

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T (P1A0) DENGAN POST
OPERASI *SECTIO CAESAREA POD 0* ATAS INDIKASI GAGAL
INDUKSI DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan
di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun oleh :
GEBY VELINDA PERMATA AGUSTIN
NIM. KHGA21052



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2024**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. T(P1A0)
DENGAN POST OPERASI SECTIO CAESAREA POD
0 ATAS INDIKASI GAGAL INDUKSI DI RUANG
MARJAN BAWAH RSUD Dr SLAMET GARUT**

NAMA : **GEBY VELINDA PERMATA AGUSTIN**

NIM : **KHGA.21052**

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disetujui
Untuk Disidangkan
Garut, Juni 2024

Menyetujui,

Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. T (P1A0)
DENGAN POST OPERASI SECTIO CAESAREA POD
0 ATAS INDIKASI GAGAL INDUKSI DI RUANG
MARJAN BAWAH RSUD Dr SLAMET GARUT**

NAMA : GEBY VELINDA PERMATA AGUSTIN

NIM : KHGA.21052

Garut, Juni 2024

Menyetujui,

Penguji I



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

Penguji II



Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Mengetahui,

Ka. Prodi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M.Kep

ABSTRAK

IV BAB, 141 Halaman, 17 Tabel, 1 Bagan, 2 Gambar, 4 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi oleh angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia menurut Riskesdas tahun 2018 menunjukkan peningkatan yaitu sebesar 17,6% atau sekitar 13.860 kasus dari total persalinan 78.746 kasus. Sedangkan di RSUD Dr.Slamet Garut diperoleh data persalinan sc tercatat sebanyak 908 kasus dengan indikasi gagal induksi berada di posisi 5 sebanyak 58 kasus atau 5,61%. Tujuan penulisan karya ilmiah ini adalah penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.T (P₁A₀) dengan *post sc POD 0* atas indikasi gagal induksi di ruang Marjan bawah. Penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan teknik pengambilan data wawancara, pemeriksaan fisik dan catatan perawatan. Induksi persalinan adalah suatu metode yang dilakukan untuk merangsang persalinan secara normal atau pervaginam. Metode induksi persalinan tidak dapat dipastikan selalu berhasil, karena jika induksi telah berlangsung selama 12 jam namun dilatasi serviks masih belum mencapai target akan di anggap gagal. Solusi pada kasus kegagalan induksi adalah dengan melakukan persalinan *Sectio Caesarea* atau persalinan dengan mengeluarkan janin melalui suatu insisi pada dinding perut. Hasil studi kasus menunjukkan setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam nyeri yang dirasakan oleh Ny.T akibat luka post sc menurun, mobilitas fisik meningkat sehingga Ny.T mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, status menyusui belum membaik karena Ny.T masih belum bertemu bayinya dan tingkat resiko infeksi menurun. Kesimpulan dari studi kasus ini adalah dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien post op sc yang menjadi masalah keperawatan utama yang harus diselesaikan adalah nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik yang harus diselesaikan dengan pelatihan mobilisasi Dini untuk membantu pemulihan pasien.

Kata Kunci : (*Asuhan Keperawatan, Sectio Caesarea, Post Partum*)

Daftar Pustaka : 55 buah (2014-2023)

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur ke hadirat Allah *Subhanahu wa ta'ala* Yang Maha Esa. Atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan tugas penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.T (P₁A₀) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut”. Sholawat beserta salam senantiasa tercurahkan kepada nabi Muhammad *Salallahu a'laihisalam*, beserta segenap keluarganya dan sahabatnya yang setia hingga akhir zaman.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Program Studi DIII-Keperawatn di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari bahwa sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Bapak Dr. H.Hadiat,MA., selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberi ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
8. Seluruh staf dan CI klinik ruangan Marjan Bawah di Rumah sakit Dr. Slamet Garut yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.
9. Ny.T dan keluarga selaku klien, yang sudah sangat kooperatif sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Ayahanda, ibunda dan keluarga tercinta yang telah memberikan banyak sekali doa, perhatian serta dukungan moril maupun material. yang selalu menjadi *support system* serta menjadi alasan utama bagi penulis dalam menyelesaikan perkuliahan hingga sampai pada tahap akhir pembuatan karya tulis ilmiah ini.
11. Kepada diri sendiri yaitu Geby Velinda yang sudah bisa bertahan sejauh ini, dan terus melanjutkan penulisan karya tulis ilmiah sehingga dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

12. Kepada teman-teman seperjuangan di stase maternitas Rosa Ila, Fitriia Elsha dan Riska selaku teman terbaik penulis, yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan dalam pembuatan karya tulis ilmiah serta yang telah memberikan kenangan baik saat melakukan praktek lapangan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
13. Kepada semua anggota Grup Mamih Dey selaku sahabat terbaik penulis, yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan dalam pembuatan karya tulis ilmiah serta yang telah memberikan kenangan dan dukungan kepada penulis sejak tingkat awal sampai akhir untuk bertahan bersama.
14. Kepada pasangan saya Septi Herdian terimakasih telah berkontribusi banyak dalam mengatur emosi untuk tetap bahagia. Serta penulis yang insyallah selalu mendukung dan membimbing penulis.
15. Seluruh rekan-rekan DIII- Keperawatan terutama kelas B dengan berbagai macam karakter, sifat sehingga memberi pelajaran dan kebersamaan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis maupun pembaca.

Garut,Juni 2024

Geby Velinda Permata A

DAFTAR ISI

ABSTRAK.....	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR BAGAN.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Metode Telaah.....	5
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Induksi Persalinan.....	8
1. Definisi.....	8
2. Indikasi Induksi	9
3. Kontraindikasi Induksi.....	10
4. Metode Induksi.....	10
5. Komplikasi.....	14
B. Konsep Dasar Sectio Caesarea	15
1. Definisi.....	15
2. Etiologi.....	16
3. Klasifikasi	17
4. Patofisiologi.....	19
5. Komplikasi.....	22
6. Penatalaksanaan Pasca Sectio Caesarea	22
C. Konsep Dasar Post partum	24
1. Definisi.....	24
2. Tahapan Masa Post Partum	25

3.	Perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum	25
4.	Perubahan-perubahan psikis ibu nifas yaitu ada beberapa fase	35
5.	Kebutuhan Ibu Post Partum	36
6.	Tanda-tanda Bahaya Nifas.....	38
D.	Dampak Post Sectio Caesarea Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	39
E.	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Ibu Post Section Caesarea	44
1.	Pengkajian Keperawatan.....	44
2.	Diagnosa Keperawatan	61
3.	Perencanaan Keperawatan	61
4.	Implementasi Keperawatan	68
5.	Evaluasi Keperawatan.....	68
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN		69
A.	Tinjauan kasus.....	69
1.	Pengkajian Keperawatan.....	69
2.	Diagnosa Keperawatan	83
3.	Proses Keperawatan	85
4.	Catatan Perkembangan.....	99
B.	Pembahasan	108
1.	Pengkajian Keperawatan.....	109
2.	Diagnosa Keperawatan	112
3.	Perencanaan Keperawatan	115
4.	Implementasi Keperawatan	118
5.	Evaluasi Keperawatan.....	118
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....		122
A.	Kesimpulan.....	122
B.	Rekomendasi	123
DAFTAR PUSTAKA		125

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1	Indikasi Post Sectio Caesarea RSUD Dr.Slamet Garut	3
Tabel 2. 1	Involusi Uterus	30
Tabel 2. 2	Tanda-tanda Bahaya Nifas	44
Tabel 2. 3	Analisa Data	64
Tabel 2. 4	Perencanaan Diagnosa Nyeri Akut	67
Tabel 2. 5	Perencanaan Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik	68
Tabel 2. 6	Perencanaan Diagnosa Defisit Perawatan Diri	69
Tabel 2. 7	Perencanaan Diagnosa Menyusui Tidak Efektif	70
Tabel 2. 8	Perencanaan Diagnosa Resiko Infeksi	71
Tabel 3. 1	Riwayat Persalinan	78
Tabel 3. 2	Aktivitas Sehari-hari	83
Tabel 3. 3	Hasil Laboratorium Hari Pertama	86
Tabel 3. 4	Hasil Laboratorium Post Sectio Caesarea	87
Tabel 3. 5	Terapi Medis Farmakologi	87
Tabel 3. 6	Analisa Data	88
Tabel 3. 7	Proses Keperawatan pada Ny.T	93
Tabel 3. 8	Catatan Perkembangan	110

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway Sectio Caesarea	21
--	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Tinggi Fundus Uteri	26
---------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Bimbingan
2. Sap
3. Leaflet
4. Riwayat HiduP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan upaya peningkatan kesehatan masyarakat di sebuah Negara dapat di ukur dengan indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Dalam profil kesehatan provinsi Jawa Barat tahun 2023 tercatat Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2023 meningkat sekitar 114 menjadi 792 kasus atau 96,89 per 100.000 kelahiran hidup. Dimana pada tahun sebelumnya atau 2022 tercatat Angka Kematian Ibu berjumlah 678 kasus (Jabar, 2023). Data kasus kematian ibu di Kabupaten Garut pada tahun 2023 tercatat 60 kasus dan berada di posisi kedua di antara 27 kabupaten lainnya di provinsi Jawa Barat. Penyebab meningkatnya jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2023 di Kabupaten Garut di pengaruhi oleh beberapa faktor seperti perdarahan, eklampsia, infeksi, gangguan sistem pembuluh darah dan gangguan lainnya seperti partus macet, mola hidatidosa dan oligohidramnion.

Oligohidramnion adalah suatu kondisi dimana cairan ketuban yang ada di rahim ibu sangat sedikit atau kurang dari 500ml. Kondisi ini dapat mempersulit ibu untuk melahirkan karena dapat menyebabkan tidak adanya HIS dan dapat menyebabkan gawat janin karena terjadinya kompresi janin yang menimbulkan hipoksia pada janin. Hal tersebut harus segera ditangani dengan cara merangsang persalinan spontan segera atau induksi persalinan. Induksi persalinan adalah stimulasi buatan yang dilakukan untuk merangsang kontraksi uterus baik secara

farmakologi maupun mekanik sebelum persalinan normal. Induksi farmakologi dapat dilakukan dengan pemberian oksitosin dan prostaglandin sedangkan secara mekanik bisa dilakukan pemasangan balon kateter intra serviks dan amniotomy (Hartanto & Marianto, 2019). Induksi akan dianggap gagal bila mengalami kegagalan mencapai persalinan fase aktif dengan dilatasi serviks lebih dari 4 cm setelah induksi dilakukan dalam waktu 12 jam. Solusi pada kasus kegagalan induksi adalah dengan meneruskan induksi atau melakukan persalinan *Sectio Caesarea* (SC) untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Sectio Caesarea adalah prosedur persalinan buatan yang dilakukan untuk mengeluarkan janin melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding Rahim dengan berat janin di atas 500 gram (Asriani & Sartika, 2023). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan angka tindakan *Sectio Caesarea* (SC) pada persalinan meningkat yaitu sebesar 17,6% atau sekitar 13.860 kasus dari total persalinan 78.746 kasus. Dimana pada tahun 2013 masih tercatat sekitar 15,3%. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat persalinan di Indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO 5-15%. Sedangkan untuk provinsi Jawa Barat tingkat tindakan operasi bedah sesar tercatat sebesar 15,5% atau sekitar 2.332 kasus. Menurut data rekam medik RSUD Dr.Slamet Garut yang diperoleh dari bulan Januari sampai dengan bulan Mei tahun 2024 dapat diketahui bahwa data kasus *Sectio Caesarea* sebanyak 908 kasus dengan rincian sebagai berikut.

Tabel 1. 1 Perbandingan kasus Post Sectio Caesarea atas indikasi gagal induksi dengan indikasi lainnya di RSUD Dr.Slamet Garut

NO	KASUS	JUMLAH	PRESENTASE
1	SC Indikasi Partus Lama	254	27.97 %
2	SC Indikasi PEB	222	24.44 %
3	SC Indikasi Serotinus	84	9.25 %
4	SC Incikasi PPT	75	8.25 %
5	SC Indikasi Gagal Induksi	58	6.38 %
6	SC Indikasi Eklampsia	51	5.61 %
7	SC Indikasi Letak Sungsang	49	5.39 %
8	SC Indikasi Gawat Janin	42	4.62 %
9	SC Indikasi Oligohidramnion	31	3.41 %
10	SC Indikasi Bayi Besar	14	1.54 %
11	SC Indikasi KPD	12	1.32 %
12	SC Indikasi CPD	8	1.24 %
13	SC Indikasi Prematur	2	0.58 %
TOTAL		908	100%

Sumber: Buku Register Pasien RSUD Dr. Slamet Garut

Dari hasil pengumpulan data ibu dengan persalinan *Sectio Caesarea* (SC) di Rumah Sakit Dr. Slamet Garut, tercatat pravelensi kejadian persalinan post SC dengan gagal induksi menempati posisi ke-lima dengan 58 kasus atau 6,38% dari total kasus persalinan *Sectio Caesarea* sebanyak 908 kasus. Hal ini perlu dijadikan acuan untuk menerapkan pemantauan lebih kepada ibu dengan luka post SC atas indikasi gagal induksi untuk menghindari komplikasi pasca prosedur operasi. Komplikasi yang bisa menjadi ancaman bagi ibu adalah sepsis berat, perdarahan, serangan tromboemboli, perlukaan traktus urinarius dan infeksi pada luka operasi (Sirait, 2022). Berdasarkan permasalahan dan data

diatas maka penulis tertarik untuk menyusun laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.T (P₁A₀) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan secara umum ditulisnya karya ilmiah ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata dalam Asuhan Keperawatan Pada Ny.T (P₁A₀) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Gagal Induksi.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.T (P₁A₀) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Marjan Bawah
- b. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) pada Ny.T (P₁A₀) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Marjan Bawah
- c. Penulis mampu menetapkan intervensi sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) pada Ny.T (P₁A₀) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Marjan Bawah

- d. Penulis mampu mengimplementasikan intervensi yang telah tersusun untuk mencapai kriteria hasil yang ditetapkan pada Ny.T(P₁A₀) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Marjan Bawah
- e. Penulis mampu mengevaluasi kemajuan keadaan pada Ny.T (P₁A₀) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Marjan Bawah
- f. Penulis mampu mendokumentasikan seluruh data yang ada dan tindakan yang telah dilakukan pada Ny.T (P₁A₀) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Gagal Induksi Di Ruang Marjan Bawah.

C. Metode Telaah

Metode penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Teknik data pengumpulan data pada kasus meliputi:

1. Wawancara

Penulis melakukan komunikasi langsung, melakukan Tanya jawab dengan pasien dan keluarga, bidan juga memberikan informasi yang dibutuhkan penulis.

2. Pemeriksaan Fisik

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

3. Dokumentasi atau Catatan Perawat

Yaitu pengumpulan data dengan cara mempelajari status pasien yang bersumber pada catatan dokter dan bidan untuk dijadikan salah satu dasar melaksanakan asuhan keperawatan.

4. Studi Pustaka

Yaitu menggunakan buku-buku literatur yang berkaitan untuk menunjang landasan teoritis.

5. Partisipasi Aktif

Dalam pengumpulan data tidak terlepas dari peran aktif pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga yang mau menerima asuhan keperawatan dengan baik sehingga dapat membantu penulis dalam mengumpulkan data dan melakukan tindakan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Pada bagian awal memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, lembar pengesahan dan daftar isi. Kemudian pada bagian inti terdiri atas VI BAB, sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN, yang meliputi latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaah dan diakhiri dengan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA, Bab ini membahas mengenai konsep dasar induksi dan *Sectio Caesarea* serta konsep dasar asuhan keperawatan pada ibu post partum.

BAB III : TINJAUAN KASUS dan PEMBAHASAN, yang membahas mengenai laporan kasus proses keperawatan mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, menetapkan intervensi, implementasi hingga evaluasi serta catatan perkembangan pasien.

BAB IV : KESIMPULAN dan REKOMENDASI, yang meliputi: Simpulan dari proses keperawatan yang telah dilaksanakan dan rekomendasi beberapa pihak bersangkutan.

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Induksi Persalinan

1. Definisi

Induksi persalinan adalah stimulasi buatan yang dilakukan untuk merangsang kontraksi uterus baik secara farmakologi maupun mekanik sebelum persalinan normal (Hartanto & Marianto, 2019). Induksi persalinan berbeda dengan akselerasi persalinan, di mana pada akselerasi persalinan tindakan-tindakan tersebut dikerjakan pada wanita hamil yang sudah inpartu. Sedangkan dalam jurnal penelitian yang dilakukan Thursina (2023) menyebutkan bahwa pengertian induksi persalinan adalah suatu metode yang dilakukan untuk merangsang persalinan secara normal atau pervaginam. Induksi persalinan dimaksudkan untuk merangsang kontraksi uterus sebelum terjadinya perlinan pervaginam spontan dengan atau tanpa ketuban pecah.

Sedangkan menurut Manuaba dalam bukunya menjelaskan induksi persalinan ialah upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm dalam keadaan belum terdapat tanda-tanda persalinan atau belum inpartu, dengan kemungkinan janin dapat hidup di luar kandungan di umur gestasi di atas 28 minggu. Induksi persalinan hanya dilakukan jika terdapat indikasi medis yang jelas dan manfaat yang diharapkan lebih besar dibandingkan potensi bahayanya.

Dari beberapa pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa induksi persalinan merupakan sebuah tindakan medis sebagai upaya membantu ibu dalam melahirkan pervaginam dengan indikasi medis yang jelas untuk mengurangi resiko bahaya persalinan spontan. Tindakan induksi ini dilakukan dengan merangsang kontraksi uterus ibu yang mungkin belum muncul pada waktu yang seharusnya.

2. Indikasi Induksi

Indikasi induksi dapat di indikasikan jika manfaat bagi ibu dan janin melebihi manfaat apabila kehamilan dibiarkan berlanjut. Ada beberapa indikasi dilakukannya induksi persalinan pada ibu, contohnya sebagai berikut:

- a. Oligohidramnion dengan umur kehamilan 36-37 minggu
- b. Keterbatasan pertumbuhan uterin tanpa aliran diastolik akhir
- c. Hipertensi kronis pada ibu dengan ibu yang tidak dalam pengobatan
- d. Preeklampsia tanpa danya gejala yang berat dengan usia kehamilan 37 minggu dan sudah ada pemantauan khusus
- e. Diabetes pregestasional atau gestasional yang terkontrol baik
- f. Ketuban pecah dini sebelum masuk inpartu
- g. Kondisi janin yang kurang meyakinkan
- h. Kehamilan serotinus atau post-term
- i. Kematian janin *intrauterine* (IUFD) (Prabhcharan, Michelle, & James, 2023)

3. Kontraindikasi Induksi

Sebelum dilakukanya induksi persalinan, penolong harus mempertimbangkan resiko dan manfaat yang terkait dengan induksi persalinan. Karena disisi lain manfaat induksi persalinan yang dapat menolong ibu ada beberapa kondisi yang lebih baik tidak dilakukannya induksi. Dengan kata lain tindakan medis yang akan dilakukan lebih bahaya dibanding tidak di lakukan. Sepeti beberapa kondisi ibu hamil sebagai berikut;

- a. Plasenta previa atau vas aprevia
- b. Riwayat bedah sesar sebelumnya
- c. Rupture uteri intrapartum
- d. Kanker serviks yang invasive
- e. Infeksi herpes genital aktif
- f. Posisi janin maposisi atau malpresentasi
- g. Disporsisi sefalopelvik
- h. Janin dengan anomali atau hidrocefalus (Alex, 2022)

4. Metode Induksi

Induksi persalinan dibagi menjadi dua metode yaitu secara farmakologi dan mekanik. Namun kedua metode dari induksi ini memiliki tujuan yang sama yaitu mengeluarkan zat prostaglandin yang berfungsi sebagai zat penyebab otot rahim berkontraksi (Mustika & Handayani, 2023).

a. Farmakologi

1) Infus oksitosin

Oksitosin adalah obat yang digunakan untuk menstimulasi kontraksi uterus menaugmentasi persalinan, mempercepat kelahiran janin dan pad akala tiga mempercepat kelahiran plasenta dan menghentikan perdarahan paska persalinan. Secara fisiologis oksitosin diproduksi di hipotalamus sebagai salah satu hormon dan di angkut lewat aliran aksoplasmik ke hipofisis posterios yang ketika mendapat stimulusyan tepat hormon ini akan terlepas ke dalam darah (Mustika & Handayani, 2023).

Dalam meningkatkan daya pacu uterus, oksitosin di anggap bekerja pada membran sel miometrium. Walaupun secara spesifik masih belum bisa dijelaskan bagaimana oksitosin bisa menyebabkan kontraksi polos uterus, namun dalam saat hamil jumlah esterogen akan meningkat dan memperbesar jumlah reseptor oksitosin. Hal tersebutlah yang menstimulasi pelepasan oksitosin dan kontraksi uterus (Mustika & Handayani, 2023).

2) Prostaglandin

Prostaglandin adalah senyawa yang berfungsi dalam merangsang kontraksi otot rahim, prostaglandin ini terbuat dari lemak yang memiliki efek seperti sebuah hormon. Pemakaian prostaglandin sebagai induksi persalinan dapat dalma bentuk infus intravena dan pervaginam. Selain menulakkan serviks prostaglandin juga

menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan curah jantung 30%. Juga merelaksasi otot polos gastrointestinal dan bronchial (Angga, kemara, & Wayan, 2022).

3) Cairan hipertonik intra uteri

Cara induksi persalinan dengan cairan hipertonik dipakai untuk merangsang kontraksi rahim pada kehamilan dengan janin mati. Cairan hipertonik ini berupa garam hipertonik 20, urea dan lain-lain. Kadang-kadang dicampur dengan prostaglandin namun cara ini dapat menimbulkan kompliksi seperti hipertremia, infeksi dan gangguan pembekuan darah (Angga, kemara, & Wayan, 2022).

4) Misoprostol

Umumnya Misoprostol digunakan untuk pencegahan ulkus gaster akibat obat inflamasi non steroid, untuk kematian janin dalam kandungan, mengeluarkan konsepsi pada abortus dini serta saat ini banyak digunakan sebagai induksi peralihan. Secara farmakologis Misoprostol adalah *analog prostaglandin E₁* dapat diberikan secara oral, vaginal atau sublingual. Efek yang terjadi pada pemberian misoptostol oral dosis tunggal adalah peningkatan tonus *intrauterine*. Dengan penggunaan yang berulang dan teratur maka efek kontraksi regulernya baru akan muncul. Kontraksi regular sangat diperlukan untuk keberhasilan induksi atau proses aborsi (Krugh & Maani, 2020)

b. Mekanik

1) Amniotomi

Amniotomi artifisial dilakukan dengan cara memecahkan ketuban baik di bagian bawah depan (*fore water*) maupun dibagian belakang (*hind water*) dengan suatu alat khusus (*drewsmith catheter*) atau dengan omnihook yang sering dikombinasikan dengan oksitosin. Amniotomi ini akan menyebabkan kepala dapat langsung menekan dinding serviks dimana di dalamnya terdapat banyak saraf-saraf yang merangsang kontraksi uterus. Bila setelah amniotomi dikerjakan 6 jam kemudian, belum ada tanda-tanda permulaan persalinan, maka harus diikuti dengan cara-cara lain untuk merangsang persalinan, misalnya dengan infus oksitosin (Krugh & Maani, 2020) .

2) *Stripping of the membrane*

Yang dimaksud dengan *stripping of the membrane* ialah tindakan yang dilakukan dengan memasukkan jari yang bersarung tangan melalui serviks dan memutarinya ke selaput janin dengan tujuan untuk memisahkan membrane korionik dari desidua. Tindakan tersebut akan merangsang pelepasan prostaglandin sehingga merangsang untuk adanya kontraksi uterus. Syarat melakukan induksi ini adalah usia gestasi di atas 39 minggu (Alex, 2022).

3) Balon kateter

Dengan balon kateter *foley* yang dipasang di dalam segmen bawah uterus melalui kanalis servikal, di isi cairan garam steril

diharapkan akan mendorong selaput ketuban di daerah segmen bawah uterus sampai terlepas. Balon tersebut akan bergesekan dan meregangkan leher rahim sehingga menghasilkan hormone prostaglandin. Kateter balin ini akan di simpan hingga 24 jam, kemudian saat diangkat seharusnya ketuban sudah pecah dengan sendirinya (Healthcare, 2022).

5. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin timbul setelah induksi persalinan adalah hiperstimulasi rahim, hal tersebut dapat terjadi setelah pemberian prostaglandin. Ketika stimulasi atau kontraksi yang berlangsung lama dan terlalu sering bisa menyebabkan gawat janin atau *fetal distress*. Selain itu ada beberapa komplikasi lainnya yang bisa terjadi saat dilakukannya induksi persalinan yaitu:

- a. Kegagalan induksi
- b. Prolapse tali pusat, yang bisa terjadi pada saat amniotomi terutama saat persetasi kelapa jnin berada di posisi tinggi
- c. Infeksi
- d. Nyeri
- e. Peningkatan tingkat intervensi lebih lanjut dibandingkan persalinan spontan
- f. Rupture uteri (Alex, 2022)

B. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Definisi

Sectio Caesarea adalah prosedur persalinan buatan yang dilakukan untuk mengeluarkan janin melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan berat janin di atas 500 gram (Asriani & Sartika, 2023). *Sectio Caesarea* biasanya dilakukan apabila persalinan fisiologis tidak mungkin bisa dilakukan. Tindakan operasi ini juga dikenal sebagai prosedur operasi yang bisa menyelamatkan ibu dan bayi.

Bedah sesar adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (*laparotomi*) dan uterus (*hiskotomi*) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih (Widia, 2018). *Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding dengan membuka dinding perut serta dinding uterus. Definisi ini tidak mencakup pengangkatan janin dari kavum abdomen dalam kasus rupture uteri atau kehamilan abdominal (Sirait, 2022).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* (SC) adalah tindakan operasi yang dilakukan untuk membantu ibu yang tidak memungkinkan untuk melakukan persalinan normal dengan alasan kesehatan ibu atau janin. Tindakan operasi ini dilakukan untuk melahirkan bayi di atas 500 gram dengan cara membuat insisi atau sayatan di perut ibu hingga uterus.

2. Etiologi

Tindakan Sectio Caesarea biasanya dilakukan ketika adanya kendala untuk melakukan persalinan normal, diantaranya yang menjadi indikasi dilakukannya prosedur SC adalah sebagai berikut:

a. Indikasi medis

1) Power

Power adalah kekuatan untuk mendorong janin keluar. Kekutan untuk mendorong janin keluar disebut HIS, yaitu kontraksi-kontraksi perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna. Power yang memungkinkan dilakukannya sesar adalah daya megejan ibu lemah, ibu berpenyakit jantung atau berpenyakit menahun lainnya yang mempengaruhi tenaga.

2) Passanger

Faktor janin yang bisa menjadi penyulit persalinan diaantaranya dalah ketika bayi terlalu besar, bayi dengan kalianan letak, bayi dengan fetal distress, dan primi gravida di atas 35 tahun.

3) Passage

Kelainan ini dipengaruhi oleh panggul sempit, trauma persalinan serius pada jalan lahir, adanya infeksi pada jalan lahir, herpes, *condyloma lota*, *condyloma acumilata*, Hepatiti B atau C (Eva, 2022).

b. Indikasi Ibu

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu; primgravida atau kehamilan pertama dengan kelainan posisi, *Cefalo Pelvix Disproportion* (CPD),

disporposi janin dan panggul, riwayat kehamilan dna persalinan buruk, kehamilan disertai dengan penyakit, ketidak seimbangan adnata ukuran kepala bayi dan panggul ibu, gangguan perjalanan persalinan (mioma uteri, kista ovarium dan sebagainya), keracunan parah ketika hamil, preeclampsia dan eklampsia berat, serta adanya keinginan ibu sendiri (Agustin, 2022).

c. Indikasi Janin

Ada beberapa kondisi janin yang menjadi indikasi harus dilakukannya operasi bedah sesar misalnya gawat janin, kelainan tali pusat seperti terlilit tali pusat, prolapses tali pusat, mal presenasi dan mal posisi kedudukan janin yaitu bayi yang besar. Sedangkan faktor dari plasenta meliputi plasenta previa, vasa previa dan plasenta accrete, kegagalan persalinan vakum serta bayi kembar (Sitorus, 2021).

3. Klasifikasi

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

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

- d. SC elektif adalah tindakan bedah sesar yang telah direncanakan sebelumnya sebelum proses persalinan dimulai (Fadhilah & Sari, 2021).

Sedangkan menurut Eugenius (2022) operasi *Sectio Caesarea* emergensi dibagi dalam empat kategori yaitu:

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

Sedangkan menurut Batara I. Sirait (2022) klasifikasi Seksio Sesaria ada beberapa macam yaitu :

- a. Seksio Sesaria *transperitoneal profunda* merupakan tindakan operasi dengan membuat insisi di segmen bawah yang panjangnya kira-kira 10 cm.
- b. Seksio Sesaria *corporal* merupakan tindakan operasi dengan membuat insisi di segmen atas uterus dan korpus uteri ini dilakukan bila segmen bawah tidak dapat di capai dengan aman (contonya, karena perlekatan).

- c. Seksio Sesaria yang disertai *Histerektomi* merupakan tindakan SC dengan indikasi Atonia Uteri, Plasenta Accreta, Myoma uteri dan infeksi Intra Uteri berat.
- d. Seksio Sesaria *ekstraperitoneal* merupakan SC yang dilakukan tanpa insisi peritoneum yang dilakukan dengan melipat bagian peritoneum ke atas dan kandung kemih kebawah atau ketngah kemudian uterus dibuka melalui segmen bawah.

4. Patofisiologi

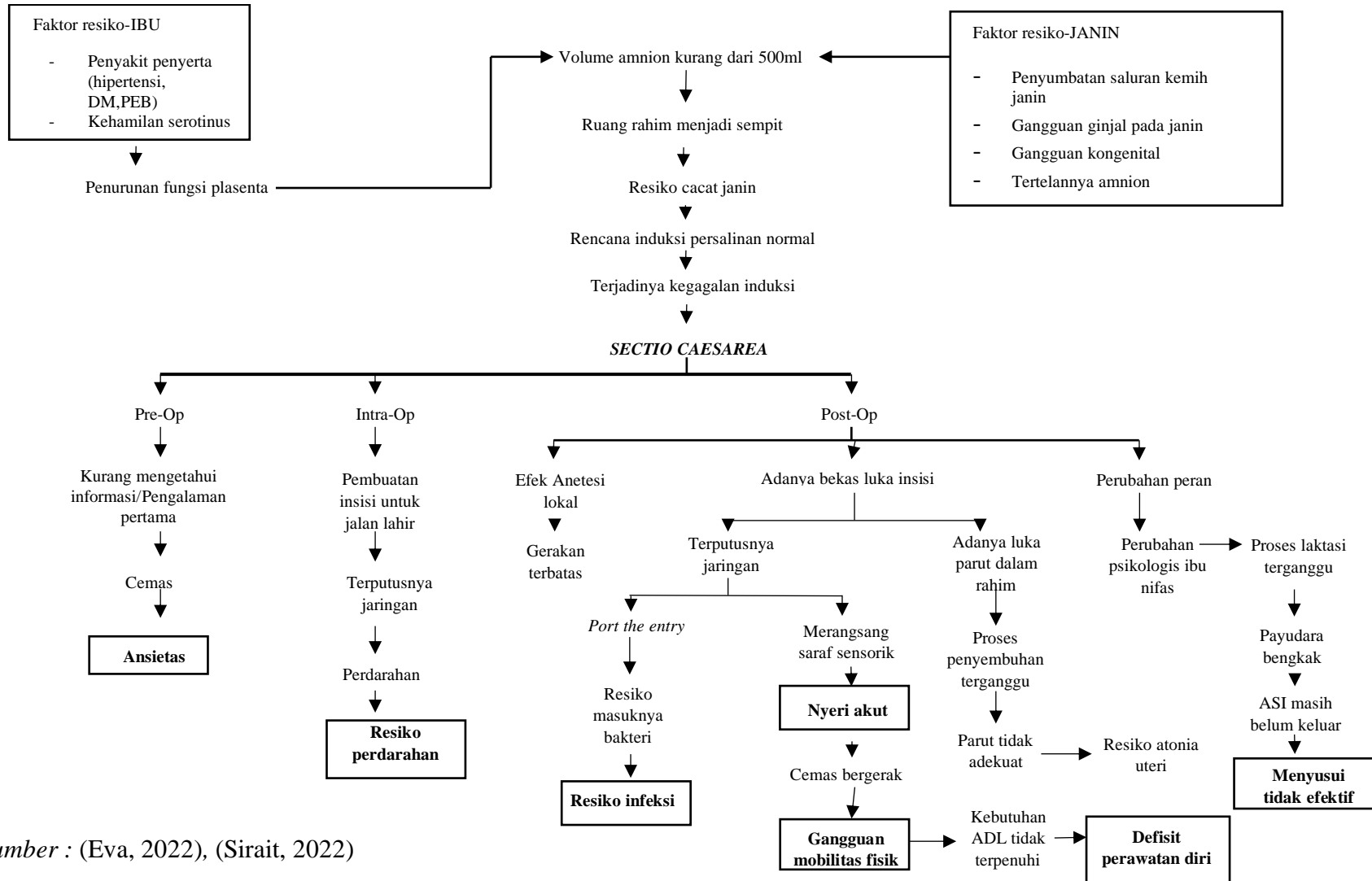
Section Caesarea adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uteru melalui dinding depan perut. Tindakan SC ini bertujuan untuk mencegah kematian janin atau ibu apabila melahirkan sera pervaginam. Ada beberapa kondisi yang menjadi faktor untuk dilakukannya SC misalnya faktor dari ukuran panggul ibu, usia ibu, berat badan bayi yang akan lahir, faktor letak plasenta, malpresentasi dan malposisi serta kondisi amnion. Faktor –faktor tersebut bisa menjadi penyulit persalinan normal atau membuat persalinan kala II lama sehingga harus di lakukan induksi persalinan SC. (Yadhy, Hendra, & Nova, 2023)

Section caesarea (SC) dilakukan secara sistematis, dimana pasien akan di bius untuk dilakukan sayatan pada area perut. Pembiusan yang di ambil biasanya jenis pembiusan regional, yaitu bius yang di suntikan ke *sub arachnoid* dan *epidural* yang mengakibatkan pasien masih bisa sadar karena pembiusan ini berefek mati rasa pada bagian bawah tubuh saja. Namun pasien masih tidak bisa melihat prosedur bedah karena tertutup tirai. Hal ini akan membantu

pasien untuk mengurangi ansietas selama pembedahan. Kemudian setelah di bius, bagian perut akan disterilisasi dan akan dibuat insisi proses pembedahan. Proses pembedahan ini akan mengakibatkan terputusnya jaringan dan merangsang area sensorik. Sehingga akan menyebabkan gangguan rasa nyaman yaitu nyeri (Syaiful, 2020).

Setelah pasien dioperasi, luka akan ditutup menyebabkan adanya luka bekas operasi. Proses penyembuhan luka pasca sesar pada dasarnya sama dengan luka lainnya yaitu secara fisiologis penyembuhan luka meliputi respon inflamasi akut terhadap cedera, fase destruktif, fase foliperatif dan fase maturasi. Luka akan dikatakan sembuh jika kontinuitas lapisan kulit atau jaringan parut mampu tidak mengganggu aktivitas sehari-hari pasien. Mobilisasi dini harus disampaikan kepada pasien untuk mendukung tahap proses penyembuhan luka sehingga dapat mengurangi infeksi dan angka kesakitan ibu post SC. Pada saat post partum hormone progesterone dan esterogen akan menurun sehingga menyebabkan involusi dan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga terjadi perdarahan dan resiko syok, Hb menurun, kekurangan O₂, terjadinya kelemahan dan defisit perawatan diri. Hal-hal tersebut masih dapat dicegah bila pasien dipantau kondisinya dan dibimbing untuk melakukan mobilisasi secara baik dan mengatur diet ibu untuk pemulihan luka (Eva, 2022)

Bagan 2. 1 Pathway Sectio Caesarea atas indikasi Gagal Induksi



Sumber : (Eva, 2022), (Sirait, 2022)

5. Komplikasi

Ibu post partum seksio sesaria perlu pemantauan lebih daripada ibu dengan persalinan normal. Persalinan bedah sesar memiliki lima kali lipat resiko lebih tinggi terkena komplikasi efek pembedahan. Faktor dominan yang menyebabkan komplikasi adalah faktor anastesi, pengeluaran darah ibu saat tindakan operasi, endometritis, tromboflebitis, dan letak rahim menjadi tidak sempurna. Ada beberapa komplikasi yang bisa terjadi misalnya sepsis berat, perdarahan, serangan tromboemboli, perlukaan traktus urinarius dan infeksi pada luka operasi (Sirait, 2022).

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

- a. Infeksi puerperal yaitu komplikasi ringan yang berupa kenaikan suhu pada ibu selama beberapa hari bersifat seperti peritonitis dan sepsis.
- b. Perdarahan
- c. Komplikasi diluar organ reproduksi seperti luka di kandung kemih dan embolis paru
- d. Komplikasi yang mungkin baru tampak kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga bisa terjadi atonia uteri.

6. Penatalaksanaan Pasca Sectio Caesarea

- a. Pelepasan kateter urin : pelepasan kateter dilakukan setelah 12jam pasca operasi, kecuali ada indikasi lainnya.

- b. Diet : biasanya tidak ada pantangan yang signifikan namun 6-8jam setelah operasi pastikan pasien tidak minum terlalu banyak.
- c. Perawatan luka : biasanya akan dilakukan pemberian luka setelah 24-48jam pasca operasi.
- d. Pemantauan BAK : dengan memantau keluhan pasien. Wanita dengan post op SC dikhawatirkan ada masalah lain seperti infeksi saluran kemih, *stress incontinence* dan lainnya.
- e. Pemantauan Laktasi : jika tidak ada pengeluaran ASI selaman 24jam pasca operasi bisa dikatakan normal, namun lebih dari itu harus dilakukan intervensi lanjutan agar ibu dapat menyusui secara efektif.
- f. Terapi Farmakologi

1) Analgetik

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

2) Antibiotik

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

C. Konsep Dasar Post partum

1. Definisi

Post partum atau masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Wahyuningsih, 2019). Sedangkan menurut Marlina dkk (2022) ibu post partum merupakan masa setelah melakukan persalinan dan dapat juga disebut masa nifas atau puerperium yaitu pemulihan kembali alat kandungan ibu yang lamanya bisa sampai 6 minggu atau 42 hari.

Post partum atau periode pasca melahirkan merupakan masa transisi bagi ibu di masa terjadinya banyak perubahan baik secara fisik, psikologis, emosional, maupun sosial. Periode ini terjadi setelah persalinan sampai 6 minggu setelahnya masa nifas merupakan masa yang sangat memerlukan perhatian dan pemantauan khusus. Karena periode ini merupakan periode esensial, sehingga sangat membutuhkan bantuan dan motivasi serta asuhan yang tepat dari tenaga kesehatan (Hamdayani, et al., 2023).

Dapat disimpulkan bahwa post partum atau masa nifas adalah masa pemulihan ibu setelah mengandung sembilan bulan dan melahirkan bayinya dimana seluruh tubuh akan menyesuaikan kembali organ-organ reproduksi seperti keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama 42 minggu dan perlu adanya perhatian khusus untuk membantu mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi pada ibu.

2. Tahapan Masa Post Partum

Ada 3 tahapan masa post partum yaitu:

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

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi saat periode ini adalah perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu untuk menghindari resiko komplikasi lanjut perlu diadakan pemantauan terhadap kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

b. *Early postpartum* (24jam - 1minggu)

Pada masa ini involusi uteri harus sudah normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam dan nutrisi ibu tampak baik serta menyusui dengan baik.

c. *Late post partum* (1minggu – 6 minggu)

Waktu yang diperlukan untuk pulih kembali sehat sempurna (Wahyuningsih, 2019).

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum

a. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil (Wahyuningsih, 2019).

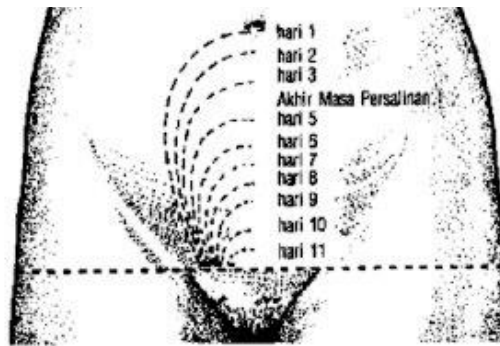
Tabel 2. 1 Involusi Uterus

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000gr
Uri Lahir	2 jari dibawah pusat	750gr

Waktu	TFU	Berat Uterus
1 minggu	$1/2$ pst symps	500gr
2 minggu	Tidak teraba	350gr
6 minggu	Bertambah kecil	50gr
8 minggu	Normal	30gr

Sumber (Riza, et al., 2022)

Gambar 2. 1 Tinggi Fundus Uteri



Sumber : (Prawiroharjo, 2014)

Proses terjadinya pengecilan atau involusi uterus diantaranya adalah :

1) *Iskemia Myometrium*

Setelah plasenta dikeluarkan, rahim berkontraksi dan retaksi terus-menerus. Menyebabkan rahim menjadi anemia dan serat otot menjadi atrofi.

2) *Atrofi jaringan*

Jaringan akan berproliferasi dengan hormone esterogen dalam jumlah besar kemudian atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi esterogen yang menyertai pelepasan plasenta pada uterus.

3) *Autolysis*

Penurunan estrogen dan progesteron menginduksi enzim proteolitik untuk mempendek otot rahim yang rileks. Sehingga menghasilkan ukuran yang sepuluh kali lebih panjang dan lima kali lebih lebar dari sebelum hamil.

4) Efek oksitosin

Setelah bayi lahir uterus masih berkontraksi sebagai akibat penurunan volume pada intrauterine karena pengaruh hormon oksitosin yang dilepaskan kelenjar hipofisis untuk mengatur kontraksi. Oksitosin dapat digunakan untuk menurunkan tempat implantasi plasenta dan mengurangi perdarahan karena menyebabkan otot-otot rahim berkontraksi dan menarik kembali untuk memberi tekanan pada pembuluh darah dan mengurangi aliran darah ke rahim (Riza, et al., 2022).

b. Tempat tertanamnya plasenta

Sayatan kasar pada implantasi lama plasenta menonjol ke dalam rongga rahim. Luka menyusut dengan cepat setelah plasenta lahir. Pada akhir minggu kedua hanya 3-4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm. Plasenta mencakup beberapa arteri darah utama yang tersumbat oleh trombus pada awal masa nifas. Bekas luka dari plasenta tidak meninggalkan bekas.

Regenerasi endometrium membutuhkan waktu sekitar 6 minggu di tempat tertanamnya plasenta. Desidua basalis adalah tempat perkembangan

kelenjar endometrium. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembersihan luka (Riza, et al., 2022).

c. *Lokia*

Lokia adalah cairan atau sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina. Warna dan volume *lochia* berubah sebagai akibat dari proses involusi. Menurut Riza (2022) selama masa nifas ada beberapa jenis *lochia* berdasarkan warna dan waktu yaitu :

- 1) *Lokia Rubra* yang berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, *vernix caseosa*, lanugo dan meconium. Biasanya berlangsung 1 sampai 3 hari post partum sedangkan.
- 2) *Lokia sanguinolenta*, *lochia* ini berlendir berwarna coklat kemerahan berlangsung dari hari 4 sampai ke 7 setelah melahirkan
- 3) *Lokia Serosa* biasanya berwarna kuning karena mengandung serum jaringan, desidua, leukosit dan eritrosit. Berlangsung selama dua Minggu setelah post partum.
- 4) *Lokia Alba* yang berwarna putih terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua yang berlangsung 14 Hari sampai 2 minggu akhir masa nifas.
- 5) *Lokia purulenta*, adalah infeksi yang terjadi pada uterus dengan ditandai keluarnya cairan seperti nanah yang berbau busuk.
- 6) *Lochiotosis* yaitu sebutan untuk *lochia* yang keluarannya tidak lancar.

d. Perubahan perineum dan vagina

Penekanan maupun peregangan pada jalan lahir pada proses persalinan pertama akan terjadi dan tidak jarang juga ada pada persalinan berikutnya. Pada hari kelima perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya. Vagina mulai mengecil dan timbul rugae atau lipatan-lipatan pada minggu ketiga. Dan jarang sekali kembali seperti ukuran nuli para. Epitel vagina mencerminkan keadaan hipoestrogenik dan memang tidak mulai berkembang biak selama 4 sampai 6 minggu. Waktu ini bertepatan dengan kembalinya produksi esterogen (Ayati & Sulistyawati, 2017).

e. Perubahan serviks

Robekan kecil yang terjadi selama dilatasi serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan akan menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim dan setelah 2 jam post partum masih dapat dimasuki 2 sampai 3 jari. Kemudian pada minggu ke-6 post partum serviks akan menutup kembali (Wahyuningsih, 2019).

Batas luar serviks yang berhubungan dengan osteum eksternal, biasanya terkoyak saat melahirkan terutama didaerah lateral. Dilatasi serviks berkontraksi perlahan dan tetap sebesar dua jari selama beberapa hari setelah kelahiran.osteum eksternal tiska dapat sepenuhnya kembali seperti keadaan sebelum hamil. Segmenya masih agak besar dan lekukan di keuda sisi lokasi laserasi biasanya permanen. Ada beberpa modifikasi

pada area serviks setelah melahirkan atau post partum. Segmen bawah rahim yang lebih tipis dan bentuk nya akan menganga seperti corong, hal itu disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi (Riza, et al., 2022).

f. Perubahan payudara

Menurut Anggraeni (2020) Asi dapat dihasilkan oleh kelenjar susu pada kedua payudara dengan dipengaruhi oleh beberapa hormon. Diantaranya hormon laktogen, dimana seorang ibu menghasilkan ASI sebanyak 150-300 ml ASI setiap hari. Pada awal masa nifs, ASI pertama yang keluar berwarna kuning dan disebut kolostrum. Kolostrum diproduksi oleh tubuh di usia kehamilan sekitar 12 minggu. Kolostrum ini mengandung sel darah putih yang bermanfaat untuk sistem imun bayi (Riza, et al., 2022).

Pada saat nifas ibu perlu menyusui bayinya, ada dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu:

1) Refleks Prolaktin

Dalam puting susu banyak sekali ujung saraf sensorik. Bila dirangsang, timbul impuls yang menuju hipotalamus selanjutnya ke kelenjar hipofisis bagian depan sehingga kelenjar ini mengeluarkan hormon prolaktin. Hormon ini yang berperan dalam produksi tingkat alveoli (Wulan, Tetty, & Devi, 2023)

2) Refleks Aliran (*let down reflex*)

Rangsang puting susu tidak hanya sampai ke kelenjar hipofisis depan tapi juga ke kelenjar hipofisis bagian belakang yang

mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon ini berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan di dinding saluran, sehingga ASI yang dipompa akan keluar (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

g. Sistem pencernaan

Pada hari pertamaa post partum, dinding abdomen ibu menonjol keluar. Setelah dua minggu melahirkan dibutuhkan waktu enam minggu agar dinding perut berelaksasi dan mencapai ke keadaan sebelum hamil dengan bantuan senam nifas. Setelah persalinan 2 jam ibu akan merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan tidak ada alasan menunda pemberian nutrisi atau makan kepada ibu setelah melahirkan. Konstipasi mungkin akan terjadi karena psikis ibu yang takut BAB karena masih ada luka jahit perineum. Adapun karena fisiologis juga bisa terjadi di mana pada awal setelah mengalami proses persalinan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapatkan tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong sehingga pengeluaran cairan yang berlebih pada waktu persalinan akan mempengaruhi terjadinya konstipasi (Asriani & Sartika, 2023).

h. Ligamen dan diafragma pelvis

Ligamen, fasia, diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan dan setelah bayi lahir, berangsur-angsur menjadi ciut dna pulih kembali. Pada ibu nifas dinding abdomen mengalami distensi yang berkepanjangan oleh kehamilan, dinding abdomen masih lukan dan kendur. Kondisi ini disebut *Diastasis Rectus Abdominalis* yaitu pemisahan

otot *rectus abdominis* lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat peregangan mekanis dinding abdomen. (Meilina & Aisyah, 2019).

Kasus *diastasis rectus abdominalis* sering terjadi pada ibu hamil multi partitas, bayi besar, poli hidramnion, kelemahan otot abdomen dan postur yang salah. Penentuan jumlah *diastasis rectus abdominalis* sebagai alat objektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. *Diastasis* adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen, yang diukur menggunakan lebar jari ketika otot abdomen berkontraksi dan relaksasi. Nilai normal *diastasis rectus abdominalis* 2/5. Nilai 2 saat otot abdomen berkontraksi, nilai 5 saat otot abdomen berelaksasi. Pemisahan otot rekti abdomen dapat menyebabkan berbagai masalah. Sebab tanpa adanya stabilisasi yang dinamis maka otot-otot perut akan membuat dinding perut menjadi lemah dan membahayakan stabilitas batang dan mobilitas. Hal tersebut juga dapat mengakibatkan sakit punggung, disfungsi dasar panggul dan hernia (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

i. Sistem perkemihan

Di pelvis ginjal yang teregang dan dilatasi selama kehamilan akan kembali normal pada minggu ke-4 setelah melahirkan. Pasca persalinan terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar utertra yang terjadi selama proses persalinan. Untuk ibu post partum SC, efek anastesi yang menghambat fungsi neural pada kandung kemih. Distensi yang berlebihan pada kandung kemih dapat

mengakibatkan perdarahan dan kerusakan lebih lanjut. Kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam waktu lima sampai tujuh hari pasca melahirkan (Wahyuningsih, 2019).

j. Sistem Endokrin

Ada beberapa hormon yang berperan yaitu oksitosin yang berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan dan membantu uterus kembali normal. Isapan bayi juga dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Kemudian hormon prolaktin yaitu dikeluarkan oleh kelenjar di mana pituitrin Ibu postpartum tidak menyusui dalam 14 sampai 21 hari timbul menstruasi. Serta hormon esterogen akan menurun setelah melahirkan dan progesteron yang akan meningkat (Wahyuningsih, 2019).

1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan oleh kelenjar hipofisis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan sebagai perangsang pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi sehingga mencegah perdarahan dan dapat membantu uterus ke bentuk normal. Selain itu isapan bayi juga membantu dalam meningkatkan sekresi oksitosin dan produksi ASI (Wahyuningsih, 2019).

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berfungsi dalam memperbesar payudara dan menghasilkan ASI.

3) Estrogen dan progesteron

Selama hamil volume darah meningkat diperkirakan tingkat hormon estrogen yang tinggi mengakibatkan tingginya hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Progesteron juga mempengaruhi otot yang memengaruhi peningkatan pembuluh darah (Wahyuningsih, 2019).

4) Hormon plasenta

Enzyme insulinasi berlawanan dengan efek diabetogenik pada saat penurunan hormon *human placenta lactogen* (HPL), estrogen dan progesteron, serta plasenta kehamilan. Sehingga pada masa post partum kadar gula menurun diikuti oleh penurunan kadar estrogen dan progesteron. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan *dieresis ekstraseluler* berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita menyusui kadar estrogen mulai meningkat pada minggu kedua dan terus meningkat sampai hari ke 17 post partum (Wahyuningsih, 2019).

5) Hormon hipofisis dan ovarium

Waktu mulainya menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui akan berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH. Ovarium tidak akan merespon terhadap ovulasi stimulasi FSH ketika kadar hormon prolaktin meningkat. Sering kali menstruasi pertama bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron (Riza, et al., 2022).

k. Perubahan tanda-tanda vital

- 1) Suhu pada saat post partum bisa jadi naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ setelah 2 jam postpartum normal
- 2) Nadi dan pernapasan mungkin akan meningkat beberapa lama setelah persalinan lalu akan kembali normal 24 jam
- 3) Tekanan darah juga kadang naik lalu kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai klien

l. Striae

Striae pada dinding abdomen yang tidak dapat dihilangkan sempurna dan akan berubah menjadi warna putih atau striae albicans

4. Perubahan-perubahan psikis ibu nifas yaitu ada beberapa fase

- a. Fase *taking in*, yaitu periode ketergantungan periode ini berlangsung dari hari pertama sampai kedua setelah melahirkan. di mana ibu nifas akan berfokus terutama pada dirinya sendiri titik berulang kali akan menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir sebagai proses pengalaman yang membahagiakan.
- b. Fase *taking hold*, yaitu periode yang berlangsung antara 3 sampai 10 hari setelah melahirkan. di mana ibu nifas merasa khawatir, sensitif akan ketidakmampuan dan tanggung jawab dalam merawat bayi
- c. Fase *letting go*, yaitu fase yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan periode ini harus bisa menerima tanggung jawab akan peran barunya.

5. Kebutuhan Ibu Post Partum

Ada beberapa kebutuhan yang perlu di perhatikan untuk ibu post partum agar dapat kembali pulih dengan sempurna dan proses menyusui juga berjalan baik (Wahyuningsih, 2019).

a. Nutrisi dan cairan

Nutrisi akan sangat berpengaruh kepada produksi ASI. Ibu yang menyusui dengan nutrisi baik rata-rata memproduksi asinya sekitar 800 cc atau mengandung 600 kilo kalori sedangkan status gizinya kurang akan lebih sedikit menghasilkan ASI. Jumlah kalori juga mempengaruhi produksi ASI di mana jumlah kalori akan dikonversikan 80 sampai 90% jadi jika laktasi berlangsung selama lebih dari 3 bulan selama itu ibu akan menurun berat badannya berarti jumlah kalori tambahan harus ditingkatkan. Selama menyusui Ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal yaitu sebesar 20 gram per hari yang nantinya protein anda akan diubah menjadi asam lemak akan diubah menjadi DHA yang akan keluar sebagai ASI. Kebutuhan ibu nifas dan menyusui adalah sebagai berikut:

- 1) Konsumsi kalori tambahan 500kkal tiap hari
- 2) Diet seimbang protein, vitamin dan mineral
- 3) Minum sedikitnya 8 gelas/ hari
- 4) Konsumsi Fe/tambah darah selama masa nifas
- 5) Konsumsi kapsul vit A

b. Ambulasi dini

Ambulasi Dini adalah kebijaksanaan untuk meminta pasien keluar dari tempat tidurnya untuk belajar berjalan. Namun tidak disarankan pada pasien dengan penyakit anemia jantung paru-paru demam dan keadaan lainnya yang membutuhkan istirahat. Ambulasi Dini ini dilakukan secara perlahan namun meningkat secara berangsur-angsur mulai dari jalan-jalan ringan dari jam ke jam sampai hitungan hari hingga pasien dapat melaksanakannya sendiri tanpa dampingan dengan tujuan membantu pemulihan pasien ke kondisi semula sebelum persalinan.

c. Eliminasi buang air kecil dan besar

Biasanya dalam 6 jam pertama post partum pasien harus sudah dapat buang air kecil semakin lama urin tahan maka akan mengakibatkan resiko infeksi yang lebih tinggi. Dalam 24 jam pertama pasien juga sudah harus dapat buang air besar jika buang air besar ditahan beresiko feses akan semakin mengeras dan semakin sulit di keluarkan.

d. Istirahat

Ibu pos partum sangat membutuhkan istirahat yang cukup untuk membantu memulihkan kembali keadaan fisik. Ada beberapa ada beberapa kerugian jika ibu tidak istirahat dengan cukup yaitu:

- 1) Mengurangi jumlah asi yang diproduksi
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidaknyaman untuk merawat bayi dan diri sendiri

e. Seksual

Seksual dalam budaya dan agama tertentu melarang melakukan hubungan suami istri selama 40 hari atau enam minggu setelah melahirkan, namun keputusan itu tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

f. Kebersihan Diri

Pada masa nifas ibu rentan terkena infeksi. Oleh karena itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Anjurkan kebersihan diri seluruh tubuh terutama area perineum
- 2) Ajarkan ibu membersihkan alat kelamin dengan air dan sabun dari arah depan ke belakang
- 3) Sarankan ibu setidaknya ganti pembalut dua kali sehari
- 4) Membersihkan tangan sebelum dan sesudah membersihkan area kelamin
- 5) Jika ibu memiliki luka episiotomi, sarankan untuk tidak menyentuh area tersebut.

6. Tanda-tanda Bahaya Nifas

Tanda-tanda bahaya nifas adalah suatu tanda abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas. Menurut Umaroh (2020) ada beberapa tanda bahaya nifas yang harus diketahui oleh ibu setelah melahirkan:

Tabel 2. 2 Tanda-tanda Bahaya Nifas

Tanda bahaya	Penjelasan
Nyeri perut hebat dan perdarahan yang berlebih lewat jalan lahir	Nyeri perut hebat disertai perdarahan yang berlebihan lewat jalan lahir pada ibu nifas secara terus-menerus menunjukkan adanya gangguan pada sistem reproduksi dan harus segera di bawa ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penanganan
Keluar cairan berbau dari jalan lahir	Keluarnya cairan berbau adalah salah satu tanda adanya infeksi
Pandangan kabur, bengkak di wajah, tangan dan kaki atau sakit kepala hebat	Tanda-tanda tersebut menunjukkan gejala Preeklampsia/eklampsia.
Demam lebih dari 2 hari	Pada kondisi ini ibu harus segera ke fasilitas kesehatan terdekat karena sudah menunjukkan tanda-tanda adanya sepsis yaitu infeksi yang telah menyebar ke seluruh tubuh.
Payudara bengkak, merah di sertai rasa sakit atau nyeri	Ini terjadi pada ibu yang terus-menerus tidak dapat mengeluarkan ASI nya jika tetap di acuhkan akan muncul gumpalan.
Ibu tampak sedih, murung, menangis, nafsu makan turun, tidak mau mengurus bayinya.	Kasus ini menunjukkan ibu mengalami <i>baby blues</i> dan harus segera di konsultasikan karena dapat menyebabkan komplikasi yang tidak disadari. Selain itu ibu juga harus menerima dukungan dari suami dan keluarga agar tidak menjadi lebih parah.

D. Dampak Post Sectio Caesarea Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan fisiologis adalah tingkat pertama dan paling dasar dari kebutuhan manusia. Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan utama yang harus dipenuhi oleh manusiaa sebelum kebutuhan lainnya. Ada berbagai kondisi tubuh yang dapat mempengaruhi tidak seimbang nya kebutuhan fisiologis. Contohnya

pada ibu nifas post *sectio caesarea*, dimana pasien akan mengalami beberapa perubahan fisiologis akibat efek prosedur paska bedah yang akan mempengaruhi kebutuhan dasar manusia yaitu:

1. Rasa aman dan nyaman

Luka post operasi yang cukup besar pada dinding perut dan rahim akibat pembedahan akan menyebabkan timbulnya rasa nyeri. Rasa nyeri merupakan mekanisme bagi tubuh yang timbul ketika jaringan tubuh rusak dan menyebabkan individu untuk bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Rasa nyeri pada ibu post SC biasanya terjadi 12 sampai 36 jam setelah operasi dan akan membaik pada hari ketiga setelah operasi (Dewi, Nunung, & Astri, 2019).

2. Nutrisi

Pada pasien post *caesarea* mengalami perubahan pada sistem pencernaan diperlukan waktu 3 sampai 4 hari pemulihan nafsu makan sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar estrogen dan progesteron menurun setelah melahirkan asupan makanan juga mengalami penurunan satu sampai dua hari. Nutrisi merupakan salah satu kebutuhan dasar nifas yang harus dipenuhi, maka dari itu perlu dibutuhkan lebih banyak nutrisi untuk ibu agar dapat digunakan untuk membantu dalam penyembuhan luka dan proses produksi ASI (Lulia, 2020).

3. Keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa

Pada kira-kira 24 sampai 40 jam setelah operasi cairan ditahan oleh tubuh karena adanya stimulus hormon anti diuretik yang merupakan bagian

respon stress terhadap trauma dan pengaruh anestesi. Kekurangan potassium dan sodium dapat terjadi karena pasien kehilangan cairan elektrolit dan darah pada saat prosedur operasi. hal tersebut sangat mempengaruhi keseimbangan cairan pasien sehingga pasien dengan post operasi *sectio caesarea* harus masih di berikan terapi elektrolit seperti ringer laktat setelah menjalani operasi sehingga intake dan output cairan diharapkan seimbang untuk menghindari dehidrasi dan mengurangi resiko terjadinya infeksi pada pasien (Lowdermik, 2014).

4. Oksigenasi

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

5. Istirahat dan tidur

Kebutuhan tidur pasien post *sectio caesarea* biasanya kurang terpenuhi hal tersebut di perngaruhi oleh rasa nyeri yang dirasakan pasien. Hal ini berbalikan dengan kebutuhan yang harusnya ibu dapatkan, dimana ibu post *sectio caesarea* memerlukan waktu tidur sekitar 8 jam pada waktu malam hari dan satu jam pada waktu siang hari. Jika kebutuhan tidur tidak terpenuhi akan

berpengaruh terhadap beberapa hal seperti terganggunya jumlah produksi ASI, perlambatan involusi uteri dan meningkatnya rasa stress (Puspita & Dwi, 2014)

6. Mobilisasi dan aktivitas fisik

Mobilisasi dini sangatlah penting bagi ibu post *sectio caesarea* karena mempengaruhi proses penyembuhan luka. Namun luka post *sectio caesarea* yang cukup besar di dinding perut dan rahim mengakibatkan rasa nyeri. Rasa nyeri itu menyebabkan ibu merasa khawatir untuk bergerak sehingga menyebabkan ibu cenderung menolak untuk melakukan mobilisasi. Hal tersebut dapat menimbulkan masalah seperti kaku persendian, postur yang buruk dan mengakibatkan tidak lancarnya sirkulasi yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka dan involusi uteri (Arif & Atun, 2023)

7. Eliminasi urin dan fekal

a. Buang Air Kecil (BAK)

Pasca persalinan terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar utertra yang terjadi selama proses persalinan. Untuk ibu post partum SC, efek anastesi yang menghambat fungsi neural pada kandung kemih. Distensi yang berlebihan pada kandung kemih dapat mengakibatkan perdarahan dan kerusakan lebih lanjut. Kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam waktu lima sampai tujuh hari pasca melahirkan (Wahyuningsih, 2019).

b. Buang Air Besar (BAB)

Secara fisiologis alat pencernaan ibu post *sectio caesarea* bisa mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong sehingga pengeluaran

cairan yang berlebih pada waktu persalinan akan mempengaruhi terjadinya konstipasi (Asriani & Sartika, 2023).

8. Kebersihan dan perawatan diri

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

9. Integritas kulit dan penyembuhan luka

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

10. Kebutuhan psikososial

Ada banyak komplikasi dari pascain dengan post *sectio caesarea* terkadang juga dapat timbul stress pada ibu paska operasi dikarenakan perubahan bentuk tubuhnya. Terdapat gangguan citra tubuh sehingga ibu butuh dukungan dari keluarga untuk mengurangi stress. Stress pada ibu nifas akan mempengaruhi produksi ASI dan bisa menyebabkan *post partum blues* dimana

jika tidak segera ditangani akan mempengaruhi mental dan kemampuan ibu dalam bersosialisasi (Agustin, 2022).

11. Kebutuhan seksual

Seksual dalam budaya dan agama tertentu melarang melakukan hubungan suami istri selama 40 hari atau enam minggu setelah melahirkan, namun keputusan itu tergantung pada pasangan yang bersangkutan. Secara medis hubungan seksual saat masa nifas bisa membahayakan karena dapat menyebabkan munculnya emboli atau gelembung udara yang masuk ketubuh dan mengalir ke jantung kemudian ke otak. Efek lainnya bila berhubungan seksual selama mas nifas bisa meningkatkan resiko infeksi rahim (Gustrii, 2022)

E. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Ibu Post Section Caesarea

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

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengkajian data dasar klien:

- 1) Identitas klien, yaitu meliputi nama, usia, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan, suku, bahasa yang digunakan, sumber biaya, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian dan alamat rumah (Wahyuningsih, 2019).

- 2) Keluhan utama, biasanya keluhan yang paling menonjol pada saat di kaji, kemungkinan klien akan merasa nyeri di area operasi (Wahyuningsih, 2019).
- 3) Riwayat kesehatan sekarang, yaitu meliputi keluhan utama saat masuk rumah sakit, faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi, adapun yang berkaitan dengan diagnosa saat ini yang perlu dikaji kembali. Selain itu juga perlu dikaji adanya peningkatan tekanan darah, mual atau muntah, penambahan berat badan, edema, pusing, diplopia dan nyeri epigastrik (Wahyuningsih, 2019). Kemudian setelah semua data telah di dapatkan maka harus disusun secara sistematis (P,Q,R,S,T) seperti;

P (paliatif atau provokatif) : Apakah nyeri berkurang apabila beristirahat, apakah nyeri bertambah bila berkativitas, serta faktor apa yang meredakan nyeri (misalnua: gerakan, istirahat, obat-obatan bebas dan sebagainya) dan apa yang dipercaya pasien dalam mengurangi nyeri. Biasanya pada ibu nifas dengan post SC akan merasakan nyeri bertambah apabila bergerak, batuk dan berubah posisi tidur, dan nyeri pada ibu akan berkurang jika istirahat (Prawiroharjo, 2014).

Q (Qualitative dan Quantitative) : Seperti apa keluhan nyeri yang di rasakan apakah tumpul, tajam, atau nyeri terbakar.

Pada ibu post SC umumnya merasakan nyeri seperti tersusuk-tusuk atau tersayat (Prawiroharjo, 2014).

R (Region) : Menyebar ke tempat lain atau tetap satu tempat. Pada ibu post SC cenderung merasakan nyeri di area insisi bekas operasi SC dan terkadang menyebar sampai simpisis pubis (Prawiroharjo, 2014).

S (Severity) : Intensitas dari nyeri, tingkatnya mulai dari 1 sampai 10, apakah ada kesulitan untuk beraktifitas (Prawiroharjo, 2014).

T (Time) : Kapan mulai terjadinya, berapa lama nyeri berlangsung, apakah hilang timbul atau konstan, sifat dan nyerinya (Prawiroharjo, 2014)

- 4) Riwayat menstruasi, berkaitan dengan haid pertama kali atau menarche yang umumnya muncul pada remaja putri usia 10 sampai 16 tahun. Sedangkan untuk siklus menstruasi normalnya adalah 28-35 hari dan lama haidnya 3-7 hari siklus menstruasi pada wanita dikatakan tidak normal jika siklus haidnya kurang dari 21 hari atau lebih dari 40 hari. Normalnya darah haid yang keluar bersifat seperti lendir atau cair karena mengandung fragmen-fragmen endometrium, darah dan lendir yang bercampur dengan sel-sel epitelium vagina yang luruh. Pada saat

menstruasi seorang perempuan umumnya akan kehilangan banyak darah sekitar 30 sampai 100 ml darah tapi bisa juga dua sampai tiga kali lipat dari banyak normal (Ernawati, et al., 2017).

- 5) Riwayat kehamilan, berupa pertanyaan-pertanyaan seperti riwayat kehamilan sebelumnya, anak yang hidup dan riwayat *abortus*, penyulit atau keluhan yang dialami ibu selama kehamilan sebelumnya dan kehamilan saat ini, kehamilan yang akan direncanakan, hasil kunjungan *ante natal care* dan imunisasi yang diberikan kepada ibu selama hamil (Wahyuningsih, 2019).
- 6) Riwayat persalinan, data yang perlu dikaji adalah tanggal melahirkan, lamanya persalinan, posisi fetus, riwayat tipe melahirkan, riwayat penggunaan obat, masalah atau penyulit selama persalinan, adanya luka persalinan pada perineum dan resiko perdarahan (Wahyuningsih, 2019).
- 7) Riwayat keluarga berencana (KB) mengenai KB sebelumnya, jenis kontrasepsinya, dan sejak kapan menggunakan kontrasepsi serta masalah saat menggunakan kontrasepsi (Wahyuningsih, 2019).
- 8) Pengkajian masa post partum, meliputi keadaan umum ibu. Tingkat aktivitas setelah melahirkan, gambaran lokia, keadaan perineum, keadaan abdomen dan kontraksi uterus, adanya tanda-tanda infeksi pada luka dan keluhan mengenai payudara (Wahyuningsih, 2019).

b. Pemeriksaan fisik pada ibu post partum section caesarea:

- 1) Keadaan umum : pada persalinan post SC umumnya keadaan ibu tampak lemah dan masih belum bisa bergerak bebas karena efek anastesi (Sari.L, 2020).
- 2) Kesadaran: normalnya ibu setelah melahirkan kesadarannya masih composmentis. Namun kesadaran pada ibu post partum SC tergantung pada kondisi ibu sebelumnya. Biasanya ibu dengan kegawatan maternal kesadaran ibu bisa berada di kesadaran somnolen sampai derilium (Wahyuningsih, 2019).
- 3) Perubahan berat badan : normalnya ibu setelah melahirkan akan kehilangan berat badan sekitar 5 sampai 6 kilogram dan akan kehilangan 3 sampai 5 kilogram lagi dalam minggu pertama masa nifas (Ayati & Sulistyawati, 2017).

4) Tanda-tanda Vital

a) Suhu

Pada ibu dengan post partum SC mungkin suhu tubuh akan ada di bawah normal, disebabkan karena ada gangguan termoregulasi akibat efek obat anastesi spinal (Sayuti, 2021).

b) Tekanan darah

Setelah proses persalinan tekanan darah dapat sedikit lebih rendah namun tidak sampai hipotensi, kemudian akan kembali normal setelah satu hari melahirkan. Pada ibu post SC umumnya akan memiliki tekanan darah normal namun tergantung dengan diagnosa ibu sebelum

persalinan karena ajika ibu dengan diagnosa Preeklampsia tekanan darah kemungkinan masih berada di atas normal (Kusuma, 2022).

c) Nadi

Denyut nadi pada ibu dengan Post SC kemungkinan akan lebih cepat disebabkan oleh proses persalinan yang meningkatna curah jantung (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

d) Respirasi

Pada ibu dengan post SC mungkin akan mengalami peningkatan sekret namun ada yang berpengaruh pada kecepatan repirasi ibu dan ada yang tidak berpengaruh. Umumnya ibu akan memiliki kecepatan respirasi normal yaitu dalam rentang 18 sampai 22 kali per menit (Saraswat, 2015).

e) Saturasi

Pada ibu post SC mungkin akan terjadi penurunan saturasi oksigen paska anestesi, saturasi akan berada di rentang 96% sampai 97% tanpa di berikan nasal kanul. Hal tersebut berhubungan dengan efek anestesi pada fungsi paru (Silfianingsih, 2022).

5) Kepala

a) Rambut

Biasanya saat pemeriksaan fisik pada hari pertama *post op* di area rambut tidak ada keluhan yang spesifik. Seperti tidak adanya benjolan, kulit kepala bersih, rambut tidak rontok dan tidak ada ketombe. Namun kemungkinan keluhan rambut rontok akan muncul pada seminggu

setelah melahirkan. Hal tersebut berhubungan dengan ketidak stabilan hormon setelah melahirkan (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

b) Mata

Pada pemeriksaan mata Ibu post Sectio Caesarea biasanya didapatkan data mata yang simetris, sklera tidak ikterik, terkadang konjungtiva anemis dikarenakan proses persalinan yang mengalami pendarahan dan biasanya tidak ditemukan adanya pembengkakan pada kelopak mata (Sari.L, 2020).

c) Telinga

Pada pemeriksaan telinga telinga akan tampak simetris, bersih tidak ada kotoran telinga atau serumen, dan tidak ada kelainan pendengaran jika tidak ada penyakit yang berkaitan (Sari.L, 2020).

d) Hidung

Pada hidung biasanya lubang hidung simetris, tidak ada polip, kemungkinan ada sekret atau tidaknya tergantung pada kebersihan ibu dan tidak ada pernapasan cuping hidung (Sari.L, 2020).

e) Mulut dan gusi

Pada pemeriksaan mulut dan Gigi biasanya ibu post Sectio Caesar mulut akan tampak bersih, mukosa bibir lembab, kelengkapan gigi dan karies Gigi tergantung pada riwayat ibu mengenai kesehatan giginya dan umumnya Ibu tidak akan mengalami kelainan bicara (Sari.L, 2020).

6) Leher

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

7) Thoraks (dada)

a) Payudara

Pemeriksaan payudara akan ditemukan data hiperpigmentasi aerola mammae serta penonjolan dari papila mammae efek dari hormon kehamilan dan persalinan. Adanya nyeri atau keras pada payudara bisa menggambarkan adanya proses produksi ASI pada payudara ibu (Wulan, Tetty, & Devi, 2023). Pada *Post Op Day 0* paska bedah sesar kemungkinan ibu masih belum bisa mengeluarkan ASI karena laktasi yang belum sempurna. Namun setelah dua hari kemudian ASI atau kolostrum biasanya akan keluar, kadang-kadang akan terasa penuh dan sakit disebabkan oleh bertambahnya peredaran darah ke payudara serta mulainya laktasi yang sempurna. Kolostrum atau ASI pertama yang keluar akan berwarna kuning. Kolostrum diproduksi oleh tubuh di usia kehamilan sekitar 12 minggu. Kolostrum ini mengandung sel darah putih yang bermanfaat untuk sistem imun bayi (Ayati & Sulistyawati, 2017).

b) Paru-paru

Pada paru-paru bentuk dada tidak akan ada yang berubah, dada pergerakannya simetris, pola napas tergantung keadaan ibu saat setelah persalinan dan umumnya tidak ada retraksi dada serta saat dipalpasi

juga biasanya tidak ada nyeri tekan. Perkusi sonor dan saat di auskultasi kemungkinan ada ronkhi. Hal itu disebabkan pada ibu post SC mengalami penurunan fungsi paru selama proses operasi berlangsung karena efek anestesi yang dilakukan. Sekret yang meningkat akan menyebabkan penumpukan sekret dalam jalan napas. Efek tersebutlah yang memungkinkan ibu akan merasa ingin batuk setelah melahirkan, saturasi akan menurun dan respirasi pernapasan normal (Silfianingsih, 2022).

c) Jantung

Pada pemeriksaan jantung ibu post partum SC biasanya tidak ada tanda tanda murmur jantung atau adanya suara jantung tambahan. Bentuk jantung biasanya normal dan tidak ada nyeri dada yang abnormal pada ibu. Irama jantung umumnya normal bila tidak ada penyakit awitan pada ibu. Pada hari pertama post partum kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah akan meningkat hal tersebut akan berpengaruh terhadap peningkatan curah jantung. Denyut nadi akan sedikit meningkat namun masih berada di rentang normal yaitu 60-100 kali permenit. Jika denyut nadi lebih dari 100 kali permenit harus diwaspadai adanya infeksi (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

8) Abdomen

Pada saat pemeriksaan abdomen akan ditemukan luka jahitan *post-op* ditutupi oleh perban. Bentuk luka di perngaruhi oleh jenis insisi yang dilakuakn saat operasi. Bila *sectio caesarea* dilakukan secara longitudinal maka bentuk luka akan tegak atau vertikal dan jika *sectio caesarea* dilakukan secara transversal maka bentuk luka arah nya akan horizontal atau mendatar. Selain iru perlu dikaji pula mengenai tanda-tanda infeksi seperti: tumor, robor, dolor dan fungsiolesa (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

Bagan 2. 2 Jenis Luka Sectio Caesarea Menurut Arah Sayatan



Sumber : (Sirait, 2022). (A. Longitudinal B. Transversal)

Di permukaan abdomen biasanya akan di temukan ada *striae gravidarum*. *Striae gravidarum* adalah *stretch mark* yang di timbulkan karena adanya hiperpigmentasi karena proses hormonal dan peregangan semasa hamil. Setelah persalinan hormonal berkurang dan hiperpigmentasi berkurang sehingga *striae* akan menjadi putih dan disebut *striae albikan*. Namun tidka semua ibu memiliki *striae*, ada sebagian ibu yang tidak memiliki karena kebiasaan hidup sehat sebelumnya. Selain

striae akan tampak linea alba atau garis putih yang beradak di sepanjang bagian depan perut yang normalnya mempunyai lebar 15 mm di atas umbilikus dan 16mm di bawah umbilikus (Riza, et al., 2022).

Normalnya kontraksi uterus yang baik pada palpasi akan teraba keras, jika kontraksi uterus tidak baik pada palpasi akan terabak lembek dan pastinya akan terasa nyeri tekan pada luka post-op karena masih basah. Kontraksi uterus ini berhubungan dengan involusi uterus. Perubahan dalam involusi akan terjadi dengan cepat, setiap 24 jam fundus uteri akan menyusut dan normalnya akan berada di tengah anatar umbilikus dan simpisis pubis pada hari ke enam setelah melahirkan. Sedangkan sehari paska persalinan TFU masih berada di setinggi pusat atau satu jari di bawah pusat (Riza, et al., 2022).

Pada ibu nifas dinding abdomen mengalami distensi yang berkepanjangan oleh kehamilan, dinding abdomen masih lunak dan kendur. Kondisi ini disebut *Diastasis Rectus Abdominalis* yaitu pemisahan otot *rectus abdominis* lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat peregangan mekanis dinding abdomen (Meilina & Aisyah, 2019).

Pada ibu yang melahirkan secara *Sectio Caesarea* akan mengalami distensi abdomen, disebabkan oleh penurunan sistem gastrointestinal. Penurunan fungsi sistem gastrointestinal tersebut akan berpengaruh setelah proses operasi dimana ibu kemungkinan akan mengalami

penurunan bising usus. Yang pada normalnya bising usus akan terdengar 5-35 kali permenit (Ayati & Sulistyawati, 2017).

9) Genetalia

Pada area genetalia data yang perlu dikaji adalah tentang pengeluaran lochea di mana ibu post partum pada hari pertama itu masih tergolong lochea rubra yang berwarna merah kehitaman. Banyaknya pengeluaran lochea akan dipengaruhi oleh perdarahan ibu. Biasanya pada ibu post partum perineum cenderung kotor hal ini perlu menjadi perhatian untuk mengedukasi ibu dalam kebersihan perineum agar mengurangi resiko infeksi. Kemudian tingkat resiko terjadinya hemoroid pada ibu post SC cenderung rendah dibanding ibu dengan persalinan normal. Karena pada ibu persalinan spontan ibu cenderung harus mengejan yang menyebabkan pembuluh darah berdilatasi (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

10) Ekstremitas

Ibu dengan posisi akan mengalami gangguan mobilisasi setelah tindakan operasi karena masih ada efek anestesi 6 jam setelah anestesi kemungkinan gangguan mobilisasi masih tetap ada karena pasien merasakan nyeri di area operasi sehingga takut bergerak. Pemeriksaan ekstremitas bawah diawali dengan menginspeksi area kaki apakah ada oedem dan varises dengan cara dilihat dan ditekan beberapa detik. Oedem yang positif untuk ibu post partum dengan PEB harus diwaspadai karena bisa menjadi tanda masih adanya preeklampsia setelah melahirkan.

Pemeriksaan varises penting untuk ibu post partum, karena ibu setelah melahirkan memiliki kecenderungan unruk mengalami varises. Hal ini disebabkan oleh hormonal. Kemudian dilakukannya pemeriksaan patella yang di lakukan pad alutut dipukul dengan tendon reflek hamer, respon normal berupa gerakan plantar flexi kaki. Dimana derajat reflek patella dipresentasikan secara simbolis dengan :

- a) 4+ : Hiperaktif dengan klonus terus-menerus
- b) 3+ : Hiperaktif
- c) 2+ : Normal
- d) 1+ : Hipoaktif
- e) 0 : Tidak ada Refleks (Prawiroharjo, 2014).

Bila reflek lutut negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 dan bila berlebihan maka bisa jadi tanda preeklampsia dan bisa menjadi indikasi untuk pemberian MgSO₄. Pemeriksaan tanda homan juga dilakukan untuk melihat adanya resiko tromboflebitis yang dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksanya dengan memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis, jika nyeri maka tanda homan positif dan ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Nutrisi

Pada klien post sectio caesarea, biasanya mengalami mual dan muntah karena akibat dari efek obat anastesi (Meilina & Aisyah, 2019).

2) Eliminasi

Pada pasien post sectio caesarea, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB berupa konstipasi akibat penurunan peristaltik usus, dapat juga mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensio urine (Meilina & Aisyah, 2019)

3) Istirahat Tidur

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

4) Personal Hygine.

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

d. Aspek psikologis

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

e. Aspek Sosial

Dikaji dengan hubungan sosialisasi antara klien dengan klien lain, tim kesehatan dan keluarga. Kemungkinan klien menarik diri, akibat rasa nyerinya (Ayati & Sulistyawati, 2017).

f. Aspek Spiritual

Dikaji tentang persepsi nyeri dan klien yang di hubungkan dengan kepercayaan yang dianut klien, apakah klien tampak tabah dalam situasi sekarang ini dengan berdoa kepada Tuhan Yang Maha Esa (Wahyuningsih, 2019).

g. Aspek Pengetahuan

1) Pengetahuan tentang ibu

Pengetahuan tentang perawatan payudara, KB, cara menyusui, senam post partum, seksualitas (Wahyuningsih, 2019)

2) Pengetahuan tentang bayi

Pengetahuan perawatan bayi, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusat (Wahyuningsih, 2019)

h. Data Penunjang

1) Laboratorium, meliputi pemeriksaan darah lengkap, apabila leukosit meningkat kemungkinan di curigai adanya infeksi.

2) Hemoglobin kurang dari normal, menandakan adanya perdarahan.

3) Terapi meliputi obat-obatan yang di berikan untuk mempercepat proses penyembuhan, pemberian antibiotic untuk membunuh bakteri yang dapat

menyebabkan infeksi dan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri yang di rasakan klien (Wahyuningsih, 2019).

i. Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang di pengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan (Syaiful, 2020).

Tabel 2. 3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Maslah
1	DS: (a) Mengeluh nyeri DO: (a) Tampak meringis (b) Bersikap protektif (c) Gelisah (d) Frekuensi nadi meningkat (e) Sulit tidur (f) Tekanan darah meningkat (g) Pola napas berubah (h) Nafsu makan berubah (i) Proses berpikir terganggu (j) Menarik diri (k) Tampak luka post SC	Tindakan pembedahan sectio caesarea menyebabkan kerusakan jaringan dan merangsang pengeluaran zat perangsang reseptor nyeri (bradikinin, histamine, dan serotonin). Sehingga tubuh merespon dan merasakan nyeir diarea luka menyebabkan adanya nyeri akut.	Nyeri akut
2	DS: (a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (b) Nyeri saat bergerak (c) Enggan melakukan pergerakan (d) Merasa cemas saat bergerak DO: (a) Kekuatan otot menurun (b) ROM (range of motion) menurun (c) Sendi kaku (d) Gerakan tidak terkoordinasi (e) Gerakan terbatas (a) Fisik lemah	Adanya luka post op sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas dan menyebabkan gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik

No	Data	Etiologi	Maslah
3	DS: (a) Mengeluh nyeri saat ingin ke toilet (b) Menolak melakukan perawatan DO: (a) Tidak mampu melakukan mandi atau mengenakan pakaian atau makan atau ke toilet atau berhias secara mandiri (c) Minat melakukan perawatan diri kurang	Adanya luka post op sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet dan menyebabkan defisit perawatan diri.	Defisit perawatan diri
4	DS: (a) Kelelahan maternal (b) Kecemasan maternal DO: (a) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu (b) ASI tidak menetes atau memancar (c) Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua (d) Intake bayi tidak adekuat (e) Bayi menghisap tidak terus-menerus (f) Bayi menangis data disusui (g) Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama (h) Menolak untuk menghisap	Perubahan psikologis ibu setelah melahirkan dapat mempengaruhi proses laktasi, jika psikologis dominan stress dan kurangnya dukungan akan menyebabkan proses laktasi terganggu, ASI sulit keluar dan payudara bengkak menjadi bengkak sehingga dapat menyebabkan menyusui tidak efektif.	Menyusui tidak efektif
5	DS : (a) Klien mengeluh nyeri di luka post SC DO: (a) Adanya luka insisi operasi SC yang masih basah. (b) Leukosit meningkat	Adanya jaringan terbuka karena post sc dapat menjadi tempat masuknya bakteri. Karena luka adalah media yang baik untuk bakteri berkembang dan dapat menyebabkan infeksi.	Resiko infeksi

Sumber : (SDKI, 2017)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) diagnose yang mungkin muncul pada ibu post partum Sectio Caesarea dengan gagal induksi adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen perncedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di luka post Sectio Caesarea
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan psaien cemas bergerak
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin ditandai dengan ASI yang tidak memancar
- e. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (SC)

3. Perencanaan Keperawatan

- a. Diagnosa 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agen perncedera fisik
 - 1) Tujuan : Tingkat nyeri menurun.
 - 2) Kriteria hasil :
 - a) Keluhan nyeri menurun
 - b) Meringis menurun
 - c) Sikap protektif menurun
 - d) Kesulitan tidur menurun
 - e) Frekuensi nadi membaik

Tabel 2. 4 Perencanaan Diagnosa Nyeri Akut

Perencanaan Keperawatan	Rasional
<u>Manajemen Nyeri</u>	
Observasi	
1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1) Untuk menentukan intervensi yang tepat
2) Identifikasi skala nyeri	2) Untuk mengetahui skala nyeri klien
3) Identifikasi respon nyeri non verbal	3) Untuk mengetahui gejala objektif pasien
4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	4) Untuk mengatur atau meminimalisir pemberat nyeri
5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	5) Untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan klien
6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	6) Untuk mengetahui persepsi budaya terhadap rasa nyeri pasien
7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	7) Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap aktivitas dan istirahat klien
8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	8) Untuk meng-evaluasi hasil
9) Monitor efek samping penggunaan analgetik	9) Untuk mengetahui pengaruh analgetik terhadap pasien
Terapeutik	
10) Berikan Teknik nonfarmakologis	10) Untuk mendistraksi rasa nyeri pasien
11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	11) Untuk mengurangi nyeri
12) Fasilitasi istirahat dan tidur	12) Untuk mempermudah pasien istirahat
13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	13) Untuk menentukan intervensi yang tepat
Edukasi	
14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	14) Untuk menambah pengetahuan klien
15) Jelaskan strategi meredakan nyeri	15) Untuk menambah wawasan pasien tentang strategi meredakan nyeri
16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	16) Agar pasien dapat memonitor mandiri perkembangan nyeri
17) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat	17) Untuk meyakinkan pasien harus minum obat dengan tepat
18) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri	18) Untuk mengurangi nyeri dengan obat
Kolaborasi	
19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	19) Untuk memberikan obat dengan tepat sesuai dengan resep dokter

Sumber : (SIKI, 2018)

b. Diagnosa II : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

1) Tujuan : Mobilitas fisik meningkat

- 2) Kriteria hasil :
- a) Pergerakan ekstremitas meningkat
 - b) Kekuatan otot meningkat
 - c) Gerakan terbatas menurun
 - d) Kelemahan fisik menurun

Tabel 2. 5 Perencanaan Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik

Perencanaan Keperawatan	Rasional
<p><u>Dukungan mobilisasi</u></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3) Monitor keadaan umum saat mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat 5) Libatkan keluarga dalam aktivitas mobilisasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan 7) Anjurkan mobilisasi dini 8) Anjurkan mobilisasi sederhana <p>Kolaborasi <i>- tidak tersedia</i></p> <p><u>Edukasi mobilisasi</u></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Monitor kemajuan pasien atau keluarga dalam melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Siapkan materi media dan alat 4) Beri kesempatan pasien dan keluarga bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan 6) Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi 7) Medonstrasikan cara latihan senam nifas 8) Anjurkan pasien untuk miring kanan kiri <p>Kolaborasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk menentukan intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien saat ini 2) Untuk mengetahui toleransi fisik pasien 3) Untuk mengetahui perubahan keadaan umum dan tanda-tanda vital pasien saat melakukan mobilisasi 4) Untuk mencegah adanya resiko jatuh ketika pasien merasa lemah 5) Sebagai support system dan meningkatkan motivasi pasien dalam perawatan 6) Untuk mengurangi kecemasan pasien dan menambah wawasan pasien tentang manfaat mobilisasi dini 7) Untuk membantu pemulihan pasien setelah operasi sesarea 8) Untuk membantu meningkatkan toleransi fisik pasien secara bertahap <ol style="list-style-type: none"> 1) Agar pendidikan kesehatan dilakukan secara efektif sesuai kesiapan pasien dan keluarga 2) Untuk mengetahui perkembangan pasien dalam melakukan mobilisasi 3) Materi yang jelas dan media yang cukup besar akan membuat pasien bisa melihat materi secara jelas dan mengerti materi dengan cepat

Perencanaan Keperawatan	Rasional
- tidak tersedia	4) Untuk meluruskan persepsi yang salah baik karena budaya atau pengetahuan pasien 5) Untuk mengurangi kecemasan pasien dan pasien bisa meluangkan waktu untuk melakukan pendidikan kesehatan 6) Untuk menambah wawasan pasien dalam mengidentifikasi kemampuan mobilisasi secara mandiri 7) Agar pasien dapat melakukan latihan fisik yang sesuai dan dapat mencapai tujuan yang diharapkan 8) Untuk menghindari komplikasi dari sirkulasi yang kurang lancar akibat pasien tidak bermobilisasi di tempat tidur

Sumber : (SIKI, 2018)

c. Diagnosa III : Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

- 1) Tujuan : Kemampuan perawatan diri meningkat
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Kemampuan mandi meningkat
 - b) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
 - c) Kemampuan ke toilet meningkat
 - d) Mempertahankan kebersihan diri meningkat

Tabel 2. 6 Perencanaan Diagnosa Defisit Perawatan Diri

Perencanaan Keperawatan	Rasional
Dukungan perawatan diri Observasi 1) Monitor tingkat kemandirian Terapeutik 2) Sediakan lingkungan yang terapeutik 3) Siapkan keperluan pribadi 4) Dampingi dalam melakukan perawatan diri Edukasi	1) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien saat ini sehingga dapat diidentifikasi interferensi yang akan dilakukan pada pasien 2) Lingkungan yang sesuai untuk melakukan perawatan diri akan

Perencanaan Keperawatan	Rasional
5) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten Kolaborasi <i>-tidak tersedia</i>	membantu pasien dalam meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri 3) Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi 4) Sebagai salah satu bentuk empati kepada pasien 5) Agar pasien dapat melakukan perawatan diri secara konsisten

Sumber : (SIKI, 2018)

d. Diagnosa IV : Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin

- 1) Tujuan : status menyusui membaik
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Tetesan atau panacaran ASI membaik
 - b) Lecet pada puting menurun
 - c) Kelelahan maternal menurun
 - d) Kecemasan maternal menurun

Tabel 2. 7 Perencanaan Diagnosa Menyusui Tidak Efektif

Perencanaan Keperawatan	Rasional
Edukasi menyusui Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi keinginan menyusui Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Agar pendidikan kesehatan dilakukan secara efektif 2) Untuk mengetahui keinginan ibu dalam menyusui 3) Materi yang besar dan menarik dapat meningkatkan motivasi besar dan menarik dapat meningkatkan pemahaman pasien 4) Dengan menyedokan kesehatan sesuai kesepakatan pasien dan keluarga mampu meluangkan

Perencanaan Keperawatan	Rasional
<p>6) Dukung ibu dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>Edukasi</p> <p>7) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>8) Ajarkan 4 posisi benar dalam menyusui dan perlekatan</p> <p>9) Ajarkan perawatan payudara antepartum</p> <p>10) Ajarkan pijat oksitosin</p> <p>Kolaborasi</p> <p><i>-tidak tersedia</i></p>	<p>waktu untuk melakukan pendidikan kesehatan</p> <p>5) Untuk meluruskan persepsi yang salah dan memberikan jawaban untuk pertanyaan pasien</p> <p>6) Agar pasien mampu menyusui secara efektif dengan kepercayaan diri sebagai ibu</p> <p>7) Agar ibu mengetahui manfaat menyusui</p> <p>8) Posisi yang benar akan mempengaruhi keefektifan menyusui bayi</p> <p>9) Agar tidak terjadi nyeri pada payudara dan payudara terawat juga bersih</p> <p>10) Agar mempermudah refleks oksitosin sehingga ASI dapat keluar dengan mudah</p>

Sumber : (SIKI, 2018)

e. Diagnosa V : resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

- 1) Tujuan : tingkat infeksi menurun
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Nafsu makan meningkat
 - b) Kemerahan menurun
 - c) Bengkak menurun
 - d) Nyeri menurun
 - e) Kadar sel darah putih membaik

Tabel 2. 8 Perencanaan Diagnosa Resiko Infeksi

Perencanaan Keperawatan	Rasional
<p>Pengontrolan Infeksi dan Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Terapkan kewaspadaan universal 3) Batasi jumlah pengunjung 4) Berikan tanda khusus untuk pasien dengan penyakit menular <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Ajarkan cara cuci tangan benar 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8) Kolaborasi pemberian antibiotik 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui adanya infeksi pada pasien 2) Dengan menggunakan masker dan sarung tangan perawat tidak usah khawatir dalam melakukan tindakan 3) Semakin banyak pengunjung semakin banyak pola bakteri yang dibawa dari luar 4) Untuk memberikan kewaspadaan bagi tenaga kesehatan dan pasien lainnya 5) Untuk memutus rantai bakteri dan mengurangi resiko infeksi 6) Untuk menambah wawasan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi sehingga pasien mampu mengidentifikasi secara mandiri apakah ada infeksi pada dirinya tidak 7) Asupan nutrisi yang baik akan meningkatkan imunitas tubuh sehingga bisa menurunkan tingkat resiko infeksi 8) Untuk menghindari infeksi yang akan terjadi secara farmakologi
<p>Perawatan Pasca Seksio Sesarea</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda-tanda vital ibu 2) Monitor respon fisiologis 3) Monitor kondisi luka dan balutan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Motivasi mobilisasi dini 6 jam 5) Berikan dukungan menyusui yang memadai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Ajarkan latihan ekstremitas <p>Kolaborasi</p> <p><i>-tidak tersedia</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk memantau adanya perubahan tanda-tanda vital pada ibu 2) Untuk memantau respon fisiologis yang seharusnya ada pada pasien setelah postpartum 3) Untuk mengetahui kondisi luka dan balutan dalam keadaan baik 4) Untuk membantu pemulihan dan melancarkan sirkulasi pasien 5) Untuk meningkatkan motivasi pasien dalam menyusui bayinya 6) Latihan ekstremitas yang sederhana dapat membantu mempercepat pemulihan dan melancarkan sirkulasi pasien setelah melahirkan
<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3) Bersihkan dengan cairan NaCl 4) Pasang balutan sesuai jenis luka 5) Pertahankan teknik steril 6) Jadwalkan pergantian posisi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein <p>Kolaborasi</p> <p><i>-tidak tersedia</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui adanya infeksi 2) Agar pasien tidak terlalu merasakan sakit saat dilepas balutan

Perencanaan Keperawatan	Rasional
	3) Untuk membersihkan luka dari bakteri 4) Agar larutan sesuai dengan jenis luka sehingga mampu melindungi Luka dari bakteri luar yang akan masuk 5) Teknik steril ini membantu mempertahankan luka dalam keadaan bersih 6) Untuk memperlancar sirkulasi sehingga risiko komplikasi akan menurun 7) Untuk membantu pemulihan luka

Sumber : (SIKI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan meliputi tindakan-tindakan yang merupakan suatu proses yang telah di rencanakan oleh perawat maupun hasil kolaborasi tim kesehatan lainnya untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan sesuai kebutuhan klien. Diharapkan juga tenaga kesehatan mampu bekerja sama dengan klien, keluarga serta anggota tim kesehatan yang terkait. Sehingga asuhan keperawatan yang di berikan dapat optimal dan komprehensif (Wahyuningsih, 2019)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada ibu post partum meliputi: dimulainya ikatan keluarga, berkurangnya nyeri, terpenuhi kebutuhan psikologi, mengekspresikan harapan diri yang positif, komplikasi tercegah atau teratasi, bebas dari infeksi, pola eliminasi optimal, mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fisiologis dan kebutuhan ibu post partum (Wahyuningsih, 2019).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Nama	:	Ny.T
Umur	:	24 tahun
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Alamat	:	Kp.cigandok, Limbangan
Status Perkawinan	:	Menikah
Agama	:	Islam
Suku	:	Sunda
Pendidikan	:	SMA
Pekerjaan	:	Ibu Rumah Tangga
No. RM	:	01175462
Diagnosa Medis	:	Post SC
Tanggal Masuk	:	05 Mei 2024, 18.00 WIB
Tanggal Persalinan	:	06 Mei 2024, 08.30 WIB
Tanggal Pengkajian	:	06 Mei 2024, 11.00 WIB

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn.R
Umur : 25 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Karyawan Swasta
Hubungan dengan pasien : Suami
Alamat : Kp cigandok . Limbangan
No.Telepon : 08xxxxxxx

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

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

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada tanggal 6 Mei 2024 pukul 08.30WIB setelah dilakukan operasi *sectio caesarea* terkaji pasien mengeluh nyeri area luka operasi *sectio caesarea* diperut bagian bawah. Nyeri bertambah saat pasien berusaha mengubah posisi tidurnya dan berkurang saat pasien rileks dan melakukan nafas dalam. Nyeri yang dirasakan pasien seperti tertusuk-tusuk dan dirasakan di area perut bawah menjalar ke simfisis pubis. Skala nyeri yang dirasakan 6 (0-10) dan nyeri dirasakan terus menerus.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan selama hamil dan sebelum hamil tidak pernah memiliki kebiasaan buruk seperti merokok, meminum alkohol ataupun kebiasaan memakan makanan yang tidak sehat (*junk food*). Pasien

mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki riwayat penyakit yang dapat memperngaruhi kehamilannya seperti hipertensi, DM, anemia dan hepatitis.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang pernah mengandung gen kembar dan tidak ada yang mengalami penyakit menular seksual. Keluarga pasien juga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah mengalami kehamilan serotinus seperti pasien saat ini. Serta pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung ataupun stroke.

5) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Menstruasi

- (1) Menarche : 13 tahun
- (2) Lamanya siklus : 28-30 hari
- (3) Banyaknya : 3-4x ganti pembalut per hari
- (4) Sifat Darah : Warna merah, konsistensi cair
- (5) HPHT : 08 Juli 2023
- (6) HPL : 01 April 2024
- (7) *Dysmenorrhea* : Terkadang

b) Riwayat Perkawinan

- (1) Usia perkawinan : 9 Bulan
- (2) Pernikahan yang ke : Pertama

c) Riwayat Kontrasepsi

Pasien mengatakan sebelum hamil tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi sehingga langsung mendapatkan momongan. Setelah melahirkan suami pasien menyetujui adanya pemasangan IUD pada pasien setelah operasi *sectio caesarea*, jenis IUD hormonal dengan efektivitas 5 tahun pemakaian. Jumlah anak yang direncanakan untuk saat ini adalah tiga anak.

d) Riwayat Kehamilan Sekarang

Kehamilan saat ini merupakan kehamilan pertama pasien (G1P0A0). Imunisasi selama kehamilan sudah lengkap pasien memiliki berat badan sebelum hamil 57kg dan saat hamil naik sampai 73kg. Pemeriksaan kehamilan teratur baik di bidan ataupun di dokter dengan selama pemeriksaan *Antenatal Care* baik tidak ada tanda-tanda KEK, serta tidak ada keluhan atau perubahan pada tekanan darah selama pasien hamil. Selama hamil pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan ataupun jamu selain tablet penambah darah.

e) Riwayat Persalinan

Pasien merasa sudah hamil lebih dari 9 bulan namun tidak merasakan kontraksi. Tidak ada keluhan selama hamil seperti pusing nyeri tengkuk, bengkak pada kaki, ataupun keluhan lainnya yang mengidentifikasi adanya kondisi yang harus di waspadai saat hamil.

Tabel 3. 1 Riwayat Persalinan

No	Anak Ke			Persalinan			Komplikasi	Data Anak		
	Tahun	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit		Jenis kelamin	BB	PB
1	2024	42 minggu	Gagal induksi	SC	Dokter	Gagal induksi	-	Laki-laki	2.780 gram	47 cm

c. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum : pasien tampak lemah
- 2) Kesadaran : *composmentis* dengan GCS 15 (E4M6V5)
- 3) Berat badan : Sebelum hamil 57 Kg, Saat hamil 73 Kg.
- 4) Tinggi Badan : 162cm
- 5) Tanda-tanda Vital :

Tekanan darah : 100/60 mmHg

Nadi : 70x/menit

Respirasi : 21x/menit

SpO2 : 96%

Suhu : 36.7°C

6) Kepala

a) Wajah

Tidak ada koalasma. Pasien tampak meringis

b) Rambut

Rambut berwarna hitam dan lurus sepanjang bahu. Rambut tidak kotor. Tidak ada benjolan di area kulit kepala, tidak ada nyeri tekan serta tidak ada keluhan rambut rontok.

c) Mata

Mata tampak simetris dan pupil isokor. Konjungtiva tampak anemis dengan sklera putih. Fungsi penglihatan baik terbukti dengan pasien yang masih dapat membaca papan nama perawat di jarak 50 cm. Pasien mengatakan memiliki gangguan penglihatan -2.5 pada kedua matanya dan asigmatisme (silinder) 0.5 pada mata sebelah kiri sejak SMA. Lapang pandang baik dan tidak ada nyeri tekan pada kelopak mata.

d) Telinga

Telinga tampak simetris dan bersih tidak ada serumen. Tidak ada masalah pendengaran terbukti dengan pasien yang masih dapat mendengar panggilan perawat dari ruangan perawat.

e) Hidung

Lubang hidung tampak simetris, tidak ada sekret ataupun polip. Tidak ada nyeri tekan pada area sinus dan tidak ada masalah penciuman terbukti dengan pasien yang dapat membedakan aroma kayu putih dengan aroma alkohol.

f) Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir tampak kering, tidak sampai pecah-pecah. Warna bibir merah muda tidak pucat. Tidak ada keluhan nyeri menelan dan tidak ada stomatitis. Gusi berwarna merah muda dan jumlah gigi 31 buah. Gigi tampak bersih, tidak ada gigi berlubang ataupun karang gigi.

7) Leher

Kulit leher berwarna coklat, tidak ada kemerahan, tidak ada benjolan, tidak ada tanda-tanda pembesaran kelenjar limfe, tidak ada distensi vena jugularis dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

8) Dada

a) Payudara

Kulit payudara tidak ada kemerahan, ada hiperpigmentasi di area aerola dan puting mammae. Payudara teraba lembek, tidak ada benjolan ataupun nyeri tekan, puting tampak menonjol namun belum ada ASI yang keluar. Ibu mengatakan pada saat di rumah sudah sering melakukan perawatan payudara dengan dipijat sesuai dengan arahan dari bidan namun pasien belum mengetahui kenapa ASI nya belum keluar. Ibu mengatakan dadanya terasa lengket.

b) Paru-paru

Bentuk dada normal dengan pergerakan dada simetris. Frekuensi napas 21x/menit. Tidak ada nyeri dada. Tidak ada pernapasan cuping hidung ataupun otot bantu pernapasan. Suara perkusi sonor, suara nafas vesikuler.

c) Jantung

Bunyi jantung S1 S2 lup dup. Irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 70x/menit. Serta tidak adanya keluhan nyeri dada. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung ataupun hipertensi.

9) Abdomen

Abdomen tampak cembung, tampak ada luka post SC horizontal atau mendatar, ditutup perban, panjang luka sekitar 18cm. Di kulit abdomen tidak ada *stretch mark*, terdapat linea nigra. Terdapat nyeri tekan pada abdomen bagian bawah. Kontraksi uterus teraba keras. TFU satu jari di bawah pusat. Kandung kemih teraba kosong. Bising usus 18x/menit dan suara perkusi tympani. Pasien mengatakan tidak ada keluhan mual ataupun kembung.

10) Genitalia

Area perineum tampak kotor, pengeluaran lochea tampak sudah $\frac{1}{4}$ pembalut, sifat darahnya cair dan berwarna merah kehitaman serta berbau khas darah. Tidak ada varises area perineum dan simfisis pubis. Tidak ada tanda hemoroid. Terpasang kateter dengan pengeluaran urin bercampur darah sekita 250cc.

11) Ekstremitas dan intergumen

a) Ekstremitas atas

Tidak ada edema, CRT <2 detik, terpasang infus RL+oksitosin ditangan kiri. Kekuatan otot penuh 5/5, kuku pendek dan bersih serta kulit terasa lengket.

b) Ekstremitas bawah

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

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 2 Aktivitas Sehari-hari

No	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
1	Nutrisi a. Makan - Jenis menu - Frekuensi - Porsi - Pantangan - Keluhan b. Minum - Jenis minuman - Jumlah - Pantangan - Keluhan	Nasi, sayur, daging, buah, dan lainnya 3x/hari 1 porsi dewasa Tidak ada Tidak ada	Sedang puasa post operasi
2	Istirahat dan tidur a. Siang - Durasi - Keluhan	1jam/ hari	Belum istirahat dan tidur

No	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
	b. Malam - Durasi - Keluhan	Kadang tidak bisa tidur karena berisik 6-7 jam/ hari Tidak ada	
3	Eliminasi a. BAB - Frekuensi - Konsistensi - Warna - Bau - Keluhan b. BAK - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Keluhan	1-2x/hari Padat Coklat Khas feses Tidak ada Tidak terhitung Tidak terhitung Kuning Khas urin Tidak ada	Belum BAB - - - - Terpasang kateter 400-600cc/hari Kuning pekat Khas urin Tidak ada
4	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Berganti pakaian e. Keluhan	2x/hari 3-4x/hari 2x/minggu 2-3x/hari Tidak ada	Tidak mandi Tidak gosok gigi Tidak keramas 1x/hari Badan terasa lengket
5	Mobilitas a. Kegiatan sehari-hari b. Kekuatan waktu luang c. Olahraga d. Keluhan	Ibu rumah tangga Menonton tv 2x/minggu Tidak ada	Bedress Dzikir Tidak berolahraga Nyeri saat bergerak

e. Aspek Psikososial

1) Psikologis

Pasien tampak msaih berada difase taking in karena masih cenderung pasif terhadap lingkunganya. Pasien mengatakan senang persalinannya berjalan normal walaupun dengan cara di *Caesarea*. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dengan luka bekas

operasinya sehingga hanya bisa bergantung pada anggota keluarganya dalam melakukan semua aktivitas.

2) Aspek Sosial

Hubungan pasien dengan lingkungan cukup baik walaupun masih belum aktif bersosialisasi. Hal tersebut terbukti dengan pasien yang dapat menerima kehadiran perawat namun masih belum menjawab pertanyaan perawat dengan aktif karena masih merasa lelah setelah persalinan.

3) Aspek Spiritual

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

4) Aspek Pengetahuan

Pasien mengatakan sudah mengetahui beberapa hal tentang kesanggupannya dalam menjalani masa nifas. Pasien mengatakan sudah mengetahui teknik pijat payudara bila payudara terasa sakit atau ASI belum keluar dari bidan dan sudah pernah mempraktekannya di rumah. Pasien juga mengatakan sudah mengetahui jenis-jenis alat kontrasepsi dari dokter saat pemeriksaan hamil. Pasien mengatakan saat berada di rumah sudah sering melakukan senam hamil namun belum mengetahui mengenai senam nifas.

f. Data Penunjang

Nama pasien : Ny .T
 Diagnosa : G1P0A0
 Ruangan rawat inap : Marjan Bawah
 Tanggal Pemeriksaan : 05 Mei 2024, 19.00 WIB

Tabel 3. 3 Hasil Laboratorium Hari Pertama

No	Pemeriksaan	Hasil	Flag Satuan	Nilai Normal
1	Hematologi - Hemoglobin - Hematokrit - Jumlah leukosit - Jumlah trombosit - Jumlah eritrosit	11.10 32,90 6,59 179.00 3.39	mg/dL % /mm ³ /mm ³ jt. /mm ³	12.3-15,0 35-47 3-10 150,00-450 3,6-5,8
2	Kimia Klinik - GDS - Fungsi ginjal Kreatinin BUN	80 0.5 6	mg/dL mg/dL mg/dL	<200 06-15 10-24
3	Hemostatis - Protombrin time Pasien PT APTT INR	11.6 30.5 0.80	Detik Detik Detik	11-15 26-40.0 1.00-2.00

Nama pasien : Ny .T
 Diagnosa : P1A0, post SC
 Ruangan rawat inap : Marjan Bawah
 Tanggal Pemeriksaan : 06 Mei 2024, 12.22 WIB

Tabel 3. 4 Hasil Laboratorium Post Sectio Caesarea

No	Pemeriksaan	Hasil	Flag Satuan	Nilai Normal
1	Hematologi			
	- Hemoglobin	13.6	mg/dL	12.3-15,0
	- Hematokrit	42,90	%	35-47
	- Jumlah leukosit	11.5	/mm ³	3-10
	- Jumlah trombosit	231.0	/mm ³	150,00-450
	- Jumlah eritrosit	5.0	jt. /mm ³	3,6-5,8

g. Terapi Medis

Nama pasien : Ny .T
 Diagnosa : P1A0, post SC
 Ruangan rawat inap : Marjan Bawah

Tabel 3. 5 Terapi Medis Farmakologi

No	Terapi	Dosis	Rute	Keterangan
1	Infus RL	20 tpm	IV	Cairan elktrolit
2	Cefotaxime	2 x 1gr	IV	Antibiotik
3	Ketorolace	3 x 30mg	IV	Analgetik
4	Metrodinazole	3 x 500mg	IV	Antibiotik

h. Analisa Data

Tabel 3. 6 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Maslah
1	DS: - Pasien mengeluh nyeri pada luka post SC - Pasien mengatakan nyerinya bertambah saat bergerak atau berubah posisi DO: - Pasien tampak meringis - Tampak luka post SC - Panjang luka 18cm - Skala nyeri 5 (0-10) - Hasil tanda-tanda vital Tekanan : 100/60 darah mmHg Nadi : 70x/menit Respirasi : 21x/menit	Tindakan pembedahan sectio caesarea menyebabkan kerusakan jaringan dan merangsang pengeluaran zat perangsang reseptor nyeri (bradikinin, histamine, dan serotonin). Sehingga tubuh merespon dan merasakan nyeir diarea luka menyebabkan adanya nyeri akut.	Nyeri akut
2	DS: - Pasien mengeluh sulit menggerakkan kakinya karena nyeri di luka operasi - Pasien mengeluh nyeri saat bergerak DO: - Kekuatan otot menurun 5 5 4 4 - Keadaan umum lemah - Gerakan pasien terbatas	Adanya luka post op sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas dan menyebabkan gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
3	DS : - Pasien mengeluh nyeri di luka post SC DO: - Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perban - Panjang luka 18cm - Jumlah leukosit :11,500 μ L	Adanya jaringan terbuka karena post sc dapat menjadi tempat masuknya bakteri. Karena luka adalah media yang baik untuk bakteri berkembang dan dapat menyebabkan infeksi.	Resiko infeksi

No	Data	Etiologi	Maslah
4	DS: - Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri DO: - Rambut tampak lepek - Daerah perineum tampak kotor - Keadaan umum pasien lemah - Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri di abdomen post operasi	Adanya luka post op sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet dan menyebabkan defisit perawatan diri.	Defisit perawatan diri

2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan Prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen perncedera fisik (luka post SC) di tandai dengan:

DS:

- Pasien mengeluh nyeri pada luka post SC
- Pasien mengatakan nyerinya bertambah saat bergerak atau berubah posisi

DO:

- Keadaan umum lemah
- Pasien tampak meringis
- Tampak luka post SC
- Panjang luka 18 cm
- Skala nyeri 5 (0-10)
- TD 100/60 mmHg,

- Nadi 70x/menit

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di tandai dengan :

DS:

- Pasien mengeluh sulit menggerakkan kakinya karena nyeri di luka operasi
- Pasien mengeluh nyeri saat bergerak

DO:

- Kekuatan otot menurun 5/5/4/4
- Keadaan umum lemah
- Pasien tampak dibantu keluarga dalam beraktivitas

c. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Operasi SC)

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan:

DS:

- Pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket

DO:

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

3. Proses Keperawatan

Tabel 3. 7 Proses Keperawatan pada Ny.T

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan:</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri pada luka post SC - Pasien mengatakan nyerinya bertambah saat bergerak atau berubah posisi <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Pasien tampak meringis 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa TTV 2) Kaji skala nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk memantau tanda vital berada dalam batas normal, sehingga dapat mendeteksi adanya masalah medis lainnya 2) Untuk mengetahui skala/tingkat nyeri pasien sehingga dapat mudah untuk memutuskan intervensi yang tepat untuk pasien 	<p>Senin 06/06/2024</p> <p>Waktu : 11.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda-tanda vital <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 100/60 mmHg, - Nadi 70x/menit, - RR 21x/menit, - SpO2 96%, - Suhu 36.7°C. <p>Waktu : 11.08 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi skala nyeri pasien <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 5 (0-10) 	<p>Senin 06/06/2024</p> <p>Waktu : 14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa nyeri walaupun sudah sedikit berkurang karena melakukan relaksasi napas dalam - Pasien mengatakan masih cemas untuk bergerak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien tampak bersikap protektif - Skala nyeri 5 - TTV; TD: 110/70 mmHg Nadi : 75x/menit RR: 22x/menit

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka post SC - Skala nyeri 5 (0-10) - Hasil tanda-tanda vital: TD 100/60 mmHg, Nadi 70x/menit, RR 21x/menit, Spo2 96%, dan Suhu 36.7°C. 		<p>3) Identifikasi respon nyeri non verbal dan karakteristik nyeri</p> <p>4) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p>	<p>3) Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien dan meentukan tindakan yang tepat</p> <p>4) Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap aktivitas dan istirahat pasien</p>	<p>Waktu : 11.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal dan karakteristik nyeri pasien <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Nyeri dirasakan di area luka operasi dari abdomen menjalar kesimfisis pubis - Nyeri bertambah saat berubah posisi - Nyeri berkurang saat rileks dan saat melakukan napas dalam - Nyeri seperti tertusuk-tusuk dan muncul terus menerus <p>Waktu : 11.12 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada ADL <p>Respon :</p>	<p>SpO2: 98%</p> <p>Suhu: 36.6°C</p> <p>A; Maasalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor efek samping analgetik - Berikan teknik non farmakologis - Kontrol lingkungan nyeri dan fasilitasi istirahat dan tidur - Anjurkan melakukan teknik non-farmakologis - Kolaborasi pemberian analgetik <p>Pelaksana : Geby velinda</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			<p>5) Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik 6) Berikan Teknik non-farmakologis (teknik distraksi dan relaksasi)</p>	<p>5) Untuk mengetahui pengaruh analgetik terhadap pasien</p> <p>6) Untuk mendistraksi rasa nyeri pasien sehingga rasa nyeri dapat berkurang</p>	<p>- Pasien mengatakan cemas bergerak karena takut nyeri bertambah</p> <p>Waktu : 13.35WIB</p> <p>- Memonitor efek samping pemberian analgetik</p> <p>Respon :</p> <p>- tidak ada gejala toksifikasi obat analgetic</p> <p>Waktu : 11.28 WIB</p> <p>- memberikan teknik distraksi dan relaksasi</p> <p>Respon :</p> <p>- Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang</p>	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			<p>7) Kontrol lingkungan dan fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>8) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>9) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p>	<p>7) Untuk mempermudah pasien istirahat</p> <p>8) Untuk mengurangi rasa cemas pasien</p> <p>9) Untuk menambah wawasan pasien tentang strategi meredakan nyeri</p>	<p>Waktu : 11.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merapikan alat, barang dan tempat tidur pasien <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak nyaman <p>Waktu : 11.18 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tentang luka bekas operasi dan nyeri yang ditimbulkan <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan paham dengan yang di jelaskan perawat <p>Waktu : 11.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan strategi meredakan nyeri <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan mencobanya 	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi				
			Intervensi	Rasional						
			Kolaborasi 10) Kolaborasi pemberian analgetik : <u>ketorolace 3x30mg</u>	10) Untuk mengurangi nyeri dengan obat dan memberikan obat dengan tepat sesuai dengan resep dokter	Waktu : 11.32 WIB - Memberikan obat analgetik <i>Ketorolace 1x30mg (IV)</i> Respon : - Pasien tampak masih meringis dan merasa nyeri Pelaksana : Geby Velinda					
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di tandai dengan : Ds : - Pasien mengeluh sulit menggerakkan kakinya karena nyeri di luka operasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat. Dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Gerakan terbatas menurun	<u>Dukungan dan Edukasi</u> <u>Mobilisasi</u> Observasi 1) kaji adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya	1) untuk menentukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien 2) untuk mengetahui sejauh mana	Waktu : 11.00 WIB - Mengkaji adanya nyeri Respon : - Pasien mengeluh adanya nyeri di area luka operasi Waktu : 12.00 WIB	Senin 06/06/2024 Waktu : 16.00 WIB S: - Pasien mengatakan masih takut bergerak karena nyeri O; - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> - k/u lemah	5	5	4	4
5	5									
4	4									

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri saat bergerak <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun 55/44 - Keadaan umum lemah - Pasien tampak dibantu keluarga dalam beraktivitas 	4. Kelemahan fisik menurun	<ul style="list-style-type: none"> 2) kaji toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3) Monitor keadaan umum saat mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 4) Libatkan keluarga dalam aktivitas mobilisasi 	<ul style="list-style-type: none"> pergerakan yang masih bisa ditoleransi pasien 3) Untuk mengetahui perubahan keadaan umum dan ttv pasien saat melakukan mobilisasi 4) Agar pasien merasa lebih termotivasi dan merasa dapat dukungan sehingga pasien tidak stress 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji pergerakan yang bisa dilakukan pasien <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan lemas dan masih takut bergerak <p>Waktu : 12.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor keadaan umum pasien saat mobilisasi <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> -keadaan umum tampak dan pasien tampak takut dalam bergerak karena nyeri <p>Waktu : 12.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melibatkan keluarga pasien dalam aktivitas mobilisasi dini <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluarga tampak membantu pasien dalam pergerakan (membenarkan posisi tidur) 	<ul style="list-style-type: none"> - psaien tampak masih dibantu keluarga dalam beraktivitas - pasien mampu melakukan ROM aktif di atas tempat tidur <p>A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji toleransi fisik pasien - Monitor kemajuan pasien dalam mobilisasi - Libatkan keluarga dalam mobilisasi - Anjurkan untuk belajar duduk <p>Pelaksana ; Geby velinda</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			<p>Edukasi</p> <p>5) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan mobilisasi dini post SC</p> <p>6) Ajarkan mobilisasi dini post SC</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 jam pertama ; latihan batuk, lakukan gerak abduksi dan adduksi (ROM) di atas tempat tidur sambil berbaring - 6-12 jam berikutnya ; latihan miring kanan dan miring kiri - 24 jam post SC: latihan duduk tanpa tahanan, jika tidak pusing latihan duduk 	<p>5) Agar pasien mengetahui manfaat mobilisasi dini sehingga termotivasi untuk melakukannya</p> <p>6) Pasien harus mampu menggerakkan anggota tubuh di tempat tidur untuk memperlancar sirkulasi sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan luka</p>	<p>Waktu : 12.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan arti mobilisasi dini dan tahapan serta manfaat dari mobilisasi dini <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mampu menyebutkan kembali tahapan mobilisasi dini <p>Waktu : 12.15 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan pasien untuk bisa melakukan tahapan pertama mobilisasi dini (menggerakkan jari kaki dan tangan, menekuk lutut, menggerakkan siku dan menggerakkan sendi-sendi kecil) <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mampu melakukan pergerakan kecil diatas tempat tidur 	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			dengan menurunkan kaki ke arah lantai - 24 jam berikutnya ; latihan jalan mandiri Kolaborasi - <i>Tidak ada</i>		Pelaksana : Geby velinda	
3	Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Operasi SC) Ds : - Pasien mengeluh nyeri di luka post SC Do: - Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perban	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil: 1. Nafsu makan meningkat 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan infeksi dan perawatan luka Observasi 1) Identifikasi tanda dan gejala Infeksi lokal dan sistemik 2) Monitor kondisi luka dan balutan	1) Untuk mengetahui tingkat infeksi dari tand dn gejala infeksi yang muncul pada pasien 2) Untuk mengetahui perkembangan kondisi luka	Senin 06/06/2024 Waktu : 11.00 WIB - Mengidentifikasi adanya tanda-tanda infeksi Respon : - Tidak ada tanda tanda infeksi Waktu : 11.10 WIB - Memonitor kondisi luka dan balutan	Senin 06/06/2024 Waktu : 16.00 WIB S: - Pasien masih mengeluh nyeri O: - Adanya luka insisi - Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perban - perban tampak bersih tida ada rembesan darah - Panjang luka 18cm

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
	<ul style="list-style-type: none"> - Panjang luka 18cm - Jumlah leukosit :11,5 /mm³ 		<p>3) Terapkan kewaspadaan universal</p> <p>4) Batasi jumlah pengunjung</p>	<p>3) Untuk memutuskan rantai penularan bakteri</p> <p>4) Untuk meminimalisir terjadinya port the entry dari pengunjung luar</p>	<p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak tertutup perban dan perban tampak bersih tida ada rembesan darah <p>Waktu : 11.15 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menerapkan cuci tangan yang benar dan memakai sarung tangan sebelum tindakan <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk memutus rantai penularan infeksi <p>Waktu : 11.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien dan keluarga pasien untuk membatasi jumlah pengunjung <p>Respon :</p> <p>Penjaga pasien hanya ada 2 orang yaitu suami dan ibu pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan langkah cuci tangan yang tepat - Pasien mampu menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi pada luka post op SC - TTV: TD: 110/70 mmHg Nadi : 75x/menit RR: 22x/menit SpO2: 98% Suhu: 36.6°C <p>A: masalah resiko infeksi teratsi sebagian P:lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji adanya tanda dan gejala infeksi - Monitor kondisi alutan - Terapkan kewaspadaan universal - Batasi jumlah pengunjung - Lakukan perawatan luka pada tanggal 08/06/2024 - Anjurkan meningkatkan nutrisi dan protein - Kolaborasi antibiotik

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			5) Lakukan perawatan luka	5) Untuk mencegah adanya bakteri yang berkembang di area luka dan menurunkan tingkat resiko infeksi	Waktu : 12.00 WIB - Menjadwalkan perawatan luka post SC untuk 08/06/2024 Respon : <i>tidak ada</i>	Pelaksana : Geby velinda
			6) Ajarkan cara cuci tangan benar	6) Untuk mencegah infeksi dan pasien dapat menerapkan cuci tangan sebagai tindakan utama dalam mencegah infeksi	Waktu : 12.20 WIB - Mengajarkan pasien cuci tangan yang benar Respon : Pasien mampu mempraktekan cara cuci tangan 6 langkah secara tepat	
			7) Jelaskan tanda dan gejala infeksi	7) Untuk menambah wawasan pasien dan menambah kewaspadaan pasien terhadap kondisi tubuhnya	Waktu : 12.30 WIB - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka post op SC Respon : - pasien mampu menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi pada luka post op SC	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			<p>8) Anjurkan meningkatkan asupan Nutrisi dan makanan tinggi protein</p> <p>9) Kolaborasi pemberian antibiotik: <u>Cefotaxime :2x1gr</u> <u>Metrodinazole :3x500mg</u></p>	<p>8) Untuk membantu mempercepat pemulihan luka operasi</p> <p>9) Untuk mencegah infeksi</p>	<p>Waktu : 12.40 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien untuk peningkatan asupan setelah diperbolehkan makan dan minum <p>Respon : Pasien memahami pentingnya meningkatkan nutrisi</p> <p>Waktu : 14.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan antibiotik sesuai adv.dokter <u>Cefotaxime :1x1gr(IV)</u> <u>Metrodinazole :1x500mg (IV)</u> <p>Respon : -</p> <p>Pelaksana : Geby velinda</p>	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
4	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan:</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rambut tampak lepek - Daerah perineum tampak kotor - Badan tercium bau - Keadaan umum pasien lemah - Perawatan diri pasien masih di bantu oleh keluarga 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kemampuan perawan diri meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ketoilet meningkat 4. Mempertahankan kebersihan diri meningkat 	<p><u>Dukungan perawatan diri</u></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tingkat kemandirian <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Sediakan lingkungan yang terapeutik 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien saat ini sehingga dapat diidentifikasi intervensi yang akan dilakukan pada pasien 2) Lingkungan yang sesuai untuk melakukan perawatan diri akan membantu pasien dalam meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri 	<p>Senin 06/06/2024</p> <p>Waktu : 11.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat kemandirian <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien masih dalam fase taking in sehingga masih bergantung sepenuhnya ke keluarga dalam beraktivitas -Pasien mengatakan nyeri sehingga cemas bergerak <p>Waktu : 11.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membereskan alat dan barang di dekat tempst tidur pasien <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barang dan alat pasien mudah untuk di gapai pasien. 	<p>Senin 06/06/2024 Waktu : 14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dipakaikan pakaian baru. - Pasien mengatakan badannya masih terasa lengket <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak rapi dengan baju baru - Daerah perineum pasien tampak bersih - Rambut masih tampak lepek - Lingkungan psien tampak rapih dan bersih - Perawatan diri pasien masih di bantu keluarga <p>A:masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p>P:lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat kemandirian

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			<p>3) Siapkan keperluan pribadi</p> <p>4) Dampingi dalam melakukan perawatan diri</p> <p>5) Bantu pasien dalam melakukan perawatan perineum</p>	<p>3) Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi</p> <p>4) Sebagai salah satu bentuk empati kepada pasien</p> <p>5) Agar area perineum tidak lembab dan tetap bersih untuk mengurangi tinggi resiko tingkat infeksi</p>	<p>Waktu : 11.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendekatkan pakaian pasien <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien pasien mudah menggapai pakaiannya <p>Waktu : 11.31 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien memakai baju kembali setelah operasi <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan merasa lebih nyaman <p>Waktu : 12.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakuakn perawatan perineum dan membantu pasien memakai pembalut <p>Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lebih nyaman saat sudah perineum sudah dibersihkan 	<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik - Dekatkan barang pribadi pasien - Dampingi pasien dalam melakukan perawatn diri - Anjurkan pasien untuk melakukan perawatan perineum - Anjurkan pasien melakukan perawatan diri secara konsisten <p>Pelaksana ; Geby velinda</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			<p>Edukasi</p> <p>6) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten</p> <p>Kolaborasi</p> <p>- <i>Tidak ada</i></p>	<p>6) Agar pasien dapat melakukan perawatan diri secara konsisten</p>	<p>Waktu : 12.00 WIB</p> <p>- Menganjurkan pasien setelah 24 jam untuk pergi ke toilet dan tetap memperhatikan kebersihan diri</p> <p>Respon :</p> <p>-Pasien mengatakan akan mencobanya jika nyeri berkurang</p> <p>Pelaksana ; Geby velinda</p>	

No	Tanggal	Diagnosa	Catatang perkembangan	TTD Pelaksana				
		<p>Dx. 2 Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor efek samping analgetik - Megontrol lingkungan pasien dan menganjurkan pasien tidur dengan cukup - Memberikan analgetik sesuai advice dokter : Ketorolace 1x30mg (IV) <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>Jam 14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa duduk dan mencoba belajar berjalan - Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol nyeri luka post sc-nya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih tampak meringis ketika bergerak - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> - Pasien tampak sedang belajar berjalan - TD:110/90mmHg - Nadi: 83x/menit - RR: 20x/menit <p>A : Masalah Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih pasien berjalan secara mandiri - Libatkan keluarga dalam mobilisasi - Monitor keadaan umum saat mobilisasi <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melatih pasien berjalan secara mandiri 	5	5	5	5	<p>Geby .V</p>
5	5							
5	5							

No	Tanggal	Diagnosa	Catatang perkembangan	TTD Pelaksana
		Dx.4 Resiko Infeksi	<p>Jam 14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak tertutup perban - Perban tampak bersih dan tidak ada rembesan - Leukosit 11.330 μL - TD:110/90mmHg - Nadi: 83x/menit - RR: 20x/menit - SpO2: 99% - Suhu: 36.6°C <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapkan kewaspadaan universal - Batasi jumlah pengunjung - Anjurkan meningkatkan nutrisi - Kolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime 2x1gr (IV) - Metrodinazole 3x500mg (IV) - Jadwalkan perawatan luka 08/06/2024 <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merapkan kewaspadaan universal - Membatasi jumlah pengunjung - Menganjurkan meningkatkan nutrisi - Memberikan antibiotik Cefotaxime 1x1gr (IV) - Metrodinazole 1x500mg (IV) <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian 	Geby .V
2	08/Mei/2024	Dx 1. Nyeri akut	<p>Jam 09.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyerinya berkurang 	Geby .V

No	Tanggal	Diagnosa	Catatang perkembangan	TTD Pelaksana
		<p>Dx.3 Defisit perawatan diri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol nyeri pada luka post sc-nya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 3(0-10) - Terdapat luka post sc ±18cm dengan tertutup perban - TD:100/90mmHg - Nadi: 93x/menit - RR: 20x/menit <p>A : Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan kembali teknik relaksasi Tarik napas dalam - Monitor efek samping analgetik - Kontrol lingkungan dan Fasilitasi istirahat dan tidur - Kolaborasi terapi analgetik Ketorolace 3x30mg <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kembali teknik relaksasi tarik nafas dalam dan menganjurkan untuk selalu dalam posisi yang nyaman untuk pasien - Memonitor efek samping analgetik - Megontrol lingkungan pasien dan menganjurkan pasien tidur dengan cukup - Memberikan analgetik sesuai advice dokter : Ketorolace 1x30mg (IV) <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>Jam 09.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sduah bisa mandi mandiri 	<p>Geby .V</p>

No	Tanggal	Diagnosa	Catatang perkembangan	TTD Pelaksana
		Dx.4 Resiko Infeksi	<p>- Pasien mengatakan sudah membersihkan perineumnya secara mandiri</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri - Pasien tampak bersih dan rapi - Perawatan diri pasien sebagian tampak masih dibantu oleh keluarga <p>A : Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian P : hentikan intervensi I : - E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi <p>Jam 09.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak tertutup perban - Perban tampak bersih dan tidak ada rembesan - Pasien meringis saat lukanya ditekan - Luka tampak kering - Tidak ada pus - TD:100/90mmHg - Nadi: 93x/menit - RR: 20x/menit - SpO2: 98% - Suhu: 36.5°C <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapkan kewaspadaan universal - Batasi jumlah pengunjung - Anjurkan meningkatkan nutrisi - Kolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime 2x1gr (IV) Metrodinazole 3x500mg (IV) 	Geby V

No	Tanggal	Diagnosa	Catatang perkembangan	TTD Pelaksana
		<p>Dx. 5 Menyusui tidak efektif</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan perawatan luka <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merapkan kewaspadaan universal - Membatasi jumlah pengunjung - Menganjurkan meningkatkan nutrisi - Memberikan antibiotik Cefotaxime 1x1gr (IV) Metrodinazole 1x500mg (IV) - Melakukan perawatan luka dan ganti perban <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>Jam 09.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum mengetahui mengapa ASI nya belum keluar - Pasien mengatakan cemas ASI nya belum keluar walaupun sudah melakukan pemijatan payudara <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bingung ASI nya belum keluar walaupun sudah melakukan pemijatan payudara - Bayi tidak dirawat gabung - Tidak ada perlekatan bayi pada payudara ibu - Payudara teraba lembek <p>A : Menyusui tidak efektif</p> <p>P : Lakukan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji keinginan menyusui ibu - Identifikasi kemampuan dan waktu yang tepat untuk melakukan pendidikan kesehatan 	<p>Geby v</p>

No	Tanggal	Diagnosa	Catatang perkembangan	TTD Pelaksana
			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan kesempatan bertanya - Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan - Ajarkan perawatan payudara dengan pijat oksitosin <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji keinginan menyusui ibu - Mengidentifikasi kemampuan dan waktu yang tepat untuk melakukan pendidikan kesehatan - Memberikan kesempatan bertanya - Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan - Mengajarkan pijat oksitosin <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak cemas tentang ASInya belum keluar - Pasien mampu menyebutkan 4 posisi menyusui yang tepat - Pasien mampu mengulangi cara pijat oksitosin <p>Masalah teratasi sebagian</p>	
3	09/06/2024	Dx 1. Nyeri akut	<p>Jam 09.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyerinya berkurang - Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol nyeri pada luka post sc-nya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 3 (0-10) - Terdapat luka post sc ±18cm dengan tertutup perban - TD:100/80mmHg - Nadi: 99x/menit - RR: 22x/menit - SpO2: 99% - Suhu: 36.8°C <p>A : Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian</p>	Geby .V

No	Tanggal	Diagnosa	Catatang perkembangan	TTD Pelaksana
		Dx.4 Resiko Infeksi	<p>P : Hentikan Intervensi</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kembali keadaan umum pasien - Merencanakan pasien pulang - Memberikan Analgetik Asam mefenamat 500gr 3x1 (PO) <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>Jam 09.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak tertutup perban - Perban tampak bersih dan tidak ada rembesan - Leukosit 9.600 μL - TD:100/80mmHg - Nadi: 99x/menit - RR: 22x/menit - SpO2: 99% - Suhu: 36.8°C <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapkan kewaspadaan universal - Anjurkan meningkatkan nutrisi - Kolaborasi pemberian antibiotik Cefixime 2x1 200gr (PO) <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menerapkan kewaspadaan universal - Menganjurkan meningkatkan nutrisi - Memberikan antibiotik Cefixime 2x1 200gr (PO) 	Geby .V

No	Tanggal	Diagnosa	Catatang perkembangan	TTD Pelaksana
		Dx.5 menyusui tidak efektif	<p>E : - Masalah teratasi sebagian</p> <p>Jam 09.00 WIB</p> <p>S: - Pasien mengatakan ASI nya sudah keluar sedikit</p> <p>O: - Pasien tampak tenang - ASI tampak keluar setetes dan belum memancar</p> <p>A : Masalah menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : pertahankan Intervensi - Dukung pasien dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Anjurkan pasien untuk langsung melakukan perlekatan dan menyusui setelah pulang - Ajarkan breastcare</p> <p>I : - Mendukung pasien dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Menganjurkan pasien untuk langsung melakukan perlekatan dan menyusui setelah pulang - Mengajarkan breastcare</p> <p>E : - Masalah teratasi sebagian</p>	

B. Pembahasan

Pada bab ini penyusun akan membahas mengenai kasus yang telah diuraikan pada bab sebelumnya yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Ny.T (P₁A₀) Dengan Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikas Gagal Induksi Di

Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut". Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 06 Juni 2024 sampai dengan 09 Juni 2024.

Pada pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kasus dalam pelaksanaan secara nyata sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Data pengkajian asuhan keperawatan pada Ny.T post *sectio caesarea* atas indikasi gagal induksi didapatkan data pasien mengeluh nyeri pada luka post sc, skala nyeri 5 (0-10), tampak luka post sc ± 18 cm di bagian bawah abdomen. Pasien tampak meringis dan bersikap protektif pada daerah luka. Hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang saraf nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin dan histamin. Rangsangan ini nantinya akan dihantarkan ke hipotalamus dan dipersepsikan sebagai nyeri. Kemudian secara fisiologis luka akan mengalami fase penyembuhan mulai dari fase destruktif poliperatif sampai maturasi (Eva, 2022)

Menurut (Syaiful, 2020) Tindakan operasi sc akan mengakibatkan kelemahan fisik dan menimbulkan nyeri yang menyebabkan pasien takut bergerak. Ny.T mengatakan takut nyerinya bertambah apabila bergerak. Pasien bergerak secara bertahap hal ini dapat terjadi karena keadaan fisik yang lemah akibat post op mengakibatkan kemampuan beraktivitas perlu

dibantu oleh keluarga, karena pasien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka operasi sehingga aktivitas pasien akan terbatas.

Akibat post SC, Ny. mengeluh tidak bisa membersihkan diri secara mandiri, aktivitas sehari-hari seperti makan dan minum, ke kamar mandi, mandi dan ganti pakaian dibantu, hal ini disebabkan karena adanya luka post op menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL terganggu. Saat pengkajian juga ditemukan data kulit tubuh Ny.T teraba lengket, rambut tampak lepek dan pasien mengeluh tidak nyaman dengan tubuhnya yang terasa lengket. Sehingga pasien perlu untuk dibantu dalam hal perawatan diri karena untuk menjaga kebersihan diri serta untuk mencegah terjadinya infeksi.

Data selanjutnya yang ditemukan pada pasien adalah terjadinya peningkatan jumlah leukosit yaitu $11.500/\mu\text{l}$, luka post operasi tampak tertutup perban, perban terlihat bersih dan tidak ada rembesan darah, tidak ada tanda gejala infeksi, Warna lochia merah kehitaman dan encer, bau khas amis dan hasil pemeriksaan nadi 70x/menit, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$. Menurut (Syaiful, 2020) fase penyembuhan luka akan mengalami fase inflamasi yang terjadi pada hari pertama sampai hari kelima. Pada fase ini akan terjadi hemostasis atau usaha tubuh untuk menghentikan perdarahan dimana proses ini terjadi vasokonstriksi pembuluh darah dan pembentukan jala-jala fibrin yang mengaktifasi reaksi pembekuan darah. Sehingga sel darah putih akan menghancurkan kuman dan bakteri diarea luka sehingga terjadi peningkatan

jumlah leukosit. Sehingga peningkatan leukosit salah satu kondisi wajar pada ibu post sc namun harus tetap dimonitor sebagai resiko terjadinya infeksi.

Pada perubahan fisiologis ibu post SC yaitu kadar estrogen dan progesterone serum menurun sejak 3 hari pasca persalinan dan mencapai nilai pra-kehamilan pada hari ke-7. Nilai tersebut akan menetap bila ibu tidak memberikan ASI maka estradiol akan mulai meningkat dan menyebabkan pertumbuhan folikel, proses laktasi timbul setelah plasenta lepas. Plasenta mengandung penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormone plasenta tidak ada lagi sehingga air susu pun keluar. Sempurnanya ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan. Namun, Ny T tidak mengetahui mekanisme produksi ASI tersebut hingga merasa cemas pada kondisi payudaranya yang masih belum mengeluarkan ASI setelah melahirkan.

Secara teori data-data tersebut merupakan masalah yang bisa muncul pada pasien post sectio caesarea. Adapun data yang tidak ditemukan pada kasus Ny. T yaitu menyusui tidak efektif. Menyusui tidak efektif pada 24 jam pertama ASI belum keluar merupakan keadaan normal yang bisa dialami oleh ibu post partum karena setelah melahirkan ibu bisa mengalami kelelahan maternal sehingga hormon prolaktin belum bekerja sehingga pada hari pertama ASI belum keluar dan umumnya ASI akan mulai keluar pada hari kedua dan seterusnya. Cemas pada ibu karena ASI yang belum keluar menunjukkan adanya kekurangan informasi yang diterima Ny,T.

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori tidak semua bisa dirumuskan dalam diagnosa keperawatan secara nyata, karena hal ini harus ditunjang dengan data-data hasil pengkajian yang telah dilakukan. Berdasarkan hasil pengkajian masalah yang ada pada klien post *sectio caesarea* dengan indikasi gagal induksi pada kasus Ny. T, yaitu:

a. Nyeri Akut (D.0077)

Menurut teori nyeri ini muncul karena adanya luka operasi yang terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan yang merangsang reseptor kimia yang disampaikan ke thalamus dan korteks serebri dan dipersepsikan nyeri, nyeri juga dapat membuat tanda-tanda vital berubah (Eva, 2022). Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien, didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka *sectio caesarea* di perut bagian bawah. Nyeri bertambah saat pasien berusaha mengubah posisi tidurnya dan berkurang saat pasien rileks dan melakukan nafas dalam. Nyeri yang dirasakan pasien seperti tertusuk-tusuk dan dirasakan di area perut bawah menjalar ke simfisis pubis. Skala nyeri yang dirasakan 5 (0-10) dan nyeri dirasakan terus menerus. Data objektifnya, pasien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen serta nyeri tekan saat di palpasi. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Menurut teori hambatan mobilitas fisik ini terjadi karena adanya kelemahan fisik dan luka post operasi yang menimbulkan nyeri yang menyebabkan takut untuk bergerak sehingga meminimalkan gerakannya akibatnya terjadi gangguan mobilitas fisik dan menimbulkan kekuatan ototnya menjadi menurun (Arif & Atun, 2023). Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien, yaitu pasien mengeluh sulit menggerakkan kakinya karena nyeri di luka operasi dan nyeri saat bergerak. Kekuatan otot menurun 55/44 dan pasien keadaan umumnya lemah. Dalam segala kegiatan pasien tampak dibantu keluarga.

Pada kasus ini penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik sebagai prioritas kedua. Karena mobilitas fisik post sc perlu dibimbing dalam melakukan aktivitas sampai pulih kembali seperti semula. Mobilisasi dini juga bisa menjadi penunjang mempercepat penyembuhan luka yang berhubungan dengan kelancaran sirkulasi darah pasien (Manuaba, 2014).

c. Resiko Infeksi (D. 0142)

Menurut SDKI (2017) resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pada Ny.T penyebab adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan *sectio caesarea*. Data yang ditemukan pada Ny.T ditemukan faktor pendukung resiko infeksi yaitu Pasien mengeluh nyeri di luka post SC. Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perbandan anjang luka

18cm secara objektif tampak adanya peningkatan jumlah leukosit 11.500 μ L. Serta perineum tampak kotor. Diagnosa resiko infeksi menjadi diagnosa ketiga karena diagnosa ini merupakan diagnosa resiko dimana masalah belum terjadi pada pasien namun bisa saja terjadi jika tidak dilakukan perawatan luka pada pasien

d. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Menurut teori gangguan pemenuhan ADL atau defisit perawatan diri dapat terjadi setelah dilakukannya tindakan post operasi *sectio caesarea* karena adanya efek anastesi, penurunan kemampuan untuk mobilisasi dan beraktivitas di batasi pasien khawatir pergerakannya akan menjadi fatal terhadap luka post operasi sehingga aktivitas klien terbatas terutama pada aktivitas perawatan diri (Dian & Grasiona, 2022). Pada Ny. T post operasi *sectio caesarea* POD 0 ditemukan adanya data-data yang menunjang masalah defisit perawatan diri seperti secara subjektif ditemukan Pasien mengeluh nyeri saat ingin ke toilet, dan pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket. Sedangkan secara objektif rambut Ny.T tampak lepek da daerah perineum tampak kotor.

e. Menyusui tidak efektif (D.0029)

Menyusui tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana adanya ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. Menyusui tidak efektif dapat disebabkan oleh keadaan fisiologi dan situasional. Pada fisiologis bisa terjadi karena kurangnya refleks oksitosin, ketidakadekuatannya refleks menghisap bayi, payudara bengkak, keadaan bayi kurang bisa menyusui

(sumbing) dan anomali payudara. Sedangkan secara situasional yang dapat mempengaruhi hambatan dalam proses menyusui adalah kondisi ibu tidak rawat gabung dengan bayinya, kurang terpapar informasi mengenai teknik menyusui dan kurangnya dukungan keluarga (SDKI, 2017).

Pada kasus asuhan keperawatan pada Ny.T pada hari kedua setelah operasi penulis menegakan diagnosa keperawatan tambahan menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin dengan alasan ada beberapa data menyusui tidak efektif pada Ny.T yaitu pasien mengatakan cemas ASI nya belum keluar walaupun sudah melakukan pemijatan payudara. Serta pasien tampak bingung ASI nya belum keluar walaupun sudah melakukan pemijatan payudara dan pasien tidak dirawat gabung dengan bayinya. Kondisi ibu yang tidak dirawat gabung dengan bayinya akan mempengaruhi produksi ASI, sebab selama dirawat ibu tidak bisa melakukan perlekatan dengan bayinya dan bayi juga tidak bisa menyusui pada payudara ibu secara langsung. Hal ini menyebabkan refleks oksitosin dan prolaktin tidakadekuatan karena tidak ada hisapan dari bayi, sedangkan menurut teori normalnya ASI akan terproduksi dan keluar pada hari ke2-3 setelah melahirkan (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

3. Perencanaan Keperawatan

Penyusunan rencana tindakan keperawatan ini disesuaikan berdasarkan situasi dan kondisi serta sumber fasilitas yang ada. Masalah yang muncul pada Ny.T diantaranya ialah nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, resiko infeksi, dan defisit pengetahuan. Penulis

menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

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

Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yaitu penulis merencanakan tahapan mobilisasi pasien, setelah 6 jam operasi SC harus *bedrest* gerakan tangan dan jari-jari kaki serta pergelangan tangan. Setelah 6-12 jam ibu harus miring kiri miring kanan, setelah 24 jam setelah operasi sc ibu harus belajar duduk, setelah mampu duduk dianjurkan untuk

belajar berjalan. Serta menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam melakukan aktivitas untuk meminimalkan resiko jatuh (Arif & Atun, 2023). Perencanaan tersebut disusun untuk mencapai tujuan setelah dilakukannya dukungan mobilisasi selama 24jam Ny.T diharapkan dapat mencapai kriteria hasil kekuatan otot meningkat, pergerakan meningkat dan kelemahan fisik menurun.

Diagnosa resiko terhadap terjadinya infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif yaitu operasi sc dengan menyusun perencanaan sebagai berikut; observasi tanda- tanda infeksi, ganti balutan, dengan memperhatikan teknik steril, tekankan teknik mencuci tangan yang tepat sebelum dan sesudah perawatan atau kontak dengan benda yang kemungkinan terkontaminasi untuk pertahanan pertama terhadap infeksi terkait layanan kesehatan. Berikan antibiotik sesuai petunjuk dokter untuk membunuh kuman dan melemahkan kuman secara sistemik. Pada Ny.T diresepkan obat Cefotaxime 2x1 gr secara intravena dan Metrodinazole 3x500mg secara intravena sebagai antibiotik pasien. Seangkan untuk diagnosa defisit perawatan diri, penulis merencanakan untuk membantu klien dalam pemenuhan ADL mulai dari nutrisi: makan dan minum, personal hygiene. Hal tersebut dilakukan selama 24 jam diaman Ny.T diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yaitu; kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat dan kemampuan ke toilet meningkat. Perencanaan yang disusun oleh penulis adalah: lakukan vulva hygiene untuk meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi dan mendampingi Ny.T selama perawatan diri.

Pada diagnosa keperawatan terakhir adalah menyusui tidak efektif penulis lebih menekankan perencanaan edukasi menyusui pada Ny.T agar dapat mengurangi rasa cemas yang di alami dan Ny.t dapat mengetahui keadaan normal pada masa nifas. Sehingga kecemasan maternal pada ibu bisa berkurang dan tidak memicu stress ibu yang dapat mengurangi produksi ASI. Selain itu perencanaan juga disusun untuk terus memotivasi ibu dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui sehingga setelah diperbolehkan pulang ibu dapat langsung melakukan Tindakan yang disarankan seperti posisi menyusui yang tepat untuk membantu dalam memperlancar pemberian nutrisi pada bayi.

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan post sc pada Ny.T penulis menemukan lima masalah dimana empat dari lima masalah keperawatan tersebut tidak teratasi karena keterbatasan waktu, yaitu nyeri

akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, menyusui tidak efektif dan resiko infeksi. Adapun masalah yang teratasi, yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan sebab tujuan dan hasil asuhan keperawatan sudah mencukupi data untuk menetapkan kedua diagnosa tersebut sebagai masalah yang sudah teratasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari di rumah sakit penulis mengevaluasi pasien dan didapatkan hasil :

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 4x24 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang awalnya berada pada skala 5 (0-10). Sehingga masalah teratasi sebagian masalah nyeri akut teratasi sebagian karena pasien pulang di hari ke-4, di mana pada hari keempat tersebut dalam proses penyembuhan luka masih dalam fase inflamasi sehingga pasien akan masih merasakan nyeri pada luka operasi.

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24jam, didapatkan data bahwa pasien sudah bisa duduk dan berdiri sendiri walaupun berjalan masih dibantu oleh keluarga dengan kekuatan otot 5/5. Hal tersebut sudah meningkat dari kondisi awal di mana saat awal masuk rumah sakit pasien masih belum bisa melakukan pergerakan dan kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4. Masalah gangguan mobilitas fisik sudah dinilai

teratasi karena sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Walaupun pasien masih harus dibantu dalam setiap aktivitas karena masih perlu dukungan dari keluarga berhubungan dengan psikologis pasien yang masih berada di tahap *taking in*.

Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif atau bekas luka bekas sc setelah dilakukan perawatan selama 4x24jam pasien masih merasa sedikit nyeri pada luka bekas operasi. Sedangkan data objektif yang didapatkan adalah jumlah leukosit menurun dari jumlah awal yaitu dari 11.500 μ L menjadi 9.600 μ L. Sehingga masalah teratasi sebagian. Masalah risiko infeksi teratasi sebagian karena luka post operasi masih ada pada pasien dan masih berada di tahap fase inflamasi yang butuh waktu untuk sembuh sehingga risiko infeksi masih bisa ada jika perawatan tidak dilakukan dengan tepat.

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

Hasil evaluasi pada menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin dinilai masih belum teratasi. Hal itu

disebabkan ASI Ny.T masih belum bisa memancar walaupun sudah dilakukan perawatan selama 2x24jam. Tidak keluarnya ASI berhubungan dengan ibu dan bayi yang tidak dirawat gabung. Sehingga tidak ada ransangan dari hisapan bayi dan tidak ada perlekatan antara ibu dan bayi. Selama dilakukannya proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi tidak termukannya data pada Ny.T yang mengharuskan penulis untuk merevisi atau menyusun ulang intervensi yang telah disusun.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.T P₁A₀ 2,5 jam post *sectio caesarea* atas indikasi gagal induksi di ruang Marjan bawah RSUD Dr. Slamet Garut pada tanggal 06-09 Mei 2024, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

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

6. Penulis mampu membuat dokumentasi keperawatan pada Ny.T dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi gagal induksi di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.T P₁A₀ 2,5 jam setelah post op *sectio caesarea* atas indikasi gagal induksi. Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada:

1. Institusi Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

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

3. Bagi Perawat

Diharapkan bagi setiap perawat untuk selalu menerapkan standar prosedur tindakan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit tanpa membedakan status pasien. Khususnya dalam melakukan perawatan luka terhadap ibu post partum, diharapkan semua perawat dapat selalu menerapkan konsep aseptik dan steril pada alat-alat yang akan digunakan.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

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

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, D. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Sectio Caesarea Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Nyaman. *Braz Deint J*, 33.
- Alex, M. (2022, Desember 20). *Induksi Persalinan*. Retrieved Juni 7, 2024, From Teach Me Obygn: <https://teachmeobgyn.com/labour/delivery/induction-of-labour/>
- Angga, G., Kemara, P., & Wayan, I. (2022). Misoprostol Untuk Induksi Persalinan Pada Kehamilan. *Universitas Udayana*.
- Anggraeni, N., Fauziah, & Kristianingsih. (2020). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Pada Ibu Bersalin. 259-268.
- Ani, Fillah, & Nurmasari. (2019). *Pendidikan Gizi Ibu Hamil, Ibu Menyusui Dan Ibu Balita*. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Arif, I., & Atun, R. (2023). Asuhan Keperawatn Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Post Sectio Caesarea. *Journal Of Management Nursing*, 178-182.
- Asriani, & Sartika. (2023). *Keperawatan Maternitas*. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Ayati, N., & Sulistyawati, W. (2017). *Asuhan Nifas Dan Menyusui*. Mojokerto: CV Kekata Group.
- Banamtum. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Jakarta*. Jakarta: Salemba.
- Dewi, M., Nunung, N., & Astri, M. (2019). Pain Intesity Among Women With Post Caesarean Section. *Knowledge E*, 657-660.
- Dian, H., & Grasiona, F. (2022). Kebutuhan Personal Hygiene Papa Pasien Post Sectio Caesarea. *Jurnal Keperawatan Sumba*, 8-10.
- Ernawati, S., Nonon, Suprihatin, Nailus, S., Ummu, S., Yulia, & Aguniar. (2017). *Manajemen Kesehatan Menstruasi*. Jakarta: Universitas Nasional Global One.
- Eva, D. S. (2022). *Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Sectio Caesarea Dirumah Sakit Colombia Asia Medan 2020*. Medan: Insitut Kesehatan Helvetia.
- Fadhilah, G. F., & Sari, I. (2021). Analisis Perawatan Partus Sektio Caesarea Pasien Rawat Inap Jamkesmas Ina-Cbg's Di Rsu Muhammadiyah Cirebon. *Sosains*, 839.

- Gustrii. (2022, Juli 27). *Seksualitas Dan Masa Nifas* . Retrieved From Dektorat Kemkes RI: https://Yankes.Kemkes.Go,Id/View_Artikel/602/Seksualitas-Dan-Masa-Nifas
- Hamdayani, I., Khalidatul, Ano, I, F., Yuanita, & Dian. (2023). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui*. Jawa Tengah: Eureka.
- Handi, P., Sriwidodo, & Soraya. (2020). Proses Penyembuhan Dan Perawatan Luka. *Farmaka*, 251-260.
- Hartanto, & Marianto. (2019). *Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) Dalam Kehamilan* . Retrieved Mei 5, 2024, From <https://Webcache.Googleusercontent.Com/Search?Q=Cache:Nsi0ijzv3xuj>
- Hartini. (2021). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Kemandirian Fungsi Gerak Fisik Pasien Pasien 6 Jam Sectio Caesarea Diruang Amarilys. *Mega Buana Jurnal Of Nursing*, 3.
- Healthcare, B. (2022, Juli 27). *Induksi Persalinan Dengan Kateter Cervical Balloon (Foley)*. Retrieved Juni 5, 2024, From <https://Www.Buckshealthcare.Nhs.Uk/Birthchoices/Pifs/Induction-Of-Labour-With-Cervical-Balloon-Foleys-Catheter/>
- Ilyas, Irma, & Ratna. (2020). *Pedoman Kontrasepsi Dna Keluarga Berencana*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- Iskandar, & Kamila, A. (2023). Oligorhidramnion. *GALENICAL: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 67-74.
- Isna. (2022). Pengetahuan Dan Motivasi Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Dalam Mobilisasi Dini. *Jurnal Psikologi Jambi*, 258-260.
- Jabar, D. K. (2023). *Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2023*. Bandung: Dinas Kesehatan Jawa Barat.
- Kemenkes. (2019, Maret 04). *Cara Melakukan Pijat Payudara Untuk Memperlancar ASI*. Retrieved From Kementerian Kesehatan Indonesia: <https://Ayosehat.Kemkes.Go.Id/Cara-Melakukan-Pijat-Payudara-Untuk-Memperlancar-Asi>
- Krugh, M., & Maani. (2020). Misoprostol. *Treasure Island Statpearls Publishing*.
- Kusuma, D. I. (2022). *Gambaran Tekanan Darah Pasien Sectio Caesarea Yang Diberikan Koloid Anestesi Spinal*. Bali: Insitut Teknologi Dan Kesehatan Bali.
- Lowdermik, P. C. (2014). *Keperawatan Maternitas Edisi 8*. Jakarta: EGC.

- Lulia, A. (2020). Upaya Peningkatan Nutrisi Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di ESU Assalam Gemolong. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 12.
- Mofri, L., & Dira. (2023). Ketuban pecah dini dan Oligohidramnion pada kehamilan Pre-term. *JIKA; Jurnal Ilmu Kesehatan Abdurrah*, 81-85.
- Manuaba, I. (2014). *Ilmu Kebidanan Dan Penyakit Kandungan*. Jakarta: EGC.
- Meilina, E., & Aisyah. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diastasis Rektus Abdominalis Pada Ibu Post Partum . *Jurnal Keperawatn Sriwijaya*, 24026.
- Mustika, U., & Handayani, F. (2023). Pengaruh Induksi Oksitosin Terhadap Intesitas Nyeri Persalinan Di Rumah Sakit Umum Arifin Achmad Pekan Baru. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 41-43.
- Prabhcharan, G., Michelle, N. L., & James, W. V. (2023, Februari 20). *Induksi Persalinan*. Retrieved From National Library Of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513439/>
- Prawiroharjo, S. (2014). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono
- Puspita, S., & Dwi, R. K. (2014). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas (Postnatal Care)*. Jakarta: Cv Trans Info Media.
- Riza, S., Hen, Christian, Sti, S., Titi, & Diana. (2022). *Buku Ajar Nifas*. Jakarta: Maha Karya Citra Utama Grup.
- Saraswat, V. (2015, September). *Pengaruh Teknik Anetesi Dan Obat-Obatan Pada Fungsi Paru*. Retrieved From National Library Of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC461302>
- Sari.L. (2020). *Buku Praktikum Asuhan Kehamilan*. Media Sains Indonesia.
- Sayuti, I. (2021). *Gambaran Suhu Inti Tubuh Preanestesi Dan Pascaanestesi Pada Pasien Sectio Caesarea Dengan Spinal Anetesi Di Kamar Operasi Rumah Sakit Bhayangkara Banda Aceh*. Bali: Insitut Teknologi Dan Kesehatan Bali.
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Silfianingsih, R. (2022). *Gambaran Perubahan Saturasi Oksigen Pada Kejadian Shivering Pasien Paska Sectio Caesarea Dirumah Sakit Angkatan Darat Udayana Denpasar*. Bali: Insitut Teknologi Dan Kesehatan Bali.
- Sirait, D. B. (2022). *Seksio Sesaria*. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia.

- Sitorus, S. (2021). *Pemberdayaan Ibu Hamil Dalam Pemilihan Persalinan Dlaam Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Syaiful, Y. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin*. Jakad Meidia Publishing.
- Thursina. (2023). Indikasi Operasi Caesar Dengan Kejadian Kegagalan Induksi Persalinan. *JKM Jurnal Keperawatan Merdeka*, 50-65.
- Wahyuningsih, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Disertai Panduan Persiapan Praktikum*. Jember: Deepublish.
- Widia, S. I. (2018). *Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Njuha Medika.
- Wulan, Tetty, & Devi. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas*. Jakarta: Pt Nasya Expanding Management.
- Yadhy, M. Q., Hendra, & Nova. (2023). Fakto-Faktor Yang Berhubungan Dengan Meningkatnya Kasus Tindakan Sectio Caesarea. *Jurnal Penelitian Perawat Professional* , 1663-1674.

LAMPIRAN

FORMAT BIMBINGAN

Nama : GEBY VELINDA PERMATA AGUSTIA
 NIM : KHGA21052
 Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T DENGAN POST OPERASI
 STENO CAECALIA POD 0 (P.A.0) ATAS INDIKASI OLIGOHIDRAMNION
 DAN GAGAL INDUKSI PIRANGKATANJAN BAWAH MSDU DR. SLAMET GARUT.
 Pembimbing : K. DEWI BUDIART. M.KEP

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	30-5-2024	Bab 1.	Perbaiki isi sesuai tema ketekaitan antar paragraf, data yg diperlukan sangat deduktif		
2	31-5-2024	Bab 3	1 Paragraf berisi 2 pokok pikiran		
3	05-6-2024	Bab I	- Pustakan paragraf - data gagal induksi - data se galon garam - perkelas data se di paragraf st/ tabel data		
4	05/06.2024	Bab I	Perbaiki sesuai arahan lanjut Bab II		
5	06/06 2024	Bab II	Perbaiki penomoran.		

			<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi Sumber - perengkap poin materi 		
			<ul style="list-style-type: none"> - SLR post partum - Heading tabel & Bagan - perengkap teori Proskep - Intervensi per Dx kep 		Adit
			<ul style="list-style-type: none"> - tambahkan Analisa Data & penunjang. - simpulkan setiap Definisi 		
06	10/06 2024		<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan lampiran skid KDM - Parafsan - Lanjut BAB III 		Adit
07	13/06 2024		<ul style="list-style-type: none"> - Dx menyusui - Data dan analisa data & fokuskan ke P - Implementasi sesuai per tahap - Simpulan & evaluasi pemberian obat SK 		Adit
08	14/06 2024		<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki sesuai petunjuk - Lanjut Bab III 		Adit
	19/06 2024		<ul style="list-style-type: none"> - Kesimpulan - Saran sesuai Bab III 		Adit

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

MOBILISASI DINI

Pokok pembahasan	: Post Natal Care (PNC)
Sub pokok pembahasan	: Mobilisasi Dini Post <i>Sectio Caesarea</i>
Sasaran	: Ny.T
Hari/Tanggal	: Senin, 06 Mei 2024
Tempat	: Ruang Marjan Bawah
Waktu	: 11:30 WIB
Durasi	: 15 Menit
Pnyuluh	: Geby Velinda Mahasiswa Praktek D-III Keperawatan Stikes Karsa Husada Garut

A. Latar Belakang

Pengetahuan dan teknologi serta masyarakat yang dinamis, semakin memacu tenaga kesehatan untuk terus meningkatkan kuantitatif dna pelayanan dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Walaupun pengetahuan semakin berkembang tapi bisa saja dalam menangani suatu penyakit tidak begitu efisien, terutama dengan pasien post operasi haru memerlukan penanganan yang kompeten. Pada pasien post operasi *sectio caesaraea* misalnya, seorang pasien memerlukan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses penyembuhan luka paska bedah. Pengembalian fungsi fisik pasien post operasi *sectio caesarea* dilakukan segera setelah operasi dengan melatih napas dan batuk efektif serta latihan mobilisasi dini (Dewi, Nunung, & Astri, 2019).

Masalah yang sering terjadi pada post operasi adalah pasien yang merasa terlalu sakit atau nyeri dan faktor lain yang menyebabkan mereka tidak mau melakukan mobilisasi dini dan memilih untuk istirahat ditempat tidur. Hal tersebut bisa membahayakan pasien post operasi sc karena dapat mengalami komplikasi dari efek pembedahan. Ada beberapa komplikasi yang bisa terjadi yaitu sepsis berat, perdarahan, serangan tromboemboli, perlukaan traktus urinarius dan infeksi pada luka operasi (Sirait, 2022). Menurut Arif & Atun, (2023) mobilisasi dini sangatlah penting bagi ibu post operasi *sectio caeasarea* karena mempengaruhi proses penyembuhan luka.

Mobilisasi dini dilakukan segera 6 jam setelah pasien sadar. Namun luka post operasi sc yang cukup besar di dinding perut dan rahim mengakibatkan rasa nyeri. Walaupun mengakibatkan nyeri pada pasien rujukan dilakukannya mobilisasi dini adalah mengurangi komplikasi dan meminimalkan nyeri setelah berhasil membantu percepatan penyembuhan luka. Sebab jika tidka dilakukan mobilisasi dini penyembuhan luka akan semakin lambat sehingga akan mengakibatkan nyeri yang lebih hebat atau bahkan sampai terjadi infeksi karena tidak lancarnya sirkulasi area luka (Handi, Sriwidodo, & Soraya, 2020).

Dengan melihat kondisi pasien post operasi yang memerlukan perawatan maka perlu dilakukannya intervensi dengan maksud untuk mengurangi tegangan melalui latihan pernapasan dan mobilisasi dini unutm mempercepat proses kesembuhan dan kepulangan pasien serta dapat memberikan kepuasan atas perawatan yang diberikan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dini

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan penyuluhan selama 15 Menit peserta diharapkan dapat:

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

C. Sasaran

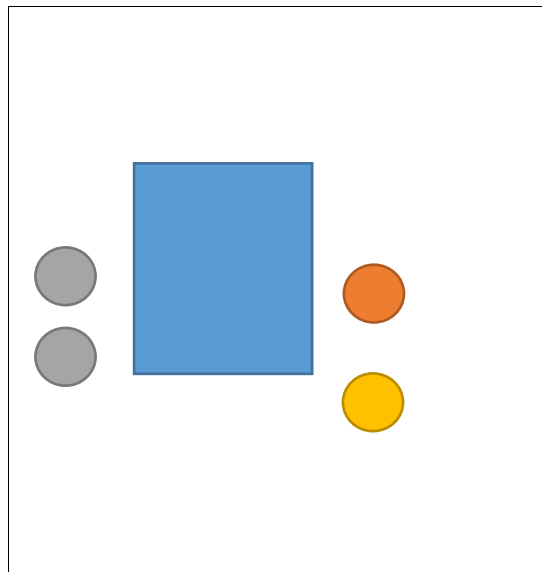
Sasaran Penyuluhan adalah Ny.T dan keluarga Ny.T yang berada di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

D. Metode

Metode yang digunakan yaitu metode ceramah, demonstrasi dan tanya jawab

E. Setting Tempat

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



Keterangan :

- Tempat tidur pasien
- Keluarga Pasien
- Mahasiswa
- Penguji / CI

F. Media

- leaflet

G. Kegiatan Penyuluhan

Kegiatan	Penyuluh	Audiance	Waktu	Metode
Pembukaan	a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Menjelaskan cakupan materi yang akan di sampaikan c. Melakukan appersepsi d. Menjelaskan manfaat dan tujuan penyuluhan	a. Menjawab salam dan mendengarkan	2 Menit	Ceramah
Penyaji	a. Menjelaskan pengertian mobilisasi dini b. Menjelaskan apa itu mobilisasi dini c. Menyebutkan apa saja	a. Menyimak, mendengarkan,	10 Menit	Ceramah

Kegiatan	Penyuluh	Audiance	Waktu	Metode
	manfaat mobilisasi dini d. Menjelaskan kerugian dari tidak melakukannya mobilisasi dini e. Menjelaskan tahapan mobilisasi dini f. Membantu pasien melakukan rentang gerak (ROM)			
Penutup	a. Menutup pertemuan dengan menyimpulkan materi yang telah di bahas b. Melakukan evaluasi c. Memberikan salam penutup	a. Mendengarkan, menjawab dan menjawab salam	3 menit	Ceramah

H. Materi (Terlampir)

I. Rencana Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- a. Diharapkan terdapat keseimbangan dalam pelaksanaan kegiatan penyuluhan tentang mobilisasi dini dengan perencanaan yang di buat di proposal, settingan tempat dan waktu sesuai dengan kontrak sebelumnya.
- b. Diharapkan mahasiswa dapat memfasilitasi Kegiatan dan menjalankan tugas dan perannya dengan baik, tempat yang digunakan nyaman dan mendukung.

2. Evaluasi Proses

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

3. Hasil Evaluasi

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

J. Pengorganisasian

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

Tugas:

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

2. Penyuluh: **Geby Velinda**

Tugas:

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

Lampiran Materi

A. Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan pasien setelah beberapa jam paska operasi. Mobilisasi

dini dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan melakukan pergerakan sederhana (seperti miring kanan-kiri dan latihan duduk) sampai dengan bisa turun dari tempat tidur dan berlatih berjalan (Banamtum, 2021). Mobilisasi dini merupakan suatu upaya yang dilakukan secepat mungkin pada pasien paska operasi dengan membimbing pasien untuk melakukan aktivitas setelah proses pembedahan, dengan latihan pernapasan dan latihan ringan di atas tempat tidur (Hartini, 2021).

Dari kedua definisi diatas dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah proses kegiatan latihan fisik atau gerak pada pasien post operasi. mobilisasi dini dilakukan sekurang kurangnya 6 jam setelah pasien sadar dari operasinya, dengan tujuan melatih pasien untuk dapat melakukan aktivitas sehari-harinya. Mobilisasi dini ini dapat dilakukan diatas tempat tidur dari gerakan sederhana sampai latihan duduk.

B. Manfaat mobilisasi dini

Bagi ibu post SC sangat penting untuk segera melakukan pergerakan atau melakukan mobilisasi dini karena mobilisasi dini dapat mempercepat proses penyembuhan luka operasi, memperlancar peredaran darah, mempercepat involusi uterus, memperlancar pengeluaran lochea, mempercepat pembuangan sisa metabolisme, meningkatkan fungsi paru serta mengurangi resiko pembentukan bekuan darah yang akhirnya dapat menurunkan angka kematian ibu (Isna, 2022).

C. Kerugian tidak melakukan mobilisasi dini

Sebagian besar pasien akan merasa keberatan jika dianjurkan melakukan pergerakan, namun perlu diketahui bahwa beberapa hal bisa terjadi apabila tidak segera melakukan mobilisasi dini diantaranya :

1. Penyembuhan luka menjadi lam
2. Kulit punggung menjadi lecet akibat terlalu lama berbaring
3. Badan mudah lelah
4. Memperlambat penyembuhan luka
5. Involusi buruk
6. Gangguan fungsi otot
7. Peningkatan intensitas nyeri
8. Mengganggu fungsi metabolik
9. Perdarahan abnormal
10. Resiko infeksi pada luka operasi (Isna, 2022).

D. Tahapan mobilisasi dini

Mobilisasi dini pada ibu pasca operasi caesar harus disesuaikan dengan kondisi dan kemungkinan yang mungkin terjadi. Berikut adalah langkah-langkah mobilisasi dini menurut Astutik (2015) yang dapat dilakukan oleh ibu pasca operasi caesarea:

1. 6 jam pertama pasca SC

Setelah menjalani operasi sc, ibu diwajibkan untuk beristirahat terlebih dahulu dengan berbaring. Namun pada tahap mobilisasi dini 6 jam pertama ibu dianjurkan untuk melakukan beberapa pergerakan seperti menggerakkan tangan dan lengan, menggerakkan jari kaki dan memutar pergelangan tangan. Tahapan ini dapat dilakukan tanpa rasa sakit dengan menyangga punggung menggunakan bantal dalam posisi setengah duduk. Ibu dapat menggerakkan kakinya ke depan dan belakang, serta memutar ke kanan dan kiri. Bahkan, gerakan kaki ini dapat dilakukan saat ibu sedang berbaring atau sebelum ibu dapat duduk. Caranya dengan menekukan kaki, lalu diluruskan saat tubuh semakin kuat.

2. 6-12 jam pasca SC

Untuk mencegah trombosis dan tromboemboli, ibu post sc harus memiringkan tubuh ke kiri dan ke kanan. Setiap dua jam, pasien membutuhkan miring kanan dan kiri, batuk serta menarik napas dalam. Untuk meredakan nyeri di tempat sayatan saat batuk, bantal kecil diletakkan di atas perut.

3. 24 jam pertama pasca SC

Disarankan agar ibu post sc dapat mulai duduk. Untuk menopang tubuhnya dan mengajarnya duduk tegak, ibu dapat meminta bantuan suami atau perawat.

4. 24 jam berikutnya

Disarankan agar ibu belajar berjalan setelah pasien mampu duduk. Latihan dilakukan jika pasien mampu untuk berdiri dengan stabil dan cukup kuat, kemudian bisa diawali dengan bergerak perlahan-lahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, I., & Atun, R. (2023). Asuhan Keperawatn gangguan Mobilitas fisik pada pasien post sectio caesarea. *Journal Of Management Nursing*, 178-182.
- Banamtum. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Jakarta*. Jakarta: Salemba.
- Dewi, M., Nunung, N., & Astri, M. (2019). Pain Intesity among Women with Post Caesarean Section. *Knowledge E*, 657-660.
- Eva, D. S. (2022). *Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Sectio Caesarea Dirumah Sakit Colombia Asia Medan 2020*. Medan: Insitut Kesehatan Helvetia.
- Handi, P., Sriwidodo, & Soraya. (2020). Proses Penyembuhan dan Perawatan Luka. *Farmaka*, 251-260.
- Hartini. (2021). Pengaruh Mobilisasi dini terhadap Kemandirian fungsi gerak fisik pasien pasien 6 jam sectio caesarea diruang Amariyls. *Mega Buana Jurnal of Nursing*, 3.
- Isna. (2022). Pengetahuan dan motivasi ibu post operasi sectio caesarea dalam mobilisasi dini. *Jurnal Psikologi Jambi*, 258-260.
- Sirait, D. B. (2022). *Seksio sesaria*. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia.

Apa itu mobilisasi dini?

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

Manfaat nya u/ apa?

1. Mempercepat proses pertumbuhan luka
2. Membantu pengeluaran lochea
3. Memperlancar peredaran darah
4. Membantu dalam proses involusi uterus
5. Mempercepat pembuangan sisa metabolisme
6. Mencegah Trombosis dan tromboemboli
7. Meningkatkan fungsi paru selepas proses bedah
8. Mencegah infeksi pada luka

24 jam berikutnya

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



GEHY
VELINDA
(KHGA21052)



AYO MOBILISASI DINI

KAMI PEDULI ANDA

Kerugian jika tidak mobilisasi ^^



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

1. Intensitas atau tingkat nyeri akan lebih berat
2. proses penyembuhan akan semakin lama
3. badan akan terasa mudah lelah
4. sirkulasi darah buruk
5. involusi uteri buruk
6. gangguan fungsi otot
7. Gangguan fungsi metabolik
8. infeksi pada luka

Tahapan mobilisasi dini



6 jam pertama setelah sadar

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

6- 12 jam berikutnya

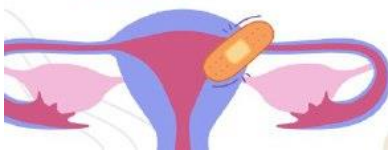
setiap 2 jam sekali pasien di anjurkan untuk belajar miring kanan dan miring kiri



24 jam pertama



Jika sudah mulai mampu mengontrol nyeri , pasien dikasikan belajar duduk , duduk dengan tahanan seperti bantal atau duduk semi fowler. Setelah itu pasien harus di ajarkan duduk tanpa tahanan dengan kaki menghadap bawah



SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PERAWATAN IBU POST PARTUM

Pokok pembahasan	:	Post Natal Care (PNC)
Sub pokok pembahasan	:	- Cara memerah ASI dengan tepat (breast care) - Nutrisi ibu menyusui
Sasaran	:	Ny.T
Hari/Tanggal	:	Senin, 09 Mei 2024
Tempat	:	Ruang Marjan Bawah
Waktu	:	10:30 WIB
Durasi	:	20 Menit
Pnyuluh	:	Geby Velinda Mahasiswa Praktek D-III Keperawatan Stikes Karsa Husada Garut

A. Latar Belakang

Post partum atau masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Wahyuningsih, 2019). Pada masa nifas ibu akan melewati fase menyusui. Fase menyusui merupakan salah satu cara dalam memberikan makanan yang ideal pada bayi, untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Akan tetapi, menyusui tidak akan selalu dapat berjalan dengan lancar, tidak sedikit ibu mengeluh seperti adanya pembengkakan payudara akibat penumpukan ASI, karena pengeluaran ASI

yang tidak lancar atau pengisapan yang kurang baik oleh bayi (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

Penurunan kesehatan fisik dan psikologis dapat terjadi setelah ibu post partum, sehingga ibu post partum perlu mendapatkan dukungan terhadap penyesuaian ibu dalam menghadapi aktifitas dan peran barunya sebagai seorang ibu. Maka dari itu berbagai perawatan pospartum meliputi perawatan diri fisik, perawatan diri psikososial, dan perawatan bayi baru lahir harus dilakukan untuk mmbantu ibu pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam perawatan diri secara mandiri

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan penyuluhan selama 20 Menit peserta diharapkan dapat:

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

C. Sasaran

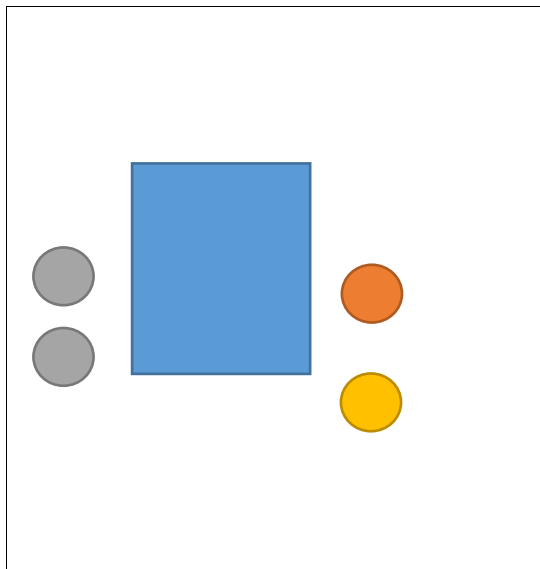
Sasaran Penyuluhan adalah Ny.T dan keluarga Ny.T yang berada di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

D. Metode

Metode yang digunakan yaitu metode ceramah, demonstrasi dan tanya jawab

E. Setting Tempat

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



Keterangan :

-  Tempat tidur pasien
-  Keluarga Pasien
-  Mahasiswa
-  Penguji / CI

F. Media

- leaflet

G. Kegiatan Penyuluhan

Kegiatan	Penyuluh	Audiance	Waktu	Metode
Pembukaan	e. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri f. Menjelaskan cakupan materi yang akan di sampaikan	b. Menjawab salam dan mendengarkan	2 Menit	Ceramah

Kegiatan	Penyuluh	Audiance	Waktu	Metode
	<ul style="list-style-type: none"> g. Melakukan appersepsi h. Menjelaskan manfaat dan tujuan penyuluhan 			
Penyaji	<ul style="list-style-type: none"> g. Menjelaskan pengertian post partum h. Menjelaskan tanda bahaya nifas i. Menyebutkan apa saja manfaat perawatan post partum j. Menjelaskan gizi dan nutrisi yang dibutuhkan ibu nifas k. Menjelaskan pengertian dan jenis-jenis alat kontrasepsi l. Membantu pasien melakukan perawatan payudara 	b. Menyimak, mendengarkan,	10 Menit	Ceramah
Penutup	<ul style="list-style-type: none"> d. Menutup pertemuan dengan menyimpulkan materi yang telah di bahas e. Melakukan evaluasi f. Memberikan salam penutup 	b. Mendengarkan, menjawab dan menjawab salam	3 menit	Ceramah

H. Materi (Terlampir)

I. Rencana Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

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

2. Evaluasi Proses

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

3. Hasil Evaluasi

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

J. Pengorganisasian

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

Tugas:

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

2. Penyuluh: **Geby Velinda**

Tugas:

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

Lampiran materi

A. Definisi post partum (Nifas)

Post partum atau masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Wahyuningsih, 2019). Sedangkan menurut Marlina dkk (2022) ibu post partum merupakan masa setelah melakukan persalinan dan dapat juga disebut masa nifas atau puerperium yaitu pemulihan kembali alat kandungan ibu yang lamanya bisa sampai 6 minggu atau 42 hari.

Dapat disimpulkan bahwa post partum atau masa nifas adalah masa pemulihan ibu setelah mengandung sembilan bulan dan melahirkan bayinya dimana seluruh tubuh akan menyesuaikan kembali organ-organ reproduksi seperti keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama 42 minggu dan perlu adanya perhatian khusus untuk membantu mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi pada ibu.

B. Tujuan perawatan post partum

Ada beberapa kebutuhan yang perlu di perhatikan untuk ibu post partum agar dapat kembali pulih dengan sempurna dan proses menyusui juga berjalan baik. Selain itu tujuan dari dilakukannya perawatan post partum adalah:

1. Memulihkan kesehatan umum
2. Mempertahankan kesehatan psikologis
3. Mencegah infeksi dan komplikasi

4. Memperlancar pembentukan ASI
5. Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan diri mandiri
(Wahyuningsih, 2019).

C. Tanda bahaya ibu post partum

Tanda-tanda bahaya nifas adalah suatu tanda abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas. Menurut Umaroh (2020) ada beberapa tanda bahaya nifas yang harus diketahui oleh ibu setelah melahirkan:

Tabel 2. 1 Tanda-tanda Bahaya Nifas

Tanda bahaya	Penjelasan
Nyeri perut hebat dan perdarahan yang berlebih lewat jalan lahir	Nyeri perut hebat disertai perdarahan yang berlebihan lewat jalan lahir pada ibu nifas secara terus-menerus menunjukkan adanya gangguan pada sistem reproduksi dan harus segera di bawa ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penanganan
Keluar cairan berbau dari jalan lahir	Keluarnya cairan berbau adalah salah satu tanda adanya infeksi
Pandangan kabur, bengkak di wajah, tangan dan kaki atau sakit kepala hebat	Tanda-tanda tersebut menunjukkan gejala Preeklampsia/eklampsia.
Demam lebih dari 2 hari	Pada kondisi ini ibu harus segera ke fasilitas kesehatan terdekat karena sudah menunjukkan tanda-tanda adanya sepsis yaitu infeksi yang telah menyebar ke seluruh tubuh.
Payudara bengkak, merah di sertai rasa sakit atau nyeri	Ini terjadi pada ibu yang terus-menerus tidak dapat mengeluarkan ASI nya jika tetap di acuhkan akan muncul gumpalan.
Ibu tampak sedih, murung, menangis, nafsu makan turun, tidak mau mengurus bayinya.	Kasus ini menunjukkan ibu mengalami <i>baby blues</i> dan harus segera di konsultasikan karena dapat menyebabkan komplikasi yang tidak disadari. Selain itu ibu juga harus menerima dukungan dari suami dan keluarga agar tidak menjadi lebih parah.

D. Gizi dan nutrisi ibu post partum

Nutrisi akan sangat berpengaruh kepada produksi ASI. Ibu yang menyusui dengan nutrisi baik rata-rata memproduksi asinya sekitar 800 cc atau mengandung 600 kilo kalori sedangkan status gizinya kurang akan lebih sedikit menghasilkan ASI. Jumlah kalori juga mempengaruhi produksi ASI di mana jumlah kalori akan dikonversikan 80 sampai 90% jadi jika laktasi berlangsung selama lebih dari 3 bulan selama itu ibu akan menurun berat badannya berarti jumlah kalori tambahan harus ditingkatkan. Selama menyusui Ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal yaitu sebesar 20 gram per hari yang nantinya protein anda akan diubah menjadi asam asam akan diubah menjadi DHA yang akan keluar sebagai ASI. Kebutuhan ibu nifas dan menyusui adalah sebagai berikut:

- 6) Konsumsi kalori tambahan 500kal tiap hari
- 7) Diet seimbang protein, vitamin dan mineral
- 8) Minum sedikitnya 8 gelas per hari
- 9) Konsumsi Fe/tambah darah selama masa nifas
- 10) Konsumsi kapsul vit A
- 11) Sumber zat tenaga (beras, kentang, bihun, mie, roti, makaroni, krackers, dll).
- 12) Sumber zat pembangun (ayam, ikan, daging, telur, hati, keju, susu, kacang-kacangan, tahu, tempe).
- 13) Sumber zat pengatur (sayuran-sayuran yang berwarna hijau dan buah-buahan yang segar).

Berikut adalah contoh menu yang tepat untuk ibu post partum dan menyusui

:

Waktu	Menu
Pagi	Susu Nasi putih Ayam goreng lengkuas Tahu saus tiram Cap Cay Sayur Pisang
Selingan	Kolak kacang merah
Siang	Nasi putih Ikan Mujahir goreng Pepes tempe kelapa parut Sup bening Bayam Jagung Melon
Selingan	Puding susu
Malam	Nasi putih Rawon ayam Tempe Goreng Kerupuk Semangka

Sumber : (Ani, Fillah, & Nurmasari, 2019)

E. Kontrasepsi

Dalam mempersiapkan kehamilan harus mempertimbangkan risiko dan manfaat kesehatan bersama dengan keadaan lain seperti usia, kesuburan, akses ke layanan kesehatan, dukungan pengasuhan anak, keadaan sosial dan ekonomi, dan preferensi pribadi dalam membuat pilihan untuk waktu kehamilan berikutnya. Hal ini penting agar terhindar dari komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan. Selain itu jarak antar kelahiran perlu diatur demi kesehatan dan kesejahteraan ibu maupun bayi Rekomendasi WHO tahun 2005, jarak yang dianjurkan untuk kehamilan berikutnya adalah minimal 24 bulan. Dasar dari rekomendasinya adalah bahwa menunggu selama 24 bulan setelah

kelahiran hidup akan membantu mengurangi risiko yang merugikan bagi ibu, perinatal dan bayi.

Ada beberapa jenis alat kontrasepsi yang dapat disesuaikan dengan kondisi ibu:

1. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), dengan menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke saluran telur karena tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril yang toksik buat sperma. Efektivitas kontrasepsi ini bisa sampai dengan 10 tahun.
2. Implan, merupakan batang plastik berukuran kecil yang lentur, seukuran batang korek api, yang melepaskan progestin yang menyerupai hormon progesteron alami di tubuh perempuan. Efektivitas kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama penggunaan Implan. Risiko kecil kehamilan masih berlanjut setelah tahun pertama pemakaian. Cara kerja kontrasepsi ini adalah bekerja sama dengan hormon untuk tidak mengeluarkan sel telur.
3. Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) yaitu kontrasepsi hormon yang mengandung 2 hormon yaitu progestin dan estrogen seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan.
4. Pil, kontrasepsi hormon yang mengandung 2 macam hormon berdosisi rendah yaitu progestin dan estrogen. Seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan yang harus diminum setiap hari.
5. Kondom, merupakan selubung/sarung karet yang berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata

atau mempunyai bentuk seperti puting susu yang dipasang pada penis saat hubungan seksual Terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), polyurethane, polyisoprene, kulit domba, dan nitrile (Ilyas, Irma, & Ratna, 2020).

F. Perawatan payudara

Perawatan payudara merupakan suatu tindakan untuk meraat payudara terutama pada masa nifas untukmemperlancar pengeluaran ASI. Tujuan utama pijat payudara untuk memudahkan payudara dalam memproduksi ASI. Ketika dipijat kemungkinan peredaran darah yang ada di payudara akan berjalan lancar dan mengurai kelenjar susu yang mengendap di saluran ASI dalam payudara. Selain itu, pemijatan pada payudara bisa meredakan pembengkakan pada ibu menyusui dan membuat tubuh sang ibu lebih rileks dan mudah dalam memberikan ASI pada bayi (Kemenkes, 2019).

Adapun teknik dalam pengurutan payudara yang di paparkan oleh prawirohardjo (2014) dalam , yang dapat dilakukan sebagai berikut:

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

- b. Telapak tangan kiri menopang payudara kiri dan jari-jari tangan kanan saling dirapatkan Sisi kelingking tangan kanan memegang payudara kiri dari pangkal payudara kearah puting, demikian pula payudara kanan lakukan 30 kali selama 5 menit.

3. Pengurutan Ketiga

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

4. Perawatan payudara lainnya

- a. Menggunakan BH yang menyokong payudara
- b. Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali.
- c. Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI, lakukan: pengompresan payudara menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit, urut payudara dari arah pangkal menuju puting susu, keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak, susukan bayi setiap 2-3 jam, apabila tidak dapat menghisap ASI sisanya dikeluarkan dengan tangan letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.
- d. Apabila lecet sangat berat dapat di istirahatkan selama 24 jam ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.

DAFTAR PUSTAKA

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



“
perawatan
payudara
Menjaga payudara tetap bersih dan kering.
- Menggunakan BH yang menyokong payudara.
- Puting lecet dapat dicegah dengan memastikan perlekatan mulut bayi saat menyusui benar (mencapai areola)
- Payudara bengkak dapat menimbulkan nyeri.
Perah ASI, dan kompres dingin sekitar 15-20 menit.



Tanda Tanda Bahaya Nifas



1. Perdarahan lewat jalan lahir
2. Keluar cairan berbau dari jalan lahir
3. Demam lebih dari 2 hari
4. Bengkak dimuka, tangan dan kaki
5. mungkin dengan sakit kepala dan kejang-kejang
6. Payudara bengkak, kemerahan disertai rasa sakit.
7. Mengalami gangguan jiwa (post partum blues).

**SEGERA KE TENAGA KESEHATAN
JKA TERDAPAT SATU
TANDA BAHAYA NIFAS !!!!**

GEBY V



PERAWATAN

*Ibu Post Partum
(Nifas)*

APA ITU NIFAS?

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil.



TUJUAN PERAWATAN NIFAS

- Memulihkan kesehatan umum
- Mempertahankan kesehatan psikologis
- Mencegah infeksi dan komplikasi
- Memperlancar pembentukan air susu ibu
- Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan dapat merawat bayinya dengan baik.

Nutrisi dan Toileting

- Kebutuhan gizi ibu nifas adalah 700 kkal/hari.
- Minum setiap sebelum menyusui sedikitnya 3 liter/hari.
- Pili tambah darah untuk memperbaiki anemia setelah melahirkan
- Minum kapsul vit. A (2000000 unit) agar bisa memberikan vit. A kepada bayi melalui ASI



Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunannya harus seimbang, porsi yang cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung (karbohidrat -protein- vitamin dan mineral)

CONTOH MENU YANG TEPAT

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Berat (gram)	Energi (kcal)
Siang	Nasi Acar ikan Frikedel tahu goreng Urap daun pepaya Sup jagung wortel Buah segar Bolu kukus singkong	Nasi	200	831*
		Ikan tongkol	50	
		Tahu	50	
		Minyak goreng	2,5	
		Daun pepaya	50	
		Kelapa muda	20	
		Teri kering	5	
		Jagung	25	
		Wortel	50	
		Chingling giling	10	
16.00	Bolu kukus singkong Gula pasir	Singkong	50	204*
		Gula pasir	20	

Kontrasepsi

Atur jarak kehamilan secara aman dengan menggunakan kontrasepsi/ KB sesuai pilihan (suntik, implan, pil, IUD spiral, dll)



BIODATA PENULIS



Nama : Geby Velinda Permata Agustin
Tempat/Tanggal lahir : Garut, 08 Desember 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Riwayat Pendidikan :
- TK Siti Masitoh
- SDN Pataruman 1
- Mts. Persatuan Islam Tarogong 76
- MA Persatuan Islam Tarogong 76
- Sejak tahun 2021 kuliah di STIKes Karsa
Husada Garut

MOTTO

“Dan apakah kehidupan dunia ini kecuali kenikmatan yang menipu”

Q.S Ali-Imran 185