

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R (P₁A₀) POST *SECTIO*
CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI
DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

HERLINA NUR SAKINAH

KHGA.22103



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

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R (P₁A₀) POST
SECTIO CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN
PECAH DINI DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR.
SLAMET GARUT

NAMA : HERLINA NUR SAKINAH

NIM : KHGA22103

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan Dihadapan Penelaah
Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,
Pembimbing



Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R (P1A0) POST
SECTIO CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN
PECAH DINI DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR.
SLAMET GARUT**

NAMA : HERLINA NUR SAKINAH

NIM : KHGA22103

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Penguji I



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Penguji II



Eva Daniati, S.Kep., M.pd

Mengetahui,
Ketua Prodi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah



Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

ABSTRAK

IV BAB, 116 Halaman, 14 Tabel, 1 Bagan, 4 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan keperawatan pada Ny. R (P₁A₀) post *sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut”. Prevalensi post *sectio caesarea* di RSUD Dr. Slamet Garut atas indikasi ketuban pecah dini berada pada urutan ke dua dengan jumlah 214 kasus dengan presentasi 26,95%. Tujuan penulis dapat memberikan gambaran asuhan keperawatan pada ibu post operasi *sectio caesarea* di ruang agate bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Penelitian ini menggunakan metode penelitian secara komprehensif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan. Masalah yang ditemukan pada Ny. R yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, menyusui tidak efektif dan defisit perawatan diri. Hasil Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari, masalah yang di temukan pada Ny. R yaitu nyeri akut, resiko infeksi masalah teratasi sebagian dan gangguan mobilitas fisik, menyusui tidak efektif defisit perawatan diri masalah teratasi. Adapun Kesimpulan yang ada dalam karya tulis ilmiah ini adalah pelaksanaan yang dilakukan dilapangan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya dan rekomendasi bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pelayanan dan memperhatikan penyembuhan pada post *sectio caesarea*, untuk perawat mampu melakukan Standar Operasional perawatan luka dan mobilisasi, untuk keluarga agar memberi dukungan secara psikologis serta memberi dorongan agar dapat membantu mempercepat penyembuhan klien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan *Sectio Caesarea*
Daftar pustaka : 60 buah (2017-2025)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohiom

Assalamualaikum Wr.Wb

Puji syukur kita panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny. R (P₁A₀) Post *Sectio Caesarea* POD 0 Dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

Adapun tujuan dari penyusun laporan studi kasus ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Penulis menyadari bahwa dalam menyusun laporan ini tidak terlepas dari peran serta bantuan dari berbagai pihak, baik bantuan berupa moral maupun material. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih 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 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

5. Ibu Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
6. Seluruh staf dan Dosen Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut, yang telah memberikan bantuan dorongan dan juga ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan program DIII Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
7. Seluruh Staf dan Karyawan Tata Usaha dan Perpustakaan Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut, yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
8. Ny. R beserta Keluarga atas ketersediaanya bekerja sama dengan penulis dalam melakukan asuhan Keperawatan.
9. Kedua orang tua saya Bapak Heryadi dan Mama Ina Marlina, dua orang yang berjasa dalam hidup saya, dua orang yang selalu mengusahakan anaknya ini menempuh pendidikan setinggi-tingginya. Kepada bapak saya, terimakasih atas setiap cucuran keringat dan kerja keras yang engkau tukarkan menjadi sebuah nafkah demi anakmu bisa sampai kepada tahap ini dan demi anakmu dapat mengenyam pendidikan sampai ke tingkat ini. Untuk Mama saya, terimakasih atas kasih sayang tanpa batas yang tak pernah lekang oleh waktu, atas kesabaran dan pengorbanan yang selalu mengiringi perjalanan hidup saya, terimakasih telah menjadi sumber kekuatan, inspirasi, dan contoh untuk selalu menjadi seorang anak perempuan yang kuat, serta pelita yang tak pernah padam dalam setiap langkah yang saya tempuh. Terakhir, terimakasih atas segala hal yang kalian berikan yang tak terhitung jumlahnya.

10. Kedua adik ku tercinta Karina Nur Dwi Aulia dan Bilqis Nur Trimarwah yang selalu menjadi motivasi untuk selalu semangat dan bertahan hingga saat ini. Terimakasih telah menjadi adik yang baik dan terimakasih untuk keluarga besar yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan.
11. Kepada semua guruku tercinta yang pernah memberikan ilmu, terkhusus Ibu Iis Nafisah dan Ibu Nur Sa'adah, terimakasih atas semua ilmu dan do'a yang telah di berikan kepadaku, jika bukan karena guruku aku bukan siapa-siapa.
12. Kepada sahabat-sahabat yang sama-sama berjuang, sahabat dari masa maba sampai sekarang, manusia-manusia kuat yaitu Ulfah Aulia Rahmayanti, Windi Yuliani, Winda Widyawati, Lia Aprillia dan Salwa Farisa. Terimakasih atas saran, dukungan dan semangat yang kalian berikan. Semoga kita semua menjadi orang yang sukses dan orang yang selalu membanggakan orang tua.
13. Kepada seseorang yang namanya tidak bisa disebut, terimakasih karna telah menjadi teman pendengar terbaik dan support terbaik kepada penulis selama masa perkuliahan.
14. Seluruh member BTS, Seventeen serta NCT, terkhususnya Park Jimin, Kim Mingyu dan Haechan yang telah memberikan kebahagiaan paling sederhana dan menjadi mood boster dikala penulis lelah, serta telah menemani, mewarnai dan mengisi masa muda penulis secara tidak langsung melalui tingkah laku dan karya-karya yang luar biasa. Terimakasih telah memberi motivasi dan inspirasi bagi penulis dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

15. Terakhir penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada satu sosok yang selama ini diam-diam berjuang tanpa henti, melawan dirinya yang pemalu dan selalu insecure atau merasa kurang pada dirinya sendiri, seorang perempuan sederhana dengan impian yang tinggi. Terimakasih kepada penulis karya tulis ini yaitu diriku sendiri, Herlina Nur Sakinah. Anak perempuan pertama yang baru mau menginjak umur 21 tahun yang dikenal keras kepala namun terkadang sifatnya seperti anak kecil pada umumnya. Selamat karna kamu telah mendapatkan gelar ini meskipun bukan impian yang kamu inginkan sejak kecil, tetapi kamu harus tetap bersyukur dan tidak takut untuk mencoba hal baru.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, karna itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan di masa yang akan datang. Semoga amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis mendapat imbalan dan Ridho Allah SWT. Aamin yarobbal'alam.

Penulis juga berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan, khususnya bagi penulis dan umumnya bagi pembaca.

Garut 03 Juni 2025

Herlina Nur Sakinah

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Metode Telaahan.....	6
D. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II	9
A. Konsep Ketuban Pecah Dini	9
1. Definisi.....	9
2. Etiologi.....	10
3. Manifestasi Klinis	10
4. Patofisiologi	11
5. Komplikasi	12
6. Penatalaksanaan.....	13
7. Data Penunjang.....	14
B. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	15
1. Definisi.....	15
2. Etiologi.....	15
4. Manifestasi Klinis	17
5. Klasifikasi	17
6. Patofisiologi	18
7. Komplikasi	21

8. Dampak Post <i>Sectio Caesarea</i> atas indikasi KPD	23
9. Indikasi.....	25
10. Pemeriksaan Penunjang	25
11. Penatalaksanaan.....	26
C. Konsep Dasar Post Partum	28
1. Definisi.....	28
2. Tahapan Post Partum	29
3. Perubahan Fisiologis Post Partum	29
4. Proses Adaptasi Psikologis Ibu Nifas	34
D. Konsep Asuhan Keperawatan.....	35
1. Pengkajian	35
2. Diagnosa Keperawatan	49
3. Intervensi Keperawatan.....	50
4. Implementasi	60
5. Evaluasi Keperawatan.....	60
BAB III	62
A. Tinjauan Kasus.....	62
1. Pengkajian	62
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	77
3. Proses Keperawatan (Tahap Intervensi, Implementasi, Evaluasi)	80
4. Catatan Perkembangan.....	91
B. Pembahasan	100
1. Tahap Pengkajian	100
2. Tahapan Diagnosis Keperawatan	102
3. Tahap Perencanaan	107
4. Tahap Implementasi.....	109
5. Tahap Evaluasi	111
BAB IV	113
A. Kesimpulan.....	113
B. Rekomendasi.....	114
DAFTAR PUSTAKA	116
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan Kasus SC atas Indikasi KPD di RSUD Dr. Slamet	3
Tabel 2.1 Perubahan Uterus	30
Tabel 2.2 Analisa Data.....	46
Tabel 2.3 Intervensi Diagnosa Nyeri Akut.....	51
Tabel 2.4 Intervensi Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik.....	53
Tabel 2.5 Intervensi Diagnosa Resiko Infeksi.....	54
Tabel 2.6 Intervensi Diagnosa Menyusui Tidak Efektif	56
Tabel 2.7 Intervensi Diagnosa Gangguan Pola Tidur.....	57
Tabel 2.8 Intervensi Diagnosa Defisit Pengetahuan.....	58
Tabel 2.9 Intervensi Diagnosa Defisit Perawatan Diri	59
Tabel 3.1 Aktivitas Kesehatan Sehari-Hari.....	72
Tabel 3.2 Data Penunjang	74
Tabel 3.3 Terapi Medis	74
Tabel 3.4 Analisa Data.....	75
Tabel 3.5 Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi.....	80
Tabel 3.6 Catatan perkembangan	91

DAFTAR BAGAN

Bagan 1.1 Pathway Post <i>Sectio Caesarea</i> atas Indikasi KPD	20
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Satuan Acara Penyuluhan Mobilisasi Dini Post *Sectio Caesarea*
dan Leaflet
- Lampiran II : Satuan Acara Penyuluhan Pijat Oksitosin dan Leaflet
- Lampiran III : Lembar Bimbingan
- Lampiran IV : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan Keperawatan Maternitas adalah pemeriksaan ibu hamil, nifas dan bayi baru lahir untuk menjamin persalinan yang aman dan bayi lahir dengan selamat dan sehat sampai akhir bulan. Diperlakukan upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) sejak dini dalam perjalanan kehamilan hingga masa nifas, yaitu melalui pemantauan kesehatan ibu yang berkesinambungan dan berkualitas, serta pemeriksaan antenatal yang teratur agar proses alami tersebut tidak berkembang menjadi patalogi (Amailia, I. Dan Khgoeroh, 2023).

Menurut *World Health Organization* (WHO) 2024, jumlah kematian ibu masih sangat tinggi mencapai 287.000 perempuan meninggal selama dan setelah kehamilan pada tahun 2020. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2023 menerangkan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) berjumlah 96,89 per 100.000 kelahiran hidup. Artinya, kematian perempuan pada saat hamil atau selama 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan dan tempat persalinan berjumlah 97 jiwa per 100.0000 jiwa, angka ini termasuk tinggi (Profil Provinsi Jawa Barat, 2023). Masalah yang sering mengancam kehamilan salah satunya adanya indikasi ketuban pecah dini (Farida, A., Sari, K., Munasifah, M., & Nurrohmah, N. (2021).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum terdapat tanda-tanda persalinan (Mardiyanti, S., & Herdianti, D., 2023). KPD memiliki risiko tinggi menyebabkan infeksi yang dapat meningkatkan

angka kematian ibu dan bayi, terutama jika periode laten waktu antara ketuban pecah dan proses persalinan berlangsung terlalu lama. Presentase kejadian KPD di Indonesia sebesar 4,4-7,6% dari seluruh kehamilan yang terbagi pada 3-18% kehamilan preterm dan 8-10% kehamilan aterm (Melisa S., 2021).

Sampai saat ini faktor yang menyebabkan terjadinya KPD pada ibu bersalin belum diketahui secara pasti dan jelas, maka usaha preventif atau pencegahan dari tenaga kesehatan belum bisa dilaksanakan secara mendetail. Tetapi tenaga kesehatan masih bisa untuk menekan angka kejadian infeksi supaya tidak terjadi komplikasi pada ibu bersalin. Adapun faktor-faktor penyebab meningkatnya kejadian KPD pada ibu bersalin adalah fisiologi membran amnion, ketidakmampuan serviks dalam mempertahankan janin, vagina/serviks yang terkena infeksi, gemelli, umur ibu, paritas, cephalopelvic disproportion (CPD), stress pada fetal maupun maternal, intensitas pekerjaan ibu, dan prosedur medis (Zamilah et al., 2020).

Beberapa komplikasi yang umum muncul akibat KPD pada ibu melahirkan antara lain infeksi selama persalinan, infeksi masa nifas, persalinan yang berkepanjangan, perdarahan pasca persalinan, serta meningkatnya angka tindakan *sectio caesarea*. Selain itu, KPD juga berkontribusi pada peningkatan morbiditas dan mortalitas maternal. Salah satu metode penanganan medis terhadap KPD adalah melalui tindakan operasi *sectio caesarea* (Nurkhayati, E. 2020).

Sectio Caesarea merupakan tindakan bedah operasi yang dilakukan oleh dokter spesialis bedah dan dokter kandungan, lokasi pembedahan berada pada

perut dalam rahim ibu kemudian dibuatkan jalan keluarnya bayi. Tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan karena ibu tidak dapat melahirkan proses normal melewati vagina karena ada gangguan berkaitan dengan kesehatan ibu dan bayi, beberapa syarat operasi yaitu rahim harus utuh, berat janin tidak boleh dibawah 500 gram (Haryani, Sulistyowati, and Ajiningtiyas 2021).

Persalinan *Section Caesarea* (SC) memiliki resiko lima kali lebih besar terjadi komplikasi dibandingkan persalinan normal. Faktor yang paling banyak adalah faktor anastesi, pengeluaran darah oleh ibu selama proses operasi, komplikasi penyulit, endometritis (radang endometrium), tromboflebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah) dan pemulihan bentuk letak rahim menjadi tidak sempurna (Dila, Nadapda and Sibero 2022). Beberapa faktor tersebut adalah alasan semakin meningkatnya jumlah persalinan *sectio caesarea* setiap tahunnya.

Berdasarkan rekam medis di RSUD Dr. Slamet Garut, dari Januari hingga April 2025 ditemukan sejumlah 26,95% kasus tindakan *Sectio Caesarea* yang dilakukan dengan indikasi KPD dan kasus-kasus ini dapat dianalisis lebih lanjut untuk mengevaluasi pola dan penanganannya secara klinis.

Tabel 1.1 Perbandingan Kasus SC atas Indikasi KPD dengan Indikasi lainnya di RSUD Dr. Slamet Garut

No	Kasus	Jumlah	Presentase
1.	SC Indikasi PEB	327	41,18%
2.	SC Indikasi KPD	214	26,95%
3.	SC Indikasi Letak Sungsang	102	12,84%
4.	SC Indikasi Partus Lama	77	9,69%
5.	SC Indikasi Plasenta Previa Totalis	38	4,78%

6.	SC Indikasi Gawat Janin	33	4,15%
7.	SC Indikasi Plasenta Previa Marginalis	2	0,25%
8.	SC Indikasi Presentasi Dagu	1	0,12%
TOTAL		794	100%

Sumber : Buku Register Pasien RSUD Dr. Slamet Garut

Berdasarkan tabel tersebut, terlihat bahwa kasus tindakan persalinan *sectio caesarea* dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di RSUD Dr. Slamet Garut tercatat menempati posisi kedua terbanyak, dengan jumlah mencapai 214 kasus atau sekitar 26,95% dari total tindakan *Sectio Caesarea* yang dilakukan. Tingginya angka tindakan ini perlu menjadi perhatian serius karena berbagai risiko yang mungkin dialami oleh ibu pasca operasi. Beberapa risiko tersebut antara lain perdarahan hebat, ruptur uteri yang dapat terjadi akibat robekan pada bekas luka operasi sebelumnya, serta infeksi pada area insisi yang dapat membahayakan kesehatan ibu. KPD sendiri berkontribusi terhadap peningkatan risiko infeksi post partum. Hal ini disebabkan oleh hilangnya perlindungan alami yang diberikan oleh selaput ketuban. Selaput ketuban yang utuh berfungsi sebagai penghalang terhadap masuknya kuman penyebab infeksi. Ketika ketuban pecah lebih awal seperti pada kasus KPD, ibu menjadi lebih rentan terhadap infeksi rahim, terutama setelah menjalani persalinan melalui *Sectio Caesarea*.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis terdorong untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada klien post-operatif *sectio caesarea* dengan pendekatan proses keperawatan. Asuhan ini akan didokumentasikan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “**Asuhan**

Keperawatan pada Ny. R (P₁A₀) Post *Sectio Caesarea* POD 0 dengan Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

- a. Memperoleh pengalaman secara nyata pada Keperawatan pada Ny. R dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini.
- b. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek Bio-Psiko-Sosial dan Spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian yang meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual pada Ny. R (P₁A₀) dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Ny. R (P₁A₀) dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan pada Ny. R (P₁A₀) dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan yang telah disusun pada Ny. R (P₁A₀) dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr. Slamet Garut.

- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan berdasarkan hasil tindakan pada Ny. R (P₁A₀) dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada Ny. R (P₁A₀) dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini di RSUD Dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaahan

Metode telaahan yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus, dengan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan pada Ny. R. Sedangkan teknik pengambilan data yang digunakan pada studi kasus ini adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Teknik pengumpulan data dengan cara melakukan tanya jawab kepada klien dan keluarga, tujuannya untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan, serta untuk menjalin hubungan antara penulis dengan klien.

2. Observasi

Penulis mengamati secara langsung perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang perkembangan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. Pemeriksaan Fisik

Teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pemeriksaan fisik pada

klien dari ujung kepala sampai telapak kaki dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

4. Studi Dokumentasi

Data yang penulis peroleh dari data-data klien, seperti data hasil laboratorium, data-data penunjang lain dan dokumentasi keperawatan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan sebelumnya.

5. Partisipasi Aktif

Partisipasi dari klien dan keluarga yang memberikan informasi terkait keadaan klien dan ikut bekerjasama saat dilakukannya proses asuhan keperawatan.

6. Studi Kepustakaan

Mengumpulkan sumber-sumber dari buku dan artikel yang berasal dari internet guna mendapatkan keterangan dan data dasar yang mendukung laporan karya tulis ilmiah.

D. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan yang digunakan dalam penyesuaian pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut :

BAB I : Merupakan pendahuluan, yang berisi latar belakang, tujuan penulisan yang meliputi tujuan umum dan khusus, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II : Merupakan tinjauan teori, yang berisi tentang konsep dasar Ketuban Pecah Dini, konsep dasar *Sectio Caesarea*, konsep dasar post partum, dampak post *Sectio Caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini

terhadap kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan post partum.

BAB III : Merupakan tinjauan kasus dan pembahasan, tinjauan kasus membahas tentang proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata dilapangan, mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Sedangkan pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan antara kasus yang nyata dengan teori yang ada, mulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi.

BAB IV : Merupakan bab terakhir yang memuat kesimpulan dan rekomendasi, yang berisikan kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan pada Ny. R dan rekomendasi untuk perbaikan serta peningkatan yang bisa dijadikan pertimbangan asuhan keperawatan di masa yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Ketuban Pecah Dini

1. Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum terdapat tanda-tanda persalinan. KPD dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. KPD merupakan salah satu keadaan kegawat daruratan dalam bidang obstetri karena kondisi ini menimbulkan risiko untuk ibu dan janin (Mardiyanti dan Hardiati 2023).

Ketuban Pecah Dini (KPD) yaitu robeknya membran ketuban yang terjadi pada ibu sebelum melewati waktu persalinan, kemudian bisa terjadi pada fase laten ibu bersalin dan pada waktu kehamilan memasuki trimester II maupun trimester III. Ketuban pecah dini dapat ditandai dengan robeknya membran yang menyebabkan ketuban pecah dalam waktu 1 jam dan setelah dilakukan pemeriksaan dalam, tidak terdapat tanda-tanda persalinan, salah satunya seperti pembukaan (Nikmathul Ali et al., 2021). Ketidakmampuan servik dalam mempertahankan janin sangat terkait dengan peningkatan insidensi KPD, vagina/serviks yang telah terinfeksi, gemelli, polihidramnion, trauma, pembesaran uteri, stress maternal, stress fetal, kelainan pada serviks yaitu ibu dengan servik yang pendek, serta prosedur medis (Zamilah et al., 2020).

Berdasarkan kesimpulan diatas Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum terjadi tanda-tanda persalinan dan ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina.

2. Etiologi

Sampai saat ini faktor yang menyebabkan terjadinya KPD pada ibu bersalin belum diketahui secara pasti dan jelas, maka usaha preventif atau pencegahan dari tenaga kesehatan belum bisa dilaksanakan secara mendetail. Adapun faktor-faktor penyebab meningkatnya kejadian KPD pada ibu bersalin adalah fisiologi membran amnion, ketidakmampuan serviks dalam mempertahankan janin, vagina/serviks yang terkena infeksi, gemelli, umur ibu, paritas, cephalopelvic disproportion (CPD), stress pada fetal maupun maternal, intensitas pekerjaan ibu, dan prosedur medis (Zamilah et al., 2020).

Ada beberapa faktor risiko terjadinya KPD berdasarkan faktor predisposisi adalah serviks inkompetensia, merokok, infeksi, faktor multiparitas, usia wanita kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun, keadaan sosial ekonomi, riwayat KPD sebelumnya, trauma, kelelahan ibu saat bekerja, presentasi janin dan berat badan bayi lahir (Putri A., Maralin, D., & Melisya, M. 2024).

3. Manifestasi Klinis

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “mengganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Puspita D. F., Novianty, K., &

Rahmadini, A. F. 2021).

4. Patofisiologi

Proses terjadinya KPD umumnya diawali dengan pembukaan serviks secara prematur, yang selanjutnya diikuti oleh devaskularisasi pada permukaan selaput ketuban. Kondisi ini menyebabkan nekrosis jaringan, sehingga struktur ikat yang menopang ketuban menjadi semakin lemah. Keadaan ini diperparah oleh adanya infeksi, di mana bakteri menghasilkan enzim seperti protease dan kolagenase yang semakin merusak kekuatan membran. Akhirnya, ketuban bisa pecah secara spontan. Putri Alfionita, N. S., & Lestari, I. (2022)

Salah satu mekanisme utama patofisiologi Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah infeksi genital. Beberapa patogen yang paling sering dikaitkan dengan KPD mencakup *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, dan *Group β -hemolytic Streptococcus*. Mikroba ini ditemukan dalam cairan ketuban dan memicu pelepasan mediator inflamasi seperti sitokin, prostaglandin, dan berbagai enzim proteolitik yang menimbulkan kontraksi uterus, memicu perubahan serviks, serta akhirnya menyebabkan pecahnya selaput ketuban. Selain itu, tekanan intra amniotik yang meningkat secara tiba-tiba akibat kontraksi yang intens baik pada kehamilan aterm maupun preterm dapat meningkatkan tekanan pada membran ketuban hingga mencapai ambang pecah. Ketidakseimbangan antara matriks metalloproteinase (MMP) dan inhibitornya (TIMP), sebagai respons terhadap kolonisasi mikroba dan peradangan lokal, juga melemahkan

struktur kolagen ketuban dan mempercepat proses pecah dini.

5. Komplikasi

Adapun pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin menurut Putri A., Maralin, D., & Melisya, M. (2024) yaitu :

a. Pengaruh terhadap Ibu

Komplikasi ketika ibu mengalami ketuban pecah dini yang paling sering terjadi pada saat persalinan yaitu

- 1).infeksi dalam persalinan
- 2).infeksi pada saat masa nifas
- 3).dapat menyebabkan partus lama
- 4).perdarahan postpartum
- 5).meningkatkan risiko terjadinya sesar

b. Pengaruh terhadap Janin

KPD juga menimbulkan risiko signifikan pada janin, meliputi :

- 1).Prematuritas yang dapat memicu sindrom distress pernapasan, hipotermia atau gangguan nutrisi neonatal.
- 2).Risiko retinopati prematuritas, perdarahan intraventrikular, enterokolitis nekrotikans dan gangguan perkembangan otak seperti cerebral palsy.
- 3).Tingginya kemungkinan mengalami hiperbilirubinemia, anemia, dan sepsis neonatal.
- 4).Risiko prolapsus tali pusat, hipoksia/asfiksia sekunder, serta skor APGAR rendah.

- 5). Oligohidramnion, yang dapat menyebabkan deformitas janin, hipoplasia paru dan tumbuh kembang janin yang terhambat.
- 6). Peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal, termasuk ensefalopati, gagal ginjal, dan distress pernapasan.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KPD menurut Prawirohardjo (2017, 2020) :

a. Konservatif (Rawat Inap) :

- 1). Ibu dirawat secara ketat di rumah sakit.
- 2). Antibiotik yang digunakan yaitu eritromisin, ampicilin, metronidazol ± selama 7 hari.
- 3). Untuk kehamilan < 32–34 minggu, dirawat hingga cairan ketuban berhenti keluar.
- 4). Pada usia kehamilan 32–37 minggu, jika negatif tes busa, tanpa infeksi dan belum inpartu, berikan dexamethason serta pantau tanda infeksi dan kondisi janin terminasi kehamilan dianjurkan saat mencapai 37 minggu.
- 5). Jika muncul tanda infeksi pada usia 32–37 minggu, berikan antibiotik dosis tinggi dan segera rencanakan persalinan.
- 6). Steroid (dexamethason atau betametason) digunakan untuk mempercepat pematangan paru janin. Bila tersedia, rasio lecithin-sphingomyelin (L/S) direkomendasikan untuk evaluasi paru.

b. Aktif (Intervensi Persalinan) :

- 1). Untuk kehamilan > 37 minggu lakukan induksi persalinan (oksitosin atau misoprostol intravaginal). Jika gagal, lanjutkan dengan *sectio*

caesarea (SC). Jika terdapat infeksi, pemberian antibiotik dosis tinggi harus segera dilakukan.

- 2).Induksi hanya dilakukan jika skor Bishop ≥ 5 , bila < 5 lakukan pematangan serviks terlebih dahulu. Jika induksi tetap gagal, SC menjadi pilihan terakhir.

7. Data Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk ibu yang mengalami KPD menurut (Sunarti, 2017) yaitu :

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1).Cairan vagina dinilai dari warna, konsistensi, bau dan PH-nya.
- 2).Cairan ini bisa berupa air ketuban, urine, atau sekret vagina.
- 3).Tes nitrazin (kertas lakmus) digunakan untuk membedakan jenis cairan jika kertas menjadi biru, maka cairan bersifat alkalis (PH 7-7,5) menandakan air ketuban bila berubah merah, kemungkinan urine, walau darah dan infeksi vagina bisa menyebabkan hasil positif palsu.
- 4).Pemeriksaan mikroskopik dilakukan dengan tes “pakis” untuk mendeteksi kristal khas air ketuban.

b. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

- 1).Pemeriksaan ini di maksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
- 2).Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun, sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidromnion.

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Sectio caesarea (SC) adalah prosedur persalinan yang dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim untuk mengeluarkan janin, dengan syarat janin dalam kondisi utuh dan memiliki berat lebih dari 500 gram (Aryani, 2021).

Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan operasi yang memungkinkan kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus, sehingga bayi lahir dengan kondisi sehat dan utuh (Anjari, 2021).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* (SC) merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan dinding perut dan dinding rahim untuk melahirkan janin dalam rahim ibu.

2. Etiologi

Menurut Sofyan (2019), beberapa indikasi dilakukannya operasi *Sectio Caesarea* (SC) meliputi adanya riwayat SC sebelumnya, kelainan posisi janin, kegagalan induksi persalinan, ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan panggul ibu (disproporsi sefalopelvik), ketuban pecah dini, preeklampsia berat, gawat janin (fetal distress), janin lewat waktu (postterm), serta plasenta previa.

Menurut Sagita (2019), beberapa kondisi pada ibu yang menjadi indikasi untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea* antara lain :

a. Ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu (CPD)

Kondisi ini terjadi ketika ukuran panggul ibu tidak sebanding dengan ukuran kepala janin, sehingga proses persalinan normal tidak memungkinkan.

b. Preeklamsia berat (PEB)

Gangguan ini muncul setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu dan ditandai dengan tekanan darah tinggi serta adanya protein dalam urin.

c. Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah sebelum muncul tanda-tanda persalinan dan dalam satu jam setelahnya belum terjadi proses persalinan. Umumnya terjadi pada kehamilan cukup bulan, yaitu di atas 37 minggu.

d. Kehamilan kembar (Gemeli)

Persalinan bayi kembar memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan persalinan tunggal, sehingga sering menjadi alasan dilakukannya *sectio caesarea*.

e. Hambatan pada jalan lahir

Kendala ini dapat disebabkan oleh tidak terbukanya jalan lahir, adanya tumor, kelainan bawaan, tali pusat yang terlalu pendek, atau gangguan pernapasan pada ibu.

3. Manifestasi Klinis

Menurut Martowoitjo (2018), beberapa manifestasi klinis yang umum ditemukan setelah tindakan *Sectio Caesarea* meliputi:

- a. Kehilangan darah selama prosedur operasi berkisar antara 600-800 ml.
- b. Penggunaan kateter urin dengan hasil keluaran urin yang jernih dan berwarna pucat.
- c. Perut terasa lunak tanpa adanya pembengkakan atau distensi.
- d. Tidak terdengar bunyi peristaltik usus (bising usus tidak terdengar).
- e. Adanya ketidaknyamanan atau kecemasan dalam menghadapi kondisi baru pasca operasi.
- f. Balutan di area abdomen menunjukkan sedikit bercak darah.
- g. Pengeluaran lochea dalam jumlah sedang, tidak menggumpal, namun dapat terlihat cukup banyak.

4. Klasifikasi

Menurut Sofyan (2019), terdapat beberapa jenis tindakan *Sectio Caesarea* yang diklasifikasikan berdasarkan teknik insisinya :

- a. SC klasik atau *corporal*

Merupakan prosedur dengan sayatan vertikal di bagian tengah dinding anterior uterus menggunakan pisau bedah. Sayatan ini kemudian diperlebar ke atas dan ke bawah dengan bantuan gunting berujung tumpul. Karena sering kali bayi dilahirkan dengan presentasi bokong terlebih dahulu, maka dibutuhkan sayatan yang cukup luas. Setelah bayi dan plasenta dikeluarkan, uterus dijahit kembali dalam 3 lapis.

b. *SC transperitomedis profunda*

Teknik ini melibatkan insisi pada segmen bawah rahim dan merupakan metode yang paling umum digunakan. Namun, prosedur ini memiliki kelemahan, yaitu kesulitan saat mengeluarkan bayi yang dapat menyebabkan perluasan luka yang dapat menyebabkan perluasan luka dan meningkatkan perdarahan.

c. Segmen bawah (Insisi Melintang)

Dilakukan dengan membuat sayatan horizontal pada dinding perut menggunakan pisau bedah, kemudian diperluas menggunakan gunting tumpul untuk mengurangi risiko cedera pada bayi.

d. *SC hysterectomi*

Dilakukan ketika terdapat indikasi khusus seperti plasenta akreta, atonia uteri (kontraksi rahim yang lemah), mioma uteri (tumor jinak rahim), atau infeksi berat di dalam rahim. Pada prosedur ini, rahim diangkat setelah bayi dilahirkan.

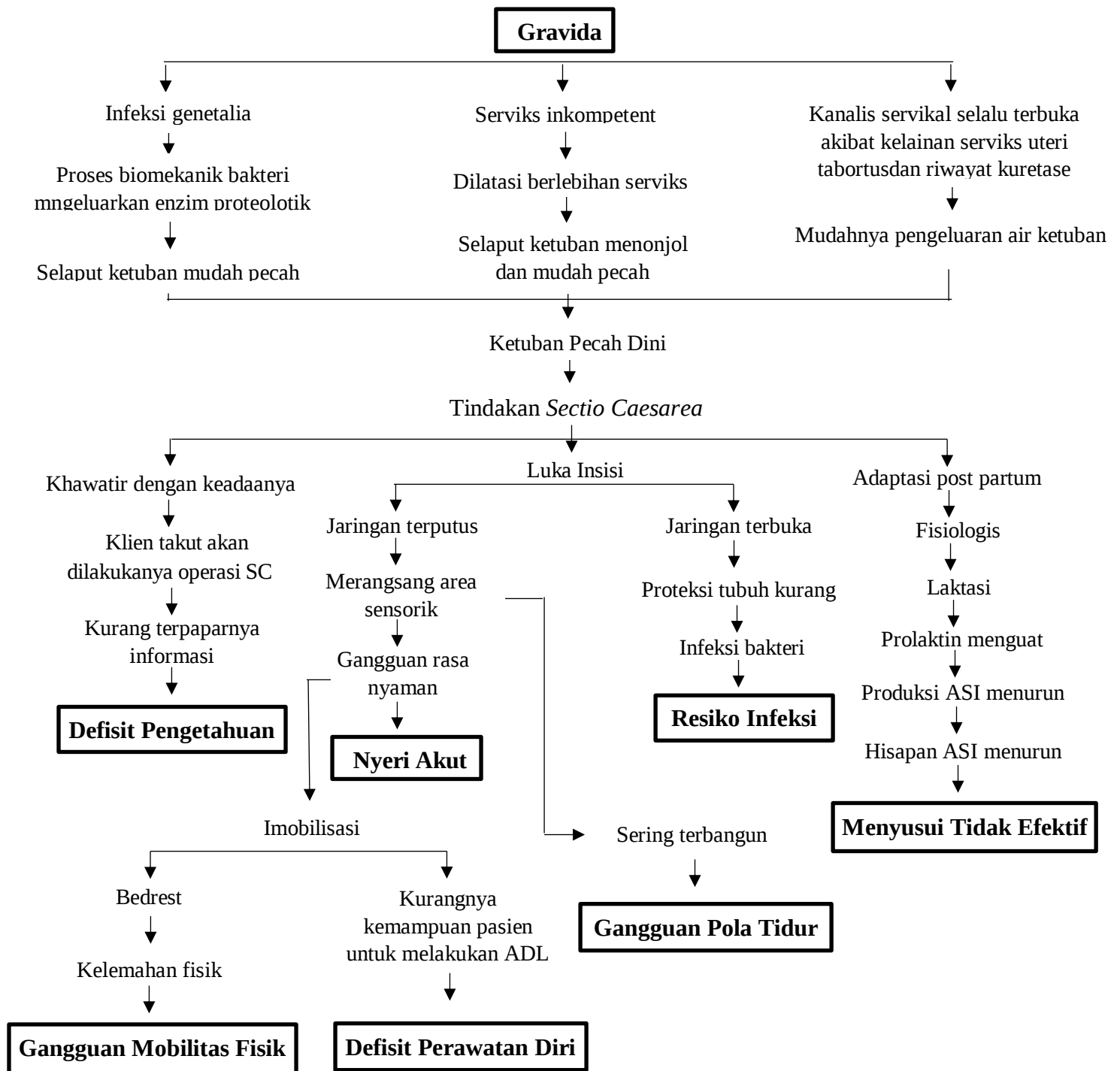
5. Patofisiologi

Menurut Solehati (2017), kelainan pada ibu maupun janin dapat menjadi alasan dilakukannya tindakan *Sectio Caesarea* (SC) daripada persalinan normal. SC biasanya dipilih jika janin memiliki berat lebih dari 500 gram dan terdapat bekas sayatan lama yang masih utuh. Beberapa kondisi yang menjadi indikasi SC pada ibu antara lain : ketidaksesuaian ukuran kepala janin dan panggul, gangguan kontraksi rahim, hambatan pada jaringan lunak, ketuban pecah dini dan plasenta previa. Sedangkan pada janin, SC dilakukan karena

kondisi seperti gawat janin, janin besar, atau posisi janin melintang.

Sebelum tindakan, pasien perlu diberikan anestesi umum atau regional, namun anestesi ini dapat menimbulkan dampak bagi ibu dan janin. Pada bayi, anestesi bisa menyebabkan gangguan pernapasan saat lahir, bahkan bisa memicu kematian janin. Sedangkan pada ibu, anestesi dapat menurunkan tonus rahim sehingga meningkatkan risiko perdarahan. Selain itu, fungsi pernapasan ibu bisa terganggu akibat penumpukan sekret dan melemahnya kerja silia di saluran napas. Mobilitas usus juga bisa menurun, menyebabkan gangguan pencernaan.

Bagan 1.1 Pathway Post Sectio Caesarea atas Indikasi KPD



(Sumber : SDKI, 2018)

6. Komplikasi

Menurut Sholihah (2019) dan Sofyan (2019), beberapa komplikasi yang dapat timbul akibat tindakan *Sectio Caesarea* meliputi :

a. Kematian Ibu

Operasi *Sectio Caesarea* berisiko menyebabkan kematian ibu, terutama akibat infeksi berat (sepsis) dan komplikasi anestesi. Risiko kematian pasca SC tercatat sekitar tiga kali lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan normal melalui vagina.

b. *Thromboembilism*

Thromboembilism dapat terjadi sebagai dampak dari faktor risiko yang mendasari dilakukannya SC, seperti obesitas pada ibu hamil. Kondisi ini dapat menghambat aliran darah akibat terbentuknya bekuan darah di pembuluh.

c. Perdarahan

Dibandingkan dengan persalinan spontan, tindakan SC lebih rentan menyebabkan perdarahan hebat. Hal ini bisa terjadi jika terjadi luka pada pembuluh darah rahim akibat insisi yang tidak tepat saat pembedahan.

d. Infeksi

Infeksi merupakan salah satu komplikasi yang paling sering muncul setelah operasi *Caesar*. Salah satu faktor pemicu utamanya adalah pemberian antibiotic profilaksis yang kurang tepat.

e. Cedera bedah *incidental*

Cedera pada kantong kemih merupakan komplikasi yang cukup sering terjadi selama prosedur SC karena letaknya yang berdekatan dengan rahim, sehingga rentan terkena trauma saat operasi berlangsung.

f. Masa rawat inap lebih lama

Ibu yang menjalani persalinan melalui operasi *Caesar* cenderung membutuhkan masa perawatan di rumah sakit yang lebih lama dibandingkan dengan persalinan pervaginam, karena dibutuhkan evaluasi dan pemantauan lanjutan pasca operasi.

g. *Histeroktomi*

Pengangkatan rahim (*histeroktomi*) kadang perlu dilakukan apabila terjadi perdarahan hebat yang tidak dapat dihentikan meskipun sudah diberi obat-obatan seperti oksitosin. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah terjadinya syok akibat kehilangan darah yang pasif.

h. Nyeri akut

Setelah efek anestesi menghilang, pasien umumnya akan merasakan nyeri pasca operasi yang cukup berat. Penanganannya melibatkan pemberian analgesik, termasuk golongan narkotik, namun penggunaannya harus diawasi karena dapat berdampak pada kondisi psikologis ibu.

i. Ruptur uteri

Risiko robekan pada rahim (ruptur uteri) lebih tinggi pada wanita yang sebelumnya telah menjalani persalinan dengan SC, dibandingkan dengan mereka yang menjalani persalinan pervaginam.

7. Dampak Post *Sectio Caesarea* atas indikasi KPD

a. Nyeri

Ibu yang baru menjalani operasi *Sectio Caesarea* umumnya akan mengalami nyeri di area pembedahan atau pada bekas luka operasi.

b. Nutrisi dan cairan

Setelah 6 jam pasca operasi *Sectio Caesarea* maka ibu di berikan minum sedikit demi sedikit, klien dapat makan-makanan yang lunak atau biasa pada hari pertama.

c. Mobilisasi

Menurut Wirnata (2020), pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu post *Sectio Caesarea* terdiri dari :

- 1). Pada saat awal 6-8 jam setelah operasi, pergerakan fisik dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengkontraksikan otot-otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya seperti miring kanan dan miring kiri.
- 2). 12-24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki yang di juntaikan atau ditempatkan di lantai sambil digerakan.
- 3). Setelah 24 jam, rata-rata untuk pasien yang dirawat dikamar atau bangsal dan tidak ada hambatan fisik atau komplikasi di anjurkan untuk latihan berjalan, yang diawali dengan berdiri dan berjalan disekitar kamar atau keluar kamar, misalnya ke toilet secara mandiri.

d. Eliminasi BAB/BAK

Adanya efek dari anastesi pada saat tindakan operasi ini membuat BAB tertunda selama 2-3 hari setelah persalinan dan untuk BAK biasanya akan mengalami kesulitan sesudah pemasangan kateter.

e. Personal hygiene

Menjaga kebersihan diri pada ibu pasca *Sectio Caesarea* sangat penting untuk mengurangi resiko infeksi serta meningkatkan kenyamanan dan mempercepat proses penyembuhan luka.

Beberapa tindakan yang perlu dilakukan meliputi :

- 1).Mandi secara teratur
- 2).Merawat luka bekas operasi *Sectio Caesarea*
- 3).Menjaga kebersihan gigi dan mulut

f. Istirahat

Ibu pasca *Sectio Caesarea* membutuhkan waktu istirahat yang cukup guna mencegah kelelahan berlebih. Idealnya, ibu tidur selama 8 jam pada malam hari dan beristirahat sekitar 1 jam pada siang hari.

g. Seksual dan reproduksi

Hubungan seksual sebaiknya dilakukan setelah lochea berhenti. Namun, dianjurkan untuk menundanya hingga sekitar 40 hari pasca persalinan, agar organ-organ tubuh memiliki waktu yang cukup untuk pulih sepenuhnya serta ibu dengan post *Sectio Caesarea* dapat hamil kembali dengan jarak kurang lebih 2 tahun.

8. Indikasi

Menurut (Sholihah, 2019) Indikasi dilakukannya SC ada dua yaitu :

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Pada kehamilan pertama dan primi gravida tua dengan kelainan panggul sempit, plasenta previa terutama pada kehamilan pertama, letak, riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, ibu dengan solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, atas permintaan pasien/keluarga, penyakit penyerta kehamilan (jantung, DM), gangguan proses persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dll).

b. Indikasi yang berasal dari bayi

Gawat janin, malformasi kongenital dan malposisi janin, lilitan tali pusat dan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau kegagalan dengan forsep.

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Martowirjo (2018), sejumlah pemeriksaan diagnostik dilakukan untuk mendukung penanganan ibu yang akan menjalani operasi *Section Caesarea*, antara lain :

- a. Pemeriksaan darah lengkap, untuk menilai kondisi hemoglobin, hematokrit dan komponen darah lainnya.
- b. Penentuan golongan darah (ABO), uji kecocokan silang dan tes Coombs tidak langsung, guna mengantisipasi risiko inkompatibilitas darah.
- c. Pemeriksaan urin (urinalisis), untuk mengevaluasi keberadaan protein (albumin) atau kadar glukosa dalam urin.

- d. Pelvimetri, digunakan untuk menilai kemungkinan disproporsi sefalopelvik (CPD).
- e. Pemeriksaan kultur, khususnya untuk mendeteksi infeksi seperti virus herpes simpleks tipe II.
- f. Ultrasonografi (USG), berguna untuk menentukan lokasi plasenta, posisi, pertumbuhan, dan presentasi janin.
- g. Amniosentesis, dilakukan untuk menilai tingkat kematangan paru-paru janin.
- h. Tes stres kontraksi atau non-stres test, digunakan untuk memantau reaksi janin terhadap kontraksi rahim atau gerakan janin, guna mendeteksi adanya pola abnormal.
- i. Pemantauan elektronik lanjutan, ditujukan untuk menilai kondisi janin dan aktivitas uterus secara menyeluruh.

10. Penatalaksanaan

Menurut Ramadanty (2019) penatalaksanaan *Seccio Caesarea* adalah sebagai berikut :

a. Pemberian cairan

Pada 24 jam pertama klien puasa pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya Dextrose 10%, garam fisiologi (NaCl) dan Ringer Laktat secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b. Kateterisasi

Kandung kernih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada klien, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan pendarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam atau lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan klien.

c. Pemberian obat-obatan

Pemberian antibiotik dan analgetik sesuai indikasi, untuk meningkatkan Vitalitas dan keadaan umum klien dapat diberikan caboransia seperti neurobiom/vitamin C.

d. Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan.

e. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dapat dilihat pada hari ke-3 post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti untuk mengurangi resiko infeksi.

f. Perawatan panyudara

Pemberian ASI dapat dimulai setelah melahirkan, namun ada beberapa kendala pengeluaran ASI pada ibu setelah melahirkan. Sehingga diharuskan melakukan perawatan panyudara untuk membantu merangsang pelepasan hormon prolaktin dan oksitoksin untuk melancarkan pengeluaran ASI dengan dilakukannya pemijatan oksitosin.

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi

Post partum adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan serta plasenta dari rahim, dan membutuhkan waktu 6 minggu, yang disertai pemulihan organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan dengan proses persalinan (Anwar dan Safitri, 2022).

Masa nifas atau post partum adalah periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya periode ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu walaupun merupakan masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai oleh banyak perubahan fisiologis. Pada masa ini perubahan yang terjadi tidak hanya secara fisiologis maupun sosiokultural, tetapi juga psikologi. Perubahan kompleks pada ibu postpartum atau setelah proses persalinan memerlukan penyesuaian terhadap diri dengan pola hidup dan kondisi setelah proses tersebut. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu “ibu baru” walaupun komplikasi serius juga dapat terjadi (Yuliana, Wahida, 2020).

Jadi post partum (puerperium) dapat disimpulkan bahwa post partum adalah masa dimana kondisi pemulihan ibu dari persalinan hingga kembali ke kondisi ibu hamil, kurang lebih terjadi selama 6 minggu.

2. Tahapan Post Partum

Menurut Wulandari (2020), masa nifas pada wanita terbagi menjadi beberapa tahapan, yaitu:

a. Masa nifas dini (*Immediate Puerperium*)

Merupakan periode 0 hingga 24 jam setelah persalinan. Pada tahap ini, ibu umumnya sudah diperbolehkan untuk bangun dari tempat tidur dan mulai berjalan.

b. Masa nifas awal (*Early Puerperium*)

Terjadi pada hari ke-1 hingga ke-7 setelah melahirkan. Ini merupakan fase awal pemulihan, di mana organ-organ reproduksi mulai kembali ke kondisi sebelum hamil. Namun, proses pemulihan total bisa memakan waktu hingga 6 minggu.

c. Masa nifas lanjut (*Later Puerperium*)

Berlangsung dari minggu ke-1 hingga minggu ke-6 setelah melahirkan. Selama periode ini, ibu menjalani pemulihan menyeluruh, baik fisik maupun psikologis. Lamanya waktu yang dibutuhkan untuk pulih secara sempurna bisa bervariasi, bahkan hingga berbulan-bulan atau lebih, tergantung kondisi masing-masing ibu.

3. Perubahan Fisiologis Post Partum

Perubahan yang terjadi pada ibu post partin menurut Wahyuningsih, 2019 yaitu :

a. Sistem Reproduksi

1). Uterus

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

Tabel 2.1
Perubahan Uterus

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	100 gr
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	Pusat symphysis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

Sumber : Wahyuningsih, 2019

2). *Afterpains* pada primipara

Tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik sering dialami multipara dan biasa menimbulkan nyeri yang bertahan sepanjang masa awal puerperium. Rasa nyeri setelah melahirkan ini lebih nyata setelah ibu melahirkan, di tempat uterus terlalu teregang (misalnya, pada bayi besar dan kembar).

3). *Lochea rubra*

Cairan ini muncul pada hari ke 1-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium.

4). *Lochea sungulienta*

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir berlangsung selama 3-7 hari post partum.

5). *Lochea serosa*

Cairan ini berwarna kekuningan karena mengandung serum, jaringan desidua, sel darah putih dan sel darah merah. Biasanya muncul antara hari ke-7 hingga ke-14 setelah melahirkan.

6). *Lochea alba*

Cairan ini terdiri dari sel darah putih, jaringan desidua, sel epitel, lendir dari serviks, serta jaringan mati. *Lochea* ini dapat berlangsung selama 2 hingga 6 minggu setelah persalinan.

7). Vulva dan vagina

Selama persalinan, vulva dan vagina mengalami tekanan dan peregangan yang signifikan. Ukurannya secara bertahap akan mengecil setelah melahirkan, namun jarang kembali ke kondisi semula, terutama pada wanita yang sudah beberapa kali melahirkan.

b. Sistem pencernaan

Sekitar dua jam setelah melahirkan, ibu umumnya akan merasa lapar. Selama tidak ada komplikasi persalinan, tidak ada alasan untuk menunda pemberian makanan.

c. Sistem perkemihan

Pelebaran dan peregangan pada pelvis ginjal yang terjadi selama kehamilan akan kembali normal menjelang akhir minggu keempat setelah

melahirkan.

d. Sistem muskuloskeletal

Jaringan ikat seperti ligamen, fasia, diafragma, serta otot dasar panggul yang mengalami peregangan selama kehamilan akan perlahan-lahan kembali ke kondisi semula setelah persalinan.

e. Sistem endokrin

Menurut Wahyuningsih (2019), hormon-hormon yang berperan antara lain :

1).Hormon oksitosin

Memiliki peran penting dalam merangsang kontraksi rahim guna mencegah perdarahan setelah melahirkan serta membantu proses involusi uterus agar kembali ke ukuran normal. Selain itu, hisapan bayi saat menyusui dapat merangsang pengeluaran ASI dan meningkatkan sekresi.

2).Hormon prolaktin

Hormon prolaktin berperan dalam produksi Air Susu Ibu (ASI) dan diproduksi oleh kelenjar pituitari. Jika seorang ibu tidak menyusui bayinya dalam 14 hingga 21 hari setelah melahirkan, maka menstruasi kemungkinan besar akan kembali muncul.

3).Hormon plasenta

Selama masa nifas, terjadi perubahan hormon yang signifikan. Setelah plasenta dikeluarkan, kadar hormon yang sebelumnya dihasilkan oleh plasenta akan menurun drastis.

4). Hipotalamik pitu

Sistem hipotalamus pituitari ovarium berperan dalam menentukan kapan menstruasi kembali setelah melahirkan. Pada ibu menyusui, hanya sekitar 16% yang mengalami menstruasi kembali pada minggu ke-6, sementara pada ibu yang tidak menyusui, angkanya mencapai sekitar 40%.

f. Perubahan tanda-tanda vital

1). Suhu

Setelah melahirkan, suhu tubuh ibu dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari kondisi normal. Peningkatan ini disebabkan oleh aktivitas fisik yang berat selama persalinan, kehilangan cairan tubuh, serta kelelahan.

2). Frekuensi nafas

Normal pada orang dewasa berkisar antara 16 hingga 24 kali per menit. Pada ibu yang baru melahirkan, pernapasan umumnya melambat atau tetap dalam batas normal, karena tubuh sedang dalam masa pemulihan dan istirahat.

3). Tekanan darah

Dalam kondisi normal setelah persalinan, tekanan darah ibu biasanya tetap stabil di sekitar 140/90 mmHg. Penurunan tekanan darah dapat menjadi tanda adanya perdarahan, sementara peningkatan tekanan darah setelah melahirkan dapat mengindikasikan kemungkinan preeklamsia pascapersalinan (Rukiyah & Yulianti, 2018).

4. Proses Adaptasi Psikologis Ibu Nifas

Menurut Aritonang & Simanjuntak (2021), fase yang akan dialami oleh ibu post partum adalah :

a. Fase ketergantungan (*Taking In*)

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada bayinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b. Fase antara ketergantungan dan mandiri (*Taking Hold*)

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

c. Fase penerimaan peran baru (*Letting Go*)

Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ia harus beradaptasi dengan

kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan merupakan suatu rangkaian kerja sistematis yang dilakukan oleh perawat dan pasien dalam upaya memenuhi kebutuhan pasien. Standar asuhan yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi (Purba, 2019).

1. Pengkajian

Pengkajian Keperawatan pada ibu post operasi *Sectio Caesarea* (SC) menurut Sagita (2019) adalah sebagai berikut :

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, tanggal persalinan, tanggal pengkajian dan diagnosa medis.

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan dan suku bangsa.

c. Riwayat kesehatan

1).Keluhan utama

Pada umumnya ibu dengan post *Sectio Caesarea* mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi, nyeri biasanya bertambah parah jika pasien bergerak.

2). Riwayat kesehatan sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran, dari luka operasi juga menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post *sectio caesarea* dengan menggunakan format P,Q,R,S,T yaitu :

P (*Palliative/Provokatif*) yaitu hal yang memperberat dan memperingan nyeri. Pada ibu post partum *sectio caesarea* biasanya mengeluh nyeri pada luka bekas operasi. Nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila di istirahatkan atau tidak bergerak serta apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur pasien.

Q (*Quality/Quantity*) yaitu seperti apa rasa nyeri yang dirasakan, biasanya rasa nyeri luka bekas operasi *sectio caesarea* seperti ditusuk-tusuk, diremas, atau nyeri seperti terbakar.

R (*Region/Penyebaran*) yaitu lokasi nyeri luka bekas operasi *sectio caesarea* di abdomen bagian bawah, apakah nyeri dirasakan adanya penyebaran atau tidak.

S (*Severity/Skala*) yaitu keperahan nyeri berkisar antara 1-3 (nyeri ringan) 4-6 (nyeri sedang), 7-10 (nyeri berat).

T (*Time/Waktu*) yaitu kapan sakit mulai muncul, apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba, apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang.

3). Riwayat kesehatan dahulu

Hal yang perlu dikaji adalah penyakit yang pernah di derita pasien, khususnya penyakit kronis, menular dan menahun. Seperti jantung, hipertensi, diabetes TBC, hepatitis.

4). Riwayat kesehatan keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, hipertensi, TBC, diabetes melitus dll.

5). Riwayat obstetri dan ginekologi

a). Riwayat ginekologi

(1). Riwayat menstruasi

Perlu ditanyakan menarche pada umur berapa, biasanya umur sekitar 10-16 tahun dan rata-rata pada umur 12 tahun. Perlu juga ditanyakan tanggal HPHT (hari pertama haid terakhir), setelah ditanyakan HPHT maka bisa menentukan tanggal TP (Taksiran Partus).

(2). Riwayat perkawinan

Ditanyakan usia perkawinan, lama pernikahan dan pernikahan yang ke berapa.

(3). Riwayat kontrasepsi

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui adakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut serta setelah masa nifas ini akan menggunakan alat

kontrasepsi apa.

b). Riwayat obstetri

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

Ditanyakan berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, cara bersalin, tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, keadaan anak, jumlah nanak, apakah pernah abortus dan keadaan nifas yang lalu.

(2). Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sekarang

Ditanyakan keluhan waktu hamil untuk mengetahui faktor penyebab dilakukan *Sectio Caesarea*, dilakukan imunisasi TT atau tidak, ditanyakan BB sebelum dan sesudah hamil, serta pemeriksaan pada saat hamil teratur atau tidak.

d. Pemeriksaan fisik

Merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menentukan tanda klinis dari suatu penyakit.

1). Keadaan umum

Meliputi tentang kesadaran, nilai glasgow coma scale (GCS) normal yang berjumlah 15 (Composmentis). Eye nilai normal 4, verbal 5, motorik 6.

2). Tanda-tanda vital

Pada klien post *Sectio Caesarea* (SC), terkadang tekanan darah menurun akibat *Sectio Caesarea*, nadi kemungkinan cepat apabila klien

cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi.

3). Antropometri

Meliputi tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan saat hamil dan berat badan setelah hamil.

4). Pemeriksaan fisik *Head to Toe*

a). Kepala

Pengkajian kepala dalam bentuk dari fungsi kepala, dimulai dengan inspeksi kemudian palpasi. Saat inspeksi amati kesimetrisan muka dan tengkorak, warna dan distribusi rambut kepala, palpasi kepala mengenai keadaan rambut, kulit kepala, adanya massa, pembengkakan dan nyeri tekan.

b). Mata

Inspeksi apakah ada pembengkakan pada kelopak mata, kaji konjungtiva dan pupil. Pada pasien post *Sectio Caesarea* Indikasi KPD 12 jam pertama konjungtiva tampak anemis karena proses persalinan yang mengalami pendarahan dan sklera tampak kuning.

c). Hidung

Inspeksi tentang kesimetrisan lubang hidung, warna kulit, adanya pembengkakan atau sumbatan, secret, polip dan kaji pernafasan cuping hidung. Palpasi sinus maksilaris, frontalis, apakah ditemukan nyeri tekan dan kaji fungsi penciuman.

d). Telinga

Inspeksi kesimetrisan telinga kiri dan kanan, warna kulit dan

kebersihannya. Palpasi adanya nyeri tekan dan kaji juga pendengaran.

e). Mulut dan gigi

Inspeksi keadaan mulut, gigi dan lidah, lihat warna lidah, mukosa bibir kering atau lembab. Kemudian palpasi apakah ada pembengkakan atau nyeri tekan, serta kaji fungsi pengecapan baik atau tidak.

f). Leher

Inspeksi warna kulit, kaji adakah pembengkakan dan pergerakan kelenjar tiroid. Kemudian palpasi mengenai kelenjar limfe dan kelenjar getah bening lalu lanjutkan dengan pemeriksaan mobilitas leher.

g). Pemeriksaan dada

(1). Jantung

Pada pasien post *Sectio Caesarea* (SC) sering didapatkan mengalami hipotensi karena efek anestesi. Pada saat diperkusi redup/tympani dan saat di auskultasi bunyi jantung S1 S2 lup dup normal (60-100 detak/menit).

(2). Paru-paru

Inspeksi kesimetrisan, kebersihan dada, perkembangan dada dan frekuensinya, serta bunyi nafas. Pada saat diperkusi suara pada paru sonor dan saat di auskultasi suara nafas vesikuler.

(3). Payudara

Inspeksi payudara apakah simetris kanan dan kiri, biasanya

terdapat hiperpigmentasi areola, kemungkinan terdapat tanda-tanda pembendungan ASI sedikit atau bahkan belum ada, puting susu menonjol keluar dan payudara tampak bersih. Pada saat di palpasi biasanya terdapat nyeri tekan.

h). Abdomen

Pada pasien post *Sectio Caesarea* (SC) terdapat luka operasi yang tertutup perban. Saat di inspeksi biasanya terdapat linea nigra, striae gravidarum (gurat peregangan). Lakukan palpasi TFU pada 24 jam 1-2 jari dibawah pusat, terdapat nyeri tekan pada abdomen, kontraksi uterus kuat, saat diperkusi bunyinya tympani, kandung kemih teraba penuh, serta auskultasi bising usus.

i). Genetalia dan anus

Inspeksi pengeluaran *lochea*, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah oedema vulva, biasanya pasien masih menjalankan perawatan kateter dengan urine yang bercampur darah pada 24 jam post SC. Serta pada anus biasanya terjadi hemoroid karena tekanan pembuluh darah yang ada disekitar rahim dan dubur.

j). Ekstremitas

(1). Ekstremitas atas

Inspeksi kesimetrisan antara kanan dan kiri, terpasang infus pada salah satu ekstremitas kiri atau kanan, kekuatan otot menurun, ROM menurun dan mengalami keterbatasan gerak.

(2). Ekstremitas bawah

Inspeksi kesimetrisan antara kanan dan kiri, kekuatan otot akan menurun, ROM juga menurun karena adanya nyeri. Hal ini mengakibatkan pasien mengalami kelemahan dan keterbatasan gerak. *Reflek Patela (+) Human Sign (-)*, jika *Human Sign (+)* mengindikasikan pasien mengalami *tromboflebitis*.

e. Aspek psikologis

1). *Taking In*

Pada fase hari ke 1 biasanya klien mengalami fase *taking in*, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua.

2). Persepsi diri

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

3). Pola pikir

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

4). Hubungan dan komunikasi

Pada Ibu post partum biasanya cenderung menjadi posesif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi dan hubungan yang baik.

5). Konsep diri

a). Identitas diri

Biasanya klien akan mengatakan identitas dirinya sebagai perempuan.

b). Peran diri

Kaji penilaian klien terhadap dirinya sendiri sebagai seorang istri bagi suaminya dan ibu bagi anaknya.

c). Ideal diri

Kaji ideal diri klien, tanyakan apa harapan saat ini setelah kelahirannya.

d). Harga diri

Kaji penilaian pribadi terhadap dirinya sendiri, apakah klien malu atau tidak dengan perubahan fisiknya setelah melakukan operasi *Sectio Caesarea* (SC).

e). Gambaran diri

Kaji gambaran diri klien apakah klien senang atas kelahirannya saat ini atau tidak.

f. Aspek sosial

Klien dengan post *Sectio Caesarea* akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.

g. Aspek spiritual

Kaji agama yang di anut oleh klien, apakah selama klien dirumah sakit tetap menjalankan ibadahnya atau tidak.

h. Pola aktivitas sehari-hari

1). Pola nutrisi

Mengkaji kebiasaan sebelum dan sesudah dirawat dirumah sakit seperti frekuensi makan, jenis makan, frekuensi minum, jenis minum dan apakah ada keluhan pada saat makan dan minum atau tidak.

2). Eliminasi

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

3). Pola istirahat dan tidur

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

4). Personal hygiene

Klien dengan post *Sectio Caesarea* pada hari pertama dan sebelum dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diridalam hal ini klien harus dimandikan. Kaji meliputi kebersihan kulit, rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene.

5). Aktivitas

Pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan dan aktivitas dibantu oleh keluarga.

i. Data Penunjang

1). Pemeriksaan laboratorium

a). Hemoglobin

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

b). Leukosit

Untuk mengetahui terjadi infeksi

c). Trombosit

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

d). Pemeriksaan jumlah tiroksin akibat pengaruh dan hormon estrogen

2). Pemeriksaan urine

Untuk menilai jumlah protein yang terdapat dalam urine

j. Analisa data

Analisa data adalah proses berpikir kritis yang digunakan perawat untuk menafsirkan data pasien dan menarik kesimpulan klinis yang tepat (Potter, P.A., & Perry, A.G. (2017).

Tabel 2.2
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Gejala dan Tanda Mayor DS : Klien mengeluh nyeri DO : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis : waspada posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor DS : - DO : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	Tindakan <i>sectio caesarea</i> adalah prosedur pembedahan dengan cara membuat sayatan pada jaringan tubuh, yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan. Hal ini memicu rangsangan pada neuroreseptor dan memicu pelepasan mediator nyeri, sehingga menimbulkan sensasi nyeri pada klien	Nyeri Akut
2.	Gejala dan Tanda Mayor DS: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan Tanda Minor DS : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak DO :	Pasien dengan post <i>Sectio Caesarea</i> mengalami penurunan kekuatan atau kelemahan fisik karena nyeri sehingga kebutuhan ADL nya harus dibantu	Gangguan Mobilitas Fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah		
3.	Faktor Resiko : 1. Penyakit Kronis 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : - Gangguan peristaltik - Kerusakan integritas kulit - Perubahan sekresi PH - Penurunan kerja siliaris - Ketuban pecah lama - Ketuban pecah sebelum waktunya - Merokok - Statis cairan tubuh 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : - Penurunan hemoglobin - Imunosupresi - Leukopenia - Supresi respon inflamasi - Vaksinasi tidak adekuat	Post operasi <i>Sectio Caesarea</i> menimbulkan luka Insisi dan menyebabkan Jaringan terbuka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi	Resiko Infeksi
4.	Gejala dan Tanda Mayor DS : 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal DO : 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu	Produksi ASI yang belum optimal disebabkan oleh kelenjar alveoli yang belum bekerja secara maksimal dalam menghasilkan dan mengeluarkan ASI. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh faktor hormonal, kurangnya	Menyusui Tidak Efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
	2. ASI tidak menetes/memancar 3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri/lecet terus menerus setelah minggu kedua Gejala dan Tanda Minor DS:- DO : 1. Intake bayi tidak adekuat 2. Bayi menghisap tidak terus menerus 3. Bayi menangis saat disusui	stimulasi hisapan bayi atau keterlambatan dalam proses menyusui, yang akhirnya menyebabkan ketidakefektifan dalam pemberian ASI kepada bayi	
5.	Gejala dan Tanda Mayor DS : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup DO : - Gejala dan Tanda Minor DS : Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun DO : -	Rasa nyeri akibat luka post operasi mengganggu kenyamanan klien, sehingga mengalami gangguan pola tidur	Gangguan Pola Tidur
6.	Gejala dan Tanda Mayor DS : Menanyakan masalah yang dihadapi DO : 1. Menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan Tanda Minor DS : -	Klien menunjukkan rasa khawatir terhadap kondisinya dan merasa takut akan dilakukannya tindakan operasi <i>Sectio Caesarea</i> . Rasa cemas ini diperburuk oleh kurangnya paparan informasi yang memadai mengenai prosedur, manfaat dan risiko operasi. Kondisi tersebut mengindikasikan adanya defisit pengetahuan	Defisit Pengetahuan

No	Data	Etiologi	Masalah
	DO : 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis.apatis, bermusuhan, agitasi)		
7.	Gejala dan Tanda Mayor DS : Menolak melakukan perawatan diri DO : 1. Tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian atau makan atau ketoilet atau berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan Tanda Minor DS : - DO : -	Luka post operasi menyebabkan keterbatasan dalam pergerakan, sehingga klien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan memerlukan bantuan dalam perawatan diri, yang menunjukkan adanya gangguan dalam kemampuan merawat diri secara mandiri	Defisit Perawatan Diri

Sumber : SDKI 2018

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah penilaian yang dibuat hanya setelah pengumpulan data yang sistematis dan menyeluruh. Diagnosa ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Metode penulisan diagnosis ini dilakukan pada diagnosis aktual terdiri atas masalah, penyebab dan tanda atau gejala. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI 2018).

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea* adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077 Hal 172)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054 Hal 124)
- c. Resiko infeksi faktor resiko kerusakan integritas kulit (D.0142 Hal 304)
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055 Hal 126)
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029 Hal 75)
- f. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111 Hal 246)
- g. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109 Hal 240)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilalan klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Beberapa diantaranya diuraikan dalam Pasal 30 Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat berwenang merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan gawat darurat, memberikan konsultasi, berkolaborasi, melakukan penyuluhan dan konseling, pemberian obat sesuai resep dokter atau obat bebas dan bebas terbatas, mengelola kasus dan melakukan penatalaksanaan intervensi komplementer dan alternatif (SIKI, 2019).

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

1). Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.

2). Kriteria Hasil : Tingkat Nyeri (L.08066)

a). Keluhan nyeri menurun

b). Meringis menurun

c). Sikap protektif menurun

d). Gelisah menurun

e). Kesulitan tidur menurun

f). Frekuensi nadi membaik

g). Pola nafas membaik

h). Tekanan darah membaik

Tabel 2.3
Intervensi Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Intervensi Keperawatan	Rasional
Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasin lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi	Observasi 1. Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebur atau tidak 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respon non-verbal dari ketidaknyamanan 4. Untuk menghindari faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Agar kita mengetahui sejauh mana pemahaman dan pengetahuan klien terhadap nyeri yang dirasakan 6. Karena budaya klien dapat

Intervensi Keperawatan	Rasional
komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Teraupetik 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 11. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, pemicu dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik	mempengaruhi bagaimana klien mengartikan nyeri itu sendiri 7. Untuk mencegah terjadinya penurunan kualitas hidup dari klien itu sendiri 8. Agar kita mengetahui sejauh mana kemajuan yang dialami klien setelah dilakukan terapi komplementer 9. Agar ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh klien kita dapat menghentikan pemberian obat analgetik itu sendiri Teraupetik 10. Untuk membantu mengurangi komplikasi 11. Lingkungan dapat mempengaruhi derajat tingkat nyeri 12. Meningkatkan rasa nyaman pada klien 13. Agar tindakan yang akan kita berikan sesuai dengan jenis dan sumber dari nyeri itu sendiri serta dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien Edukasi 14. Untuk membantu mengurangi faktor pemicu nyeri 15. Untuk mengontrol nyeri ketika muncul 16. Agar ketika nyeri yang dirasakan klien mulai parah dia dapat memberitahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan segera 17. Agar klien dapat menghilangkan rasa nyeri itu dengan menggunakan obat analgesik yang sesuai dengan nyeri yang dirasakan 18. Untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 19. Untuk membantu proses penyembuhan

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (D.0054)

1). Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat.

2). Kriteria Hasil : Mobilitas Fisik (L.05042)

- a). Pergerakan ekstremitas meningkat
- b). Kekuatan otot meningkat
- c). Gerakan terbatas menurun
- d). Kelemahan fisik menurun
- e). Gerakan tidak terkoordinasi menurun

Tabel 2.4
Intervensi Diagnosa 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 Teraupetik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan benar 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	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh klien 2. Untuk mengetahui sejauh mana klien dapat melakukan pergerakan 3. Untuk mengetahui nilai frekuensi jantung dan tekanan darah 4. Untuk mengetahui kondisi umum klien pada saat mobilisasi Teraupetik 5. Untuk membantu aktivitas mobilisasi 6. Untuk mengetahui fasilitasi pergerakan klien 7. Agar klien berperan dalam membantu klien dalam proses penyembuhan Edukasi 8. Agar klien dapat mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Agar klien dapat melakukan

Intervensi	Rasional
10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	mobilisasi segera mungkin 10. Diharapkan dapat meningkatkan aktivitas klien

c. Resiko Infeksi faktor resiko kerusakan integritas kulit (D.0142)

1). Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun.

2). Kriteria Hasil : Tingkat Infeksi (L.14137)

- a). Kebersihan tangan meningkat
- b). Kebersihan badan meningkat
- c). Demam menurun
- d). Kemerahan menurun
- e). Nyeri menurun
- f). Bengkak menurun

Tabel 2.5
Intervensi Diagnosa Resiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Teraupetik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontrak dengan pasien dan lingkungan Pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi	Observasi 1. Untuk mengetahui tanda-tanda dan gejala infeksi Teraupetik 2. Agar deteksi dini terhadap adanya infeksi 3. Untuk mencegah masuknya mikroorganisme melalui luka operasi 4. Untuk mencegah infeksi dan penyebaran jaringan sekitar luka operasi 5. Agar tidak membahayakan nyawa klien

Intervensi	Rasional
Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi	Edukasi 6. Agar klien mengetahui tanda dan gejala infeksi 7. Untuk mengetahui langkah mencuci tangan yang benar dapat menurunkan resiko infeksi 8. Agar klien mengetahui cara etika batuk yang benar 9. Agar klien atau keluarga dapat memeriksa kondisi dengan benar 10. Agar asupan nutrisi seperti tinggi kalori dan protein dapat mempercepat penyembuhan luka 11. Untuk mempertahankan cairan yang cukup Kolaborasi 12. Untuk mencegah infeksi dan penyebaran kedaerah sekitar luka operasi

d. Menyusui tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan suplai ASI

(D.0029)

1). Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan menyusui tidak efektif meningkat.

2). Kriteria Hasil : Status Menyusui (L.03029)

- a). Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
- b). Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat
- c). Berat badan bayi meningkat
- d). Tetesan/pancaran ASI meningkat
- e). Suplai ASI adekuat meningkat
- f). Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat
- g). Kepercayaan ibu meningkat

h). Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat

Tabel 2.6
Intervensi Diagnosa Menyusui Tidak Efektif

Intervensi	Rasional
Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Teraupetik 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 seperti suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat Edukasi 8. Berikan konseling menyusui 9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar 11. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 12. Ajarkan perawatan payudara post partum	Observasi 1. Untuk mengetahui kesiapan klien 2. Agar klien dapat mencapai tujuan menyusui Teraupetik 3. Agar klien mengerti dan paham tentang ASI 4. Agar klien paham mengenai apa yang disampaikan 5. Untuk memberikan kesempatan bertanya tentang hal yang belum dipahami 6. Kepercayaan ibu dalam menyusui meningkat 7. Untuk memotivasi klien dalam memberikan ASI Edukasi 8. Agar ibu bisa mengikuti konseling menyusui 9. Untuk mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10. Perlekatan yang benar akan menghindari bayi menyusui lama dan sering 11. Untuk menjaga kebersihan pada payudara dan memperbaiki bentuk puting susu sehingga bayi menyusui dengan baik 12. Agar klien mengetahui perawatan payudara

e. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055)

1). Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola tidur meningkat.

2). Kriteria Hasil : Pola Tidur (L.05045)

- a). Keluhan sulit tidur menurun
- b). Keluhan sering terjaga menurun
- c). Keluhan tidak tidur puas menurun
- d). Keluhan pola tidur berubah menurun
- e). Keluhan istirahat tidak cukup menurun

Tabel 2.7
Intervensi Diagnosa gangguan Pola Tidur

Intervensi	Rasional
Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi Teraupetik 5. Modifikasi lingkungan 6. Batasi waktu tidur siang 7. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi 10. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 11. Anjurkan menempati kebiasaan waktu tidur 12. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur 13. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 14. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola	Observasi 1. Untuk mengetahui pola tidur klien 2. Untuk mengetahui faktor yang mengganggu tidur 3. Untuk menghindari terjadinya sulit tidur 4. Untuk mengetahui obat tidur yang dikonsumsi klien Teraupetik 5. Untuk memberikan rasa nyaman kepada klien 6. Untuk membantu mengurangi terjadinya sulit tidur 7. Agar klien mampu merasa tenang 8. Agar klien mampu rileks dan merasa lebih santai 9. Untuk membantu peningkatan kualitas tidur yang baik Edukasi 10. Agar klien tahu mengenai pentingnya istirahat yang cukup 11. Untuk membiasakan waktu tidur rutin 12. Untuk menghindari terjadinya gangguan kualitas tidur 13. Agar mendapat efek tenang pada klien 14. Untuk memberikan pemahaman yang baik kepada klien terkait pola tidur

Intervensi	Rasional
tidur 15. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	15. Untuk menunjang penyembuhan klien dengan baik

f. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi
(D.0111)

1). Tujuan

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

2). Kriteria Hasil : Tingkat Pengetahuan (L.12111)

- a). Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- b). Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun
- c). Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun

Tabel 2.8
Intervensi Diagnosa Defisit Pengetahuan

Intervensi	Rasional
Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku bersih dan sehat Teraupetik 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	Observasi 1. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku bersih dan sehat Teraupetik 3. Agar klien mengetahui apa yang dialaminya 4. Agar klien jelas dengan keadaanya 5. Agar klien mengetahui faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Edukasi 6. Agar klien bisa melakukan hidup bersih dan sehat

Intervensi	Rasional
8. Ajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan prilaku hidup bersih dan sehat	

g. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)

1). Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan aktivitas perawatan diri meningkat.

2). Kriteria Hasil : Perawatan Diri (L.11103)

- a). Kemampuan mandi meningkat
- b). Kemampuan menggunakan pakaian meningkat
- c). Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat
- d). Melakukan perawatan diri meningkat

Tabel 2.9
Intervensi Diagnosa 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 Teraupetik 4. Sediakan lingkungan yang teraupetik 5. Siapkan keperluan pribadi 6. Dampingi dalam melakukan 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	Observasi 1. Untuk mengetahui kebiasaan klien 2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien 3. Untuk membantu kebutuhan dasar klien Teraupetik 4. Agar membuat klien merasa nyaman 5. Agar klien tidak kesulitan untuk mencari apa saja yang dibutuhkan 6. Agar bisa membingbing klien 7. Agar membantu kebutuhan klien 8. Untuk membantu klien dalam melakukan perawatan diri 9. Agar klien dapat melakukan perawatan diri sesuai jadwal yang dibuat

Intervensi	Rasional
Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Edukasi 10. Membiasakan klien melakukan perawatan diri

4. Implementasi

Implementasi Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan merupakan suatu langkah dalam menilai hasil asuhan keperawatan yang dilakukan dengan membandingkan hasil yang dicapai berupa respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan dengan indikator yang ditetapkan. Hasil asuhan keperawatan dapat diukur melalui : keadaan fisik, sikap atau psikologis, pengetahuan atau kekuatan belajar dan perilaku kesehatan (Nadirawati, 2018).

Menurut (Suprajitni, 2017) Evaluasi dapat dilaksanakan dengan SOAP, dengan pengertian

S : adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh pasien.

O : adalah keadaan objektif yang dapat didefinisikan oleh perawat menggunakan penglihatan.

A : adalah analis perawat setelah mengetahui respon pasien secara subjektif dan objektif.

P : adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan tindakan.

Dalam mengevaluasi harus melihat tujuan yang sudah dibuat sebelumnya, bila tujuan tersebut belum tercapai, maka dibuat rencana tindak lanjut yang masih searah dengan tujuan (Suprajitni, 2017).

BAB III

TINJUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1). Identitas klien

Nama	: Ny. R
Umur	: 21 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Babakan Ciperang
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Status	: Menikah
No. RM	: 01446422
Tanggal Masuk	: Jum'at, 25 April 2025
Tanggal Persalinan	: Sabtu, 26 april 2025
Tanggal Pengkajian	: Minggu, 27 April 2025 Pukul 07.00 WIB
Diagnosa Medis	: P ₁ A ₀ Partus Maturus Indikasi KPD dengan Tindakan Post <i>Sectio Caesarea</i>

2). Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn. A
Umur	: 23 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-Laki
Alamat : Babakan Ciperang
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Hubungan dengan pasien : Suami

b. Riwayat kesehatan

1). Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada luka post *Sectio Caesarea* di perut bagian bawah.

2). Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian hari minggu, 27 April 2025 pukul 07.00 pagi, terdapat luka post SC tertutup di bagian bawah perut $\pm$ 7 cm tertutup perban, nyeri timbul pada saat bergerak dan nyeri berkurang pada saat klien beristirahat, nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 6 (0-10), nyeri di rasakan hilang timbul dan klien tampak bersikap protektif pada saat di pegang perutnya.

3). Riwayat kesehatan dahulu

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

4). Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat persalinan kembar, dan keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus,

tuberkulosis dan penyakit menular lainnya.

5). Riwayat obstetri dan ginekologi

a). Riwayat ginekologi

(1). Riwayat menstruasi

Klien mengatakan haid pada umur 12 tahun, dengan siklus haid 30 hari, lamanya haid 7 hari, keluhan haid nyeri, HPHT 17 Juli 2024 dan taksiran persalinan 24 April 2025.

(2). Riwayat perkawinn

Klien mengatakan pertama kali menikah pada usia 20 tahun dan lama pernikahan 1 tahun.

(3). Riwayat kontrasepsi

Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil yaitu kontrasepsi suntik 1 bulan, waktu dan lama penggunaan 1 bulan dan jenis kontrasepsi yang di pakai setelah melahirkan yaitu kontrasepsi IUD.

b). Riwayat Obstetri

(1). Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan ini merupakan kehamilan pertamanya.

(2). Keadaan saat hamil

(a). Keluhan waktu hamil

Trimester I : Klien mengeluh mual dan muntah

Trimester II : Klien tidak mengeluh mual dan muntah

Trimester III : Pada usia kehamilan 40 minggu, tiba-tiba

keluarnya air ketuban

(b). Imunisasi : Imunisasi tetanus

(c). Perubahan BB selama hamil

BB sebelum hamil : 65 kg

BB selama hamil : 77 kg

TB : 145 cm

(d). Pemeriksaan pada saat hamil

Klien rutin melakukan pemeriksaan ke bidan dan sudah melakukan pemeriksaan sebanyak 6x.

(3). Riwayat persalinan sekarang

Pada hari Jum'at, 25 April 2025 klien dibawa ke RS dengan keluhan ketuban pecah dini sejak 5 jam yang lalu. Setelah dilakukan pemeriksaan hasilnya klien belum ada his dan pembukaan, klien di bawa ke ruang VK untuk dilakukan evaluasi apakah ada his dan pembukaan atau tidak, setelah dievaluasi dan tidak ada perkembangan klien di bawa ke ruang operasi pada hari Sabtu, 26 April 2025 untuk dilakukan tindakan *Sectio Caesarea*. Bayi dengan jenis kelamin laki-laki dengan berat 3060 gram, panjang badan 50 cm, keadaan bayi sehat. Klien dan bayi tidak dirawat gabung, serta belum ada perlekatan antara ibu dan bayi.

c. Pemeriksaan fisik

1). Keadaan umum

- a). Keadaan umum : Composmentis E : 4, M : 6, V : 5 = GCS 15
- b). Penampilan umum : Klien tampak lemah

2). Tanda-Tanda Vital

- a). Tekanan darah : 120/80 mmHg
- b). Respirasi : 20 x/mnt
- c). Suhu : 36,5 °C
- d). Nadi : 86 x/mnt
- e). Spo2 : 99 %

3). Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

a). Kepala dan rambut

Bentuk kepala musocephal, tidak ada luka, tidak ada lesi, rambut tampak kusut, kulit kepala berminyak, warna rambut hitam, penyebaran atau distribusi rambut merata, tidak adanya pembengkakan atau benjolan dan tekstur rambut halus.

b). Wajah

Bentuk wajah simetris, tidak ada luka atau lesi dan klien tampak meringis.

c). Mata

Bentuk kedua mata simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, bola mata dapat bergerak ke segala arah, refleks pupil isokor terbukti ketika diberi rangsangan cahaya pupil

mengecil, klien dapat membaca papan nama perawat dengan baik dan tidak ada nyeri tekan pada mata.

d). Hidung

Letak hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak ada kotoran dan secret, fungsi penciuman baik terbukti dengan klien dapat membedakan alkohol swab dan kayu putih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada bengkak dan nyeri tekan.

e). Telinga

Bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, lubang telinga tidak ada kelainan, fungsi pendengaran baik terbukti dengan klien dapat menjawab pertanyaan mahasiswa tanpa diulang, telinga tampak bersih, tidak terdapat serumen, tidak ada nyeri tekan pada kartilago dan tulang mastoid.

f). Mulut dan gigi

Mukosa bibir lembab, gigi tampak kotor, lidah tampak bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada lesi, tidak ada pendarahan atau radang gusi, refleks menelan baik terbukti klien tidak mengeluh pada saat mencoba menelan dan fungsi pengecapan baik dibuktikan dengan klien bisa membedakan rasa asin dan manis.

g). Leher

Bentuk leher simetris dan bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pergerakan leher normal terbukti klien dapat menengok ke kanan dan kiri, tidak ada bengkak atau nyeri tekan.

h). Dada

(1). Paru-Paru

Perkembangan dada simetris kanan dan kiri, tidak terdapat luka, tidak ada jejas, tidak ada otot bantu nafas, tidak ada nyeri tekan dan bunyi nafas vesikuler Spo 99 %.

(2). Jantung

Suara jantung S1 dan S2 lup dup dengan irama yang teratur, TD 120/80 mmHg, Nadi 86 x/mnt.

(3). Payudara

Kulit daerah sekitar payudara tampak bersih, tidak ada lesi atau luka, puting susu menonjol, areola coklat kehitaman, payudara teraba hangat dan keras, tidak ada benjolan, belum ada pengeluaran asi, payudara bengkak dan klien mengatakan nyeri pada payudara.

i). Abdomen

Bentuk abdomen cembung, terdapat luka pembedahan SC $\pm$ 7 cm horizontal di bawah abdomen, terdapat linea nigra dan striae livide. Klien tampak bersikap protektif pada saat akan dipegang perutnya, bising usus 12x/menit, terdapat nyeri tekan, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus teraba keras dan tidak ada distensi abdomen.

j). Genetalia dan anus

Terdapat lochea rubra keluar dari vagina, berwarna merah muda, bau amis, perineum utuh, tidak ada oedema vulva, terpasang kateter,

urine yang keluar 100 cc/jam, tidak terdapat hemoroid.

k). Ekstremitas

(1). Ekstremitas atas

Bentuk kedua tangan simetris antara kanan dan kiri, jumlah jari tangan lengkap, kedua tangan bisa digerakan, tidak ada oedema, tidak ada lesi, turgor kulit kembali ke semula < 2 detik, CRT kembali ke semula <2 detik, terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri.

(2). Ekstremitas bawah

Bentuk kedua kaki simetris antara kanan dan kiri, pergerakan klien terbatas, tidak ada oedema, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, abdomen terasa nyeri saat ekstremitas bawah digerakan berlebihan, pergerakan terbatas dan aktivitas di bantu oleh keluarga.

kekuatan otot :

5	5
4	4

d. Aspek Psikologis

1). *Taking In*

Klien masih ketergantungan, pergerakan klien terbatas dan aktivitas masih dibantu keluarga.

2). Persepsi diri

Klien berharap bisa pulang ke rumah bersama anaknya dan berkumpul bersama keluarganya.

3). Pola pikir

Klien mengatakan baru pertama kali melahirkan, belum ada pengalaman menyusui bayi, klien mengatakan sedikit tidak percaya diri dan khawatir karna belum pernah menyusui dan klien juga mengatakan kurang tahu dalam perawatan luka secara mandiri pasca operasi *sectio caesarea*.

4). Hubungan dan komunikasi

Klien berhubungan dan berkomunikasi baik dengan keluarga.

e. Konsep diri

1). Identitas diri

Klien seorang perempuan berusia 21 tahun, tinggal di Kp.Babakan Ciperang, klien merasa sebagai ibu dari satu anak serta seorang istri dari suaminya.

2). Peran diri

Klien mengatakan peranya dikeluarga adalah seorang istri dan menjadi seorang ibu.

3). Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat pulih dan segera bertemu anaknya, serta ingin segera pulang dan berkumpul bersama keluarganya.

4). Harga diri

Klien tidak merasa malu ketika bertemu dengan orang lain, klien merasa dihargai dan disayangi oleh keluarganya, terbukti banyak yang mengunjungi klien untuk menengok.

5). Gambaran diri

Klien merasakan perubahan pada dirinya, seperti bertambahnya berat badan, perubahan bentuk tubuh, bertambahnya peran. Tetapi apapun perubahannya klien tetap bahagia dengan kelahiran putranya.

f. Aspek sosial

Hubungan klien dan keluarga sangat baik, terbukti klien dapat berkomunikasi dengan lingkungan sekitar termasuk perawat dengan baik.

g. Aspek spiritual

Klien seorang muslim, ia selalu berdo'a untuk pemulihan dirinya dan kesehatan bayinya.

h. Aspek koping

Apabila klien mengalami permasalahan, klien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bercerita pada orang terdekat baik itu suami atau keluarga yang lain untuk meminta solusi.

i. Kebiasaan seksual

Pada masa kehamilan, sesekali klien dan suami melakukan hubungan suami dan istri. Namun, setelah melahirkan, klien dan suami sepakat untuk tidak berhubungan badan selama masa nifas.

j. Pola Aktivitas Sehari-Hari

Tabel 3.1
Pola Aktivitas Sehari-Hari

NO	Aktivitas Sehari-Hari (ADL)	Sebelum di RS	Di RS
1.	Pola Nutrisi a. Makan Jenis Frekuensi Porsi Keluhan b. Minum Jenis Frekuensi c. Cara	Nasi, Lauk pauk, Sayur 3x/ hari 1 Porsi Tidak ada Air putih 5-6 Gelas Mandiri	Klien mengatakan sudah makan bubur setengah porsi setelah 12 jam post <i>sectio caesarea</i> Tidak ada Air putih 2 Gelas Dibantu
2.	Pola Eliminasi a. BAB Konsistensi Frekuensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Warna Bau c. Cara	Padat 1x/ hari Kuning kecoklatan Khas feses 7x/ hari Jernih keruh Khas urine Mandiri	Belum BAB - - - Terpasang kateter (100 cc) Jernih keruh Khas urine Dibantu

NO	Aktivitas Sehari-Hari (ADL)	Sebelum di RS	Di RS
3.	Pola Istirahat dan Tidur a. Tidur malam Frekuensi Kualitas b. Tidur siang Kualitas Frekuensi	7 jam Nyenyak Tidak menentu Nyenyak	Klien mengatakan tidur malam 5 jam dan kurang nyenyak Klien mengatakan belum tidur siang
4.	Personal Hygine a. Mandi Frekuensi Menggunakan sabun Menggosok gigi Gangguan b. Berpakaian Frekuensi Gangguan	1-2 x/ Hari Ya 1x/ Hari Mandiri 2x/hari Mandiri	Klien mengatakan belum mandi dan belum gosok gigi Klien mengatakan belum mengganti pakaian sejak keluar dari ruang operasi

k. Pemeriksaan Penunjang

Nama : Ny. R

Umur : 21 Tahun

Tanggal Pemeriksaan : Jum'at, 25 April 2025

Tabel 3.2
Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi Rutin :			
Hemoglobin	13,1	g/dL	12-16
Hematokrit	40	%	35-47
Jumlah leukosit	11.600	/mm ³	3.800-10.800
Jumlah trombosit	296.000	/ mm ³	150.000-440.000
Jumlah eritrosit	4,5	Juta/mm ³	3.6-5.8

l. Terapi Medis

Nama : Ny. R

Umur : 21 Tahun

Tabel 3.3
Terapi Medis

No.	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Waktu Pemberian	Indikasi
1	Cefriaxone	1 x 1 gram	IV	10.05 15.25	Obat antibiotik, digunakan untuk mengobati infeksi bakteri diberbagai area tubuh. Misal kulit, saluran pencernaan dll.
2	Metronidazole	1 x 1 gram	IV	10.05 15.25	Obat antibiotik, digunakan untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau farasit
3	Ketorolac	30 mg	IV	09.00 14.30	Obat anti inflamasi nonsteroid, obat ini digunakan untuk mengatasi nyeri
4	Infus RL	20 tpm	IV	-	Cairan infus yang mengandung air dan elektrolot untuk mengembalikan keseimbangan cairan dan elektrolit
5	Asam Mefenamat	1 gram	Oral	08.15	Obat anti inflamasi nonsteroid, digunakan untuk mengobati nyeri ringan, hingga sedang
6	Cefadroxil	1 gram	IV	09.15	Obat antibiotik, untuk mengatasi berbagai infekdi bakteri ringan hingga sedang

m. Analisa Data

Tabel 3.4
Analisa data

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	DS : - Klien mengeluh nyeri pada area luka bekas operasi - Klien mengatakan nyeri timbul pada saat bergerak dan berkurang pada saat istirahat - Nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk - Nyeri dirasakan hilang timbul - Klien mengeluh tidur tidak nyenyak DO : - Terdapat luka post operasi SC di bagian bawah abdomen $\pm$ 7 cm tertutup perban - Klien tampak meringis menahan sakit - Klien tampak bersikap protektif pada saat di pegang perutnya - Skala nyeri 6 (0-10) - TTV TD : 120/80 mmHg RR : 20 x/mnt N : 86 x/mnt	Tindakan <i>sectio caesarea</i> adalah prosedur pembedahan dengan cara membuat sayatan pada jaringan tubuh, yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan. Hal ini memicu rangsangan pada neuroreseptor dan memicu pelepasan mediator nyeri, sehingga menimbulkan sensasi nyeri pada klien	Nyeri Akut
2.	DS : - Klien mengatakan perut nyeri saat bergerak - Klien mengatakan pergerakan nya terbatas DO : - Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur - Pergerakan klien terbatas - Aktivitas klien di bantu keluarga	Pasien dengan post <i>Sectio Caesarea</i> mengalami penurunan kekuatan atau kelemahan fisik karena nyeri sehingga kebutuhan ADL nya harus dibantu	Gangguan Mobilitas Fisik

No.	Data	Etiologi	Problem
	- Terpasang DC - Kekuatan otot 5 5 4 4		
3.	Efek prosedur invasive (tindakan <i>sectio caesarea</i>)	Post operasi <i>Sectio Caesarea</i> menimbulkan luka Insisi dan menyebabkan Jaringan terbuka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi	Resiko Infeksi
4.	DS : - Klien mengatakan baru pertama kali melahirkan, belum ada pengalaman menyusui bayi - Klien mengatakan tidak percaya diri karna belum pernah menyusui - Klien mengatakan nyeri pada payudara - Klien mengatakan khawatir karna ASI nya belum keluar DO : - Belum ada ASI sedikit - Puting susu menonjol - Payudara teraba keras - Payudara membengkak - Belum ada perlekatan antara ibu dan bayi	Produksi ASI yang belum optimal disebabkan oleh kelenjar alveoli yang belum bekerja secara maksimal dalam menghasilkan dan mengeluarkan ASI. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh faktor hormonal, kurangnya stimulasi hisapan bayi atau keterlambatan dalam proses menyusui, yang akhirnya menyebabkan ketidakefektifan dalam pemberian ASI kepada bayi	Menyusui Tidak Efektif
5.	DS : - Klien mengatakan belum mandi sejak masuk RS - Klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak	Luka post operasi menyebabkan keterbatasan dalam pergerakan, sehingga klien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan memerlukan bantuan dalam perawatan diri, yang menunjukkan adanya	Defisit Perawatan Diri

No.	Data	Etiologi	Problem
	DO : - Klien tampak lemah keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah - kulit klien tampak kotor dan teraba lengket - Tampak aktivitas dibantu oleh keluarga	gangguan dalam kemampuan merawat diri secara mandiri	

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

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

DS :

- 1).Klien mengeluh nyeri pada area luka bekas operasi
- 2).Klien mengatakan nyeri timbul pada saat bergerak dan berkurang pada saat istirahat
- 3).Nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk
- 4).Nyeri dirasakan hilang timbul
- 5).Klien mengeluh tidur tidak nyenyak

DO :

- 1).Terdapat luka post operasi SC tertutup perban di bagian bawah abdomen $\pm$ 7 cm
- 2).Klien tampak meringis menahan sakit
- 3).Klien tampak bersikap protektif pada saat di pegang perutnya
- 4).Skala nyeri 6 (0-10)
- 5).TTV

TD : 120/80 mmHg

RR : 20 x/mnt

N : 86 x/mnt

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, ditandai dengan :

DS :

- 1).Klien mengatakan perut nyeri saat bergerak
- 2).Klien mengatakan pergerakan nya terbatas

DO :

- 1).Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur
- 2).Pergerakan klien terbatas
- 3).ktivitas klien di bantu keluarga
- 4).Terpasang DC
- 5).Kekuatan otot

5	5
4	4

c. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (tindakan *sectio caesarea*)

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI, ditandai dengan :

DS :

- 1).Klien mengatakan baru pertama kali melahirkan, belum ada pengalaman menyusui bayi
- 2).Klien mengatakan tidak percaya diri karna belum pernah menyusui
- 3).Klien mengatakan nyeri pada payudara
- 4).Klien tampak khawatir karna ASI nya belum keluar

DO :

- 1). Belum ada pengeluaran ASI
- 2). Puting susu menonjol
- 3). Payudara teraba keras
- 4). Payudara membengkak
- 5). Belum ada perlekatan antara ibu dan bayi

e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

DS :

- 1). Klien mengatakan belum mandi sejak masuk RS
- 2). Klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak

DO :

- 1). Klien tampak lemah keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah
- 2). Kulit klien tampak kotor dan teraba lengket
- 3). Tampak aktivitas dibantu oleh keluarga

3. Proses Asuhan Keperawatan

Nama : Ny.R

Usia : 21 Tahun

No RM : 01446422

Tabel 3.5
Perencanaan, Intervensi dan Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evalusi
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik d.d : DS : 1. Klien mengeluh nyeri pada area luka bekas operasi 2. Klien mengatakan nyeri timbul pada saat	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Observasi TTV 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui keadaan umum klien 2. Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebar atau tidak	Tanggal 27 April 2025 Jam 09.00 WIB Observasi 1. Mengobservasi TTV R : TD : 110//79 mmHg RR : 22 x//mnt N : 82 x/ mnt 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R : Klien mengatakan nyeri di bagian perut luka post operasi, nyeri dirasakan	Tanggal 27 April 2025 Jam 09.20 WIB S : - Klien mengatakan masih merasa nyeri dibagian perut luka post operasi, nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk - Klien mengatakan nyeri hilang timbul - Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat istirahat

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evalusi
	bergerak dan berkurang pada saat istirahat 3. Nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk 4. Nyeri dirasakan hilang timbul 5. Klien mengeluh tidur tidak nyenyak DO : 1. Terdapat luka post operasi SC tertutup perban di bagian bawah	2. Tingkat meringis menurun 3. Skala nyeri berkurang 4. Sikaf protektif menurun 5. Kesulitan tidur menurun	3. Identifikasi skala nyeri 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Teraupetik 5. Berikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam) 6. Kontrol lingkungan yang	3. Untuk mengetahui skala nyeri klien dari 1-10 4. Untuk menghindari faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Teraupetik 5. Dengan memberikan teknik nonfarmakologis diharapkan dapat mengurangi rasa nyeri 6. Untuk mengurangi rasa nyeri pada klien	seperti di tusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul 3. Mengidentifikasi skala nyeri R : Klien mengatakan skala nyeri 6 (1-10) 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R : Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat Teraupetik 5. Memberikan teknik non farmakologis (tarik nafas dalam) R : Klien melakukan teknik tarik nafas dalam ketika nyeri dirasakan, klien merasa tenang dan nyeri sedikit berkurang 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri seperti suara bising	- Klien mengatakan tidur tidak nyenyak dan lama tidur malam 5 jam O : - Skala nyeri 6 (1-10) - Klien tampak meringis - Klien tampak bersikap protektif saat akan dipegang perutnya - TTV TD : 110/90 mmHg RR : 20 x/mnt N : 85 x/mnt A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi a. Observasi TTV b. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri c. Identifikasi skala nyeri d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Berikan teknik nonfarmakologis

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evalusi
	abdomen $\pm$ 7 cm 2. Klien tampak meringis menahan sakit 3. Klien tampak bersikap protektif pada saat di pegang perutnya 4. Skala nyeri 6 (0-10) 5. TTV TD : 120/80 mmHg RR : 20 x/mnt N : 86 x/mnt		memperberat rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik	7. Untuk meningkatkan rasa nyaman pada klien Edukasi 8. Diharapkan dapat mengontrol nyeri ketika muncul Kolaborasi 9. Untuk membantu proses penyembuhan	R : Klien tampak merasa nyaman 7. Memfasilitasi istirahat dan tidur R : Klien mengatakan tidur tidak nyenyak, lama tidur malam 5 jam Edukasi 8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri R : Klien mengerti strategi meredakan nyeri dengan teknik tarik nafas dalam Kolaborasi 9. Berkolaborasi Pemberian analgetik obat keterolak 30 mg R : Nyeri sedikit berkurang  Herlina Nur Sakinah	f. Fasilitasi istirahat dan tidur g. Kolaborasi pemberian analgetik

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evalusi
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri d.d : DS : 1. Klien mengatakan perut nyeri saat bergerak 2. Klien mengatakan pergerakan nya terbatas DO : 1. Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur 2. Pergerakan klien terbatas 3. ktivitas klien di bantu keluarga	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Kelemahan fisik menurun 3. Kekuatan otot meningkat 4. Gerakan terbatas menurun 5. Pergerakan ekstremitas meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Teraupetik 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh klien Teraupetik 2. Untuk membantu melakukan pergerakan 3. Untuk membantu klien dakam bergerak	Tanggal 27 April 2025 Jam 09.25WIB Observasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : Klien masih merasa nyeri pada perut post operasi saat melakukan pergerakan Teraupetik 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan R : Klien mencoba melakukan pergerkan sedikit demi sedikit 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R : Keluarga membantu dalam proses peningkatan pergerakan dan klien tampak berusaha bergerak	Tanggal 27 April 2025 Jam 09.40 WIB S : - Klien mengatakan masih merasa nyeri pada perut post operasi saat melakukan pergerakan O : - Aktivitas klien dibantu oleh keluarga - Terpasang DC - Klien tampak meringis pada saat melakukan pergerakan - Klien tampak mengerti - Klien tampak mencoba duduk dan bersandar - Tampak pergerakan klien terbatas - Klien tampak lemah - Kekuatan otot 5 4 5 4

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evalusi
	4. Terpasang DC 5. Kekuatan otot 5 5 4 4		Edukasi 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	Edukasi 4. Klien dapat mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Membantu pergerakan pada klien	Edukasi 4. Menjelaskan tujuan mobilisasi dini post SC R : Klien diberikan edukasi berupa mobilisasi dini dan klien dapat memahaminya 5. Menganjurkan mobilisasi dini post SC 12-24 jam (Latihan duduk) R : Klien mencoba duduk di tempat tidur dan bersandar ke tempat tidur  Herlina Nur Sakinah	A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Fasilitasi melakukan pergerakan c. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan d. Anjurkan melakukan mobilisasi post SC 24 jam (dijurkan berjalan)
3.	Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (tindakan <i>sectio caesarea</i>)	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda-tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi ada tidaknya tanda dan gejala infeksi	Tanggal 27 April 2025 Jam 09.45 WIB Observasi 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik R: Tampak luka bekas operasi klien tidak ada kemerahan,	Tanggal 27 April 2025 Jam 10.00 WIB S : - Klien mengatakan masih merasa nyeri pada luka bekas operasi O :

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evalusi
		tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Tidak adanya tanda- tanda infeksi	Teraupetik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian antibiotic	Teraupetik 2. Diharapkan dapat mencegah bakteri yang dibawa pengunjung 3. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar luka operasi Edukasi 4. Agar klien mengetahui tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 5. Untuk membantu proses penyembuhan	panas dan bengkak Teraupetik 2. Membatasi jumlah pengunjung R : Klien ditemani oleh suaminya, tampak nyaman dan tenang 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien R : Perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah ketemu klien dan lingkungan klien Edukasi 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi R : Klien tampak paham dan mengerti Kolaborasi 5. Berkolaborasi pemberian antibiotic obat cepriaxone	- Luka bekas operasi tertutup perban $\pm$ 7 cm - Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi a. Monitor tanda- tanda infeksi lokal dan sistemik antibiotik b. Berikan perawatan luka c. Kolaborasi pemberian antibiotik

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evalusi
					1gr/IV dan metronidazole 1 gr/IV R : Luka masih basah, bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi  Herlina Nur Sakinah	
4.	Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidak adekuatan Suplai ASI, d.d : DS : 1. Klien mengatakan baru pertama kali melahirkan, belum ada pengalaman	Status Menyusui (L.03029) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan menyusui tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat	Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui	Observasi 1. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan ibu dalam menyusui 2. Untuk mengetahui keinginan ibu dalam menyusui	Tanggal 27 April 2025 Jam 10.05 WIB Observasi 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R : Klien belum tahu tentang menyusui dikarenakan anak pertama 2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui R : Klien mengatakan tidak percaya diri karena belum pernah menyusui	Tanggal 27 April 2025 Jam 10.20 WIB S : - Klien mengatakan belum berpengalaman dalam menyusui bayi - Klien mengatakan tidak percaya diri karena belum pernah menyusui bayi - Klien mengatakan belum ada pengeluaran ASI - Klien mengatakan nyeri pada payudara - Klien mengatakan paham tetapi belum bisa

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evalusi
	menyusui bayi 2. Klien mengatakan tidak percaya diri karna belum pernah menyusui 3. Klien mengatakan nyeri pada payudara 4. Klien tampak khawatir karna ASI nya belum keluar DO : 1. Belum ada pengeluaran ASI 2. Puting susu menonjol	2. Kemampuan ibu memposisikan bayi meningkat 3. Kepercayaan diri ibu meningkat 4. Tetesan atau pancaran ASI meningkat 5. Suplai ASI adekuat meningkat	Teraupetik 3. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 4. Libatkan system pendukung : suami, keluarga dan tenaga kesehatan Edukasi 5. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 6. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis, kompres hangat)	Teraupetik 3. Agar kepercayaan diri ibu dalam menyusui meningkat 4. Untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam menyusui Edukasi 5. Agar ibu tahu manfaat dari menyusui 6. Agar klien mengetahui cara perawatan payudara	Teraupetik 3. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui R : Klien mengatakan tidak percaya diri karna belum pernah menyusui bayi 4. Melibatkan system pendukung pada ibu dalam menyusui R : Keluarga siap memberi dukungan Edukasi 5. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi R : Klien paham mengenai manfaat menyusui 6. Mengajarkan perawatan payudara/breast care post partum (kompres hangat) R : Klien tampak sudah paham melakukan perawatan	melakukan perlekatan kepada bayi O : - ASI tampak belum keluar - Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu - Puting susu menonjol - Payudara bengkak A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi a. Identifikasi kesiapan dan keinginan menyusui b. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui c. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar d. Ajarkan perawatan payudara post partum (Mis, kompres hangat)

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evalusi
	3. Payudara teraba keras 4. Payudara membengkak 5. Belum ada perlekatan antara ibu dan bayi		7. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar	7. Perlekatan yang benar akan menghindari bayi menyusui lama dan sering	payudara dengan kompres hangat (breast care) 7. Mengajarkan 4 posisi menyusui dengan benar R : Klien paham, tetapi belum bisa melakukan perlekatan menyusui secara langsung kepada bayi  Herlina Nur Sakinah	
5.	Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan d.d : DS : 1. Klien mengatakan belum mandi sejak masuk RS 2. Klien mengatakan tidak	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian	Observasi 1. Untuk mengetahui kebiasaan klien 2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian	Tanggal 27 April 2025 Jam 10.30 WIB Observasi 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia R : Klien sudah di spon dan sudah gosok gigi 2. Memonitor tingkat kemandirian R :	Tanggal 27 April 2025 Jam 10.50 WIB S : - Klien mengatakan sudah di spon dan sudah gosok gigi - Klien mengatakan sedikit bisa melakukan perawatan diri secara mandiri, meskipun kesulitan karena keterbatasan gerak O :

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evalusi
	mampu melakukan perawatan diri karena keterbatasan gerak DO : 1. Klien tampak lemah keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah 2. kulit klien tampak kotor dan teraba lengket	1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 4. Minat melakukan perawatan diri meningkat	3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Teraupetik 4. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	3. Untuk membantu kebutuhan dasar klien Teraupetik 4. Agar bisa membingbing klien 5. Agar klien dapat melakukan perawatan diri sesuai jadwal yang dibuat	Klien sedikit bisa melakukan perawatan diri secara mandiri, meskipun terlihat kesulitan karena masih keterbatasan dalam bergerak 3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan R : Klien dibantu oleh keluarga dalam menyiapkan kebutuhan perawatan diri Teraupetik 4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri R : Keluarga mampu membantu kebutuhan klien 5. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri R : Klien mematuhi dengan sudah mengganti pakaian	- Klien tampak sedikit mampu melakukan perawatan diri secara mandiri - Gerakan klien tampak sedikit terbatas - klien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam melakukan perawatan diri - Klien dan keluarga sudah paham dengan penjadwalan perawatan diri A: Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi a. Monitor tingkat kemandirian b. Dampingi melakukan perawatan diri c. Jadwalkan rutinitas perawatan diri

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evalusi
			Edukasi 6. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Edukasi 6. Membiasakan klien melakukan perawatan	1x1 hari Edukasi 6. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan R : Klien mengatakan akan melakukannya  Herlina Nur Sakinah	

Nama : Ny. R

Umur : 21 Tahun

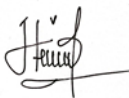
No RM : 01446422

4. Catatan Perkembangan

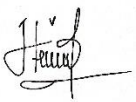
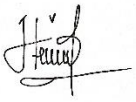
Hari ke-1 (POD 1)

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan

No	Tanggal dan Waktu	DX	Catatan perkembangan	Paraf
1.	Senin, 28 April 2025 14.00 WIB	1	S : a. Klien mengatakan masih merasa nyeri dibagian perut luka post operasi b. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk c. Klien mengatakan nyeri hilang timbul d. Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat e. Klien mengatakan tidur sedikit lebih nyenyak O : a. Skala nyeri 5 (0-10) b. Klien tampak meringis c. Klien tampak bersikaf protektif saat akan dipegang perutnya berkurang A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 14.10 WIB a. Mengobservasi TTV - R : - TD : 120/90 mmHg - N : 85 x/mnt - RR : 21 x/mnt b. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - R : - Klien mengatakan masih merasa nyeri diperut luka post operasi, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul c. Mengidentifikasi skala nyeri - R : - Skala nyeri 5 (0-10) d. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan	 Herlina Nur Sakinah

No	Tanggal dan Waktu	DX	Catatan perkembangan	Paraf				
			memperingan nyeri R : Klien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat Jam 14.20 WIB e. Memberikan teknik non farmakologis (tarik nafas dalam) R : Klien melakukan teknik tarik nafas dalam ketika nyeri muncul dan klien merasa lebih tenang f. Memfasilitasi istirahat dan tidur R : Klien mengatakan tidur sedikit lebih nyenyak Jam 14.30 WIB g. Mengkolaborasi pemberian analgetik berupa obat katerolak 30 mg IV R : Nyeri berkurang E : Jam 14.40 WIB Masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi					
2.	Senin, 28 April 2025 14.45 WIB	2	S : a. Klien mengatakan nyeri pada perut post operasi saat melakukan aktivitas sudah berkurang b. Klien mengatakan sudah bisa berdiri dan berjalan sedikit demi sedikit di samping tempat tidur O : a. Aktivitas klien masih dibantu oleh keluarganya b. Klien tampak mampu berdiri dan berjalan sedikit demi sedikit di samping tempat tidur c. DC sudah dilepas d. Klien sudah tidak tampak lemah e. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table> A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Jam 14.50 WIB a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : Klien mengatakan nyeri pada perut post operasi saat	5	5	4	4	 Herlina Nur Sakinah
5	5							
4	4							

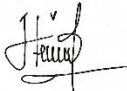
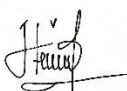
No	Tanggal dan Waktu	DX	Catatan perkembangan	Paraf
			melakukan aktivitas sudah berkurang Jam WIB 14.55 b. Memfasilitasi melakukan pergerakan R : Klien berpegangan pada benda yang ada di sekitar dan berjalan sedikit demi sedikit c. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R : Aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga Jam 15.00 WIB d. Mengajarkan mobilisasi dini post SC 24 jam (latihan berdiri dan berjalan) R : Klien mencoba melakukan latihan berdiri di samping tempat tidur dan berjalan sedikit demi sedikit dari tempat tidur ke toilet E : Jam 15.10 WIB Masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi	
3.	Senin, 28 April 2025 15.15 WIB	3	S : a. Klien mengatakan masih merasa nyeri pada luka bekas operasi O : a. Luka bekas operasi tertutup perban 7 cm b. Suhu 36,5 c. Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak d. Lingkungan klien tampak bersih A : Resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 15.20 WIB a. Memonitor tanda-tanda infeksi lokal dan sistemik R : Klien mengatakan nyeri masih ada pada perut post operasi dan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti panas, kemerahan maupun bengkak 15.25 WIB b. Mengkolaborasi pemberian antibiotik berupa obat cepriaxone dan metronidazole 1gr IV R : Luka tampak bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi E : Jam 15.35 WIB Masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi	 Herlina Nur Sakinah

No	Tanggal dan Waktu	DX	Catatan perkembangan	Paraf
4.	Senin, 28 April 2025 15.40 WIB	4	S : a. Klien mengatakan percaya diri dan ingin menyusui b. Klien mengatakan paham mengenai posisi menyusui dan perlekatan dengan benar c. Klien mengatakn belum bisa melakukan perlekatan secara langsung pada bayi d. Klien mengatakan ASI keluar sedikit e. Klien mengatakan nyeri pada payudara sudah berkurang O : a. Pengeluaran ASI sedikit b. Puting susu menonjol c. Payudara tampak masih bengkak d. Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu A : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 15.45 WIB a. Mengidentifikasi kesiapan dan keinginan menyusui R : Klien mengatakan bersedia dan ingin menyusui b. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui R : Klien mengatakan percaya diri dan ingin menyusui 15.55 WIB c. Mengajarkan perawatan payudara post partum (kompres hangat) R : Setelah dilakukan kompres pada payudara, klien mengatakan merasa lebih nyaman dan nyeri pada payudara berkurang dan bengkak berkurang d. Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar R : Klien sudah paham tetapi klien belum bisa melakukan perlekatan kepada bayi E : Jam 16.00 WIB Masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi	 Herlina Nur Sakinah
5.	Senin, 28 April 2025 16.05 WIB	5.	S : a. Klien mengatakan sudah mandi dan sudah gosok gigi b. Klien mengatakan sudah bisa melakukan perawatan diri secara mandiri	

No	Tanggal dan Waktu	DX	Catatan perkembangan	Paraf
			O : a. Klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri b. Klien terlihat lebih segar c. klien tampak sudah mengganti pakaian dan sudah melakukan perawatan personal hygiene A : Defisit perawatan diri teratasi	Herlina Nur Sakinah

Hari ke-2 (POD 2)

No	Tanggal dan Waktu	DX	Catatan perkembangan	Paraf
1.	Selasa, 29 April 2025 08.00 WIB	1	S : a. Klien mengatakan nyeri pada perut post operasi sudah berkurang b. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk c. Klien mengatakan nyeri hilang timbul d. Klien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat e. Klien mengatakan tidur sudah lebih nyenyak dari sebelumnya O : a. Meringis tampak sudah berkurang b. Skala nyeri 4 (0-10) c. Klien tampak sudah tenang A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 08.05 WIB a. Mengobservasi TTV R : TD : 110/90 mmHg RR : 19 x/mnt N : 92 x/mnt b. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri R : Klien mengatakan nyeri pada perut post operasi sudah berkurang, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul c. Mengidentifikasi skala nyeri R : Skala nyeri 4 (0-10) d. Mengidentifikasi faktor memperingan dan	 Herlina Nur Sakinah

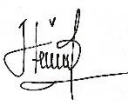
No	Tanggal dan Waktu	DX	Catatan perkembangan	Paraf				
			memperberat nyeri R : Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak berkurang e. Memfasilitasi istirahat dan tidur R : Klien mengatakan tidur sudah lebih nyenyak dari sebelumnya 08.15 WIB f. Memberikan analgetikobat asam mefenamat 1gr oral R : Nyeri tampak berkurang E : Jam 08.20 WIB Masalah teratasi sebagian, klien pulang lanjutkan intervensi di rumah					
2.	Selasa, 29 April 2025 08.25 WIB	2	S : a. Klien mengatakan nyeri pada perut post operasi saat melakukan aktivitas sudah berkurang b. Klien mengatakan sudah bisa duduk, berdiri dan berjalan tanpa di bantu oleh keluarga O : a. Klien tampak segar b. Klien tampak sudah mampu duduk dan berjalan dari tempat tidur ke toilet c. 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	 Herlina Nur Sakinah
5	5							
5	5							
3.	Selasa, 29 April 2025 08.35 WIB	3	S : a. Klien mengatakan nyeri pada perut post operasi masih ada O : a. Luka bekas opereasi belum diganti b. Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak c. Suhu 36,3 °C d. Lingkungan klien bersih dan nyaman A : Resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 08.40 WIB a. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	 Herlina Nur Sakinah				

No	Tanggal dan Waktu	DX	Catatan perkembangan	Paraf
			R : klien mengatakan nyeri luka perut post operasi masih ada b. Memberikan perawatan luka R : Setelah dilakukan tindakan mengganti perban klien mengatakan merasa nyaman dan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, panas dan bengkak Jam 08.50 WIB c. Memberikan antibiotik obat cefadroxil 1 gr IV R : Luka tampak bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi E : Jam 08.55 WIB Masalah teratasi sebagian, klien pulang lanjutkan intervensi di rumah	
4.	Selasa, 29 April 2025 09.00 WIB	4	S : - Klien mengatakan bersedia dan ingin menyusui - Klien mengatakan percaya diri dan ingin menyusui - Klien mengatakan paham mengenai posisi menyusui dan perlekatan dengan benar - Klien mengatakan bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi - Klien mengatakan nyeri pada payudara berkurang - Klien mengatakan ada pengeluaran ASI belum lancar O : - Pengeluaran ASI belum lancar - Payudara tampak tidak terlalu bengkak - Sudah ada perlekatan antara bayi dan ibu - Puting susu menonjol A : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 09.05 WIB - Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan dengan benar R : Klien mengatakan paham mengenai posisi menyusui dan klien sudah bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi Jam 09.15 WIB - Mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat payudara) R :	 Herlina Nur Sakinah

No	Tanggal dan Waktu	DX	Catatan perkembangan	Paraf
			Klien bersedia, setelah dilakukan klien merasa lebih nyaman dan pengeluaran ASI tampak sudah keluar tetapi belum lancar E : Jam 09.20 WIB Masalah teratasi sebagian, klien pulang lanjutkan intervensi dirumah	

Hari ke-3 (POD 3)

No	Tanggal dan Waktu	DX	Catatan perkembangan	Paraf
1.	Rabu, 30 April 2025 13.00 WIB	1	S : a. Klien mengatakan nyeri pada perut post operasi sudah berkurang b. Klien mengatakan nyeri hilang timbul c. Klien mengatakan tidur sudah lebih nyenyak dari sebelumnya O : a. Meringsis tampak sudah berkurang b. Skala nyeri 3 (0-10) c. Klien tampak sudah tenang A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 13.05 WIB a. Mengobservasi TTV R : TD : 120/80 mmHg RR : 20 x/mnt N : 90 x/mnt b. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri R : Klien mengatakan nyeri pada perut post operasi sudah berkurang, nyeri dirasakan hilang timbul c. Mengidentifikasi skala nyeri R : Skala nyeri 3 (0-10) Jam 13.15 WIB d. Memberikan obat analgetik asam mefenamat 1 gram oral R : Nyeri sudah berkurang E : Jam 13.20 WIB	 Herlina Nur Sakinah

No	Tanggal dan Waktu	DX	Catatan perkembangan	Paraf
			Masalah teratasi sebagian, hentikan intervensi	
2.	Rabu, 30 April 2025 Jam 13.25 WIB	2	S : a. Klien mengatakan nyeri pada perut luka post operasi sudah berkurang O : a. Luka post operasi tampak terbungkus perban dan terlihat bersih b. Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak c. Suhu 36,1 d. Lingkungan klien bersih dan nyaman A : Resiko infeksi teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan I : Jam 13.30 WIB a. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik R : Klien mengatani nyeri pada perut luka post operasi sudah berkurang E : Jam 13.35 WIB Masalah teratasi sebagian, hentikan intervensi R : klien diharapkan kontrol perawatan luka dan ganti perban 3 hari 1 kali ke tempat kesehatan terdekat	 Herlina Nur Sakinah
3.	Rabu, 30 April 2025 Jam 13.40 WIB	3	S : a. Klien mengatakan paham mengenai posisi menyusui dan klien sudah bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi O : a. Pengeluaran ASI mulai meningkat b. Puting susu menonjol c. Sudah ada perlekatan antara bayi dan ibu d. Bayi tampak tidak rewel A : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Jam 13.45 a. Mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin) R : Klien bersedia dan klien serta keluarga memahami cara melakukan pijat oksitosin serta ASI keluar lebih banyak dari sebelumnya E : Jam 14.00 Masalah teratasi, hentikan intervensi	 Herlina Nur Sakinah

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis membahas tentang hal-hal yang mendukung dan menghambat serta kesenjangan teori dan kenyataan yang penulis dapatkan selama melakukan “Asuhan Keperawatan Maternitas pada Ny. R (P₁A₀) dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut” yang dilakukan mulai tanggal 27 April sampai 30 April 2025. Dalam memberikan Asuhan Keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terbagi dalam lima tahapan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pembahasan dalam tahap-tahapan tersebut adalah :

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, dimana penulis mengkaji klien secara keseluruhan meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual. Pada kasus Ny. R dengan post *sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan adanya nyeri pada luka perut post operasi, luka 7 cm horizontal, skala nyeri 6, klien tampak meringis, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri bertambah berat apabila bergerak dan berkurang saat istirahat. Luka bekas operasi sesar menyebabkan jaringan tubuh terputus. Akibatnya, tubuh melepaskan zat-zat kimia seperti serotonin, bradikinin, histamin, dan prostaglandin. Zat-zat ini merangsang ujung saraf nyeri (reseptor nosiseptor), sehingga ibu merasakan nyeri di area luka (Prawirohardjo, 2016).

Pada kasus Ny. R dengan post *sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan bahwa aktivitas klien dibantu oleh keluarga sebagian,

klien tampak lemah berbaring di tempat tidur, kekuatan otot 4/4. Rasa nyeri akibat luka bekas operasi sesar dapat mengaktifkan reseptor nyeri di tubuh. Hal ini membuat ibu merasa tidak nyaman saat bergerak, sehingga aktivitas fisik seperti bangun dari tempat tidur atau berjalan menjadi terbatas (Poursalehan, S., Nesioonpour, S., et al. 2018).

Pada kasus Ny. R dengan post *sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan luka post *sectio caesarea* dibagian perut bawah 7 cm horizontal, suhu 36°C, leukosit 11.600/mm. Jika luka bekas operasi caesar tidak dijaga kebersihannya atau tidak dirawat dengan baik, maka kuman bisa mudah tumbuh di area tersebut. Luka yang terbuka dan kurang terlindungi bisa membuat ibu lebih mudah terkena infeksi di bekas sayatan operasi. (Ali, O., Kassahun, D., Rade, B. K., & Atnafu, A. 2022).

Pada kasus Ny. R dengan post *sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan klien baru pertama kali melahirkan dan belum ada pengalaman menyusui bayi, tidak percaya diri karena belum pernah menyusui, puting susu menonjol, ada pengeluaran ASI sedikit, dan bayi tidak dirawat gabung dengan ibu. Hisapan mulut Saat bayi menyusu, rangsangan dari mulutnya dikirim ke otak, tepatnya ke hipotalamus. Ini memicu pelepasan hormon prolaktin dari kelenjar hipofisis anterior untuk memproduksi ASI dan hormon oksitosin dari hipofisis posterior untuk membantu pengeluaran ASI. Jika bayi tidak menyusu, kedua hormon tersebut tidak aktif sehingga produksi ASI bisa berkurang (Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Buckley, S., et al., 2020).

Pada kasus Ny. R dengan post *sectio caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan klien mengalami keterbatasan gerak di bagian ekstermitas bawah, sehingga klien tidak mampu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri. Pada saat di palpasi kulit klien teraba lengket dan klien dalam keadaan berkeringat. Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami ketidak mampuan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tanda yang muncul pada pasien defisit perawatan diri sangat khas dengan menjauhkan diri dari prinsip bersih atau personal hygiene, dimana semua tanda tersebut cenderung berupa tindakan dan rasa penolakan atau malas melakukan personal hygiene (Puspita Sari et al., 2021).

2. Tahapan Diagnosis Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada teori klien post *sectio caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini adalah nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, menyusui tidak efektif, gangguan pola tidur, defisit pengetahuan dan defisit perawatan diri. Dari tujuh diagnosa yang ditemukan dalam teori ada dua diagnosa yang tidak terjadi pada Ny. R yaitu :

a. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Nyeri

Gangguan pola tidur merupakan kondisi di mana seseorang mengalami kesulitan untuk memulai, mempertahankan atau mendapatkan kualitas tidur yang cukup. Pada ibu post *sectio caesarea*, nyeri akibat luka operasi merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan gangguan tidur (Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. 2019). Berdasarkan pengertian di atas,

memang terdapat keterkaitan antara nyeri setelah operasi dengan gangguan tidur dan hal ini juga terlihat pada Ny. R. Namun, gangguan tidur yang dialami Ny. R bukan masalah utama, melainkan bagian dari keluhan nyeri yang dirasakannya. Oleh karena itu, penulis sudah menangani gangguan tidur tersebut melalui diagnosa Nyeri Akut. Jadi, tidak perlu menambahkan diagnosa Gangguan Pola Tidur karena keluhan itu sudah termasuk dalam penanganan nyeri dan tidak mengganggu aktivitas pasien secara keseluruhan.

b. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya Terpapar Informasi

Menurut NANDA International (2021), Defisit Pengetahuan (*Deficient Knowledge*) yaitu ketidaktahuan atau kurangnya informasi yang dibutuhkan individu mengenai suatu kondisi atau perawatan yang mempengaruhi keputusan dan perilaku kesehatan. Menurut pengertian diatas tidak ada keterkaitan data yang penulis peroleh pada Ny. R. Meskipun diagnosa ini cukup umum digunakan terhadap ibu post *sectio caesarea*, tetapi pada kasus Ny. R tidak ditemukan bukti klien memiliki ketidaktahuan terhadap kondisi atau perawatan dirinya. Klien justru sudah mendapatkan edukasi dari tenaga kesehatan, mampu mengulangi kembali informasi yang diberikan (*teach-back*) dan Menunjukkan kepatuhan terhadap instruksi perawatan. Hal ini menunjukkan bahwa tujuan edukasi telah tercapai, sehingga tidak tepat jika tetap menetapkan Defisit Pengetahuan sebagai diagnosa keperawatan pada Ny. R.

Diagnosa yang ada pada teori dan yang juga muncul pada Ny. R diantaranya yaitu :

a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Menurut Hinkle dan Cheever (2022), trauma pembedahan menyebabkan aktivasi reseptor nosiseptif yang mengirimkan impuls ke sistem saraf pusat, memicu persepsi nyeri serta respons fisiologis seperti peningkatan denyut jantung, tekanan darah, dan laju pernapasan. Data yang penulis peroleh dari Ny. R nyeri diakibatkan karena adanya luka insisi dengan luka insisi 7 cm dibagian abdomen, skala nyeri 6 dari (0-10), nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat istirahat serta nyeri dirasakan hilang timbul.

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri

Nyeri akibat operasi *Sectio Caesarea* dapat membatasi aktivitas fisik ibu, dan jika tidak dikelola dengan baik, berisiko menimbulkan masalah psikologis seperti depresi. Keterbatasan mobilitas ini dapat diperparah oleh ketakutan, kecemasan, dan minimnya edukasi tentang pentingnya mobilisasi dini. (Utami, J. N. W dkk, 2020). Karakteristik hambatan mobilitas fisik kesulitan membolak-balikan posisi, keterbatasan, kemampuan, melakukan keterampilan motorik halus, keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar, keterbatasan rentang pergerakan sendi. Diagnosa di atas ditegakkan karena pada klien ditemukan tanda- tanda : Klien mengatakan masih belum beraktivitas seperti biasa, aktivitas dibantu, klien mengatakan takut untuk bergerak

karena nyeri, klien tampak lemah berbaring di tempat tidur, Kekuatan otot ekstremitas bawah : 4/4.

c. Resiko Infeksi berhubungan dengan Kerusakan Integritas Kulit

Risiko infeksi setelah operasi *Sectio Caesarea* bisa terjadi akibat luka bedah. Tanda-tanda awal termasuk peningkatan jumlah sel darah putih (leukosit), kemerahan di sekitar luka, demam, dan nyeri, yang menandakan adanya infeksi yang memerlukan perhatian medis (Olsen et al., 2020). Leukosit atau sel darah putih berperan penting dalam menjaga tubuh dari infeksi. Mereka bekerja dengan cara memangsa kuman (*fagositosis*) dan memproduksi antibodi.

Infeksi sendiri terjadi saat kuman atau mikroorganisme masuk dan berkembang biak di jaringan tubuh, menyebabkan reaksi peradangan. Infeksi pada luka operasi, seperti bekas operasi sesar (*Sectio Caesarea*), biasanya muncul dalam waktu 30 hari setelah operasi, atau sampai satu tahun jika ada alat medis seperti implan di dalam tubuh. Tanda-tanda infeksi meliputi kemerahan (*rubor*), rasa panas (*calor*), nyeri (*dolor*), pembengkakan (*tumor*), dan hilangnya fungsi normal pada area tersebut (*functio laesa*). Diagnosis infeksi dibuat jika pasien mengalami gejala tersebut di area bekas operasi, seperti luka sepanjang 7 cm di bagian bawah perut pada ibu pasca SC.

d. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan Suplai ASI

Menyusui tidak efektif adalah kondisi ketika ibu dan bayi mengalami

kesulitan atau ketidakpuasan dalam proses menyusui. Hal ini bisa disebabkan oleh perlekatan yang kurang tepat, masalah produksi ASI, atau kurangnya edukasi menyusui. Masalah ini umum terjadi pada minggu-minggu pertama setelah melahirkan dan memerlukan penanganan khusus (Scime et al., 2023; Elisa & Wagiyo, 2023). Hisapan mulut Saat bayi menyusui, rangsangan dari mulutnya dikirim ke otak, tepatnya ke hipotalamus. Ini memicu pelepasan hormon prolaktin dari kelenjar hipofisis anterior untuk memproduksi ASI dan hormon oksitosin dari hipofisis posterior untuk membantu pengeluaran ASI. Jika bayi tidak menyusui, kedua hormon tersebut tidak aktif sehingga produksi ASI bisa berkurang (Uvnäs-Moberg et al., 2020). Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien ditemukan tanda-tanda : pengeluaran ASI sedikit, bayi tidak dirawat gabung dengan ibu.

e. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan

Perawatan diri merupakan upaya individu dalam memenuhi kebutuhan dasar tanpa tergantung pada orang lain, termasuk kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Pada ibu pasca operasi, perawatan diri sangat penting untuk mendukung proses penyembuhan luka, mencegah komplikasi, dan mempercepat pemulihan pasca operasi (Nursalam, 2017). Sementara itu, ibu post *sectio caesarea* sering mengalami hambatan dalam melakukan perawatan diri karena adanya nyeri, luka operasi, keterbatasan gerak, dan kondisi tubuh yang masih lemah, sehingga diperlukan bantuan dari tenaga kesehatan atau keluarga (Dewi, R. K., & Fibriana, A., 2020).

Diagnosa ini ditegakan karena klien belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena keterbatasan pergerakan.

3. Tahap Perencanaan

Pada tahap ini penulis merencanakan tindakan keperawatan menurut buku SIKI pada diagnosa dibawah ini :

a. Intervensi Diagnosa Nyeri Akut

Pada asuhan keperawaatan Ny. R intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah manajemen nyeri nonfarmakologi teknik relaksasi dengan napas dalam merupakan salah satu cara non obat untuk mengurangi rasa nyeri. Cara ini bekerja dengan memengaruhi sistem saraf otonom bagian dari sistem saraf tepi yang membantu tubuh menjaga keseimbangan fungsi internal, seperti detak jantung dan tekanan darah. Saat seseorang menarik napas dalam secara perlahan, tubuh menjadi lebih rileks dan rasa nyeri bisa berkurang (Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. 2020).

Selain manajemen nyeri nonfarmakologi penulis juga melakukan manajemen nyeri farmakologi yaitu dengan kolaborasi pemberian analgetik. Menurut Potter et al. (2021), Manajemen nyeri secara farmakologis adalah cara mengatasi nyeri dengan menggunakan obat-obatan. Pengelolaan nyeri dengan obat-obatan harus dilakukan secara hati-hati dan sesuai anjuran dokter karena menyangkut keamanan pasien dan efektivitas pengobatan. Pada kasus ini analgetik yang direkomendasikan adalah ketorolac.

b. Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik

Pada asuhan keperawatan Ny. R intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan mengajarkan mobilisasi dini. Mobilisasi atau pergerakan tubuh bermanfaat untuk melancarkan aliran darah. Aliran darah yang baik dapat membantu mengurangi rasa nyeri, membawa nutrisi ke area luka agar penyembuhan lebih cepat, dan memperbaiki proses pencernaan tubuh. (Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. 2022).

c. Intervensi Resiko Infeksi

Pada asuhan keperawatan Ny. R intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan perawatan luka. Perawatan luka pasca operasi *sectio caesarea* yang baik dapat menurunkan risiko infeksi, mendukung penyembuhan jaringan lebih cepat, dan mengurangi ketidaknyamanan yang dialami ibu selama proses pemulihan (Ricci dan Kyle, 2021).

d. Intervensi Menyusui Tidak Efektif

Pada asuhan keperawatan Ny. R intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan perawatan payudara dengan pijat oksitosin dan mengompres payudara. Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (*vertebrae*) sampai tulang costae kelima sampai keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan. Selain memberi kenyamanan pada ibu dan merangsang refleksi oksitosin, pijat oksitosin juga memiliki manfaat lain, yaitu mengurangi pembengkakan payudara (*engorgement*),

mengurangi sumbatan ASI, dan membantu mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Armini dkk 2020).

e. Intervensi Defisit Perawatan Diri

Pada asuhan keperawatan Ny. R intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan melakukan perawatan diri dan memberikan bantuan sebagian atau total sesuai tingkat kemandirian pasien, serta memberikan edukasi dan motivasi agar pasien dapat berangsur melakukan aktivitas secara mandiri. Perawatan diri merupakan bagian penting dalam pemulihan pasien, terutama untuk mencegah komplikasi seperti dekubitus, infeksi luka dan penurunan fungsi otot (Smeltzer & Bare 2019).

4. Tahap Implementasi

Pada tahap ini penulis berusaha melakukan tindakan yang telah direncanakan yaitu :

a. Implementasi Nyeri Akut

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, penulis melakukan tindakan sesuai dengan rencana yang telah di susun yaitu memberikan teknik nonfarmakologi. Setelah memberikan teknik nonfarmakologi dengan menggunakan teknik tarik nafas dalam klien mengatakan nyeri berkurang. Setelah memberikan manajemen nyeri menggunakan obat analgetik sesuai instruksi medis dari dokter berupa injeksi ketorolac 30 mg dan diberikan obat asam mafenamat pada saat akan pulang klien mengatakan setelah diberikan obat analgetik nyeri berkurang.

b. Implementasi Gangguan Mobilitas Fisik

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, penulis melakukan tindakan sesuai dengan rencana yang telah di susun yaitu dengan melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan mobilisasi dini berupa latihan miring kanan dan kiri, latihan duduk, latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet, klien dapat melakukan mobilisasi dini tersebut dengan baik.

c. Implementasi Resiko Infeksi

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, penulis melakukan tindakan sesuai dengan rencana yang telah di susun yaitu perawatan luka. Setelah dilakukan tindakan memberikan perawatan luka klien mengatakan merasa nyaman dan klien juga diberikan edukasi tentang nutrisi pada ibu post operasi *sectio caesarea*.

d. Implementasi Menyusui Tidak Efektif

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, penulis melakukan tindakan sesuai dengan rencana yang telah di susun. Intervensi utama untuk menyusui tidak efektif yaitu mengajarkan perawatan payudara post partum dengan cara mengkompres payudara dan pijat oksitosin agar ASI klien meningkat.

e. Implementasi Defisit Perawatan Diri

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, penulis melakukan tindakan sesuai dengan rencana yang telah di susun. Intervensi utama untuk defisit perawatan diri adalah dengan memonitor tingkat kemandirian klien, mendampingi klien melakukan perawatan diri. Yang di temukan pada klien adanya keterbatasan gerak dan kelemahan pada ekstermitas bawah, sehingga tidak mampu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri.

5. Tahap Evaluasi

Dalam tahap evaluasi ini, penulis melihat dari keberhasilan dalam mencapai suatu masalah sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan dan diharapkan. Dalam mengevaluasi hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. R selama 4 hari dari tanggal 27 April 2025 sampai 30 April 2025, penulis secara langsung melakukan perkembangan klien.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari nyeri menurun dengan skala nyeri 3 dan keluhan nyeri yang masih dirasakan klien. Luka bekas operasi *caesar* biasanya mulai sembuh dalam waktu sekitar satu minggu. Rahim membutuhkan waktu lebih lama, yaitu sekitar tiga bulan untuk pulih sepenuhnya. Rasa nyeri ringan mungkin masih bisa dirasakan hingga enam bulan, biasanya karena simpul jahitan pada fascia (lapisan otot). Namun demikian, proses penyembuhan lengkap di mana bekas luka

menjadi kuat dan menyatu sepenuhnya bisa memakan waktu hingga satu tahun atau lebih (Murniati dkk, 2020).

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari kelemahan fisik menurun, kekuatan otot meningkat masalah teratasi.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari tidak ada tanda-tanda infeksi berupa rubor (kemerahan), calor (panas), dolor (nyeri), Tumor (bengkak), Klien mengatakan masih nyeri di luka bekas operasi sectio caesarea. Luka bekas operasi caesar biasanya mulai sembuh dalam waktu sekitar satu minggu. Rahim membutuhkan waktu lebih lama, yaitu sekitar tiga bulan untuk pulih sepenuhnya. Rasa nyeri ringan mungkin masih bisa dirasakan hingga enam bulan, biasanya karena simpul jahitan pada fascia (lapisan otot). Namun demikian, proses penyembuhan lengkap di mana bekas luka menjadi kuat dan menyatu sepenuhnya bisa memakan waktu hingga satu tahun atau lebih (Murniati dkk, 2020).

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari ASI meningkat, pada saat menyusui bayi tampak tidak rewel, ada perlekatan antara ibu dan bayi, ibu tampak menyusui bayi masalah teratasi.

e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari klien sudah bisa melakukan perawatan diri secara mandiri, sehingga masalah teratasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. R (P₁A₀) dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi Ketuban Pecah Dini di ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut dari tanggal 27 April sampai 30 April 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada tahap pengkajian penulis mampu menggali informasi dan mengenali masalah yang terjadi pada Ny. R (P₁A₀) Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi Ketuban Pecah Dini di ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Pada tahap penegakkan diagnosa keperawatan, penulis mampu menegakan masalah-masalah yang ditemukan pada Ny. R (P₁A₀) Post *Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut diantaranya : nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif.
3. Pada tahap intervensi keperawatan, penulis mampu membuat perencanaan tindakan keperawatan pada Ny. R (P₁A₀) Post *Sectio Caesarea* POD 0 dengan indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Meliputi prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil yang di capai Ny. R maka, dalam merencanakan asuhan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan.

4. Pada tahap implementasi, penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya berdasarkan teori namun pelaksanaannya dilakukan berdasarkan situasi dan kondisi di lapangan. Banyak faktor yang mendukung terlaksananya implementasi keperawatan, diantaranya : peran keluarga yang mendukung, tersedianya alat-alat serta adanya peran Ny. R yang selalu kooperatif dalam setiap tahapan implementasi asuhan keperawatan. Meskipun dalam pelaksanaannya penulis tidak dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara menyeluruh, karena keterbatasan waktu yang dimiliki.
5. Pada tahap evaluasi, Penulis mampu mengevaluasi hasil dari pada Ny. R (P1A0) *Post Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
6. Pada tahap dokumentasi, penulis mendapatkan informasi dan pengumpulan data sehingga dapat dilakukan oleh penulis dan penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan dan bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Berdasarkan kesimpulan yang telah diperoleh maka penulis dapat memberikan sarana yang bersifat membangun, sebagai berikut :

1. Untuk Klien dan Keluarga

Diharapkan keluarga agar selalu memberikan dukungan kepada klien secara psikologis serta memberikan dorongan agar dapat membantu mempercepat penyembuhan klien.

2. Untuk Institusi Kesehatan

Rumah Sakit diharapkan bisa meningkatkan pelayanan dan memperhatikan penyembuhan pada pasien *Post Sectio Caesarea*, pemulihan pada masa post partum dan manajemen laktasi. Untuk penyembuhan luka perlu adanya SOP perawatan luka dan SOP mobilisasi dini, memfasilitasi rawat gabung dan insisi menyusui untuk mengurangi resiko menyusui tidak efektif.

3. Untuk Institusi Pendidikan

Institusi Pendidikan diharapkan untuk kedepanya buku sebagai sumber yang dapat menunjang pengerjaan karya tulis ilmiah lebih difasilitasi agar mahasiswa tidak kesulitan dalam mencari sumber informasi yang dibutuhkan. Dikarenakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini memerlukan buku sumber, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan mutu pendidikan diharapkan buku perpustakaan dilengkapi sebagai bahan perbandingan lapangan dan sebagai literatur.

4. Untuk Mahasiswa

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sebaiknya dilakukan secara menyeluruh dengan mempertimbangkan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pendekatan holistik ini membantu perawat dalam mengidentifikasi masalah keperawatan, baik yang bersifat aktual maupun potensial, serta mendukung peningkatan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, O., Kassahun, D., Rade, B. K., & Atnaфу, A. (2022). *Maternal factors are important predictors for surgical site infection following cesarean section in Northwest Ethiopian. Clinical Epidemiology and Global Health*, 15, 101006.
- Ali, R. N., Hiola, F. A. A., & Tomayahu, V. (2021). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Komplikasi Ketuban Pecah Dini (Kpd) Di Rsud Dr Mm Dunda Limboto. Jurnal Health Sains*, 2(3), 381-393.
- Amailia, I., & Khgoeroh. (2023). Asuhan keperawatan maternitas: Pemeriksaan ibu hamil, nifas, dan bayi baru lahir untuk menjamin persalinan yang aman dan bayi lahir dengan selamat dan sehat. *Jurnal Keperawatan Maternitas*, 10(2), 123–135. Penerbit XYZ.
- Anjari, W. (2021). *Asuhan kebidanan persalinan dengan sectio caesarea*. Yogyakarta: Deepublish. ISBN 978-623-02-2994-9
- Anwar, Y., & Safitri, D. (2022). *Perawatan Masa Nifas di Rumah Sakit Bhayangkara. Jurnal Pengabdian Masyarakat (Kesehatan)*, 4(1), hlm. 61–69.
- Aritonang, N., & Simanjuntak, R. (2021). *Asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui*. Yogyakarta: Deepublish. ISBN 978-623-02-3409-7
- Armini, N. K. A., Runiari, N., & Wulandari, A. (2020). Pengaruh pijat oksitosin terhadap produksi ASI ibu post partum. *Jurnal Kesehatan Terpadu*, 11(1), 46–52. <https://doi.org/10.36002/jkt.v11i1.1176>
- Aryani, D. (2021). *Asuhan kebidanan persalinan dengan sectio caesarea*. Jakarta: Pustaka Baru Press. ISBN 978-623-7326-94-3
- Dewi, R. K., & Fibriana, A. (2020). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemandirian Perawatan Diri pada Ibu Post Sectio Caesarea di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 11(2), 67-74.
- Dila, R., Nadapdap, T., & Sibero, M. (2022). Faktor risiko komplikasi pada ibu pasca persalinan sectio caesarea di RSUD Haji Medan. *Jurnal Kebidanan Kestra Medika*, 4(1), 55–63. <https://doi.org/10.35451/jkkm.v4i1.988>
- Dinarti, & Mulyanti. (2017). *Konsep dasar keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press. ISBN 978-602-376-145-2

- Elisa, E., & Wagiyo, W. (2023). *Educational Package to Address Ineffective Breastfeeding in Primiparous Mother. International Journal of Nursing and Midwifery Science (IJNMS)*, 7(2), 235–242
- Farida, A., Sari, K., Munasifah, M., & Nurrohmah, N. (2021). *Literature review: Faktor risiko yang memengaruhi terjadinya berat badan lahir rendah (BBLR)*. CALL FOR PAPER.
- Haryani, F., Sulistyowati, P., & Ajiningtiyas, E. S. (2021). *Literature Review Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Post Operasi Sectio Caesarea. Journal of Nursing and Health*, 6(1), 15-24.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2022). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (15th ed.)*. Wolters Kluwer
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2020). *Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice (10th ed.)*. Pearson.
- Mardiyanti, L., & Hardiati, I. S. (2023). *Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir Di Ruang Perinatologi: The Relationship Between Early Rupture Of Amniotic Fluid And Asphyxia In Newborn In The Perinatology Room. Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal Of Nursing)*, 9(Supp-1), 149-155.
- Mardiyanti, S., & Herdianti, D. (2023). *Ketuban pecah dini dan risiko infeksi dalam kehamilan*. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Martowirjo, K. (2018). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Melisa, S. (2021). Faktor risiko ketuban pecah dini. *Jurnal Medika Utama*, 5(2), 133–140.
<https://www.jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/332>
- Murniati, L., Rachmawati, N., & Sari, Y. P. (2020). Proses penyembuhan luka post sectio caesarea pada ibu nifas. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 6(3), 389–395. <https://doi.org/10.33024/jkm.v6i3.2820>
- Nadirawati. (2018). *Proses keperawatan: Konsep dan aplikasi dalam praktik*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press. ISBN 978-602-376-337-6
- NANDA International. (2021). *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023*. Thieme Publishing.
- Nurkhayati, E., & Hasanah, R. (2020). Gambaran faktor penyebab ketuban pecah dini pada ibu bersalin. *Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(1), 18-24.

- Nursalam. (2017). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Olsen, M. A., et al. (2020). Risk Factors for Surgical Site Infection After Low Transverse Cesarean Section. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(5), 563–570.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI. ISBN 978-602-5489-27-6
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing (10th ed.)*. Elsevier.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2017). *Fundamentals of Nursing (9th ed.)*. Elsevier. <https://evolve.elsevier.com/cs/product/9780323327404>
- Poursalehan, S., Nesioonpour, S., et al. (2018). *The effect of low-level laser on postoperative pain after elective cesarean section. Anesthesiology and Pain Medicine*, 8(6).
- Prawirohardjo, S. (2017, 2020). *Ilmu Kebidanan dan Kandungan, ed. ke-4 cetakan ke-3*, Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2023). *Data Angka Kematian Ibu (AKI) Tahun 2023*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Bandung.
- Purba, R. J. (2019). *Pentingnya perawat melakukan evaluasi setelah pelaksanaan asuhan keperawatan*. OSF Preprints. <https://osf.io/preprints/8d4fm/>
- Puspita Sari, S., Hasanah, U., & Inayati, A. (2021). Penerapan personal hygiene terhadap kemandirian pasien defisit perawatan diri. *Jurnal Cendikia Muda*.
- Puspita, D. F., Novianty, K., & Rahmadini, A. F. (2021). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Pada Ibu bersalin Di BPM Sri Puspa Kencana. Amd, Keb di Kabupaten Bogor. Journal of Midwifery Care*, 2(01), 1-10.
- Putri Alfionita, N. S., & Lestari, I. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH RESIKO INFEKSI PADA KASUS KPD (Ketuban Pecah Dini) DI RSUD RA BASOENI MOJOKERTO (Doctoral dissertation, Perpustakaan Universitas Bina Sehat PPNI)*.
- Putri, A., Maralin, D., & Melisya, M. (2024). *Ketuban Pecah Dini. Stetoskop: The Journal Of Health Studies*, 3(1), 22–30

- Ramadanty, D. (2019). *Asuhan kebidanan persalinan sectio caesarea*. Jakarta: CV Trans Info Media. ISBN 978-602-202-345-2
- Rekam Medik RSUD Dr. Slamet Garut, Data Tahun 2025
- Ricci, S. S., & Kyle, T. (2021). *Maternity and pediatric nursing* (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health. ISBN 9781975139827
- Rukiyah, A. Y., & Yulianti, L. (2018). *Asuhan kebidanan masa nifas*. Jakarta: Trans Info Media. ISBN 978-602-202-163-2
- Sagita, R. (2019). *Asuhan Kebidanan pada Ibu dengan Indikasi Sectio Caesarea*. Jakarta: Prenada Media.
- Scime, N. V., Chaput, K. H., & Shapiro, G. K. (2023). Ineffective breastfeeding: An analysis of maternal and infant factors influencing early cessation. *International Breastfeeding Journal*, 18(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s13006-023-00592-7>
- Sholihah, N. (2019). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Patologis*. Yogyakarta: Deepublish.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2019). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Edisi Bahasa Indonesia*. Jakarta: EGC.
- Sofyan, D. (2019). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Patologis*. Yogyakarta: Deepublish.
- Solehati, T. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Reproduksi*. Bandung: Refika Aditama.
- Sunarti (2017). "Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes..." repository.stikeshangtuahsby.ac.id+5repository.uinalauddin.ac.id+5repository.poltekkes-kaltim.ac.id+5
- Suprajitni. (2017). *Dokumentasi keperawatan: Konsep dan aplikasi dalam praktik klinik*. Jakarta: Trans Info Media. ISBN 978-602-202-140-8
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Edisi 1 Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2019). *Standar Kompetensi dan Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Edisi 1 Jakarta: Asosiasi Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018). *Standar Luaran Keperawatan (SLKI)*. Edisi 1 Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

- Utami, J. N. W., Riansih, C., Untung, M., & Meisatama, H. (2020). *Hubungan Nyeri Persalinan Sectio Caesarea terhadap Terjadinya Depresi Postpartum pada Ibu Primipara di RSUD Kota Yogyakarta*.
- Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Buckley, S., et al. (2020). *Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding—A systematic review*. *PLOS ONE*, 15(8), e0235806.
- Wahyuningsih, S. (2019). *Asuhan kebidanan masa nifas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press. ISBN 978-623-7561-51-7
- Wirnata (2020): *mendesak pentingnya mobilisasi dini untuk kemandirian dan pemeliharaan fisiologis*
- World Health Organization. (2024). *Maternal mortality* [Lembar fakta]. Diakses Juni 2025, dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Wulandari, D. (2020). *Asuhan kebidanan nifas dan menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press. ISBN 978-623-242-142-7
- Yuliana, R., & Wahida, S. (2020). *Asuhan kebidanan pada masa nifas*. Surabaya: Scopindo Media Pustaka. ISBN 978-623-7631-43-6
- Zamilah, R., Aisyiyah, N., & Waluyo, A. (2020). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) Pada Ibu Bersalin Di RS. Betha Medika*. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 10(2), 122-135.

SAP (SATUAN ACARA PENYULUHAN) MOBILISASI DINI
PADA NY. R (P₁A₀) POST *SECTIO CAESAREA* POD 0
DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT



Di Susun Oleh :
Herlina Nur Sakinah
KHGA22103
3C D3 Keperawatan

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
2025

SATUAN ACARA MOBILISASI DINI POST SC

Pokok Bahasan	: Mobilisasi Dini
Sasaran	: Ny. R
Hari/Tanggal	: Senin, 28 April 2025
Waktu	: 30 Menit
Tempat	: Rumah Ny. R
Penyuluhan	: Herlina Nur Sakinah

A. Latar Belakang

Mobilisasi post *sectio caesarea* merupakan suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *sectio caesarea* (Roslianti et al., 2018). Latihan mobilisasi sedini mungkin dapat membantu penyembuhan luka, mengurangi nyeri, peningkatan kekuatan otot serta meningkatkan aktifitas fungsional wanita post *sectio caesarea* (Dwi Yulianti et al., 2022). Selain itu mobilisasi dini juga mempunyai peranan yang sangat penting dalam mengurangi komplikasi akibat immobilisasi pada ibu post SC (Rosdiana et al., 2022).

Pada beberapa tempat menunjukan bahwa pelaksanaan mobilisasi dini pada post SC belum optimal, Rachma (2023) menyebutkan bahwa sebagian besar mobilisasi dini ibu post SC dalam katagori cukup dan Anggi (2022) menyebutkan tingkat pengetahuan mobilisasi dini dalam keadaan kurang, dengan penyebab ketidaktahuan manfaat mobilisasi dengan jelas dan benar. Penelitian Jaya (2022) menunjukan implementasi keperawatan mobilisasi dini

dapat mengurangi masalah mobilisasi yang ditunjukkan bahwa pasien bisa berjalan dan serta beraktivitas secara mandiri. Pemberian tindakan keperawatan mobilisasi dini berpengaruh secara efektif untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik yang dialami pasien, sehingga pasien dapat melakukan aktivitas seperti biasa serta dapat menambah pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini post *sectio caesarea*. Berdasarkan hasil penelitian inilah, maka perlu adanya intervensi mobilisasi dini untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien post *sectio caesarea*.

Banyaknya manfaat dari mobilisasi dini tidak membuat ibu post *sectio caesarea* mau melakukannya. Faktor psikologis seperti rasa takut berlebihan akan nyeri membuat ibu lebih memilih untuk tidak bergerak daripada harus mengalami nyeri (Sri et al., 2018). Rasa takut bergerak karena nyeri juga membuat ibu menjadi tidak mampu melakukan aktivitas yang baik, terutama menyusui bayinya maupun merawat bayinya sendiri (Novita & Saragih, 2019). Selain itu juga akan berdampak pada peningkatan suhu tubuh akibat involusi uterus yang kurang baik, menyebabkan endapan yang darah tidak keluar serta dapat memicu infeksi (Rohmah, 2022).

B. Tujuan

1. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan, diharapkan ibu dapat mengetahui informasi tentang Pijat Oksitosin.

2. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan ini diharapkan Ny. R dan keluarga dapat mengerti dan memahami tentang menyusui tidak efektif :

- a. Pengertian mobilisasi dini
- b. Tujuan mobilisasi dini
- c. Manfaat mobilisasi dini
- d. Dampak kerugian bila tidak melakukan mobilisasi dini
- e. Tahap-tahapan mobilisasi dini

C. Materi Penyuluhan

Terlampir

- 1. Pengertian mobilisasi dini
- 2. Tujuan mobilisasi dini
- 3. Manfaat mobilisasi dini
- 4. Dampak bila tidak melakukan mobilisasi dini

D. Metode Penyuluhan

Metode yang digunakan dalam promosi kesehatan ini sebagai berikut :

- 1. Ceramah
- 2. Diskusi

E. Media Penyuluhan

Media yang digunakan dalam promosi kesehatan antara lain :

- 1. Leaflet
- 2. SOP

F. Proses penyuluhan keperawatan

No	Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Sasaran	Media
1.	Pembukaan	5 menit	a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan tentang tujuan pokok materi d. Menyampaikan pokok pembahasan e. Kontrak waktu	a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan menyimak c. Bertanya mengenai pengenalan dan tujuan jika ada yang kurang jelas	Kata-kata/kalimat
2.	Pelaksanaan	20 menit	a. Penyampaian materi b. Menjelaskan tentang pengertian mobilisasi c. Menjelaskan tentang tujuan mobilisasi d. Menjelaskan tentang manfaat mobilisasi e. Menjelaskan tentang dampak bila tidak melakukan mobilisasi f. Menjelaskan tahap-tahapan mobilisasi	a. Mendengarkan dan menyimak b. Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti	Leaflet
3.	Penutup	5 menit	a. Menjelaskan evaluasi b. Menyampaikan kesimpulan materi c. Mengakhiri pertemuan dan menjawab salam	a. Sasaran menjawab tentang pertanyaan yang diajukan b. Mendengar c. Memperhatikan d. Menjawab salam	Kata-kata/kalimat

G. Evaluasi

1. Evaluasi Persiapan

- Materi sudah siap 1 hari sebelum penkes
- Media sudah siap 1 hari sebelum penkes
- Tempat sudah siap 1 hari sebelum penkes
- SAP sudah jadi sebelum penkes

2. Evaluasi Proses

- a. Pasien hadir tepat waktu
- b. Pasien kooperatif serta aktif bertanya
- c. Media digunakan secara efektif

3. Evaluasi Hasil

- a. Pasien dapat mengikuti acara penyuluhan dari awal sampai akhir
- b. Acara dimulai tepat waktu tanpa kendala
- c. Pasien mengikuti kegiatan sesuai dengan aturan yang telah dijelaskan
- d. Pasien dapat memahami 80% materi yang telah disampaikan penyuluh dilihat dari kemampuan menjawab pertanyaan penyuluh dengan benar, seperti :
 - 1). Menjelaskan kembali pengertian mobilisasi dini
 - 2). Menjelaskan kembali tujuan mobilisasi dini
 - 3). Menjelaskan kembali manfaat mobilisasi dini
 - 4). Menjelaskan kembali dampak tidak melakukan mobilisasi dini
 - 5). Menjelaskan kembali tahap-tahapan mobilisasi dini

Pembahasan Mobilisasi Dini Post *Sectio Caesarea*

A. Defiinisi

Ambulasi Dini (*early ambulation*) adalah upaya membantu pasien segera bergerak setelah operasi. Kegiatan ini dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur, seperti latihan pernapasan, batuk yang efektif dan menggerakkan kaki, hingga pasien mampu turun dari tempat tidur dan berjalan ke kamar mandi (Brunner & Suddarth, 2021).

Mobilisasi dini setelah operasi caesar adalah aktivitas atau gerakan yang dilakukan ibu segera setelah melahirkan. Tujuannya adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi pasca operasi. Oleh karena itu, ibu dianjurkan untuk tidak berdiam diri terlalu lama dan mulai bergerak sesuai tahap yang dianjurkan. Semakin cepat bergerak, maka pemulihan akan semakin baik, namun tetap harus dilakukan dengan hati-hati (Wirnata, 2020).

B. Tujuan

Tujuan utama dari mobilisasi adalah menjaga agar fungsi tubuh tetap normal, memperlancar aliran darah, membantu proses pernapasan menjadi lebih efisien, memperlancar pengeluaran urin, serta membantu mengembalikan kemampuan gerak pasien sehingga dapat kembali menjalani aktivitas sehari-hari. Selain itu, mobilisasi juga memberi kesempatan bagi perawat dan pasien untuk berinteraksi dan berkomunikasi secara langsung (Fitriyachsari, 2019).

C. Manfaat

Menurut Manuaba 16 (2019) dan Vivian et al (2020), mobilisasi dini mempunyai beberapa keuntungan sebagai berikut :

1. Peningkatan tonus otot
2. Melancarkan pengeluaran lochea

Mobilisasi dini membantu mempercepat keluarnya darah dan sisa jaringan dari jalan lahir, sehingga mempercepat pemulihan uterus.

3. Mengurangi risiko infeksi post partum

Kurangnya kontraksi uterus akibat imobilitas dapat menghambat pengeluaran darah sisa, yang kemudian meningkatkan risiko infeksi.

4. Mempercepat proses involusi uterus

Pergerakan ibu membantu uterus berkontraksi dengan baik, mempercepat kembalinya ukuran dan posisi rahim ke kondisi sebelum kehamilan.

5. Memulihkan fungsi sistem gastrointestinal dan perkemihan

Aktivitas fisik mendorong stimulasi peristaltik usus dan fungsi kandung kemih, yang sering terhambat setelah operasi.

6. Meningkatkan sirkulasi darah

Mobilisasi memperlancar aliran darah, yang penting untuk penyembuhan luka, mencegah pembekuan darah, serta mendukung fungsi organ reproduksi.

7. Meningkatkan kondisi fisik dan psikologis ibu

Ibu yang aktif cenderung merasa lebih sehat, lebih bertenaga dan pulih lebih cepat dibandingkan yang pasif.

D. Dampak Tidak Melakukan Mobilisasi POST SC

Kerugian yang dapat terjadi akibat tidak melakukan mobilisasi dini menurut Carpenito (2017) diantaranya:

1. Suhu tubuh akan meningkat karena involusi uterus tidak berjalan dengan normal sehingga menyebabkan darah tidak dapat keluar, akibatnya terjadi infeksi yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh.
2. Memperlambat pemulihan
3. Kulit menjadi lecet dan luka
4. Menyebabkan pendarahan yang tidak normal. Mobilisasi yang dilakukan secara dini akan berpengaruh terhadap kontraksi, yaitu kontraksi pada rahim akan berjalan normal sehingga fundus uteri dapat turun dengan cepat.
5. Involusi uterus terganggu. Dengan tidak melakukan mobilisasi dini maka keluarnya lochea dan sisa tali pusar akan terhambat akibatnya kontraksi uterus menjadi terganggu. Normalnya kontraksi uterus teraba keras, jika involusinya terganggu maka kontraksi uterus teraba lembek.

E. Tahapan-Tahapan Mobilisasi Dini

Menurut (Shofa, M. M 2021) pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu post Sectio Caesarea terdiri dari :

1. Pada saat awal 6-8 jam setelah operasi, pergerakan fisik dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengkontraksikan otot-otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya seperti miring kanan dan miring kiri.

2. 12-24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki yang di juntaikan atau ditempatkan di lantai sambil digerakan.
3. Setelah 24 jam, rata-rata untuk pasien yang dirawat dikamar atau bangsal dan tidak ada hambatan fisik atau komplikasi di anjurkan untuk latihan berjalan, yang diawali dengan berdiri dan berjalan disekitar kamar atau keluar kamar, misalnya ke toilet atau ke kamar mandi secara mandiri.

Daftar Pustaka

- Brunner & Suddarth. Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah, Vol. 1, EGC, edisi 2021 ejournal.akperfatmawati.ac.id+4onesearch.id+4onesearch.id+4.
- Carpenito, L. J. (2017). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice (13th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Daryanti, M. S., & Purwaningsih, T. (2024) *Description of Early Mobilization in Post-Cesarean Section Patients at PKU Muhammadiyah Hospital Yogyakarta*
- Fitriyahsari. (2019). *Konsep Dasar Keperawatan: Mobilisasi Pasien*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, C. (2017). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan (Edisi Revisi)*. Jakarta: EGC.
- Shofa, M. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Ibu Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Panggul Sempit Dengan Penerapan Mobilisasi Dini Untuk Mempercepat Penurunan TFU*. Universitas Islam Sultan Agung.
- Shofa, M. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Ibu Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Panggul Sempit Dengan Penerapan Mobilisasi Dini Untuk Mempercepat Penurunan TFU*. Universitas Islam Sultan Agung.
- Vivian, L., Lia, M., & Sunarsih. (2020). *Asuhan Keperawatan Postpartum dan Perawatan Bayi Baru Lahir*. Bandung: Refika Aditama.
- Wirnata (2020): mendesak pentingnya mobilisasi dini untuk kemandirian dan pemeliharaan fisiologis
jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id+4digilib.esaunggul.ac.id+4online-journal.unja.ac.id+4midwifery.iocspublisher.org+15repository.ump.ac.id+15journal.arikesi.or.id+15.



MOBILISASI DINI PADA IBU POST SECTIO CAESAREA



Herlina Nur Sakinah
KHGA22103
3C D3 KEPERAWATAN

PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES KARSA HUSADA
GARUT



APA ITU MOBILISASI POST SC??

Adalah aktivitas atau gerakan yang dilakukan ibu segera, setelah melahirkan

TUJUAN MOBILISASI

1. Menjaga agar fungsi tubuh tetap normal
2. Memperlancar aliran darah
3. Membantu proses pernafasan menjadi lebih efisien
4. Memperlancar pengeluaran urine
5. Membantu mengembalikan kemampuan gerak pasien



MANFAAT MOBILISASI DINI

1. Peningkatan tonus otot
2. Melancarkan pengeluaran lochea
3. Mengurangi resiko infeksi post partum
4. Mempercepat proses involusi uterus
5. Memulihkan fungsi sistem gastrointestinal dan perkemihan
6. Meningkatkan sirkulasi darah
7. Meningkatkan kondisi fisik dan psikologis ibu

APASIH DAMPAK TIDAK MELAKUKAN MOBILISASI POST SC??

1. Suhu tubuh akan meningkat
2. Memperlambat penyembuhan
3. Kulit menjadi lecet dan luka
4. Menyebabkan pendarahan yang tidak normal
5. Involusi uterus terganggu

TAHAP-TAHAPAN MOBILISASI DINI

1. Pada awal 6-8 jam setelah operasi, pergerakan dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa di Teluk dan di luruskan



2. 12-24 jam berikutnya badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki di juntaikan di lantai sambil di gerakan



3. Setelah 24 jam, pasien biasanya dianjurkan untuk latihan berjalan, yang diawali dengan berdiri dan berjalan di sekitar kamar dan ke toilet secara mandiri



TERIMAKASIH

**SAP (SATUAN ACARA PENYULUHAN) PIJAT OKSITOSIN
PADA NY. R (P₁A₀) POST *SECTIO CAESAREA***



Di Susun Oleh :
Herlina Nur Sakinah
KHGA22103
3C D3 Keperawatan

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
2025**

SATUAN ACARA PIJAT OKSITOSIN

Pokok Bahasan	: Pijat Oksitosin
Sasaran	: Ny. R
Hari/Tanggal	: Rabu, 30 April 2025
Waktu	: 30 Menit
Tempat	: Rumah Ny. R
Penyuluhan	: Herlina Nur Sakinah

A. Definisi

ASI (Air Susu Ibu) merupakan makanan utama untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang dapat diterima oleh sistem pencernaan bayi. Pemberian ASI Eksklusif selama 0-6 Bulan pertama memiliki memiliki peran untuk pertumbuhan dan perkembangan motorik anak secara optimal, selain pemberian itu ASI juga dapat mengurangi resiko infeksi akut seperti mengalami diare, pneumonia pada anak, infeksi pada telinga, haemophilus influenza, meningitis pada bayi yang dapat berakibat infeksi. Bayi dan Balita yang tidak diberikan ASI akan rentan terinfeksi dan dapat mengakibatkan terjadinya gizi buruk. (Nuraini, 2018) .

ASI adalah jenis cairan hidup yang mengandung sel yang berbentuk darah putih.yang begitu kompleks dan sangat unik. Asi yang di produksi dari kelenjar susu seorang ibu untuk menyusui bayinya. Keberhasilan proses ibu untuk menyusui bayinya ini hanya dapat berpebgaruh oleh kondisi ibu sesudah dan sebelum ibu menyusui bayinya (Fiorenz, 2021). Besarnya manfaat ASI tidak

diimbangi oleh peningkatan perilaku ibu dalam pemberian ASI, sehingga bayi tidak mendapatkan ASI dengan baik. Keengganan ibu untuk menyusui karena rasa sakit saat menyusui, kelelahan saat menyusui, serta kekhawatiran ibu mengenai perubahan payudara setelah menyusui. Pengeluaran ASI dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu produksi dan pengeluaran. Produksi ASI dipengaruhi oleh hormon prolactin, sedangkan pengeluaran dipengaruhi oleh hormon oksitosin (Erna, 2017).

Keberhasilan pemberian ASI eksklusif sangat dipengaruhi oleh kelancaran produksi ASI pada awal masa menyusui. Salah satu kondisi yang menyebabkan ASI ibu kurang lancar adalah ibu kurang rileks dan untuk mengatasi hal tersebut dengan melakukan pijat laktasi. Pijat laktasi dapat dilakukan pada keadaan payudara ibu yang bengkak, tidak lancar, dan ibu yang menginginkan relaksasi. Pijat oksitosin adalah suatu tindakan pemijatan pada bagian payudara dengan cara perlahan atau melakukan tekanan ringan dan lembut pada payudara (Delima, 2018).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan, diharapkan ibu dapat mengetahui informasi tentang Pijat Oksitosin.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan ini diharapkan Ny. R dan keluarga dapat mengerti dan memahami tentang menyusui tidak efektif :

a. Pengertian pijat oksitosin

- b. Tujuan pijat oksitosin
- c. Manfaat pijat oksitosin
- d. Tata cara pijat oksitosin

C. Materi Penyuluhan

Terlampir

- 1. Pengertian pijat oksitosin
- 2. Tujuan pijat oksitosin
- 3. Manfaat pijat oksitosin
- 4. Tata cara pijat oksitosin

D. Metode Penyuluhan

Metode yang dipakai promosi kesehatan ini sebagai berikut :

- 1. Ceramah
- 2. Diskusi

E. Media Penyuluhan

Media yang digunakan dalam promosi kesehatan antara lain :

- 1. Leaflet
- 2. SOP

F. Proses Penyuluhan keperawatan

No	Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Sasaran	Media
1.	Pembukaan	5 menit	a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan tentang tujuan pokok materi d. Menyampaikan pokok pembahasan e. Kontrak waktu	a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan menyimak c. Bertanya mengenai perkenalan dan tujuan jika ada yang kurang jelas	Kata-kata/ kalimat

2.	Pelaksanaan	20 menit	a. Penyampaian materi b. Menjelaskan tentang pengertian pijat oksitosin c. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin d. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin e. Menjelaskan tahapan-tahapan pijat oksitosin	a. Mendengarkan dan menyimak b. Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti	Leaflet
3.	Penutup	5 menit	a. Menjelaskan evaluasi b. Menyampaikan kesimpulan materi c. Mengakhiri pertemuan dan menjawab salam	a. Sasaran menjawab tentang pertanyaan yang diajukan b. Mendengar c. Memperhatikan d. Menjawab salam	Kata-kata/ kalimat

G. Evaluasi

1. Evaluasi Persiapan

- a. Materi sudah siap 1 hari sebelum penkes
- b. Media sudah siap 1 hari sebelum penkes
- c. Tempat sudah siap 1 hari sebelum penkes
- d. SAP sudah jadi sebelum penkes

2. Evaluasi Proses

- a. Pasien hadir tepat waktu
- b. Pasien kooperatif serta aktif bertanya
- c. Media digunakan secara efektif

3. Evaluasi hasil

- a. Pasien dapat mengikuti acara penyuluhan dari awal sampai akhir
- b. Acara dimulai tepat waktu tanpa kendala
- c. Pasien mengikuti kegiatan sesuai dengan aturan yang telah dijelaskan

d. Pasien dapat memahami 80% materi yang telah disampaikan penyuluh dilihat dari kemampuan menjawab pertanyaan penyuluh dengan benar, seperti :

- 1). Menjelaskan kembali pengertian pijat oksitosin
- 2). Menjelaskan kembali manfaat pijat oksitosin
- 3). mempraktikkan cara melakukan pijat oksitosin

Pembahasan Pijat Oksitosin

A. Definisi

Pijat oksitosin adalah teknik pemijatan ringan yang dilakukan sepanjang tulang belakang ibu postpartum hingga area tulang rusuk ke-5 dan ke-6 untuk merangsang pelepasan hormon oksitosin. Hormon ini berperan penting dalam meningkatkan produksi dan pengeluaran ASI, mempercepat involusi uterus, serta memberikan rasa nyaman dan relaksasi pada ibu menyusui. Pijat ini dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun anggota keluarga, terutama suami (Mardha, Syafitri, & Husna, 2023).

B. Tujuan

Tujuan utama pijat oksitosin adalah untuk merangsang produksi dan pengeluaran hormon oksitosin secara alami pada ibu postpartum, sehingga dapat meningkatkan produksi ASI, mempercepat involusi uterus, mengurangi pembengkakan payudara (engorgement), serta meningkatkan kenyamanan dan ikatan emosional antara ibu dan bayi (Mardha, Syafitri, & Husna, 2023).

C. Manfaat

1. memberikan kenyamanan pada ibu
2. mengurangi bengkak
3. mengurangi sumbatan ASI,
4. merangsang pelepasan hormone oksitosin (Immawanti, 2019).
5. Pijat oksitosin dilakukan selama 2 – 3 menit. Pijat oksitosin lebih efektif apabila dilakukan dua kali sehari yaitu tiap pagi dan sore hari (Astutik, 2017).

D. Persiapan Alat

1. Kursi
2. Meja
3. Minyak aome
4. BH khusus untuk menyusui
5. Handuk

E. Tata Cara Pijat Oksitosin

1. Ambil posisi duduk menghadap tembok, meja, atau sandaran kursi. Gunakan bantal untuk menopang bagian depan tubuh agar posisi lebih nyaman.
2. Mulai dari titik pijat bagian leher dan tulang belakang 3x.
3. Pijat dengan ibu jari yang digerakkan secara melingkar hingga turun ke pangkal tulang belakang. Lakukan selama 1 menit 3x.
4. Usap bagian tubuh yang telah dipijat dengan gerakan ke luar secara perlahan. 3x.
5. Lakukan pijatan yang sama di pangkal tulang belakang setara bahu, hingga turun ke tulang belikat sebanyak 3x
6. Pijat punggung dengan ibu jari dengan gerakan memutar sepanjang poros tulang belakang dari atas hingga ke bawah. Setelah itu, ulangi dari arah bawah ke atas.
7. Gunakan kepalan tangan untuk memijat seluruh punggung dengan tekanan yang lembut. hingga ibu merasa rileks.
8. Setelah rileks, usap seluruh bagian punggung dengan sentuhan yang nyaman

Daftar Pustaka

- Astutik, R.Y . (2017). Payudara dan Laktasi. Jakarta :Selemba Medika.
- Erna, Pilaria & Rita Sopiatus. 2017. Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI pada Ibu Post Partum Di Wilayah Kerja Puskesmas Pejeruk Kota Mataram Tahun 2017. Jurnal Kedokteran Yarsi 26 (1): 027-033 (2018). <http://academicjournal.yarsi.a.id>
- Delima M, Arni G, Rosya E. 2018. Pengaruh Pijat Payudara Terhadap Peningkatan Produksi Asi Ibu Menyusui Di Puskesmas Plus Mandiangin.
- Immawanti, I. (2019). Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Involusio Uterus Pada Ibu Post Partum Di Puskesmas Totoli Majene. Journal of Health, Education and Literacy, 1(2), 113–119.
- Mardha, M. S., Syafitri, E., & Husna, M. (2023).
Dampak Pijat Oksitosin terhadap Produksi ASI pada Ibu Nifas di Klinik Hj Dermawati Medan.
- Mardha, M. S., Syafitri, E., & Husna, M. (2023).
Dampak Pijat Oksitosin terhadap Produksi ASI pada Ibu Nifas di Klinik Hj Dermawati Medan
- Nuraini, I. (2018). Peran Tempat Penitipan Anak (Daycare) Tentang Asi Eksklusif Dan Komitmen Ibu Bekerja Untuk Menyusui Dengan Keberhasilan Menyusui Sampai Usia 6 Bulan. J-HESTECH (Journal Of Health Educational Science And Technology), 1(1), 1. <https://doi.org/10.25139/htc.v1i1.990>



Pijat Oksitosin

Pada Ibu Menyusui 🧑🍼



Herlina Nur Sakinah
KHGA22103
3C D3 Keperawatan



Apa itu pijat oksitosin??

Pijat oksitosin merupakan pijatan yang dilakukan di punggung tepatnya pada tulang punggung belakang sebagai upaya melancarkan produksi ASI pada ibu menyusui

Tujuan pijat oksitosin

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau reflex let down. Atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI

Manfaat pijat oksitosin

- Memberikan kenyamanan pada ibu
- Mengurangi bengkak pada payudara
- Mengurangi sumbatan ASI
- Merangsang pelepasan hormon oksitosin
- Mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit
- Meningkatkan produk ASI
- Meningkatkan hubungan psikologis ibu dan keluarga

Persiapan Alat

- Kursi
- Meja
- Minyak aroma terapi/minyak telon aroma terapi
- BH khusus untuk menyusui
- Handuk

Tata Cara Pijat Oksitosin

01

Ambil posisi duduk menghadap tembok, meja, atau sandaran kursi. Gunakan bantal untuk menopang bagian depan tubuh agar posisi lebih nyaman.



02

Mulai dari titik pijat bagian leher dan tulang belakang 3x...



03

Pijat dengan ibu jari yang digerakkan secara melingkar hingga turun ke pangkal tulang belakang. Lakukan selama 1 menit 3x.



04

Usap bagian tubuh yang telah dipijat dengan gerakan ke luar secara perlahan. 3x.



05

Lakukan pijatan yang sama di pangkal tulang belakang setara bahu, hingga turun ke tulang belikat sebanyak 3x



06

Pijat punggung dengan ibu jari dengan gerakan memutar sepanjang poros tulang belakang dari atas hingga ke bawah. Setelah itu, ulangi dari arah bawah ke atas.



07

Gunakan kepalan tangan untuk memijat seluruh punggung dengan tekanan yang lembut. Lakukan hingga ibu merasa rileks.



08

Setelah rileks, usap seluruh bagian punggung dengan sentuhan yang nyaman.



Thanks



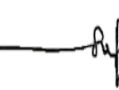
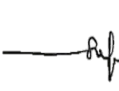
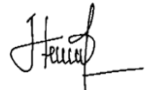
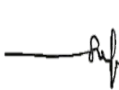
LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Herlina Nur Sakinah

Nim : KHGA22103

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

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. R (P1A0) Post *Section*
Caesarea POD 0 Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di
Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Rabu, 03 Juni 2025	Judul	ACC judul Lanjut BAB I		
2.	Rabu, 11 Juni 2025	BAB I	1. Memperbaiki latar belakang 2. Memperbaiki data dari RS		
3.	Kamis, 19 Juni 2025	BAB I-II	1. Mengurangi materi di BAB I 2. Memperbaiki spasi pada tabel 3. Menambah materi tentang mobilisasi di BAB II		
4.	Kamis, 26 Juni 2025	BAB I-II	Rapihkan penulisan dan lanjut BAB III		
5.	Selasa, 01 Juli 2025	BAB III	1. Perbaiki data ADL 2. Penambahan riwayat kehamilan sekarang		

			3. Pada BAB III ada penambahasan diagnosa 4. Pada pembahasan harus membahas diagnosa yang muncul di teori		
6.	Rabu, 02 Juli 2025	BAB III	1. Perbaiki penulisan 2. Penambahan data 3. Perbaikan tabel		
7.	Jum'at, 04 Juli 2025	BAB I-IV	1. Perbaiki penomoran 2. Perbaiki penulisan abstrak 3. Pengurangan materi		
8.	Senin, 07 Juli 2025	BAB I-IV	ACC Sidang		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



“Jangan terus mementingkan orang lain dan lebih hargai dirimu, jika kau terpuruk peluklah dirimu dan katakan bahwa kau berharga”

Park Jimin BTS

A. DATA PRIBADI

Nama : Herlina Nur Sakinah
Umur : 20 Tahun
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 18 Oktober 2004
Status : Mahasiswa
Alamat : Kp. Pangantingan, RT 01 RW 01 Desa Jangkurang
Kec Leles, Kab Garut, Provinsi Jawa Barat

B. PENDIDIKAN FORMAL

TK PGRI 2 KADUNGORA

SDN RANCASALAK 5

MADRASAH TSANAWIYAH DAARUL ULUM SUKARAJA GARUT

MADRASAH ALIYAH DAARUL ULUM SUKARAJA GARUT

STIKes KARSA HUSADA GARUT PRODI DIII KEPERAWATAN