada	Sakilafn

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			rembesan darah atau cairan 2. Sayatan luka horizontal dengan panjang luka ± 10 cm 3. Pasien meringis saat lukanya ditekan 4. Luka tampak kering 5. Tidak ada pus A : Resiko Infeksi P : Lanjutkan Intervensi Pukul 08.30 I : 1. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil : Luka pasien tampak kering dan tidak ada rembesan darah atau cairan 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil : mencuci tangan 6 langkah 3. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Hasil : pertahankan kesterilan untuk perawatan luka 4. Melakukan perawatan luka Hasil : luka tampak kering, tidak terdapat pus 5. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein Hasil : pasien tampak mengerti apa yang sudah dianjurkan 6. Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil : cefotaxime 1x1 gr (IV) E : Masalah teratasi sebagian	
3.	25 April 2025	Dx 3 Menyusui	Pukul 08.35 WIB	Sakilafn

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		tidak efektif	S : Klien mengatakan ASI nya sudah keluar sedikit O : 1. Pasien tampak tenang 2. ASI tampak keluar setetes dan belum memancar A : Menyusui tidak efektif P : Lanjutkan intervensi Pukul 09.00 I : 1. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan dan langsung menjelaskan Hasil : materi tentang perlekatan (cara menyusui yang benar), media yang digunakan leaflet 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil : klien tampak bertanya terkait materi penkes E : Masalah teratasi sebagian	

B. Pembahasan

Pada bagian ini, penulis akan membahas lebih lanjut kasus yang telah dijelaskan di bab sebelumnya yaitu "Asuhan Keperawatan Pada Ny.L (P1A0) 6 Jam Post *Sectio caesarea* POD 0 Atas Indikasi Gawat Janin Di Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut". Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 23 April 2025 sampai dengan 25 April 2025.

Pembahasan ini akan menguraikan perbedaan antara teori dan praktik nyata dalam penanganan kasus, yang disusun berdasarkan tahapan proses

keperawatan: pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Data pengkajian asuhan keperawatan pada Ny. L post *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin didapat pasien mengeluh nyeri pada luka operasi sc, skala nyeri 6 (0-10), tampak luka operasi horizontal ± 10 cm di bagian bawah abdomen. Pasien tampak meringis dan bersikap protektif pada daerah luka. Hal ini disebabkan karena terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh. Pada proses pemulihan inilah terjadi reaksi kimia dalam tubuh sehingga nyeri dirasakan pasien. Nyeri setelah pembedahan merupakan suatu reaksi yang kompleks pada jaringan yang terluka, pada proses pembedahan sendiri dapat menstimulasi hipersensitivitas pada sistem saraf pusat, nyeri ini hanya dapat dirasakan setelah adanya prosedur operasi. Keadaan pasien pasca operasi *sectio caesaria* mengalami nyeri di sekitar insisi. Adanya nyeri maka seseorang akan cenderung malas dan takut untuk beraktifitas. (Gordon, 2024)

Menurut (Syaiful, 2020), tindakan operasi *sectio caesarea* dapat menyebabkan kelemahan fisik dan rasa nyeri, sehingga membuat pasien merasa takut untuk bergerak. Ny. L mengatakan takut nyerinya bertambah apabila bergerak. Setelah operasi, kondisi fisik pasien yang masih lemah membuatnya hanya bisa bergerak perlahan. Dalam keadaan seperti ini, dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan karena

pasien merasa khawatir jika bergerak sendiri dapat memperparah luka operasi. Rasa takut ini membuat aktivitas sehari-hari menjadi terbatas.

Data lanjutan yang ditemukan pada pasien menunjukkan peningkatan jumlah leukosit sebesar 11.000/mm³. Luka pascaoperasi tertutup dengan perban yang tampak bersih tanpa adanya rembesan darah. Tidak ditemukan tanda atau gejala infeksi. Warna lochia terlihat merah kehitaman dengan konsistensi encer dan memiliki bau khas amis. Hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan denyut nadi 80 kali per menit dan suhu tubuh 36,3°C. Menurut Syaiful (2020), proses penyembuhan luka pascaoperasi akan melewati fase inflamasi yang berlangsung dari hari pertama hingga hari kelima. Pada tahap ini, tubuh berusaha menghentikan perdarahan melalui proses hemostasis, yang ditandai dengan penyempitan pembuluh darah (vasokonstriksi) dan pembentukan jaring fibrin yang memicu proses pembekuan darah. Sel darah putih kemudian bekerja untuk melawan kuman dan bakteri di area luka, sehingga jumlah leukosit meningkat. Peningkatan leukosit ini merupakan respons normal pada ibu pasca *sectio caesarea*, namun tetap perlu dimonitor sebagai langkah antisipasi terhadap risiko infeksi.

Pada ibu pasca *sectio caesarea*, terjadi perubahan fisiologis berupa penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron mulai hari ke-3 setelah persalinan, dan kembali ke tingkat pra-kehamilan pada hari ke-7. Bila ibu tidak menyusui, kadar estradiol akan meningkat kembali, yang dapat memicu pertumbuhan folikel. Proses produksi ASI sendiri

dimulai setelah plasenta dikeluarkan, karena selama kehamilan, plasenta menghasilkan hormon yang menghambat kerja prolaktin hormon utama dalam pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hambatan tersebut hilang dan produksi ASI pun dimulai, biasanya mencapai keluaran yang sempurna dalam 2 hingga 3 hari setelah persalinan. Namun, Ny. L belum memahami mekanisme ini, sehingga ia merasa cemas karena ASI-nya belum keluar meskipun sudah melahirkan.

Secara teori, data-data tersebut menggambarkan kondisi yang umum terjadi pada pasien pasca *sectio caesarea*. Namun, pada kasus Ny. L Ketidakefektifan menyusui dalam 24 jam pertama, ketika ASI belum keluar, merupakan hal yang wajar dialami oleh ibu pascapersalinan. Hal ini bisa disebabkan oleh kelelahan setelah melahirkan, yang membuat hormon prolaktin belum aktif bekerja secara optimal. Umumnya, ASI mulai keluar pada hari kedua setelah persalinan. Kecemasan yang dirasakan Ny. L karena ASI belum keluar menunjukkan bahwa ia masih kekurangan informasi mengenai proses produksi ASI.

Akibat tindakan operasi, Ny. L mengalami kesulitan dalam merawat diri secara mandiri. Kegiatan sehari-hari seperti makan, minum, pergi ke kamar mandi, mandi, dan mengganti pakaian harus dilakukan dengan bantuan orang lain. Hambatan ini disebabkan oleh luka pascaoperasi yang membatasi pergerakannya, sehingga

mengganggu aktivitas harian (Dian, H., & Grasiona, 2020). Selama proses pengkajian juga ditemukan bahwa kulit tubuh Ny. L terasa lengket dan rambut terlihat lepek, sehingga ia memerlukan bantuan dalam merawat kebersihan diri guna mencegah risiko infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori tidak semua hal bisa langsung dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan secara nyata, karena hal ini perlu didukung oleh data hasil pengkajian yang telah dilakukan. Dari hasil pengkajian pada kasus Ny. L, seorang ibu pasca operasi *sectio caesarea* dengan indikasi gawat janin, ditemukan beberapa masalah yang dialami klien, yaitu:

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

Nyeri setelah pembedahan merupakan suatu reaksi yang kompleks pada jaringan yang terluka, pada proses pembedahan sendiri dapat menstimulasi hipersensitivitas pada sistem saraf pusat, nyeri ini hanya dapat dirasakan setelah adanya prosedur operasi (Gordon, 2024). Alasan mengapa diagnosa tersebut diangkat didasarkan pada data hasil pengkajian yang diperoleh langsung dari pasien. Dalam hal ini, pasien menyampaikan keluhan berupa nyeri pada area luka operasi *sectio caesarea* di perut bagian bawah dengan sensasi seperti disayat-sayat, skala nyeri 6 (0-10), nyeri dirasakan saat bergerak dan berkurang saat istirahat. Data objektif menunjukkan klien tampak meringis, terdapat luka operasi horizontal $\pm$ 10cm pada abdomen bawah, dan ada nyeri tekan saat di

palpasi. Diagnosa tersebut diprioritaskan karena kondisi ini sangat mengganggu kenyamanan pasien. Jika tidak segera ditangani, keluhan ini dapat memperburuk kondisi dan menurunkan kualitas pemulihan pasien.

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

Rasa nyeri yang dirasakan timbul akibat aktivasi reseptor nyeri di tubuh, yang kemudian memicu pelepasan zat-zat seperti bradikinin, serotonin, dan histamin. Rangsangan ini diteruskan ke otak (thalamus), yang membuat ambang nyeri meningkat dan tubuh terasa semakin lelah, terutama saat bergerak. Akibatnya, pasien merasa takut untuk bergerak dan akhirnya membutuhkan bantuan dari keluarga dalam menjalani aktivitas sehari-hari (SDKI, 2018). Alasan penetapan diagnosa ini didasarkan pada data hasil pengkajian, di mana pasien mengeluh kesulitan menggerakkan kakinya karena merasakan nyeri di area luka operasi, terutama saat bergerak. Kekuatan otot pasien menurun (55/44), kondisi umum tampak lemah, dan dalam melakukan berbagai aktivitas, pasien memerlukan bantuan dari keluarga.

Berdasarkan hal tersebut, penulis menetapkan diagnosa “gangguan mobilitas fisik” sebagai prioritas kedua. Hal ini penting karena pasien pasca operasi *sectio caesarea* memerlukan bimbingan dalam melakukan aktivitas fisik sampai kondisi tubuh pulih seperti sediakala. Mobilisasi dini sangat dianjurkan karena dapat membantu

memperlancar sirkulasi darah, meningkatkan suplai oksigen ke jaringan tubuh, mempercepat proses penyembuhan luka, memperbaiki metabolisme, serta membantu mengembalikan fungsi normal organ-organ vital. (Melani et al., 2023)

c. Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (D.0142)

Menurut SDKI (2017), risiko infeksi adalah kondisi di mana seseorang berisiko mengalami peningkatan paparan terhadap organisme patogen. Pada kasus Ny. L, risiko ini muncul karena pertahanan tubuh primer tidak optimal akibat adanya kerusakan integritas kulit setelah tindakan operasi *sectio caesarea*. Berdasarkan hasil pengkajian, terdapat beberapa faktor pendukung risiko infeksi pada Ny. L, antara lain: pasien mengeluhkan nyeri di area luka operasi, terdapat luka insisi horizontal sepanjang ± 10 cm yang masih tertutup perban, serta hasil pemeriksaan menunjukkan peningkatan jumlah leukosit hingga 11.000/mm³. Diagnosa "risiko infeksi" ditetapkan sebagai prioritas ketiga karena termasuk dalam kategori diagnosa risiko, di mana masalah belum benar-benar terjadi, namun sangat mungkin muncul apabila perawatan luka tidak dilakukan secara optimal.

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan suplai ASI (D.0029)

Menurut SDKI (2017), menyusui tidak efektif adalah kondisi di mana ibu mengalami kesulitan atau merasa tidak puas dalam proses menyusui. Faktor penyebabnya bisa bersifat fisiologis maupun

situasional. Secara fisiologis, gangguan ini dapat disebabkan oleh lemahnya refleks oksitosin, tidak adekuatnya refleks hisap bayi, pembengkakan payudara, kelainan pada bayi seperti bibir sumbing, atau anomali pada payudara ibu. Sedangkan secara situasional, hambatan menyusui bisa muncul ketika ibu tidak dirawat gabung dengan bayinya, kurang mendapatkan informasi mengenai teknik menyusui, atau tidak mendapat dukungan dari keluarga.

Pada kasus asuhan keperawatan Ny. L, penulis menetapkan diagnosa keperawatan tambahan yaitu “menyusui tidak efektif” yang berhubungan dengan tidak rawat gabung. Penetapan ini didasarkan pada beberapa data yang mendukung, antara lain pasien mengungkapkan rasa cemas karena ASI belum juga keluar meskipun sudah melakukan pemijatan payudara. Selain itu, pasien tampak bingung dengan kondisi tersebut dan tidak dirawat gabung dengan bayinya, yang turut memperburuk situasi menyusui. Kondisi ibu yang tidak dirawat gabung dengan bayinya dapat memengaruhi produksi ASI. Selama terpisah, ibu tidak dapat melakukan perlekatan langsung dengan bayinya, dan bayi pun tidak bisa menyusu langsung dari payudara. Akibatnya, refleks oksitosin dan prolaktin menjadi tidak optimal karena tidak adanya rangsangan hisapan dari bayi. Padahal, secara teori, ASI umumnya mulai diproduksi dan keluar secara alami pada hari ke-2 hingga ke-3 setelah persalinan. (wulan, tetty, 2023)

e. Defisit perawatan diri 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 kemampuann untuk mobilisasi dan beraktivitas dibatasi klien khawatir pergerakannya akan menjadu fatal terhadap luka post operasi sehingga aktivitas klien terbatas terutama pada aktivitas perawatan diri. Pada Ny. L post operasi section caesarea POD 0 ditemukan adanya data-data yang menunjang masalah defisit perawat 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 L tampak lepek dan daerah perineum tampak kotor.

3. Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan disusun dengan menyesuaikan situasi, kondisi pasien, serta ketersediaan fasilitas yang ada. Pada kasus Ny. L, beberapa masalah keperawatan yang diidentifikasi meliputi nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, menyusui tidak efektif dan defisit perawatan diri. Dalam penyusunan intervensi, penulis mengacu pada standar yang telah ditetapkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), yakni berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan tindakan yang disusun penulis berdasarkan diagnosa keperawatan “nyeri akut berhubungan

dengan agen pencedera fisik” adalah dengan melakukan manajemen nyeri. Tujuan dari intervensi ini, yang dilakukan selama 3 x 24 jam, adalah agar Ny. L mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu: keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, ekspresi meringis menurun, dan frekuensi nadi kembali membaik. Perencanaan tindakan yang disusun untuk mencapai tujuan mencakup beberapa langkah, antara lain: membantu klien menemukan posisi yang paling nyaman guna mengurangi ketegangan pada otot-otot punggung, meningkatkan sirkulasi darah, dan mengurangi tekanan pada area yang nyeri. Klien juga dianjurkan melakukan distraksi, seperti mendengarkan murotal atau berdzikir, untuk membantu mengalihkan fokus dari rasa nyeri. Selain itu, diajarkan teknik relaksasi napas dalam sebagai metode non-farmakologis untuk mengurangi persepsi nyeri. Tindakan farmakologis dilakukan melalui kolaborasi dengan tim medis, sesuai kebutuhan dan kondisi klien pasca operasi *sectio caesarea*. Dalam kasus ini, dokter meresepkan obat Ketorolac 3x30 mg yang diberikan secara intravena sebagai analgesik untuk membantu meredakan nyeri.

Pada diagnosa “gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri”, penulis merancang tahapan mobilisasi secara bertahap untuk pasien. Enam jam pertama setelah operasi *sectio caesarea*, pasien dianjurkan untuk tetap tirah baring (*bedrest*), namun sudah dapat melakukan gerakan ringan seperti menggerakkan tangan, jari-jari kaki, dan pergelangan tangan. Selanjutnya, pada 6 hingga 12 jam pasca

operasi, ibu mulai diarahkan untuk miring ke kiri dan kanan secara bergantian. Setelah 24 jam, pasien mulai belajar duduk, dan jika sudah mampu duduk dengan baik, maka dapat dilanjutkan dengan latihan berjalan perlahan. Selain itu, keluarga juga dianjurkan untuk mendampingi pasien selama melakukan aktivitas guna meminimalkan risiko jatuh dan memberikan dukungan selama proses pemulihan (Solekhudin et al., 2022). Perencanaan tersebut disusun untuk mendukung pencapaian tujuan, di mana setelah diberikan dukungan mobilisasi selama 24 jam, diharapkan Ny. L dapat mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu kekuatan otot meningkat, pergerakan ekstremitas meningkat, serta kelemahan fisik menurun.

Diagnosa risiko terjadinya infeksi yang berhubungan dengan efek prosedur invasif, yaitu operasi *sectio caesarea*, ditindaklanjuti dengan penyusunan rencana keperawatan sebagai berikut: melakukan observasi terhadap tanda-tanda infeksi, mengganti balutan luka dengan memperhatikan teknik steril, serta menekankan pentingnya mencuci tangan dengan benar sebelum dan sesudah perawatan atau kontak dengan benda yang berpotensi terkontaminasi, sebagai langkah pertama dalam mencegah infeksi terkait layanan kesehatan. Selain itu, diberikan terapi antibiotik sesuai petunjuk dokter untuk membunuh atau melemahkan kuman secara sistemik. Pada kasus Ny. L, dokter meresepkan Cefotaxime 1 gram dua kali sehari secara intravena dan

Metronidazole 500 mg tiga kali sehari secara intravena sebagai antibiotik.

Diagnosa keperawatan terakhir yang ditegakkan adalah menyusui tidak efektif. Dalam hal ini, penulis lebih menekankan pada perencanaan edukasi menyusui kepada Ny. L dengan tujuan mengurangi rasa cemas yang dialaminya, serta memberikan pemahaman mengenai kondisi normal pada masa nifas. Diharapkan, dengan pemahaman tersebut, kecemasan maternal dapat berkurang sehingga tidak memicu stres yang berpotensi menghambat produksi ASI. Selain itu, perencanaan juga difokuskan untuk terus memotivasi ibu dalam membangun kepercayaan diri saat menyusui, sehingga ketika diperbolehkan pulang, ibu mampu langsung menerapkan anjuran yang telah diberikan, seperti posisi menyusui yang tepat untuk membantu kelancaran pemberian nutrisi bagi bayinya.

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 1 x 24 jam dimana Ny. L 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. L selama perawatan diri.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap pelaksanaan, penulis berupaya menjalankan setiap tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun. Selama proses berlangsung, tidak ditemukan perbedaan atau penyimpangan antara teori dan kondisi di lapangan. Setiap tindakan selalu dijelaskan terlebih dahulu kepada klien sesuai prosedur, sehingga klien menunjukkan sikap kooperatif dan memberikan dukungan terhadap intervensi yang dilakukan. Secara keseluruhan, pelaksanaan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. L pasca operasi *sectio caesarea*, penulis mengidentifikasi lima masalah keperawatan. Dari kelima masalah tersebut, tiga di antaranya belum dapat teratasi sepenuhnya karena keterbatasan waktu, yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif. Sementara itu, dua masalah lainnya dinyatakan teratasi, yaitu gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan sebab tujuan dan hasil asuhan keperawatan menunjukkan pencapaian yang sesuai dengan data yang ada.

Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari di rumah sakit, penulis melakukan evaluasi terhadap kondisi pasien dan memperoleh hasil sebagai berikut:

Hasil Evaluasi pada Diagnosa Keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam, pasien menyatakan bahwa nyeri yang dirasakan berkurang, dari skala nyeri 6 menjadi skala 4 (0–10). Hal ini menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri, namun belum sepenuhnya hilang. Dengan demikian, masalah nyeri akut dinyatakan teratasi sebagian. Pasien pulang pada hari ketiga, di mana proses penyembuhan luka masih berada pada fase inflamasi. Pada fase ini, secara fisiologis nyeri masih mungkin dirasakan akibat proses peradangan yang masih berlangsung di area luka operasi.

Hasil Evaluasi pada Diagnosa Keperawatan: Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri Setelah dilakukan perawatan selama 1x24 jam, diperoleh data bahwa pasien sudah mampu duduk dan berdiri secara mandiri, meskipun saat berjalan masih memerlukan bantuan dari keluarga. Kekuatan otot ekstremitas bawah saat ini adalah 5/5, menunjukkan peningkatan dari kondisi awal saat masuk rumah sakit, di mana pasien belum dapat melakukan pergerakan sendiri dan kekuatan otot ekstremitas bawah hanya 4/4. Berdasarkan pencapaian ini, masalah gangguan mobilitas fisik dinilai sudah teratasi, karena telah memenuhi tujuan dan kriteria hasil yang

direncanakan. Meskipun demikian, pasien masih memerlukan dukungan keluarga dalam aktivitas sehari-hari. Hal ini berkaitan dengan kondisi psikologis pasien yang masih berada pada fase taking in, di mana pasien cenderung bergantung pada orang lain dan fokus pada pemulihan diri setelah melahirkan.

Hasil Evaluasi pada Diagnosa Keperawatan: Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (Luka Operasi *Section caesarea*) Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam, pasien masih mengeluhkan sedikit nyeri pada area luka bekas operasi. Data objektif menunjukkan adanya penurunan jumlah leukosit dari 11.000/mm³ menjadi 9.800/mm³, yang dapat mengindikasikan perbaikan kondisi inflamasi. Berdasarkan hasil tersebut, masalah dinilai teratasi sebagian. Hal ini karena luka post operasi masih ada dan sedang berada dalam fase inflamasi awal dari proses penyembuhan, di mana risiko infeksi masih tetap ada apabila perawatan luka tidak dilakukan secara tepat dan konsisten.

Hasil Evaluasi pada Diagnosa Keperawatan: Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Tidak Dilakukannya Rawat Gabung Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam, masalah menyusui tidak efektif pada Ny. L dinilai belum teratasi. Hal ini ditandai dengan ASI yang belum dapat keluar secara memancar, meskipun intervensi telah diberikan. Kondisi ini berkaitan erat dengan tidak dilakukannya rawat gabung antara ibu dan bayi, sehingga tidak ada rangsangan

hisapan langsung dari bayi maupun kontak perlekatan yang optimal. Ketiadaan stimulasi ini berdampak pada belum optimalnya refleksi oksitosin dan produksi ASI. Selama proses keperawatan, mulai dari pengkajian hingga evaluasi, tidak ditemukan data baru yang mengharuskan dilakukan revisi atau penyusunan ulang terhadap intervensi yang telah direncanakan sebelumnya.

Hasil evaluasi pada diagnose defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan maternal didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam, 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, walaupun pasien masih harus dibantu dalam setiap aktivitas karena masih perlu dukungan dari keluarga.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. L, P1A0, 6 jam post *sectio caesarea* dengan indikasi gawat janin di ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut pada tanggal 23–25 April 2025, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.L dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Ny.L dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin.
3. Penulis mampu menetapkan perencanaan keperawatan pada Ny.L dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin berdasarkan diagnosa prioritas yang telah disusun.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny.L dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin sesuai rencana yang telah ditetapkan.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Ny.L dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin.

6. Penulis mampu membuat dokumentasi keperawatan pada Ny.L dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.L P1A0 6 jam setelah post op *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin. Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada:

1. Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi Institusi Pendidikan Keperawatan dapat terus melakukan penelitian terkait post *sectio caesarea*, khususnya tentang mobilisasi dini dan pentingnya peningkatan nutrisi pada ibu post sc.

2. Bagi Rumah Sakit

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

3. Bagi Perawat

Diharapkan bagi setiap perawat untuk selalu menerapkan standar prosedur tindakan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit tanpa membedakan status pasien. Khususnya dalam melakukan intervensi terhadap ibu post partum, diharapkan semua perawat dapat mengembangkan intervensi seperti manajemen nyeri tidak hanya teknik relaksasi napas dalam tetapi bisa juga kompres atau yang lainnya sesuai Evidence-based-practice (EBP).

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

- Aisyah, *, Cahyani, N., Cahyani, A. N., Ki, J., Dewantara, H., & 10 Kentingan, N. (2023). Penerapan Mobilisasi Dini terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Ibu Post *Sectio caesarea* Maryatun Universitas 'Aisyiyah Surakarta. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan (JURRIKES)*, 2(2), 58–73. <https://doi.org/10.55606/jurrikes.v2i2.1688>
- Anisa, N. (2023). *Program studi kebidanan program diploma tiga fakultas kesehatan universitas aufa royhan di kota padang sidempuan tahun 2023*.
- Asriani, S. &. (2023). *keperawatan maternitas* (ansyarudin (ed.)). eureka media aksara.
- Baso, Y. S., & Fatimah, S. (2025). *Nursing Care with Post Section Caesaria in Cases of Fetal Malpresentation Asuhan Keperawatan dengan Post-SC pada Kasus Malpresentasi Janin*.
- Beno, J., Silen, A. ., & Yanti, M. (2022). dampak persalinan *sectio caesarea*. *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.
- Capinera, john L. (2021). No ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU POST PARTUM DENGAN MASALAH KURANGNYA PENGETAHUANTENTANG PERAWATANTALI PUSAT DI PMB NY. YETI KRISTIYANT, S. ST KABUPATEN PRINGSEWU TAHUN 2021 Proposal. *Block Caving – A Viable Alternative?*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.solener.2019.02.027%0Ahttps://www.golder.com/insights/block-caving-a-viable-alternative/%0A???>
- Caron, J., & Markusen, J. R. (2022). *Kegawatdaruratan Dalam Kebidanan Dan Neonatal*.
- dewi ratna. (2023). *bidanku dan kemandirian pemenuhan perawatan nifas*.
- Farrah Fadhilah, G., & Sari, I. (2021). Analisis Perawatan Partus Sektio Caesarea Pasien Rawat Inap Jamkesmas Ina-Cbg's di RSU Muhammadiyah Cirebon. *Jurnal Sosial Sains*, 1(8), 838–845. <https://doi.org/10.59188/jurnalsosains.v1i8.173>
- Gordon. (2024). komplikasi *sectio caesarea*. *Pontificia Universidad Catolica Del Peru*, 8(33), 44.
- Intanghina. (2020). upaya pemenuhan istirahat dan tidur ibu post *sectio caesarea*. *Convention Center Di Kota Tegal*, 9.
- Iswanti, T., Maringga, E. G., Ivantarina, D., & Damayanti, M. (2023). Buku Ajar Asuhan Kegawatdaruratan Pada Persalinan. In tim M. G (Ed.), *Mahakarya Citra Utama Froup*. mahakarya citra utama.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas. *Kebutuhan Pada Masa Nifas*, 49.

- Khamisya, M. T. (2023). Hubungan Usia, Partus Lama Dan Gawat Janin Pada Ibu Hamil Dengan *Sectio caesarea* Di Rsud H. Abdul Manap Kota Jambi. *Jurnal Bahana Kesehatan Masyarakat (Bahana of Journal Public Health)*, 7(1), 109–113.
- Khasanah & sulistyawati. (2022). *buku ajar asuhan nifas & menyusui*.
- Kristianingsih, fauziah & anggraeni. (2020). *Health Dynamics A Review of Factors Influencing Post sectio caesarea Hemorrhage : Age , Parity , Pregnancy Spacing , Anemia , Newborn Weight , Prolonged Labor , Perineal Tear , and Type of Labor Health Dynamics*. 1(2), 415–424.
- Kurnia. (2021). *upaya peningkatan nutrisi pada pasien post sectio caesarea di ESU Assalam Gemolong. Universitas Muhammadiyah Surakarta*. 4(June), 2016.
- Kusuma, D. W. I. I. (2022). *Gambaran tekanan darah pada pasien sectio caesarea yang diberikan koloid pasca anestesi spinal di rsud karangasem*.
- Meilina & Aisyah. (2019). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DIASTASIS REKTI* Meilina Estiani , 2 Aisyah *Abstrak PENDAHULUAN* Kehamilan merupakan suatu peristiwa yang penting dalam kehidupan seorang wanita . Pada saat hamil terjadi perubahan dalam tubuh wanita , baik per. 5(2355), 24–31.
- Nada, R., Sulistyowati, P., & Puspasari, F. D. (2022). *TA : Literature Review Asuhan Keperawatan Ibu Post Sectio caesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri. Repository.Politeknikyakpermas.Ac.Id*, 4–25.
- Pasaribu, I. H., Anwar, K. K., Luthfa, A., Rahman, F. I., Yanti, I., Dewi, Y. V. A., Lestari, D. R., Sari, N., Apreliasari, H., Kurniatin, L. F., Rohmawati, W., Ahamd, M., Daranga, E., Irawati, E., & Sari, L. I. (2023). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*. In *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui* (Vol. 4, Issue 3). <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.biteb.2021.100642>
- Pasaribu, Y. (2020). *Metode, Hasil, Pembahasan*.
- Putri, Astuti, & damaila. (2021). *Hubungan persalinan induksi dan Gawat Janin di provinsi jawa barat*.
- Rahmatia Sitanggang. (2021). Tujuan evaluasi dalam keperawatan. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, 1(5), 1–23.
- Riza, S., Hen, Christian, Sti, S., Titi, & diana. (2022). *Buku ajar nifas DIII kebidanan jilid II* (group mcu tim (ed.)).
- Sabrina, A. (2020). Diagnosa Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 7(2), 1–6.
- Safitri, R. (2020). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien*.

- sayuti. (2021). *Keseimbangan Energi dan pengaturan Suhu tubuh dalam: Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem*, edisi 8. (17)701-8.
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (Persatuan).
- Septiana, M., & Sapitri, A. (2023). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan *Sectio caesarea*. *Lentera Perawat*, 1(2), 88–97. <https://jurnal.stikesalmaarif.ac.id/index.php/lenteraperawat/article/view/143>
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan indonesia* (1st ed.). PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA.
- Silfianingsih, R., Kesehatan, F., Studi, P., & Keperawatan, D. I. V. (2022). *Kejadian Shivering Pasien Paska Sectio caesarea Dengan Regional Anestesi Setelah Pemberian*.
- SLKI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional indonesia.
- Sugiarto. (2023). 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.
- Sulistiyawati henny. (2023). *buku ajar nifas DIII kebidanan* (grup MCU TIM (ed.)).
- Umaroh, Musdalifah Ulfah, & Oktaviani, D. A. (2020). Pengenalan Perubahan Fisiologi Dan Tanda Bahaya Pada Ibu Hamil Dan Ibu Nifas. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia* (pp. 1–34). https://perpustakaan.kemkes.go.id/inlislite3/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/MGZkNjEzNDZkN2IwMDY3OTc2MTM5ZTYwYjIxMjY0YzJmOTBjN2M2NQ==.pdf
- Wartolah. (2020). Langkah - Langkah Proses Keperawatan. *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan*, 4,5,6,7,8.
- widiyaningsih. (2025). *efektivitas murottal Al Quran terhadap penurunan nyeri ibu post sectio caesarea*. 16(1), 104–115.
- Wijaya, W., Limbong, T. O., & Yulianti, D. (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
- wulan, tetty, devi. (2023). *Buku ajar asuhan kebidanan nifas* (nasrudin (ed.)).
- Yuhana, Y., Farida, T., & Turiyani, T. (2022). Hubungan Ketuban Pecah Dini, Partus Lama, dan Gawat Janin dengan Tindakan Persalinan *Sectio caesarea* di Rumah Sakit TK. IV DR. Noesmir Baturaja Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(1), 78. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1735>

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Sakila Fauziah Nurjaman

Nim : KHGA22033

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny. L (P1A0) post operasi *sectio caesarea* POD 0 atas indikasi gawat janin di RSUD Dr. Slamet Garut

Pembimbing : K. Dewi Budiarti, M. Kep

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Pembimbing
1	05-06-2025	BAB I	Perbaiki latar belakang : - Keterkaitan antar paragraf	
2	11-06-2025	BAB I	- Hapus sebagian latar belakang - Lanjut Bab II	
3	19-06-2025	BAB II	- Benerin susunan penulisan - Perbaiki Pemeriksaan fisik payudara, abdomen, dan genetalia	
4	20-06-2025	BAB II	- Tabel tidak boleh menggantung - Lanjut bab III	

5	25-06-2025	BAB III	- Perbaiki pemeriksaan fisik - Perbaiki Analisa data - Tambah diagnosa	
6	27-06-2025	BAB III	- Perbaiki catatan perkembangan - Lanjut bab IV	
7	30-06-2025	BAB IV	- Perbaiki rekomendasi untuk perawat	
8	31-06-2025		Bikin Draf dan Lampiran	
9	05-06-2025		Acc sidang	

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

MOBILISASI DINI

Pokok pembahasan	: Post Natal Care (PNC)
Sub pokok pembahasan	: Mobilisasi Dini Post <i>Sectio caesarea</i>
Sasaran	: Ny. L
Hari/ Tanggal	: Kamis, 24 April 2025
Tempat	: Ruang Marjan Bawah
Waktu	: 08.00 WIB
Durasi	: 15 Menit
Penyuluh	: Sakila Fauziah Nurjaman
	Mahasiswa praktek D-III Keperawatan Stikes Karsa
	Husada Garut

A. Latar Belakang

Perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan dinamika masyarakat mendorong tenaga kesehatan untuk terus meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan demi tercapainya tujuan pembangunan di bidang kesehatan. Meskipun ilmu pengetahuan terus berkembang, efektivitas penanganan suatu penyakit tetap dapat menghadapi kendala, khususnya pada pasien pasca operasi yang membutuhkan penanganan secara profesional. Pada pasien pasca operasi *sectio caesarea*, misalnya, dibutuhkan perawatan yang optimal guna mempercepat proses

penyembuhan luka. Pemulihan fungsi fisik pada pasien ini dimulai segera setelah tindakan operasi dengan melakukan latihan pernapasan, batuk efektif, dan mobilisasi dini (Marfuah et al., 2019).

Salah satu masalah umum yang terjadi pada pasien pasca operasi adalah keluhan nyeri yang intens atau faktor lain yang membuat pasien enggan melakukan mobilisasi dini, sehingga lebih memilih untuk tetap beristirahat di tempat tidur. Kondisi ini berisiko bagi pasien pasca operasi *sectio caesarea* karena dapat memicu terjadinya komplikasi akibat tindakan pembedahan. Beberapa komplikasi yang mungkin timbul antara lain sepsis berat, perdarahan, tromboemboli, cedera pada saluran kemih, serta infeksi pada area luka operasi (Beno et al., 2022). Menurut Solekhudin, 2022 mobilisasi dini memiliki peran penting bagi ibu pasca operasi *sectio caesarea* karena dapat mempercepat proses penyembuhan luka.

Mobilisasi dini biasanya dilakukan dalam waktu enam jam setelah pasien sadar. Meskipun adanya luka pembedahan yang cukup besar pada dinding perut dan rahim dapat menimbulkan rasa nyeri, mobilisasi dini tetap disarankan karena bertujuan untuk mencegah komplikasi serta membantu mengurangi nyeri dalam jangka panjang dengan mempercepat proses penyembuhan luka. Jika mobilisasi dini tidak dilakukan, proses penyembuhan dapat terhambat, yang berisiko menyebabkan nyeri yang lebih parah atau bahkan infeksi akibat terganggunya sirkulasi darah di sekitar area luka (Purnama et al., 2020).

Melihat kondisi pasien pasca operasi yang membutuhkan perawatan intensif, diperlukan tindakan intervensi yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan, antara lain melalui latihan pernapasan dan mobilisasi dini. Upaya ini dilakukan guna mempercepat proses penyembuhan, mempercepat waktu pemulihan pasien, serta meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dini

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan penyuluhan selama 15 Menit peserta diharapkan dapat:

- a. Menyebutkan Pengertian mobilisasi dini
- b. Menyebutkan manfaat mobilisasi dini
- c. Menyebutkan kerugian tidak dilakukannya mobilisasi dini
- d. Menyebutkan tahapan mobilisasi dini post operasi pada ibu sc
- e. Melakukan rentang gerak (ROM)

C. Sasaran

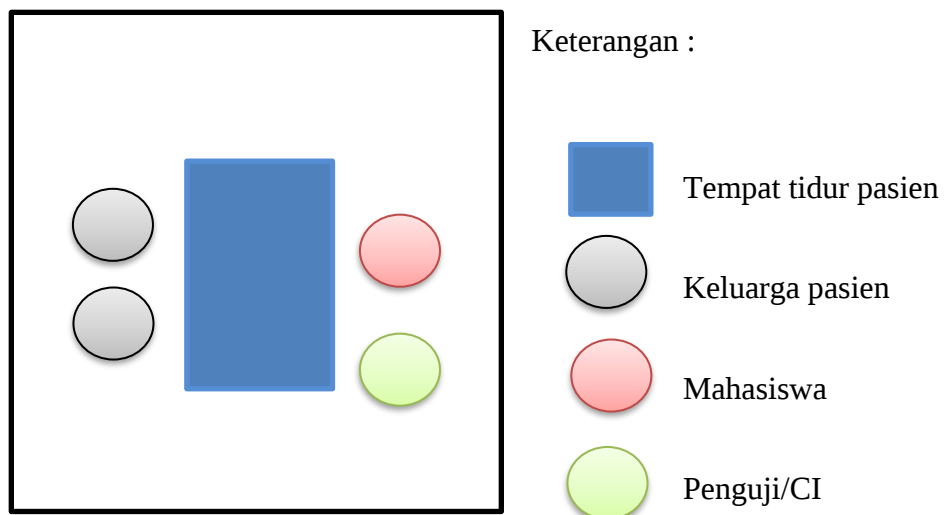
Sasaran Penyuluhan adalah Ny.L dan keluarga Ny.L yang berada di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

D. Metode

Metode yang digunakan yaitu metode ceramah, demonstrasi dan tanya jawab

E. Setting Tempat

Tempat disamping tempat tidur pasien dimana keluarga berada di sisi lain tempat tidur.



F. Media

- Leaflet

G. Kegiatan Penyuluhan

Kegiatan	Penyuluhan	Audiance	Waktu	Metode
Pembukaan	a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Menjelaskan cakupan materi yang akan di sampaikan c. Melakukan appersepsi d. Menjelaskan manfaat dan	a. Menjawab salam dan mendengarkan	2 Menit	Ceramah

Kegiatan	Penyuluhan	Audiance	Waktu	Metode
	tujuan penyuluhan			
Penyaji	a. Menjelaskan pengertian mobilisasi dini b. Menjelaskan apa itu mobilisasi dini c. Menyebutkan apa saja manfaat mobilisasi dini d. Menjelaskan kerugian dari tidak melakukannya mobilisasi dini e. Menjelaskan tahapan mobilisasi dini f. Membantu pasien melakukan rentang gerak (ROM)	a. Menyimak, mendengarkan	10 Menit	Ceramah
Penutup	a. Menutup pertemuan dengan menyimpulkan materi yang telah di bahas b. Melakukan evaluasi c. Memberikan salam penutup	a. Mendengarkan, menjawab dan menjawab salam	3 menit	Ceramah

H. Materi (Terlampir)

I. Rencana Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- a. Diharapkan pelaksanaan kegiatan penyuluhan mengenai mobilisasi dini dapat berjalan seimbang dan sesuai dengan perencanaan yang tercantum dalam proposal, termasuk pengaturan tempat dan waktu yang telah disepakati sebelumnya.
- b. Mahasiswa diharapkan mampu memfasilitasi kegiatan dengan optimal serta menjalankan peran dan tanggung jawabnya dengan

baik, didukung oleh penggunaan tempat yang nyaman dan kondusif untuk kegiatan.

2. Evaluasi Proses

Seluruh peserta menunjukkan antusiasme terhadap materi yang disampaikan dalam penyuluhan dan berpartisipasi aktif selama kegiatan berlangsung, salah satunya dengan mengajukan pertanyaan.

3. Hasil Evaluasi

- a. Kegiatan berlangsung sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan.
- b. Peserta mampu memahami materi tentang mobilisasi dini setidaknya sebesar 80% dari keseluruhan isi penyuluhan.

J. Pengorganisasian

1. Penanggung Jawab: **CI Ruang Marjan Baah**

Tugas:

- a. Mempertanggung jawabkan keseluruhan acara
- b. Mengawasi jalanya acara

2. Penyuluh : Sakila Fauziah Nurjaman

Tugas :

- a. Membuat SAP Penyuluhan
- b. Mencatat jalanya acara dari awal sampai akhir
- c. Menjelaskan materi penyuluhan
- d. Membantu pasien dalam melakukan mobilisasi dini
- e. Menjawab pertanyaan diskusi

A. Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan tindakan pemindahan posisi atau pergerakan yang dilakukan oleh pasien beberapa jam setelah operasi. Kegiatan ini dimulai dengan pergerakan sederhana di atas ranjang, seperti bergeser ke kanan dan ke kiri serta latihan duduk, yang akhirnya memungkinkan pasien untuk turun dari tempat tidur dan berlatih berjalan (Mita Putri Sugiyanto et al., 2023). Langkah ini merupakan upaya awal pasca pembedahan yang melibatkan pembimbingan pasien dalam melakukan aktivitas, termasuk latihan pernapasan dan gerakan ringan di ranjang, guna mendukung proses pemulihan (Hartini, 2021).

Berdasarkan kedua definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini merupakan suatu proses latihan fisik atau gerakan yang dilakukan oleh pasien pasca operasi. Mobilisasi ini dimulai minimal enam jam setelah pasien sadar dari tindakan pembedahan, dengan tujuan melatih kemampuan pasien untuk kembali melakukan aktivitas sehari-hari. Latihan ini dapat dimulai di atas tempat tidur, dimulai dari gerakan sederhana hingga latihan duduk.

B. Manfaat Mobilisasi Dini

Bagi ibu pasca operasi *sectio caesarea*, melakukan mobilisasi dini sangat penting karena dapat mempercepat proses penyembuhan luka operasi, meningkatkan sirkulasi darah, mempercepat proses involusi uterus, membantu kelancaran pengeluaran lokia, mempercepat eliminasi sisa metabolisme, memperbaiki fungsi paru-paru, serta mengurangi risiko

terbentuknya bekuan darah. Seluruh manfaat ini berkontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu (Nurfitriani, 2022).

C. Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Sebagian besar pasien mungkin merasa enggan saat disarankan untuk melakukan mobilisasi dini. Namun, penting untuk dipahami bahwa jika mobilisasi tidak segera dilakukan, dapat menimbulkan berbagai dampak negatif, antara lain:

1. Proses penyembuhan luka menjadi lebih lambat,
2. Terjadinya lecet pada kulit punggung akibat posisi berbaring terlalu lama,
3. Tubuh menjadi mudah lelah,
4. Penyembuhan luka semakin terhambat,
5. Proses involusi uterus terganggu.
6. Fungsi otot menurun,
7. Nyeri yang dirasakan menjadi lebih intens,
8. Terjadinya gangguan pada fungsi metabolisme,
9. Munculnya perdarahan yang tidak normal, dan
10. Meningkatnya risiko infeksi pada luka operasi (Nurfitriani, 2022).

D. Tahapan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini pada ibu pasca operasi caesarea perlu disesuaikan dengan kondisi fisik dan kemungkinan risiko yang dapat terjadi. Menurut Astutik (2015), terdapat beberapa tahapan mobilisasi dini yang dapat dilakukan oleh ibu setelah menjalani operasi caesar, antara lain:

1. 6 jam pertama pasca SC

Setelah menjalani operasi *sectio caesarea*, ibu perlu beristirahat dengan posisi berbaring. Namun, pada enam jam pertama dalam tahap mobilisasi dini, ibu sudah dianjurkan melakukan gerakan ringan seperti menggerakkan tangan dan lengan, jari-jari kaki, serta memutar pergelangan tangan. Latihan ini bisa dilakukan tanpa menimbulkan rasa nyeri, terutama jika punggung disangga bantal dalam posisi setengah duduk. Selain itu, ibu juga dapat mulai menggerakkan kaki ke depan dan ke belakang, serta memutarnya ke kanan dan ke kiri. Gerakan ini dapat dilakukan meskipun ibu masih dalam posisi berbaring, sebelum mampu duduk. Latihan dapat dimulai dengan menekuk lutut lalu meluruskannya kembali, sesuai dengan peningkatan kekuatan tubuh.

2. 6-12 jam pasca SC

Guna mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, ibu pasca operasi *sectio caesarea* dianjurkan untuk secara rutin memiringkan tubuh ke kiri dan ke kanan. Posisi miring ini sebaiknya dilakukan setiap dua jam, disertai dengan latihan batuk dan pernapasan dalam. Untuk membantu mengurangi nyeri pada area sayatan saat batuk, dapat digunakan bantal kecil yang ditempatkan di atas perut sebagai penyangga.

3. 24 jam pertama pasca SC

Ibu pasca operasi *sectio caesarea* dianjurkan untuk mulai belajar duduk. Dalam proses ini, ibu dapat dibantu oleh suami atau perawat

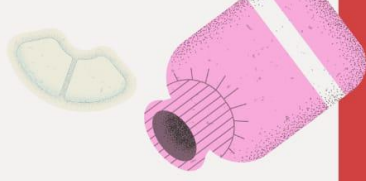
untuk menopang tubuh dan membimbing agar bisa duduk tegak dengan aman dan nyaman.

4. 24 jam berikutnya

Setelah ibu pasca operasi mampu duduk dengan baik, disarankan untuk mulai belajar berjalan. Latihan ini dilakukan ketika pasien sudah bisa berdiri dengan stabil dan memiliki kekuatan tubuh yang cukup, lalu dilanjutkan dengan bergerak perlahan secara bertahap.

DAFTAR PUSTAKA

- Beno, J., Silen, A. ., & Yanti, M. (2022). klasifikasi *sectio caesarea*. *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.
- Marfuah, D., Nurhayati, N., Mutiar, A., Sumiati, M., & Mardiani, R. (2019). Pain Intensity among Women with Post-Caesarean Section: A Descriptive Study. *KnE Life Sciences*, 2019, 657–663. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i13.5322>
- Mita Putri Sugiyanto, Anjar Nurrohmah, & Alfida Fitri Hapsari. (2023). Penerapan Teknik Mobilisasi Dini terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Post *Sectio caesarea* RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Medika Nusantara*, 1(2), 252–263. <https://doi.org/10.59680/medika.v1i2.486>
- Nurfitriani. (2022). Pengetahuan Dan Motivasi Ibu Post *Sectio caesarea* Dalam Mobilisasi Dini The Knowledge And Motivation Mothers Post *Sectio caesarea* In Early Mobilization. *Jurnal Psikologi Jambi*, 2(2), 31–38.
- Purnama, H., Sriwidodo, & Ratnawulan, S. (2020). Review Sistematis: Proses Penyembuhan Dan Perawatan Luka. *Farmaka*, 15(2), 251–257.
- Solekhuudin, A. I., Ma'rifah, A. R., & Utami, T. (2022). Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Post *Sectio caesarea*. *Journal of Management Nursing*, 2(1), 177–183. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.79>



APA ITU MOBILISASI

Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau proses pergerakan dan perpindahan posisi yang dilakukan oleh pasien yang sadar setelah beberapa jam pasca operasi.



MANFAAT MOBILISASI UNTUK APA?

- Mempercepat proses penyembuhan luka
- membantu pengeluaran lochea
- memperlancar peredaran darah
- membantu dalam proses involusi uterus
- mempercepat pembuangan sisa metabolisme
- mencegah trombositis dan tromboemboli
- meningkatkan fungsi paru selepas proses bedah
- mencegah infeksi pada luka



KAMI PEDULI ANDA

AYO MOBILISASI DINI



SAKILA FAUZIAH NURJAMAN
KHGA22033



KERUGIAN JIKA TIDAK MOBILISASI

untuk pasien post operasi mungkin tidak akan aneh jika pasien mengeluh nyeri sehingga tidak mau melakukan pergerakan. Akan tetapi jika pasien terus-menerus tidak melakukan pergerakan akan ada beberapa komplikasi atau kerugian yang dapat dialami oleh pasien antara lain sebagai berikut :

- intensitas atau tingkat nyeri akan lebih berat
- proses penyembuhan akan semakin lama
- badan akan terasa mudah lelah
- sirkulasi darah buruk
- involusi uteri buruk
- gangguan fungsi otot
- gangguan fungsi metabolik
- infeksi pada luka



TAHAPAN MOBILISASI DINI

24 JAM PERTAMA

jika sudah mulai mampu mengontrol nyeri, pasien diharuskan duduk, duduk dengan tahanan seperti bantal atau duduk semifowler. Setelah itu pasien harus di ajarkan duduk tanpa tahanan dengan kaki menghadap bawah.

24 JAM BERIKUTNYA

pasien harus sudah bisa belajar berjalan setelah mampu duduk, tidak apa jika masih harus di dampingi keluarga untuk menghindari resiko jatuh

6 JAM PERTAMA SETELAH SADAR

setelah sadar dari operasi disarankan untuk tidak melakukan kegiatan apapun atau dengan kata lain bedrest total namun untuk mempercepat penyembuhan dan mencegah kekuatan sendi pasien disarankan untuk melakukan pergerakan sederhana pasti, pergerakan sendi tangan, menekuk kaki dan menggerakkan jari-jari tangan dan kaki kemudian untuk melatih fungsi paru pasien di anjurkan latihan napas dalam dan batuk efektif

6-12 JAM BERIKUTNYA

setiap 2 jam sekali pasien di anjurkan untuk belajar miring kanan dan miring kiri



SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PERLEKATAN

Pokok pembahasan	: Post Natal Care (PNC)
Sub pokok pembahasan	: Cara Menyusui Dengan Benar
Sasaran	: Ny. L
Hari/ Tanggal	: Kamis, 25 April 2025
Tempat	: Ruang Marjan Bawah
Waktu	: 08.00 WIB
Durasi	: 15 Menit
Penyuluh	: Sakila Fauziah Nurjaman

Mahasiswa praktek D-III Keperawatan Stikes Karsa

Husada Garut

A. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan, klien mengerti tentang cara menyusui yang baik dan benar.

B. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan, klien dapat mengetahui tentang:

1. Pengertian tehnik menyusui yang benar
2. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
3. Cara perlekatan mulut bayi yang benar
4. Tanda menyusui Efektif
5. Macam – macam posisi menyusui

6. Teknik melepaskan hisapan bayi
7. Cara menyendawakan bayi setelah minum ASI

C. Materi

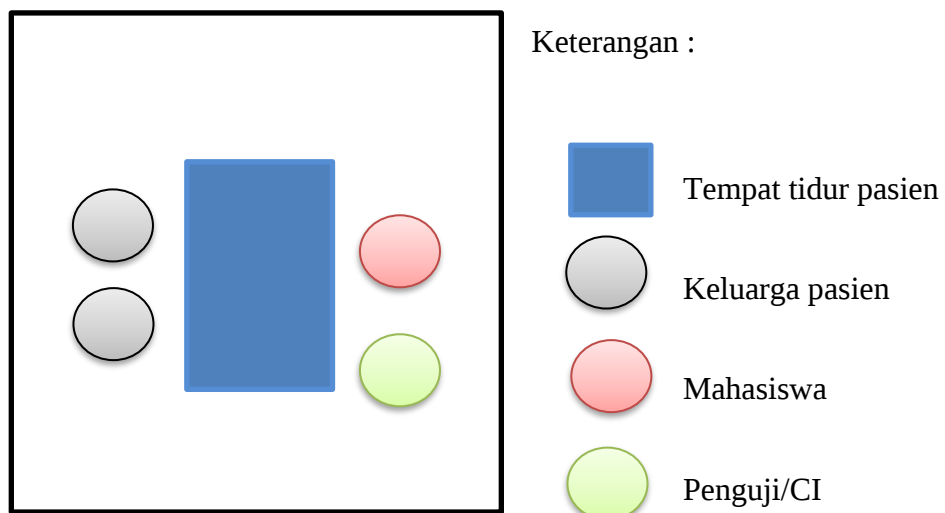
1. Pengertian Teknik menyusui yang benar
2. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
3. Cara perlekatan mulut bayi yang benar
4. Tanda menyusui Efektif
5. Macam – macam posisi menyusui
6. Teknik melepaskan hisapan bayi
7. Cara menyendawakan bayi setelah minum ASI

D. Metode

Ceramah, Tanya Jawab

E. Setting tempat

Tempat disamping tempat tidur pasien dimana keluarga berada di sisi lain tempat tidur.



F. Media

Leaflet

G. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap/Waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan sasaran
1.	Pembukaan: 3 menit	1. Memberikan salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan pokok bahasan dan tujuan penyuluh	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan
2.	Pelaksanaan: 20 Enit	1. Menjelaskan pengertian Teknik menyusui yang benar 2. Menjelaskan Posisi dan perlekatan menyusui yang benar 3. Menjelaskan Cara perlekatan mulut bayi yang benar 4. Menjelaskan Tanda menyusui Efektif 5. Menjelaskan Macam – macam posisi menyusui 6. Menjelaskan Teknik melepaskan hisapan bayi 7. Menjelaskan Cara menyendawakan bayi setelah minum ASI	1. Memperhatikan 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan 4. Memperhatikan 5. Memperhatikan 6. Memppperhatikan 7. Memperhatikan
3.	Evaluasi: 5 menit	Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan	Menjawab pertanyaan
4.	Terminasi: 2 menit	1. Mengucapkan terimakasih 2. Mengucapkan salam penutup	1. Mendengarkan 2. Menjawab salam

H. Evaluasi

1. Jelaskan cara menyusui yang baik dan benar
2. Jelaskan posisi bagaimana cara menyusui bayi yang baik dan benar
3. Jelaskan Cara perlekatan mulut bayi yang benar
4. Sebutkan Tanda menyusui Efektif
5. Sebutkan Macam – macam posisi menyusui
6. Jelaskan Teknik melepaskan hisapan bayi
7. Jelaskan cara menyendawakan bayi setelah minum ASI

I. Hasil

1. Klien bisa menjelaskan Teknik cara menyusui yang baik dan benar
2. Klien bisa menjelaskan dan memperagakan bagaimana caranya menyusui dengan baik dan benar
3. Klien mampu menjelaskan Cara perlekatan mulut bayi yang benar
4. Klien mampu menyebutkan Tanda menyusui Efektif
5. Klien mampu menyebutkan Macam – macam posisi menyusui
6. Klien bisa menjelaskan Teknik melepaskan hisapan bayi
7. Klien bisa menjelaskan cara menyendawakan bayi setelah minum ASI

J. Daftar Pustaka

Materi Penyuluhan “ Tehnik Menyusui yang Baik dan Benar”

A. Pengertian tehnik menyusui yang benar

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI secara optimal dengan memperhatikan posisi ibu dan bayi, perlekatan mulut bayi, serta kenyamanan selama proses menyusui. Teknik ini bertujuan agar bayi

mendapatkan cukup ASI dan ibu terhindar dari masalah seperti puting lecet atau bengkak payudara. (Kemenkes RI, 2023)

B. Posisi dan perlekatan menyusui

1. Kepala dan badan bayi harus berada dalam satu garis lurus agar bayi tidak kesulitan mengisap ASI.
2. Muka bayi harus menghadap payudara, dan hidung sejajar dengan puting susu.
3. Seluruh badan bayi menghadap tubuh ibu dan menempel pada tubuh ibu.
4. Ibu menopang bokong bayi, bukan hanya kepala dan bahu, untuk menjaga kenyamanan dan kestabilan bayi. (Kemenkes RI, 2021)

C. Cara perlekatan mulut bayi yang benar

1. Dagu bayi menempel pada payudara ibu.
2. Mulut bayi terbuka lebar.
3. Bibir bawah bayi terlipat ke luar.
4. Sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi, bukan hanya putingnya.
5. Perlekatan yang benar akan mencegah puting lecet dan memperlancar aliran ASI. (Prawirohardjo, 2016)

D. Tanda Menyusui Efektif

1. Bayi tampak tenang dan puas setelah menyusui.
2. Tubuh bayi menempel erat pada perut ibu.

3. Mulut bayi terbuka lebar, dagu menempel pada payudara, dan pipi tampak penuh.
4. Bibir bawah bayi melipat ke luar.
5. Sebagian besar areola (bagian gelap sekitar puting) masuk ke dalam mulut bayi.
6. Bayi menyusui perlahan dengan hisapan dalam dan istirahat di sela-sela.
7. Tidak terdengar suara selain suara menelan.
8. Bayi akan melepaskan payudara sendiri ketika kenyang.
9. Ibu tidak merasakan nyeri pada puting saat menyusui. (Kemenkes RI, 2021)

E. Macam-macam posisi menyusui

1. Cradle hold: Posisi duduk di mana kepala bayi berada di lekukan siku ibu, dan tubuh bayi menghadap ibu.
2. Cross-cradle hold: Seperti cradle hold tetapi tangan yang berlawanan menopang kepala bayi, cocok untuk bayi baru lahir.
3. Football hold: Bayi disangga di sisi tubuh ibu, seperti memegang bola football, ideal untuk ibu yang menjalani operasi caesar.
4. Lying down: Ibu dan bayi berbaring miring, saling berhadapan, cocok untuk menyusui malam hari atau ibu yang kelelahan. (Kemenkes RI, 2021)

F. Teknik Melepaskan hisapan bayi

1. Untuk menghentikan hisapan bayi tanpa menyebabkan trauma pada puting ibu, jangan menarik langsung payudara dari mulut bayi.

2. Masukkan jari kelingking ibu secara perlahan ke sudut mulut bayi atau antara gusi bayi untuk menghentikan hisapan. Setelah itu, tarik payudara secara perlahan. (Kemenkes RI, Buku saku ASI Eksklusif, 2023)

G. Cara menyendawakan bayi setelah minum ASI

1. Menyendawakan bayi penting untuk mengeluarkan udara yang tertelan saat menyusui, guna mencegah gumoh atau kembung.
2. Gendong bayi tegak dengan kepala disandarkan pada bahu ibu, lalu tepuk-tepuk atau usap lembut punggungnya.
3. Bisa juga dengan posisi duduk di pangkuan ibu, satu tangan menopang dada bayi, dan tangan lain menepuk punggung bayi.
4. Lakukan selama 5–10 menit atau sampai bayi bersendawa. (Ikatan dokter anak indonesia (IDAI),2023)



DAFTAR PUSTAKA

Kementerian Kesehatan RI. (2021). Buku Saku pelayanan kesehatan neonatal esensial.

Prawirohardjjo, S. (2016). Ilmu kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Kementerian Kesehatan RI. (2023). Buku Saku ASI Eksklusif

CARA MENYUSUI YANG BENAR

Sakila Fauziah Nurjaman
KHGA22033



posisi menyusui

- Kepala bayi dan badan bayi harus dalam satu garis
- Muka bayi menghadap payudara dengan hidung menghadap puting susu seluruh badan bayi menghadap badan ibu
- Badan bayi melekat pada tubuh ibu
- Apabila bayi baru lahir, ibu harus menopang bokong bukan hanya kepala dan bahu merupakan hal yang penting untuk bayi baru lahir. Untuk bayi lebih besar menopang bagian atas tubuhnya biasanya cukup.



Gambar : Cara meletakkan bayi



Gambar : Cara memegang payudara

Cara Perlekatan Yang Benar

- Daggu menempel payudara ibu.
- Mulut terbuka lebar.
- Bibir bawah terlipat keluar.
- Sebagian besar areola masuk ke mulut bayi.



Gambar : Perlekatan benar (Perkins, 2004)



Gambar : Perlekatan salah (Perkins, 2004)

Tanda Menyusui Efektif

- Bayi tampak tenang.
- Badan bayi menempel pada perut ibu.
- Mulut bayi terbuka lebar. Pipi bayi lunak dan bulat.
- Daggu bayi menempel pada payudara ibu.
- Bibir bawah bayi menjulur keluar.
- Sebagian aerola bawah lebih banyak yang masuk.
- Bayi menghisap dengan dalam dan lambat, diselingi istirahat.
- Tidak ada suara lain selain menelan.
- Pada akhir menyusui bayi akan melepaskan payudara secara spontan.
- Puting susu tidak terasa nyeri.

Macam - Macam posisi menyusui



cara menyendawakan bayi setelah menyusui

- Menyendawakan bayi penting untuk mengeluarkan udara yang tertelan saat menyusui, guna mencegah gumoh atau kembung.
- Gendong bayi tegak dengan kepala disandarkan pada bahu ibu, lalu tepuk-tepuk atau usap lembut punggungnya.
 - Bisa juga dengan posisi duduk di pangkuan ibu, satu tangan menopang dada bayi, dan tangan lain menepuk punggung bayi.
 - Lakukan selama 5-10 menit atau sampai bayi bersendawa.
 -

Definisi menyusui yang benar

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI secara optimal dengan memperhatikan posisi ibu dan bayi, perlekatan mulut bayi, serta kenyamanan selama proses menyusui. Teknik ini bertujuan agar bayi mendapatkan cukup ASI dan ibu terhindar dari masalah seperti puting lecet atau bengkak payudara.

cara menghentikan hisapan bayi

Untuk menghentikan hisapan bayi tanpa menyebabkan trauma pada puting ibu, jangan menarik langsung payudara dari mulut bayi.

- Masukkan jari kelingking ibu secara perlahan ke sudut mulut bayi atau antara gusi bayi untuk menghentikan hisapan. Setelah itu, tarik payudara secara perlahan.



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Sakila Fauziah Nurjaman
Tempat/Tanggal Lahir : Garut, 17 Februari 2004
Jenis Kelamin : Perempuan
Riwayat Pendidikan : TK Tunas Bangsa
SDN 02 Sukatani
SMP Negeri 02 Cisurupan
SMA Negeri 16 Garut

MOTTO

Kesabaran adalah kunci kemenangan

QS. Al-Baqarah : 153