

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E (P2A1) POST
SECTIO CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI
DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun oleh :

NATALIA RUHAENI
KHGA22116



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.E (P2A1)
DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS
INDIKASI *KETUBAN PECAH DINI* DI RUANG AGATE
BAWAH RSUD Dr SLAMET GARUT

NAMA : NATALIA RUHAENI

NIM : KHGA.22116

Telah disetujui untuk disidangkan

Pada Sidang Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan

Garut, Juli 2025

Menyetujui,
Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.E (P2A1)
DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* POD 0
ATAS INDIKASI *KETUBAN PECAH DINI* DI
RUANG AGATE BAWAH RSUD Dr SLAMET
GARUT

NAMA : NATALIA RUHAENI
NIM : KHGA 22116

Garut, Juli 2025
Mengesahkan

Penguji I

Penguji II

K.Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kep

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

Mengetahui

Ka. Prodi DIII keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

K.Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kep

Eti Susilawati, S.Kep., M.Si

ABSTRAK

IV BAB,138 Halaman, 16 Tabel, 3 Bagan, 3 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E P2A1 *Post Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut”, karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi oleh data rekam medik RSUD dr. Slamet Garut pada bulan Januari-April 2025 kasus *post sectio caesarea* berada pada jumlah 794 persalinan, persalinan *post sectio caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini menempati urutan ke -2 dari 8 indikasi yaitu 214 kasus atau 26,59%. Tujuan penulisan karya ilmiah ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan pada Ny. E *post sectio caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini secara langsung dan komprehensif. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus pada Ny. E (P2A1) *post sectio caesarea* POD 0 atas indikasi Ketuban Pecah Dini. Hasil: diagnosa yang muncul pada Ny. E adalah nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, menyusui tidak efektif dan defisit perawatan diri. Intervensi untuk diagnosa nyeri akut dilakukan tindakan manajemen nyeri, pada diagnosa gangguan mobilitas fisik dilakukan tindakan dukungan mobilisasi, pada diagnosa resiko infeksi dilakukan tindakan perawatan luka, pada diagnosa menyusui tidak efektif dilakukan tindakan edukasi menyusui dan pada diagnosa defisit perawatan diri dilakukan tindakan dukungan perawatan diri. Evaluasi menunjukkan nyeri akut teratasi Sebagian, gangguan mobilitas fisik masalah teratasi, resiko infeksi teratasi Sebagian, menyusui tidak efektif masalah teratasi Sebagian dan defisit perawatan diri masalah teratasi. Kesimpulan yang dapat diambil oleh penulis mampu melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan. Adapun rekomendasi yang disampaikan adalah diperlukan adanya kerjasama antara perawat, klien dan keluarga dalam melaksanakan perawatan pada pasien *post* operasi untuk mencegah terjadinya komplikasi.

Kata Kunci : (KPD, *Sectio Caesarea*, Asuhan Keperawatan *Postpartum*)

Daftar Pustaka : 51 sumber

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.E (P₂A₁) Dengan Post *Section Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang agate 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-Keperawatan 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 Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si. 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. Ibu Wawat Perawati, S.Kep., Ners diruangan Agate Bawah di Rumah sakit dr. Slamet Garut yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.
9. Ny.E dan keluarga selaku klien, yang sudah sangat kooperatif sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Cinta pertama dan panutanku, ayahanda Ade Jojo, terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis. Beliau memang tidak sempat merasakan Pendidikan sampai bangku kuliah, namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan perkuliahan hingga sampai pada tahap akhir pembuatan karya tulis ilmiah ini.
11. Pintu surgaku, Ibunda Eneng Susilawati beliau sangat berperan penting dalam menyelesaikan program studi penulis, beliau juga memang tidak sempat di bangku perkuliahan, tapi semangat motivasi serta doa yang selalu beliau berikan hingga penulis mampu menyelesaikan perkuliahan hingga sampai pada

tahap akhir pembuatan karya tulis ilmiah ini.

12. Kepada Ibu Nurifah dan Bapak Dadang tercinta yang telah memberikan banyak sekali doa, motivasi serta dukungan . Yang selalu menjadi support system serta menjadi alasan utama bagi penulis dalam menyelesaikan perkuliahan hingga sampai pada tahap akhir pembuatan karya tulis ilmiah ini.
13. Kepada diri sendiri yaitu Natalia Ruhaeni yang sudah bisa bertahan sejauh ini, dan terus melanjutkan penulisan karya tulis ilmiah sehingga dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
14. Kepada teman-teman seperjuangan di stase maternitas Yeti, Salwa,Winda, 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.
15. Kepada semua anggota Grup Bringkad 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.
16. Kepada pasangan saya Muhammad Fadli Raihan terimakasih telah berkontribusi banyak dalam mengatur emosi untuk tetap bahagia. Serta penulis yang insyallah selalu mendukung dan membimbing penulis.
17. Seluruh rekan-rekan DIII- Keperawatan terutama kelas C 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, Juli 2025

Natalia Ruhaeni

DAFTAR ISI

ABSTRAK.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I.....	1
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 ketuban pecah dini.....	8
1. Definisi	8
2. Etiologi	8
3. Patofisiologi.....	9
4. Tanda dan gejala.....	10
5. Komplikasi.....	10
6. Pemeriksaan penunjang	11
7. Penatalaksanaan.....	12
B. Konsep Dasar Sectio Caesarea.....	14
1. Definisi	14
2. Etiologi	15
3. Klasifikasi	16
4. Patofisiologi.....	18
5. Komplikasi.....	21
6. Penatalaksanaan.....	20

C.	Konsep dasar post partum	23
1.	Definisi	23
2.	Tahapan post partum.....	24
3.	Adanya perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum.....	25
4.	Adaptasi Perubahan Psikologis Post Partum	29
5.	Kebutuhan Ibu Post Partum	30
6.	Tanda-tanda bahaya nifas	34
D.	Dampak Post Sectio Caesarea Terhadap Kebutuhan Manusia	35
1.	Rasa aman dan nyaman.....	35
2.	Nutrisi.....	35
3.	Keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa.....	36
4.	Oksigenasi.....	36
5.	Istirahat dan tidur	37
6.	Mobilisasi dan aktivitas fisik	37
7.	Eliminasi urin dan fekal	38
8.	Kebersihan dan perawatan diri.....	38
9.	Integritas kulit dan penyembuhan luka.....	39
10.	Kebutuhan psikososial	39
11.	Kebutuhan seksual	39
E.	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Ibu Post Sectio Caesarea.....	40
1.	Pengkajian Keperawatan	40
2.	Diagnosa Keperawatan	59
3.	Perencanaan keperawatan	59
4.	Implementasi keperawatan	71
5.	Evaluasi keperawatan	71
	BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	72
A.	Tinjauan kasus	72
1.	Pengkajian Keperawatan	72
2.	Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	86
3.	Catatan Perkembangan	108
B.	Pembahasan.....	116
1.	Pengkajian Keperawatan	116

2. Diagnosa Keperawatan	119
3. Perencanaan Keperawatan	124
4. Implementasi Keperawatan.....	126
5. Evaluasi Keperawatan	127
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	130
A. Kesimpulan.....	130
B. Rekomendasi	131
DAFTAR PUSTAKA	133
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Presentasi <i>Sectio Caesarea</i> (SC).....	3
Tabel 2.1 Involusi Uterus	23
Tabel 2.2 Analisa Data.....	59
Tabel 2.3 perencanaan diagnosa nyeri akut.....	64
Tabel 2.4 Perencanaan Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik	66
Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa Defisit Perawatan Diri.....	68
Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Menyusui Tidak Efektif.....	69
Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Resiko Infeksi	71
Tabel 2.8 Perencanaan Diagnosa Gangguan Pola Tidur.....	70
Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan persalinan nifas yang lalu	80
Tabel 3.2 Aktivitas Sehari-hari	84
Tabel 3.3 Hasil Laboratorium Hari Pertama	87
Tabel 3.4 Hasil Laboratorium Post SC	88
Tabel 3.5 Terapi Medis	88
Tabel 3.6 Analisa Data.....	89
Tabel 3.7 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	93
Tabel 3.8 Catatan Perkembangan.....	112

DAFTAR BAGAN

Gambar 2. 1 Pathway <i>Post Sectio Caesarea</i>	20
Gambar 2. 2 Tanda- tanda bahaya nifas	34
Gambar 2. 3 Jenis Luka Sectio Caesarea Menurut Arah Sayatan.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1 Lembar Bimbingan
2. Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
3. Lampiran 3 Materi Penyuluhan
4. Lampiran 4 Leaflet
5. Lampiran 5 Biodata Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Masa kehamilan, persalinan dan nifas merupakan sebuah proses fisiologis yang di dalam prosesnya terdapat kemungkinan bisa mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian. Angka Kematian Ibu (AKI) di seluruh dunia menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2020 sebanyak 295.000 kematian (WHO, 2021). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2020 menunjukkan peningkatan sebanyak 4.627 kematian. Dalam profil Kesehatan provinsi Jawa Barat tahun 2024 tercatat Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2024 turun sekitar 43 kasus menjadi 749 kasus atau 96,89 per 100.000 kelahiran hidup. Dimana pada tahun sebelumnya atau 2023 tercatat Angka Kematian Ibu berjumlah 792 kasus (Jabar, 2024). Data kasus kematian ibu di Kabupaten Garut pada tahun 2024 tercatat 50 kasus dan berada di posisi kedua di antara 27 kabupaten lainnya di provinsi Jawa Barat. Penyebab meningkatnya jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2024 di Kabupaten Garut dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pendarahan, eklampsia, infeksi, gangguan sistem pembuluh darah dan gangguan lainnya seperti partus macet, mola hidatidosa, oligohidramnion dan ketuban pecah dini.

Ketuban pecah dini yaitu merupakan salah satu penyebab infeksi pada masa intranatal maupun postnatal. (Nurkhayati dkk,2020). Ketuban pecah dini dapat menyebabkan vagina terkena infeksi yang mengakibatkan pecahnya

ketuban pada kehamilan premature, kemudian janin yang mengalami deformitas (Safari,2017). Ketuban Pecah Dini (KPD) keadaan dimana pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam di tunggu belum ada tanda tanda persalinan. Ketuban pecah dini dapat terjadi pada kehamilan yang cukup bulan, pada keadaan ini dimana resiko ibu dan janin meningkat. Ketuban pecah dini juga merupakan salah satu masalah dalam kasus kedaruratan kehamilan dan persalinan. Setelah ketuban pecah kuman yang berada didalam serviks mengadakan invansi kedalam selaput ketuban (saccus amnion) dan dalam waktu 24 jam cairan ketuban akan terinfeksi (Kennedey,et al 2019).

Ketuban pecah dini (KPD) disebutkan sebagai pecahnya ketuban sebelum pembukaan 4 cm fase laten, KPD dapat terjadi pada akhir kehamilan atau jauh sebelum waktu melahirkan. Ada beberapa batasan tentang KPD yaitu, 2 atau 4 atau 6 jam sebelum inpartu, KPD terjadi sebelum pembukaan serviks 3 cm atau 5 cm, KPD pada prinsipnya yaitu ketuban yang pecah sebelum waktunya. (Walyani, 2017).

Dampak yang ditimbulkan ketuban pecah dini terhadap janin meliputi lahir belum cukup bulan (*prematuritas*), infeksi, posisi janin (*malpresentasi*), prolaps tali pusat dan kematian saat persalinan, sedangkan dampak terhadap ibu ialah persalinan lama, perdarahan setelah persalinan, rahim tidak bisa berkontraksi kembali setelah melahirkan (*atonia uteri*), infeksi persalinan. (Prawirohardjo, 2016). Penanganan pada ketuban pecah dini dapat dilakukan secara *sectio caesarea*, tindakan *sectio caesarea* merupakan suatu tindakan guna melahirkan

janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (Aspiani & Reny, 2017).

Menurut *World Health Organization* (WHO) rata-rata angka persalinan secara *sectio caesarea* di sebuah negara adalah sekitar 5-15% per setiap 1000 kelahiran di dunia. Di Asia, dari hasil Analisa terbaru persalinan pada tahun 2020, data menunjukkan bahwa 23,2% persalinan dilakukan secara *sectio caesarea* (WHO,2020). Di Indonesia persalinan dilakukan secara *sectio caesarea* juga meningkat setiap tahun. Pada tahun 2015-2017 insiden persalinan *sectio caesarea* adalah 16,5% dan kemudian meningkat pada tahun 2023 sebanyak 17% berdasarkan Riskesdas Jawa Barat pada tahun 2023, persentasi *sectio caesarea* di Jawa Barat adalah sekitar 15,48%. (Riskesdas 2023), data persentasi persalinan *sectio caesarea* di RSUD Dr. Slamet Garut disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 1. 1

**Persentasi *sectio caesarea* (SC) dengan berbagai indikasi di
RSUD Dr. Slamet Garut Januari-April 2025**

No	Kasus	Jumlah	Persentase
1.	SC Indikasi PEB	327	41,18%
2.	SC Indikasi KPD	214	26,95%
3.	SC Indikasi Letak sungsang	102	12,84%
4.	SC Indikasi Partus lama	77	9,69%
5.	SC Indikasi PPT	38	4,78%
6.	SC Indikasi Gawat janin	33	4,15%
7.	SC Indikasi Plasenta previa marginalis	2	0,25%
8.	SC Indikasi Persentasi dagu	1	0,12%
Total		794	100%

Sumber: Buku Register Pasien RSUD Dr.Slamet Garut

Dari hasil pengumpulan data pada table dengan persalinan *sectio caesarea* (SC) di rumah sakit Dr. Slamet Garut, tercatat prevalensi kejadian persalinan *post SC* dengan ketuban pecah dini menempati posisi kedua dengan 214 kasus atau 26,95% dari total kasus persalinan *sectio caesarea* sebanyak 794 kasus. Hal ini perlu dijadikan acuan untuk menerapkan pemantauan lebih kepada ibu dengan luka *post SC* atas indikasi ketuban pecah dini dan berbagi indikasi lainnya untuk menghindari komplikasi pasca prosedur pasca operasi. Komplikasi yang bisa menjadi ancaman bagi ibu adalah sepsis berat, pendarahan, 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. E (P2A1) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Agate 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 ibu dengan *post Sectio caesarea* atas indikasi KPD secara langsung dan komprehensif meliputi aspek Bio-Psiko- Sosial dan spritual.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. E (P2A1) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 atas indikasi Ketuban Pecah Dini Di

Ruang Agate Bawah.

- b. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) pada Ny. E (P2A1) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Agate Bawah.
- c. Penulis mampu menetapkan intervensi sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) pada Ny. E (P2A1) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Agate Bawah.
- d. Penulis mampu mengimplementasikan intervensi yang telah tersusun untuk mencapai kriteria hasil yang ditetapkan pada Ny.E(P₂A₁) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Ketuban pecah dini Di Ruang Agate Bawah.
- e. Penulis mampu mengevaluasi kemajuan keadaan pada Ny.E (P2A1) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Ketuban pecah dini Di Ruang Agate Bawah.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan seluruh data yang ada dan tindakan yang telah dilakukan pada Ny.E (P2A1) Dengan Post *Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Ketuban pecah dini Di Ruang Agate 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 1, pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaah dan diakhiri sistematika penulisan.

BAB II, tinjauan pustaka yang membahas tentang konsep dasar *ketuban pecah dini* (KPD), konsep dasar *sectio caesarea*, konsep dasar *post partum*, Dampak *sectio caesarea* terhadap kebutuhan dasar manusia (KDM) serta konsep asuhan keperawatan.

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.

BAB IV, kesimpulan dan rekomendasi yang berisi tentang kesimpulan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan rekomendasi.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Ketuban Pecah Dini*

1. Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan suatu kondisi dimana ketuban pecah sebelum adanya tanda-tanda persalinan dan 1 jam setelahnya tidak timbul tanda persalinan (Armini,et al.,2019). Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan dan setelah satu jam tidak diikuti proses inpartu sebagaimana mestinya. Apabila pembukaan primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi saat akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (Prawirohardjo, 2020).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya/rupturnya selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya atau pecahnya selaput amnion sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi (Kennedy et al,2019). Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan atau sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi.

2. Etiologi *Ketuban Pecah Dini*

Penyebabnya belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti, kemungkinan yang menjadi faktornya adalah:

- a. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.

- b. Serviks yang *inkompetensia kanalis servikalis* yang selalu terbuka karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan, kuret).
- c. Trauma misalnya hubungan seksual saat hamil dengan frekuensi lebih dari 3 kali seminggu dan *amniosintesis*.
- d. Tekanan intra uteri yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (*overdistensi uterus*).
- e. Kelainan letak, misalnya sungsang sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.
- f. Usia kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun (Prawirohardjo, 2020).

3. Patofisiologi *Ketuban Pecah Dini*

KPD biasanya terjadi karena berkurangnya kekuatan membran atau penambahan tekanan intrauteri ataupun oleh sebab kedua-duanya. Kemungkinan tekanan intrauteri yang kuat adalah penyebab independen dari Ketuban Pecah Dini dan selaput ketuban yang tidak kuat akibat kurangnya jaringan ikat dan *vaskularisasi* akan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah.

Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester akhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban sehingga terjadi pecah ketuban (Prawirohardjo, 2020).

4. Tanda dan Gejala *Ketuban Pecah Dini*

Tanda dan gejala ketuban pecah dini yaitu:

- a. Keluar air berwarna putih keruh, jernih, kuning hijau atau kecoklatan sedikit-sedikit atau sekaligus banyak.
 - b. Dapat disertai demam apabila sudah terdapat infeksi.
 - c. Janin mudah diraba, pada pemeriksaan dalam selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering.
 - d. Pada pemeriksaan inspekulo tampak selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering atau tampak air ketuban mengalir.
 - e. Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina dengan bau amis dan tidak seperti bau amoniak.
 - f. Bercak vagina yang banyak.
 - g. Nyeri perut.
5. Denyut jantung janin bertambah cepat yang merupakan tanda- tanda infeksi yang terjadi. (Prawirohardjo,2016).

6. Komplikasi *Ketuban Pecah Dini*

Komplikasi yang dapat terjadi akibat ketuban pecah dini yaitu:

- a. Komplikasi pada ibu
 - 1) Infeksi maternal

Korionamnionitis (demam $> 38^{\circ}\text{C}$, takikardi, *leukositosis*, nyeri, cairan vagina berbau busuk atau bernanah, DJJ meningkat), *endometritis*, infeksi intrapartum, sepsis cepat (karena daerah uterus dan intra amnion memiliki vaskularisasi sangat banyak), dapat terjadi syok septik sampai kematian

- 2) Infeksi puerpuralis/masa nifas
 - 3) Partus lama
 - 4) Perdarahan post partum
 - 5) Meningkatnya tindakan operatif khususnya SC
- b. Komplikasi pada janin
- 1) Penekanan tali pusat (*prolapse*) seperti gawat janin, asfiksia janin, sepsis perinatal, sampai kematian janin.
 - 2) Prematuris atau premature adalah masalah yang dapat terjadi pada persalinan premature diantaranya adalah *respiratory distress sindrom*, hipotermia, anemia dan sepsis.
 - 3) Sindrom deformitas janin terjadi akibat *oligohidramnion*. Diantaranya terjadi *hypoplasia paru*, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat.

7. Pemeriksaan penunjang *Ketuban Pecah Dini*

a. Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan PH nya. Cairan yang keluar dari vagina bisa air ketuban atau mungkin juga urine atau sekret vagina. Tes lakmus (tes nitrazin), jika

kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan air ketuban (alkalis). PH air ketuban 7-7.5. darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif kadang palsu.

b. Mikroskopik (tes pakis)

Dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambar daun pakis.

c. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Walaupun pendekatan diagnosa KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosa dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana. (Prawihardjo,2020).

8. Penatalaksanaan *Ketuban Pecah Dini*

1) Penatalaksanaan kehamilan <37 minggu

Penatalaksanaan KPD pada kehamilan kurang dari 37 dapat dilakukan dengan tidak melakukan pemeriksaan dalam dan pemberian profilaksis, tokolitik dan *kortikosteroid* sesuai dosis sebagai preventif infeksi. *Kortikosteroid* diberikan untuk pematangan paru janin. Pasien akan direkomendasikan untuk tidur dengan posisi trendelenberg. Penundaan persalinan dapat diberikan melalui tokolitik. Tatalaksana ini didukung dengan monitoring kondisi lain, meliputi pemeriksaan TTV, kadar leukosit dan DJJ. Identifikasi monitoring konservatif yang menunjukkan infeksi pada pasien dapat dilanjutkan dengan proses pemberian induksi, tanpa

pertimbangan pada usia kehamilan. Sementara itu gagalnya induksi harus ditangani dengan tindakan SC.

Manuaba (2014) menjabarkan bahwa tatalaksana ini berperan dalam penurunan morbiditas ibu dan janin di usia kehamilan kurang dari 32 minggu, sementara pada kehamilan di atas 32 minggu dapat memanjangkan usia kehamilan. Antibiotik dalam hal ini dapat diberikan dengan parental maupun peroral, dengan pertimbangan kematangan paru janin. Beberapa jenis antibiotik yang dapat dipergunakan adalah *erythromycin* sebanyak 250 mg IV tiap 6 jam dengan lama 48 jam; ampicillin 2 gram IV tiap 6 jam; serta amocilin peroral tiap 8 jam. Kebutuhan untuk melakukan persalinan pada usia 24 hingga 37 minggu dapat disesuaikan dan disamakan dengan persalinan aterm.

2) Penatalaksanaan pada kehamilan >37 minggu

Manuaba (2014) menjabarkan bahwa persalinan dapat berlangsung kurang dari sama dengan 24 jam pada kehamilan cukup bulan dengan kasus 70 hingga 80%. Sementara itu induksi akan diberikan jika hingga 24 jam belum juga terjadi persalinan. Tata laksana induksi didasarkan pada skor bishop, dimana jika skor bishop menunjukkan hasil lebih dari 5 bermakna induksi siap diberikan dan sebaliknya. Rendahnya skor bishop yang menyebabkan kegagalan pemberian induksi dapat disubstitusi dengan tindakan SC. Tatalaksana ini juga ditunjang dengan pemberian profilaksis untuk mencegah terjadinya infeksi yang mungkin timbul pada 0 hingga 6 jam pasca persalinan.

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

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 (*laparatomy*) 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 *Sectio Caesarea*

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. Kekuatan 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 mengejan ibu lemah, ibu berpenyakit jantung atau berpenyakit menahun lainnya yang mempengaruhi tenaga.

2) *Passanger*

Faktor janin yang bisa menjadi penyulit persalinan diantaranya adalah ketika bayi terlalu besar, bayi dengan kalainan 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 lata*, *condyloma acumilata*, hepatitis 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 dan persalinan buruk, kehamilan disertai dengan penyakit, ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, gangguan perjalanan persalinan (mioma uteri, kista ovarium dan sebagainya), keracunan parah ketika hamil, preeclampsia dan Indikasi Janin, Ada beberapa kondisi janin yang menjadi indikasi harus dilakukannya operasi bedah sesar misalnya gawat janin, kelainan tali pusat seperti terlilit tali pusat, prolaps tali pusat, *malpresentasi* dan malposisi 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 Sectio Caesarea

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, Sirait (2022) klasifikasi *Sectio caesarea* ada beberapa macam yaitu :

- a. *Sectio caesarea transperitoneal profunda* merupakan tindakan operasi dengan membuat insisi di segmen bawah yang panjangnya kira-kira 10 cm.
- b. *Sectio caesarea 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. *Sectio caesarea* yang disertai *Histerektomi* merupakan tindakan SC dengan indikasi Atonia Uteri, Plasenta Accreta, Myoma uteri dan infeksi Intra Uteri berat.
- d. *Sectio caesarea ekstraperitoneal* merupakan SC yang dilakukan tanpa insisi peritoneum yang dilakukan dengan melipat bagian peritoneum ke atas dan kandung kemih kebawah atau ketengah kemudian uterus dibuka melalui segmen bawah.

4. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Section Caesarea adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan SC ini bertujuan untuk mencegah kematian janin atau ibu apabila melahirkan secara 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).

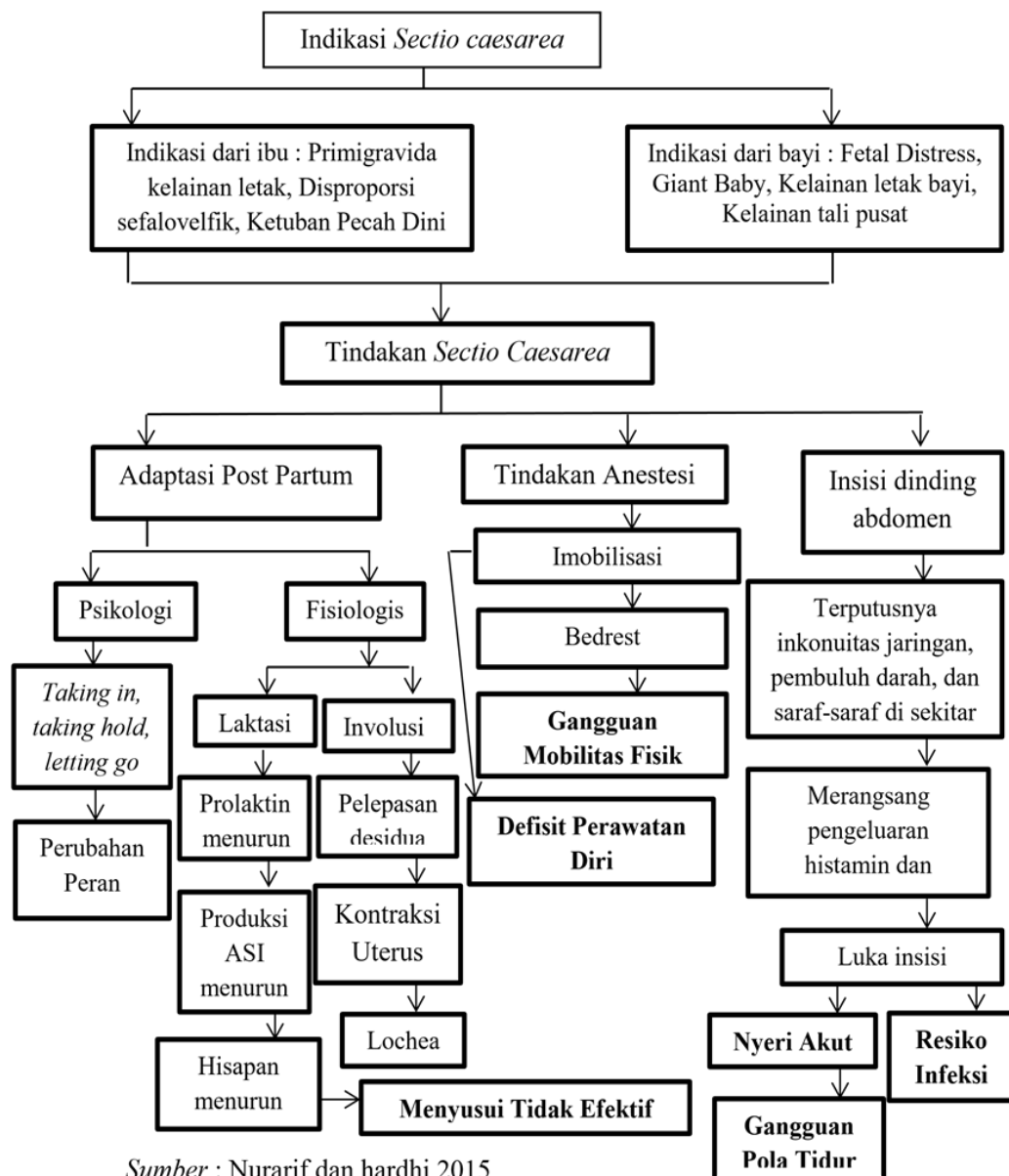
Section caesarea (SC) dilakukan secara sistematis, dimana pasien akan di bius untuk dilakukan sayatan pada area perut. Pembiusan yang di ambil biasanya jenis pembiusan regional, yaitu bius yang di suntikan ke *sub arachnoid* dan *epidural* yang mengakibatkan pasien masih bisa sadar karena pembiusan ini 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).

Gambar 2. 1

Pathway post *sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini

Sumber : Nurarif dan hardhi 2015

5. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Ibu *post partum sectio caesarea* perlu pemantauan lebih daripada ibu dengan persalinan normal. Persalinan bedah sesar memiliki lima kalipatan resiko lebih tinggi terkena komplikasi efek pembedahan. Faktor dominan yang menyebabkan komplikasi adalah faktor anastesi, pengeluaran darah ibu saat tindakan operasi, endometritis, tromboplebitis, 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 Eva (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. Pendarahan.
- c. Komplikasi diluar organ reproduksi seperti luka dikandung kemih dan emboli paru.
- d. Komplikasi yang mungkin baru tampak kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga bisa menjadi atonia uteri

6. Penatalaksanaan pasca *sectio caesarea*

- a. Pelepasan kateter urin : pelepasan kateter urin setelah 12 jam pasca operasi, kecuali ada indikasi lainnya.
- b. Diet : biasa tidak ada pantangan yang signifikan namun 6-8 jam setelah operasi pastikan pasien tidak minum terlalu banyak.
- c. Perawatan luka : Biasanya dilakukan pembersihan luka setelah 24-48 jam pasca operasi.
- d. Pemantauan BAK : Dengan pemantauan 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 selama 24 jam pasca operasi dikatakan normal, namun lebih dari itu harus dilakukan intervensi agar ibu dapat menyusui secara efektif.

f. Terapi farmatologi

1) Analgenetik

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

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*

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 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 lochea, tekanan darah dan suhu.

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

Pada masa ini involusi uteri harus sudah normal, tidak ada perdarahan, lochea 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. Adanya Perubahan Fisiologis *Post Partum*

a. Sistem reproduksi

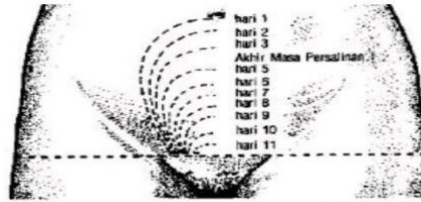
1) Involusi uterus, setelah plasenta lahir akan mulai mengeras karena kontraksi dan relaksasi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil. Kontraksi Rahim berlangsung selama 3-10 hari *post partum*.

Tabel 2. 1 Involusi Uterus

Waktu	Tfu	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	½ pusat simfisis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

Sumber (Riza, et al., 2022)

Gambar 2.1 tinggi fundus uteri



Proses terjadinya pengecilan atau involusi uterus diantaranya adalah:

a) *Iskemia Myometrium*

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

b) *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.

c) *Autolysis*

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

d) 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).

2) Serviks, setelah persalinan serviks menganga dan dalam 4 minggu rongga bagian luarnya baru Kembali normal. Pada persalinan dengan tindakan SC tidak akan mengalami peregangan dikarenakan bayi dilahirkan melalui tindakan operasi pada abdomen.

3) Vagina, mengalami penekanan serta peregangan yang besar karena adanya desakan kepala janin yang terlalu cepat atau bahu pada proses persalinan. Setelah proses persalinan vagina akan tampak terbuka lebar, tertarik dan memar. Pada persalinan SC vagina akan tampak utuh karena bayi keluar tidak melalui vagina melainkan dengan tindakan pembedahan. Vagina berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkanya secret selama masa nifas yang disebut lochea. Lochea yang dikeluarkan akan berbeda karakteristiknya yaitu sebagai berikut:

(a) *Lochea 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.

(b) *Lochea sanguinolenta*, lokia ini berlendir berwarna coklat kemerahan berlangsung dari ahri 4 sampai ke 7 setelah melahirkan.

(c) *Lochea Serosa* biasanya berwarna kuning karena mengandung serum jaringan, desidua, leukosit dan eritrosit. Berlangsung selama dua Minggu setelah post partum.

(d) *Lochea Alba* yang berwarna putih terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua yang berlangsung 14 Hari sampai 2 minggu akhir masa nifas.

(e) *Lochea purulenta*, adalah infeksi yang terjadi pada uterus dengan ditandai kelaurnya cairan seperti nanak yang berbau busuk.

(f) *Lochiotosis* yaitu sebutan untuk okia yang keluarnya tidak lancar.

4) Vulva dan perinieum. Selama proses persalinan vulva mengalami penekanan, organ ini kembali dalam keadaan normal secara bertahap selama 6-8 minggu post partum. Pada persalinan SC vulva dan perinieum tidak mengalami penekanan karena bayi dilahirkan dengan metode pembedahan SC.

b. Tanda- tanda vital

Tanda- tanda vital yang berubah selama masa nifas yaitu, suhu tubuh akan meningkat akibat proses persalinan, kehilangan cairan, nadi dan frekuensi nafas akan mengalami peningkatan karena kompensasi tubuh untuk memenuhi Kebutuhan oksigen.

- c. Hormon, pada wanita menyusui kadar prolactin tetap meningkat sampai sekitar 6 minggu setelah melahirkan
- d. Sistem pencernaan, ibu nifas biasanya mengalami konstipasi dalam minggu pertama. Hal ini karena penurunan tonus otot selama persalinan dan timbulnya rasa nyeri disekitar anus atau perineum setiap kali akan BAB. Pada *post SC* tidak akan ada rasa nyeri atau sakit pada daerah anus dan perineum karena persalinan dilakukan dengan tindakan pembedahan di abdomen.
- e. Sistem perkemihan, pada ibu post partum biasanya mengalami gangguan sistem perkemihan, misalnya seperti retensi urine yang disebabkan karena trauma uretra atau kandung kemih selama melahirkan yakni saat kepala bayi melewati jalan lahir. Pada pasien *post SC* tidak akan terjadi retensi urine karena urine dikeluarkan melalui selang kateter.
- f. Sistem integumen, perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah (*cloasma gravidarum*), leher dan dinding perut karena pengaruh hormone akan menghilang selama masa nifas.

4. Adaptasi Perubahan Psikologis *Post Partum*

- 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 akan diubah menjadi DHA yang akan keluar sebagai ASI. Kebutuhan ibu nifas dan menyusui adalah sebagai berikut:

- 1) Konsumsi kalori tambahan 500kcal 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. Aktivitas dan mobilisasi dini

- 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 menekuk kaki, lalu diluruskan saat tubuh semakin kuat.

- 2) 6-12 jam pasca operasi 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.

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 ini dilakukan jika pasien mampu untuk berdiri dengan stabil dan cukup kuat, kemudian bisa diawali dengan bergerak perlahan-lahan.

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 berapa 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.

Gambar 2. 2 Tanda- tanda bahaya nifas

Tanda bahaya	Penjelasan
Nyeri perut hebat dan perdarahan yang berlebih lewat jalan lahir	Nyeri perut hebat disertai pendarahan 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 gejala adanya infeksi
Pandangan kabur,bengkak diwajah, tangan dan kaki atau sakit kepala berat	Tanda-tanda tersebut menunjukkan gejala preeklampsia atau 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.

Tanda bahaya	Penjelasan
Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit atau nyeri	Ini terjadi pada ibu yang terus- menerus tidak dapat mengeluarkan ASI nya jika tetap diacuhkan akan muncul gumpulan.
Ibu tampak murung, sedih, menangis, nafsu makan turun, tidak mau mengurus bayinya	Kasus ini menunjukkan ibu mengalami baby blues dan harus segera di konsultasikan karena dapat menyebabkan komplikasi yang tidak sadari.

D. Dampak *Post Sectio Caesarea* Terhadap Kebutuhan Manusia

Kebutuhan fisiologis adalah tingkat pertama dan paling dasar dari kebutuhan manusia. Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan utama yang harus dipenuhi oleh manusia 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 ransangan 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 *sectio 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 di penuhi, 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 respirsasi 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 uretra yang terjadi selama proses persalinan. Untuk ibu *post partum* SC, efek anestesi 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 tidka 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 & Grasiana, 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 pascin 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 masa nifas bisa meningkatkan resiko infeksi rahim (Gustrii, 2022).

E. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Ibu *Post Sectio Caesarea*

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 beraktivitas, serta faktor apa yang meredakan nyeri (misalnya: 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, 2020)
- Q (*Qualitative dan Quantitative*) : Seperti apa keluhan nyeri yang dirasakan apakah tumpul, tajam, atau nyeri terbakar. Pada ibu post SC umumnya merasakan nyeri seperti tersusuk-tusuk atau tersayat (Prawiroharjo, 2020).
- 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, 2020).
- S (*Severity*) : Intensitas dari nyeri, tingkatnya mulai dari 1 sampai 10, apakah ada kesulitan untuk beraktifitas (Prawiroharjo, 2019).
- T (*Time*) : Kapan mulai terjadinya, berapa lama nyeri berlangsung, apakah hilang timbul atau konstan, sifat dan nyerinya (Prawiroharjo, 2020)

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 *lochea*, keadaan perineum, keadaan abdomen dan kontraksi uterus, adanya tanda-tanda infeksi pada luka dan keluhan mengenai payudara (Wahyuningsih, 2019).

Pemeriksaan fisik pada ibu post partum section caesarea:

- a) Keadaan umum : pada persalinan *post SC* umumnya keadaan ibu tampak lemah dan masih belum bisa bergerak bebas karena efek anastesi (Sari.L, 2020).
- b) 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).
- c) 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).
- d) Tanda-tanda Vital

(1) 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).

(2) 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 jika ibu dengan diagnosa Preeklampsia tekanan darah kemungkinan masih berada di atas normal (Kusuma, 2022).

(3) Nadi

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

(4) Respirasi

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

(5) 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).

e) Kepala

(1) 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).

(2) 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).

(3) Telinga

Pada pemeriksaan telinga telinga akan tampak

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

(4) 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).

(5) 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).

f) Leher

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

g) Thoraks (dada)

(1) Payudara

Pemeriksaan payudara akan ditemukan data hiperpigmentasi aerola mammae serta penonjolan dari papila mammae efek dari hormon kehamilan dan persalinan. Adanya

nyeri atau keras pada payudara bisa menggambarkan adanya proses produksi ASI pada payudara ibu (Wulan, Tetty, & Devi, 2023). Pada *Post Op Day 0* pasca 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).

(2) 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 ronchi. 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).

(3) 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 peyerta 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).

h) Abdomen

Pada saat pemeriksaan abdomen akan ditemukan luka jahitan *post- op* ditutupi oleh perban. Bentuk luka dipengaruhi 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 arahnya akan horizontal atau mendatar. Selain itu perlu dikaji pula mengenai tanda-tanda infeksi seperti: *tumor, rubor, dolor dan functio laesa* (Anggraeni, Fauziah, & Kristianingsih, 2020).

Gambar 2. 3 Jenis Luka *Sectio Caesarea* Menurut Arah Sayatan



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

Di permukaan abdomen biasanya akan ditemukan 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 albicans*. Namun tidak 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 terasa keras, jika kontraksi uterus tidak baik pada palpasi akan teraba 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 normal nya akan berada di tengah anatar umbilikus dan simpisis pubis pada hari ke enam setelah melahirkan. Sedangkan sehari pasca 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).

i) 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).

j) Exstremitas

Ibu dengan posisi akan mengalami gangguan mobilisasi setelah Tindakan operasi karena masih ada efek anestesi 6 jam setelah anastesi kemungkinan gangguan mobilisasi masih tetap ada karena pasien merasakan nyeri di area operasi sehingga takut bergerak. Pemeriksaan ekstremitas bawah di awali dengan menginspeksi area kaki apakah ada oedema dan varises dengan cara dilihat dan di tekan beberapa detik. Oedema 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 untuk mengalami varises. Hal ini disebabkan oleh hormonal. Kemudian dilakukannya pemeriksaan patella yang dilakukan pada lutut dipukul dengan tendon refleks hamer, respon normal berupa gerakan plantar flexi kaki. Dimana derajat refleks patella dipresentasikan secara simbolis dengan :

4+ : Hiperaktif dengan klonus terus-menerus

3+ : Hiperaktif

2+ : Normal

1+ : Hipoaktif

0 : Tidak ada Refleks (Prawiroharjo, 2020).

Bila refleks 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 di dorsofleksikan 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).

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

c. Aspek psikologis

Kemungkinan ibu postpartum SC pada hari pertama masih berada di fase *taking in*, ibu nifas akan berfokus terutama pada dirinya sendiri. Berulang kali akan menceritakan proses persalinan yang

dialaminya dari awal sampai akhir sebagai proses pengalaman yang membahagiakan (Riza, et al., 2022).

d. 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).

e. 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).

f. 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).

g. 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).

h. 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. 2 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: 1. Mengeluh nyeri DO: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 6. Tekanan darah Meningkat 7. Pola napas berubah 8. Nafsu makan berubah 9. Proses nerfikir	tindakan pembedahan sectio caesarea menyebabkan kerusakan jaringan dan merangsang pengeluaran zat perangsang reseptor nyeri (bradikinin, histamine, dan serotonin). Sehingga tubuh merespon dan merasakan nyeri di area luka menyebabkan nyeri akut.	Nyeri akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	terganggu 10. Menarik diri Tampak luka post SC		
2.	DS: 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Nyeri saat bergerak 3. Enggan melakukan pergerakan 4. Merasa cemas saat bergerak DO: 1. Kekuatan otot menurun 2. ROM (range of motion) menurun 3. Sendi kaku 4. Gerakan tidak terkoordinasi 5. Gerakan terbatas 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 menyebabkan gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
3.	DS: 1. Mengeluh rasa nyeri saat ingin ke toilet Menolak melakukan perawatan	Adanya luka post op sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut	Deficit perawatan diri

No	Data	Etiologi	Masalah
	DO: 1. Tidak mampu melakukan mandi atau mengenakan pakaian atau makan atau ke toilet atau berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang	bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet dan menyebabkan defisit perawatan diri	
4.	DS: 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal DO: 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2. ASI tidak menetes atau memancar 3. Nyeri dan atau lecetterus menerus setelah minggu kedua 4. Intake bayi tidak adekuat 5. Bayi menghisap tidak terus-menerus 6. Bayu menangis saat disusun	Perubahan psikologis ibu setelah melahirkan dapat mempengaruhi proses laktasi, jika psikologis dominan stress dan kuran dukungan akan menyebabkan proses laktasi terganggu, ASI sulit keluar dan payudara bengkak menjadi bengkak sehingga dapat menyebabkan menyusui tidak efektif.	Menyusui tidak efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
	7. Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama 8. Menolak untuk Menghisap		
5.	DS : 1. Klien mengeluh nyeri di luka post SC DO: 1. Adanya luka insisi operasi SC yang masih basah. 2. 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
6.	DS: 1. Mengeluh sulit Tidur 2. Mengeluh tidak Puas tidur 3. Mengeluh pola Tidur berubah 4. Mengeluh istirahat Tidak cukup DO: -	Gangguan pola tidur pada ibu postpartum atau nifas dapat disebabkan oleh berbagai faktor fisik, psikologis, dan lingkungan. Perubahan hormonal, kelelahan fisik akibat perawatan bayi, serta stres dan kecemasan terkait peran baru sebagai orang tua, semuanya dapat berkontribusi pada	Gangguan pola tidur

No	Data	Etiologi	Masalah
		kesulitan tidur. Selain itu, rasa nyeri, terutama nyeri bekas jahitan perineum atau luka bekas operasi caesar, juga dapat mengganggu tidur.	

Sumber : (SDKI, 2017)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) diagnosa yang mungkin muncul pada ibu *post partum Sectio Caesarea* dengan ketuban pecah dini 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).
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri.

3. Perencanaa 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. 3 perencanaan diagnosa nyeri akut

Perencanaan keperawatan	Rasional
<u>Manajemen nyeri</u> Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Observasi 1) Untuk menentukan intervensi yang tepat 2) Untuk mengetahui skala nyeri klien 3) Untuk mengetahui gejala objektif pasien 4) Untuk mengatur atau meminimalisir pemberat nyeri 5) Untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan klien 6) Untuk mengetahui persepsi budaya terhadap rasa nyeri 7) Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap aktivitas dan istirahat klien

<u>Perencanaan keperawatan</u>	<u>Rasional</u>
8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1) Berikan Teknik nonfarmakologis 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	8) Untuk meng-evalusai hasil 9) Untuk mengetahui pengaruh analgetik terhadap pasien Terapeutik 1) Untuk mendistraksi rasa nyeri pasien 2) Untuk mengurangi nyeri 3) Untuk mempermudah pasien istirahat 4) Untuk menentukan intervensi yang tepat Edukasi 1) Untuk menambah pengetahuan klien 2) Untuk menambah wawasan pasien tentang strategi meredakan nyeri 3) Agar pasien dapat memonitor mandiri perkembangan nyeri 4) Untuk meyakinkan pasien harus minum obat dengan tepat 5) Untuk mengurangi nyeri dengan obat Kolaborasi 1) 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. 4 Perencanaan Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik

Perencanaan keperawatan	Rasional
<u>Dukungan mobilisasi</u> Observasi 1) Identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3) Monitor keadaan umum saat mobilisasi Terapeutik 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat 2) Libatkan keluarga dalam aktivitas mobilisasi	Observasi 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 Terapeutik 1) Untuk mencegah adanya resiko jatuh ketika pasien merasa lemah 2) Sebagai support system dan meningkatkan motivasi pasien dalam perawatan

Perencanaan keperawatan	Rasional
Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan 2) Anjurkan mobilisasi dini 3) Anjurkan mobilisasi sederhana Kolaborasi - <i>tidak tersedia</i> <u>Edukasi</u> <u>mobilisasi</u> Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Monitor kemajuan pasien atau keluarga dalam melakukan mobilisasi Terapeutik 1) Siapkan materi media dan alat 2) Beri kesempatan pasien dan keluarga bertanya	Edukasi 1) Untuk mengurangi kecemasan pasien dan menambah wawasan pasien tentang manfaat mobilisasi dini 2) Untuk membantu pemulihan pasien setelah operasi sesarea 3) Untuk membantu meningkatkan toleransi fisik pasien secara bertahap Observasi 1) Agar pendidikan kesehatan dilakukan secara efektif sesuai kesiapan pasien dan keluarga Untuk mengetahui perkembangan pasien dalam melakukan mobilisasi Terapeutik 1) Untuk meluruskan persepsi yang salah baik karena budaya atau pengetahuan pasien 2) Untuk mengurangi kecemasan pasien dan pasien bisa meluangkan waktu untuk melakukan pendidikan Kesehatan

Perencanaan keperawatan	Rasaional
Edukasi 1) Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan 2) Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi 3) Medonstrasikan cara latihan senam nifa	Edukasi 1) Untuk menambah wawasan pasien dalam mengidentifikasi kemampuan mobilisasi secara 2) Agar pasien dapat melakukan latihan fisik yang sesuai dan dapat mencapai tujuan yang diharapkan 3) 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) Memepertahankan kebersihan diri meningkat

Tabel 2. 5 Perencanaan Diagnosa Defisit Perawatan Diri

Perencanaan keperawatan	Rasional
Dukungan perawatan diri Observasi Observasi 1) Monitor tingkat kemandirian	Observasi 1) Untuk mengetahui tingkat

Perencanaan keperawatan	Rasional
Terapeutik 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik 2) Siapkan keperluan pribadi 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri Edukasi 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten Kolaborasi - <i>Tidak tersedia</i>	kemandirian pasien saat ini sehingga dapat diidentifikasi interferensi yang akan dilakukan pada pasien. Terapeutik 1) Lingkungan yang sesuai untuk melakukan perawatan diri akan membantu pasien dalam meningkatkan motivasi 2) Agar pasien mudah dalam mengambil kebutuhan pribadi 3) Sebagai salah satu bentuk empati kepada pasien Edukasi 1) Agar pasien dapat melakukan perawatan diri secara konsisten

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. 6 Perencanaan Diagnosa Menyusui Tidak Efektif

Perencanaan keperawatan	rasional
Edukasi Menyusui Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi keinginan menyusui Terapeutik 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 2) Ajarkan 4 posisi benar dalam menyusui dan perlekatan 3) Ajarkan perawatan payudara antepartum 4) Ajarkan pijat oksitosin	Observasi 1) Agar pendidikan kesehatan dilakukan secara efektif 2) Untuk mengetahui keinginan ibu dalam menyusui Terapeutik 1) Materi yang besar dan menarik dapat meningkatkan motivasi besar 2) Dengan menyedokan kesehatan sesuai kesepakatan pasien dan keluarga mampu meluangkan 3) Untuk meluruskan persepsi yang salah dan memberikan jawaban untuk pertanyaan pasien Edukasi 1) Agar pasien mampu menyusui secara efektif dengan kepercayaan diri sebagai ibu 2) Agar ibu mengetahui manfaat menyusui 3) Posisi yang benar akan mempengaruhi keefektifan menyusui bayi 4) Agar tidak terjadi nyeri pada payudara dan payudara terawat juga bersih

Perencanaan keperawatan	Rasional
Kolaborasi - Tidak tersedia	Dan agar mempermudah refleks oksitosin sehingga ASI dapat keluar dengan mudah

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. 7 Perencanaan Diagnosa Resiko Infeksi

Perencanaan keperawatan	Rasional
Pengontrolan Infeksi dan Pencegahan Infeksi Observasi 1) Identifikasi tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1) Terapkan kewaspadaan universal 2) Batasi jumlah pengunjung	Observasi 1) Untuk mengetahui adanya infeksi pada pasien Terapeutik 1) Pencegahan penularan infeksi 2) Semakin banyak pengunjung semakin banyak pola bakteri yang ada diluar

Perencanaan keperawatan	Rasional
3) Berikan tanda khusus untuk pasien dengan penyakit menular Edukasi 1) Ajarkan cara cuci tangan benar 2) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian antibiotik Perawatan Pasca Seksio Sesarea Observasi 1) Monitor tanda-tanda vital ibu 2) Monitor respon fisiologis 3) Monitor kondisi luka dan balutan Terapeutik 1) Motivasi mobilisasi dini 6 jam	3) Untuk memberikan kewaspadaan bagi tenaga kesehatan dan pasien lainnya Edukasi 1) Untuk mengurangi resiko infeksi 2) Untuk menambah wawasan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi sehingga pasien mampu mengidentifikasi secara mandiri apakah ada infeksi pada dirinya tidak 3) Asupan nutrisi yang baik akan meningkatkan imunitas tubuh sehingga bisa menurunkan tingkat resiko infeksi Kolaborasi 1) Untuk menghindari infeksi yang akan terjadi secara farmakologi Observasi 1) 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 Terapeutik 1) Untuk membantu pemulihan dan melancarkan sirkulasi pasien

Perencanaan keperawatan	Rasional
2) Berikan dukungan menyusui yang memadai Edukasi 1) Ajarkan latihan ekstremitas Kolaborasi <i>-tidak ada</i> Perawatan luka Observasi 1) Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2) Bersihkan dengan cairan Nacl 3) Pasang balutan sesuai jenis luka Edukasi 1) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein Kalaborasi <i>-Tidak tersedia</i>	2) Untuk meningkatkan motivasi pasien dalam menyusui bayinya Edukasi 1) Latihan ekstremitas yang sederhana dapat membantu mempercepat pemulihan dan melancarkan sirkulasi pasien setelah melahirkan Observasi 1) Untuk mengetahui adanya infeksi Terapeutik 1) Agar pasien tidak terlalu merasakan sakit saat di lepas balutan 2) Untuk membersihkan luka dari bakteri 3) Untuk menyesuaikan balutan Edukasi 1) Untuk mempercepat pemulihan

Sumber : (SIKI, 2018)

f. Diagnosa VI: Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

1) Tujuan : Pola tidur membaik

2) Kriteria hasil:

- a) Kesulitan tidur menurun
- b) Keluhan tidak puas tidur menurun
- c) Keluhan istirahat tidak cukup menurun
- d) Keluhan pola tidur membaik

Tabel 2. 8 Perencanaan Diagnosa Gangguan Pola Tidur

Perencanaan keperawatan	Rasional
Dukungan tidur Observasi 1) Identifikasi pola tidur 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4) Identifikasi obat tidur yang di konsumsi Terapeutik 1) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu dan lainnya) 2) Batasi tidur siang jika perlu Edukasi 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	Observasi 1) Untuk mengetahui pola tidur 2) Untuk mengetahui faktor yang mengganggu tidur 3) Untuk menghindari terjadinya sulit tidur 4) Untuk mengetahui obat tidur yang di konsumsi Terapeutik 1) Untuk memberikan rasa nyaman pada pasien 2) Untuk membantu mengurangi terjadinya sulit tidur Edukasi 1) Tidur yang cukup akan meningkatkan daya tahan tubuh 2) Untuk mencegah terjadinya sulit tidur

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

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Nama	:	Ny.E
Umur	:	25 tahun
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Alamat	:	Perum hijrah sukamukti
Status Perkawinan	:	Menikah
Agama	:	Islam
Suku	:	Sunda
Pendidikan	:	SMA
Pekerjaan	:	Ibu Rumah Tangga
No. RM	:	01446066
Diagnosa Medis	:	Post SC
Tanggal Masuk	:	22 April 2025 Jam 15.00
Tanggal Persalinan	:	23 April 2025 Jam 07.30
Tanggal Pengkajian	:	23 April 2025 Jam 09.30

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn.M
 Umur : 25 tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Pekerjaan : Wirasuwasta
 Hubungan dengan pasien : Suami
 Alamat : Perum hijrah sukamukti
 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 saat dikaji tanggal 23 April 2025 pukul 09.30 wib pasien mengatakan nyeri pada area luka *sectio caesarea* diperut bagian bawah. Nyeri bertambah berat saat pasien berusaha mengubah posisi tidurnya dan pasien tampak bersikap protektif. Nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk dan dirasakan di area perut bagian bawah menjalar ke simfisis pubis. Skala nyeri dirasakan 6 (0-10) dan nyeri dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Pasien mengatakan selama hamil dan sebelum hamil tidak pernah memiliki kebiasaan buruk seperti merokok, meminum

alcohol ataupun kebiasaan memakan makanan yang tidak sehat (junk food). Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak ada memiliki riwayat penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilannya seperti DM, hipertensi, 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. Serta pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang mempunyai penyakit menurun seperti hipertensi, DM, penyakit jantung ataupun stroke.

5) Riwayat obstetric

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 : 30 Juli 2024
- (6) HPL : 7 Mei 2025
- (7) *Dysmenorrhea* : Terkadang

b) Riwayat perkawinan

- (1) Usia perkawinan : 4 tahun
- (2) Pernikahan yang ke : Pertama

c) Riwayat kontrasepsi

Pasien mengatakan sebelum hamil menggunakan kb suntik, setelah melahirkan suami pasien menyetujui adanya pemasangan IUD pada pasien setelah operasi SC, jenis IUD hormonal dengan efektivitas 5 tahun pemakaian jumlah anak yang direncanakan untuk saat ini yaitu tiga.

d) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Kehamilan saat ini merupakan kehamilan ketiga pasien (G3P1A1). Imunisasi selama kehamilan sudah lengkap pasien memiliki berat badan sebelum hamil 36 kg dan saat hamil naik 54 kg. Pemeriksaan kehamilan teratur baik di bidan ataupun didokter dengan selama pemeriksaan Antenatal care baik tidak ada tanda-tanda KEK, serta ada keluhan darah tinggi pada usia kehamilan 20 minggu, selama hamil pasien mengonsumsi obat penurun darah tinggi.

e) Riwayat kehamilan sekarang

Pasien mengatakan pada saat trimester I pasien mengeluh mual muntah, tubuh lemas, trimester II pasien mengeluh mual muntah namun tidak berlebih, namun ada keluhan darah tinggi dan pada saat trimester III pasien tidak

mengeluh mual muntah, namun pasien ada keihan darah tinggi. Riwayat ANC pasien mengatakan rutin memeriksakan kehamilannya ke bidan dan puskesmas setiap bulannya.

f) Riwayat persalinan

Pada tanggal 22 April 2025 Pasien datang ke IGD dengan rujukan dari puskesmas bagendit. Pasien sudah pembukaan 5 dan sudah keluar air ketuban pasien dibawa ke ruangan operasi untuk dilakukan tindakan sectio caesarea. Bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki dengan berat 2.500gr dan panjang badan 48 cm

Tabel 3. 1 Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

No	Anak ke			Penyulit			kompli kasi	Data anak		
	Tahun	Umur kehamilan	Penyakit	Jenis	Penolong	Penyulit		Jenis kelamin	Bb	Pb
1.	2018	38 minggu	Tidak ada	Normal	Bidan	-	Tidak ada	Laki-laki	2500 gram	47 cm
2.	2023	13 minggu	Tidak ada	Abortus	Bidan	-	Tidak ada	-	-	-
3.	2025	39 minggu	Tidak ada	Section caesarea	Dokter	KPD	Tidak ada	Laki-laki	2500 gram	48 cm

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : pasien tampak lemah
- 2) Kesadaran : GCS 15 (E4M6V5)
- 3) Tingkat kesadaran : Composmentis

4) Berat badan : Sebelum hamil 36 kg, saat hamil 54 kg.

5) Tinggi badan : 157 cm

6) Tanda-tanda vital :

Tekanan darah : 120/90 mmHg

Nadi : 85x/menit

Respirasi : 20x/menit

Spo2 : 98%

Suhu : 36 °C

7) Kepala

a) Wajah

Tidak ada melasma, pasien tampak meringis.

b) Rambut

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

c) Mata

Kedua mata simentris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, refleks pupil baik, terbukti saat diberi rangsangan cahaya pupil mengecil dan sebaliknya Ketika dijauhkan pupil melebar. Bola mata dapat digerakkan ke segala arah. Fungsi penglihatan baik terbukti pasien dapat membaca papan nama perawat dalam jarak 1 meter. Keadaan

mata bersih, tidak ada peningkatan intraokuler, tidak ada keluhan pada mata.

d) Telinga

Letak telinga simetris antara kiri dan kanan, 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 simetris antara kiri dan kanan tidak ada secret ataupun polip. Tidak ada nyeri tekan pada area sinus dan tidak ada masalah penciuman terbukti dengan pasien dapat membedakan kayu putih dengan aroma alcohol.

f) Mulut dan tenggorokkan

Mukosa bibir lembab, 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, dan tidak ada gigi berlubang ataupun karang gigi.

8) Leher

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

9) Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada fraktur dan tidak ada benjolan

a) Payudara

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

b) Paru-paru

Bentuk dada normal dengan pergerakan dada simetris. Frekuensi napas 21x\menit. Suara perkusi sonor, suara nafas vesikuler.

c) Jantung

Bunyi jantung S1 S2 lup dup, irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 85x\menit. Serta tidak adanya keluhan nyeri dada. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung ataupun hipertensi.

10) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat linea nigra, ada luka post SC

horizontal atau mendatar, ditutup perban, Panjang luka sekitar 10 cm. Kulit abdomen tidak ada *striae*, terdapat nyeri tekan pada abdomen bagian bawah kontraksi uterus teraba keras. TFU satu jari dibawah pusat. Kandung kemih teraba kosong. Bising usus 18x/menit dan suara perkusi timpani. Pasien mengatakan tidak ada keluhan mual ataupun kembung.

11) Genitalia dan anus

Area perineum tampak kotor, pengeluaran lochea rubra 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. Terpasang kateter dengan pengeluaran urin bercampur darah sekitar 250cc. Tidak ada hemoroid pada anus.

12) Ekstremitas dan integumen

a) Ekstremitas atas

Tidak ada edema, CRT < 2 detik, terpasang infus RL + oksitoksin ditangan kiri. Kekuatan otot 5/5. Kuku terlihat Panjang dan kotor serta kulit terasa lengket

b) Ekstremitas bawah

Tidak ada edema dan reflex patella (+2). Human sign negatif dan tidak ada varises. Kekuatan otot 4/4. Kuku Panjang dan kotor serta kulit teraba lengket. Pasien mengatakan takut menggerakkan kakinya karena nyeri diarea luka post SC.

Pasien juga mengatakan kakinya masih terasa kebas.

c) 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	Nasi, sayur, daging, buah, dan lainnya 3x/hari, porsi dewasa ,Tidak ada, Tidak ada Air putih, kopi, teh 8-9 gelas/hari,Tidak ada, Tidak ada	Sedang puasa post operasi POD 0
2.	Istirahat dan tidur a. Siang - Durasi - Keluhan b. Malam - Durasi - Keluhan	1 jam/hari Kadang tidak bisa tidur karena berisik. 6-7 jam/ hari Tidak ada	Pasien belum tidur siang dan tidur malam karena masuk keruangan pukul 09.30
3.	Eliminasi a. BAB - Frekuensi - Konsistensi - Warna - Bau - Keluhan	12x/hari Padat Coklat Khas feses Tidak ada	Belum BAB

No	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
	BAK - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Keluhan	Tidak terhitung Tidak terhitung Kuning Khas urin Tidak ada	Terpasang kateter 400-250cc/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. Kegiatan waktu luang c. Olahraga d. Keluhan	Ibu rumah tangga Menonton tv 2x/minggu Tidak ada	Bedress Dzikir Tidak berolahraga Nyeri saat bergerak

12) Aspek psikososial

a) Psikologis

Pasien tampak masih berada difase taking in karena masih cenderung pasif terhadap lingkungannya. Pasien mengatakan senang persalinannya berjalan normal walaupun dengan cara di *Caesarea*. Pasienn mengatakan merasa tidak nyaman dengan luka bekas operasinya sehingga hanya bisa bergantung pada anggota keluarganya

dalam melakukan semua aktivitas.

b) 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.

c) Aspek Spiritual

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

d) 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.

e) Data penunjang

Nama pasien : Ny .E

Diagnosa : G3P2A1

Ruangan rawat inap : Agate bawah

Tanggal Pemeriksaan : 22 April 2025

Tabel 3. 3 Hasil Laboratorium Hari Pertama

No	Pemeriksaan	Hasil	Flag satuan	Nilai normal
1	Hematologi			
	- Hemoglobin	13,1	mg/dL	12,3-15,0
	- Hematokrit	40	%	35-47
	- Jumlah leukosit	13,820	/mm ³	3-10
	- Jumlah trombosit	251,000	/mm ³	150.00
	- Jumlah eritrosit	4,43	Jt/ mm ³	3,6-5,8
2	Kimia Klinik	81	mg/dL	<200
	- GDS	0,48	mg/dL	06-15
	- Fungsi ginjal	9	mg/dL	10-24
	Kreatin	0,48		
	Ureum			

Nama pasien : Ny .E

Diagnosa : P2A1, post SC

Ruangan rawat inap : Agate Bawah

Tanggal Pemeriksaan : 23 April 2025

Tabel 3. 4 Hasil Laboratorium *Post Sectio Caesarea*

No	Pemeriksaan	Hasil	Flag satuan	Nilai normal
1.	Hematologi			
	- Hemoglobin	13.3	mg/dL	12.3-15,0
	- Hematokrit	41	%	35-47
	- Jumlah leukosit	11,500	/mm ³	3-10
		212,000	/mm ³	150,00-450

	- Jumlah trombosit - Jumlah eritrosit	4,60	jt. /mm ³	3,6-5,8
--	--	------	----------------------	---------

13) Terapi Medis

Nama pasien : Ny .E

Diagnosa : P2A1, post SC

Ruangan rawat inap : Agate Bawah

Tanggal : 23 April2025

Tabel 3. 5 Terapi Medis Farmakologi

No	Terapi	Dosis	Rute	Keterangan
1.	Infus RL	20 tpm	Iv	Cairan Elektrolit
2.	Ketorolac	3x30 mg	Iv	Analgetik
3.	Metronidazole	3x500 mg	Iv	Antibiotic

2. Analisa Data

Tabel 3.6 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: 1. Pasien mengeluh nyeri pada luka post SC 2. Pasien mengatakan nyerinya bertambah saat bergerak atau berubah posisi DO: 1. Pasien tampak meringis 2. Tampak luka post SC 3. Panjang luka 10cm 4. Skala nyeri 6 (0-10) 5. Hasil tanda-tanda vital TD : 130/90 mmHg Nadi : 85x\menit Respirasi : 20x\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: 1. Pasien mengeluh nyeri saat bergerak DO:	Adanya luka post op sectio caesarea yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien	Gangguan mobilitas fisik

	1. Kekuatan otot menurun $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$ 2. Keadaan umum lemah 3. Gerakkan pasien terbatas	menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas dan menyebabkan gangguan mobilitas fisik	
3.	DS: - DO: 1. Terdapat luka post sc 10 cm tertutup perban 2. Jumlah leukosit :11,500 μ L 3. Ttv: Td: 120/90 mmHg Nadi: 85x/menit RR: 20x/menit Suhu: 36 °	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
4.	DS: 1. Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri DO: 1. Rambut tampak lepek 2. Daerah perineum tampak kotor 3. Kulit teraba lengket 4. Perawatan diri pasien tampak dibantu keluarga	Adanya luka post op section 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
5.	DS: 1. Klien mengatakan ASI nya belum keluar DO: 1. ASI belum tampak keluar 2. Payudara teraba lembek dan tidak bengkak	Post partum atau SC hormone prolaktin belum ada, kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI ketidakefektifan pemberian ASI	Menyusui tidak efektif

3. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

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

DS:

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

DO:

- 1) Pasien tampak meringis
 - 2) Tampak luka post SC
 - 3) Panjang luka 10 cm
 - 4) Skala nyeri 6 (0-10)
 - 5) TD 100/60 mmHg,
 - 6) Nadi 85x/menit
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di tandai dengan :

DS:

- 1) Pasien mengeluh nyeri saat bergerak

DO:

- 1) Kekuatan otot menurun 55/44
 - 2) Keadaan umum lemah
 - 3) Gerakan pasien terbatas
- c. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Operasi SC)

DS:-

DO:

- 1) Terdapat luka post sc 10 cm tertutup perban

2) Jumlah leukosit : 11,500 μ L

3) Ttv:

TD: 120/90 mmHg

Nadi: 85x/menit

RR: 20x\menit

Suhu: 36 °

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitoksin ditandai dengan:

DS:

1) Pasien mengatakan ASI nya belum keuar

DO:

1) ASI tampak belum keluar

2) Payudara teraba lembek dan tidak bengkak

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

DS:

1) Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri

DO:

1) Rambut tampak lepek

2) Daerah perineum tampak kotor

3) Kulit teraba lengket

4) Perawatan diri pasien masih dibantu keluarga

4. Proses Keperawatan

Nama pasien : Ny. E

Jenis kelamin : Perempuan

No. RM : 01446066

Umur : 25 tahun

Ruangan : Agate bawah

Dx. Medis : P2A1 Post SC

89

Tabel 3.7 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ny. E

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan: Ds: 1) Pasien mengeluh nyeri pada luka post SC 2) Pasien mengatakan nyerinya bertambah saat bergerak atau bertambah saat bergerak atau berubah posisi Do: 1) Keadaan umum lemah 2) Pasien tampak meringis 3) Tampak luka post SC 4) Skala nyeri 6 (0-10)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri Observasi 1) Periksa TTV 2) Kaji skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal dan karakteristik nyeri	1) Untuk memantau tanda vital berada 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 3) Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien, menentukan tindakan yang tepat	Rabu 23/04/2025 Waktu : 11.00 WIB 1) Memeriksa tanda-tanda vital Hasil : - TD 100/60 mmHg, - Nadi 70x/menit, - RR 21x/menit, - SpO2 96%, - Suhu 36.7°C. Waktu : 11.08 WIB 2) Mengidentifikasi skala nyeri pasien Dengan hasil : Skala nyeri 6(0-10) Waktu : 11.10 WIB 3) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal dan karakteristik nyeri pasien	Rabu 23/04/2025 Waktu : 11.00 WIB S: 1) Pasien mengatakan masih merasa nyeri walaupun sudah sedikit berkurang karena melakukan relaksasi napas dalam 2) Pasien mengatakan masih cemas untuk bergerak O: 1) Pasien tampak meringis 2) Pasien tampak bersikap protektif 3) Skala nyeri 6 4) TTV; TD: 100/60 mmHg Nadi : 70x/menit

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
	5) Hasil tanda-tanda vital: TD 120/60 mmHg, 6) Nadi 70x/menit, RR 21x/menit, Spo2 96%, dan Suhu 36.7°C		4) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	4) Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap aktivitas dan istirahat pasien	Dengan hasil : - 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 Waktu : 11.12 WIB 4) Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada ADL	RR: 21x/menit SpO2: 98% Suhu: 36.6°C A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1) Monitor efek samping analgetik 2) Berikan teknik non farmakologis 3) Kontrol lingkungan nyeri dan fasilitasi istirahat dan tidur 4) Anjurkan melakukan teknik non-farmakologis 5) Kolaborasi pemberian analgetik 6) Pelaksana : Natalia Ruhaeni

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	rasional		
			5) Fasilitasi istirahat tidur	5) Untuk memenuhi Kebutuhan istirahat tidur pasien	Dengan hasil : - Pasien mengatakan cemas bergerak karena takut nyeri bertambah Waktu : 13.35WIB 5) Menganjurkan klien untuk tidur siang Dengan hasil : - Klien istirahat dan tidur	
			6) Kontrol lingkungan dan fasilitasi istirahat dan tidur	6) Untuk mempermudah pasien istirahat	Waktu : 11.30 WIB 6) Merapikan alat, barang dan tempat tidur pasien agar pasien merasa nyaman	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			Terapeutik 7) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Tarik nafas dalam) Edukasi 8) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	7) Terapeutik Untuk mengurangi nyeri pada luka 8) Untuk mengurangi rasa cemas pasien Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap aktivitas dan istirahat pasien	Dengan hasil : - Pasien tampak nyaman 7) Memberikan Teknik nonfarmakologis dengan melatih teknis nafas dalam Dengan hasil: Klien merasa lebih rileks Waktu : 11.18 WIB 8) Menjelaskan tentang luka bekas operasi dan nyeri yang ditimbulkan - Dengan hasil : - Pasien - mengatakan paham dengan yang di jelaskan perawat	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			Kolaborasi 9) Kolaborasi pemberian analgetik	9) Untuk mengetahui pengaruh analgetik terhadap pasien	Waktu : 11.32 WIB 9) Memberikan obat analgetik <i>Ketorolace 1x30mg (IV)</i> Dengan hasil : - Klien diberikan obat dengan rute IV ketorolac 30mg Pelaksana : Natalia R	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi				
			Intervensi	Rasional						
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di tandai dengan : Ds : 1) Pasien mengeluh nyeri saat bergerak Do : 1) Kekuatan otot menurun 55/44 2) Keadaan umum lemah 3) Pasien tampak dibantu keluarga dalam beraktivitas	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 4) Kelemahan fisik menurun	<u>Dukungan dan Edukasi Mobilisasi Observasi</u> 1) kaji adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya 2) kaji toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3) Monitor keadaan umum saat mobilisasi	1) Untuk menentukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien 2) Untuk mengetahui sejauh mana Pergerakan yang masih bisa ditoleransi pasien 3) Untuk mengetahui keadaan tubuh pasien secara umum	Rabu 23/04/2025 Waktu : 11.00 WIB 1) Mengkaji adanya nyeri Dengan hasil : - Pasien mengeluh adanya nyeri di area luka operasi Waktu : 12.00 WIB 2) Mengkaji pergerakan yang bisa dilakukan pasien Dengan hasil : - Pasien mengatakan lemas dan masih takut bergerak Waktu : 12.20 WIB 3) Memonitor keadaan umum	Rabu 23/04/2025 Waktu : 16.00 WIB S: 1) Pasien mengatakan masih takut bergerak karena nyeri O; 1) Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table> 2) pasien tampak masih dibantu keluarga dalam beraktivitas 3) pasien mampu melakukan ROM aktif di atas tempat tidur A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi	5	5	4	4
5	5									
4	4									

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			Terapeutik 4) Libatkan keluarga dalam aktivitas mobilisasi Edukasi 5) Jelaskan tujuan dan prosedu	Pergerakan yang masih bisa ditoleransi pasien 4) Untuk mengetahui keadaan tubuh pasien secara umum 5) Perubahan keadaan umum dan ttv pasien saat melakukan mobilisasi	pasien saat mobilisasi Dengan hasil : - keadaan umum tampak dan pasien tampak takut dalam bergerak karena nyeri Waktu : 12.30 WIB 4) Melibatkan keluarga pasien dalam aktivitas mobilisasi dini Dengan hasil : - keadaan umum tampak dan pasien tampak takut dalam bergerak karena nyeri Waktu : 12.30 WIB 5) Melibatkan keluarga pasien	P: lanjutkan intervensi 1) Kaji toleransi fisik pasien 2) Monitor kemajuan pasien dalam mobilisasi 3) Libatkan keluarga dalam mobilisasi Anjurkan untuk belajar duduk Pelaksana ; Natalia Ruhaeni

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			tindakan mobilisasi dini post SC 6) Ajarkan mobilisasi dini post SC • 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	Pergerakan yang masih bisa ditoleransi pasien 6) Untuk mengetahui keadaan tubuh pasien secara umum	dalam pergerakan (membenarkan posisi tidur) Waktu : 12.10 WIB 6) Menjelaskan arti mobilisasi dini dan tahapan serta manfaat dari mobilisasi dini Dengan hasil: - Pasien mampu menyebutkan kembali tahapan mobilisasi dini - Klien sudah mampu melakukan mobilisasi miring kanan dan kiri	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			- duduk tanpa tahanan, jika tidak pusing latihan duduk dengan menurunkan kaki ke arah lantai - 24 jam berikutnya ; latihan jalan mandiri Kolaborasi <i>Tidak ada</i>			

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
3	Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Operasi SC) Ds : 1) Pasien mengeluh nyeri di luka post SC Do: 1) Terdapat luka post sc 10 cm tertutup perban 2) Terdapat nyeri tekan pada abdomen 3) Jumlah leukosit :11,5 /mm³	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 3) Terapkan kewaspadaan universal	1) Untuk mengetahui tingkat infeksi dari tand dn gejala infeksi yang muncul pada pasien 2) Untuk mengetahui perkembangan kondisi luka 3) Untuk memutuskan rantai penularan bakteri	Rabu 23/04/2025 Waktu : 11.00 WIB 1) Mengidentifikasi adanya tanda-tanda infeksi Dengan hasil : - Tidak ada tanda tanda infeksi Waktu : 11.10 WIB 2) Memonitor kondisi luka dan balutan Dengan hasil : - Luka tampak tertutup perban dan perban tampak bersih tida ada rembesan darah Waktu : 11.15 WIB 3) Menerapkan cuci tangan yang	Rabu 23/04/2025 Waktu : 16.00 WIB S: 1) Pasien masih mengeluh nyeri O: 1)Adanya luka insisi 2)Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perban 3)perban tampak bersih tida ada rembesan darah 4)Panjang luka 18cm 5)Pasien mampu menyebutkan langkah cuci tangan yang tepat 6)Pasien mampu menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi pada luka post op SC 7)TTV:

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			4) Batasi jumlah pengunjung	4) Untuk meminimalisir terjadinya port the entry dari pengunjung luar	benar dan memakai sarung tangan sebelum tindakan Dengan hasil : - Untuk memutus rantai penularan infeksi Waktu : 11.20 WIB 4) Menganjurkan pasien dan keluarga pasien untuk membatasi jumlah pengunjung Dengan hasil : - Penjaga pasien hanya ada 2 orang yaitu suami dan ibu pasien Waktu : 12.00 WIB 5) Menjadwalkan perawatan luka	TD: 130/90mmHg Nadi : 85x/menit RR: 21x/menit SpO2: 98% Suhu: 36.2°C A: masalah resiko infeksi teratasi sebagian P:lanjutkan intervensi 1)Kaji adanya tanda dan gejala infeksi 2)Monitor kondisi alutan 3)Terapkan keawaspadaan universal 4)Batasi jumlah pengunjung 5)Lakukan perawatan luka pada tanggal 23/04/2025 6)Anjurkan meningkatkan nutrisi dan protein 7)Kolaborasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			6) Ajarkan cara cuci tangan benar 7) Jelaskan tanda dan gejala infeksi	6) Untuk mencegah infeksi dan pasien dapat 7) menerapkan cuci tangan sebagai tindakan utama dalam mencegah infeksi	benar dan memakai sarung tangan sebelum tindakan Dengan hasil : - Untuk memutus rantai penularan infeksi Waktu : 12.00 WIB 6) Menjadwalkan perawatan luka post SC untuk 08/06/2024 Dengan hasil : <i>tidak ada</i> Waktu : 12.20 WIB 7) Mengajarkan pasien cuci tangan yang benar Dengan hasil : 8) Pasien mampu mempraktekan cara cuci tangan	Antibiotik Pelaksana : Natalia R

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			8) Jelaskan tanda dan gejala infeksi	8) Untuk menambah wawasan pasien dan menambah kewaspadaan pasien terhadap kondisi tubuhnya	6 langkah secara tepat 8) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka post op SC Dengan hasil : - pasien mampu menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi pada luka post op SC Waktu : 12.40 WIB	
			9) Anjurkan meningkatkan asupan Nutrisi dan makanan tinggi protein	9) Untuk membantu mempercepat pemulihan luka operasi, mencegah infeksi	9) Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan setelah diperbolehkan makan dan minum Dengan hasil: - Pasien memahami pentingnya	

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			10) Kolaborasi pemberian antibiotik: <u>Cefotaxime</u> :2x1gr <u>Metrodinazole</u> :3x500mg	10) Untuk membantu mempercepat pemulihan luka operasi, mencegah infeksi	meningkatkan nutrisi Waktu : 14.00 WIB 10) Memberikan antibiotik sesuai adv.dokter <u>Cefotaxime</u> :1x1gr(IV) <u>Metrodinazole</u> :1x500mg (IV) Dengan hasil : pasien diberikan antibiotic Pelaksana : Natalia R	
4	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan DS: Klien mengatakan ASI nya belum keluar	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan menyusui membaik. Dengan kriteria hasil:	Edukasi menyusui Observasi 1) Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui	1) Untuk mengetahui keinginan pasien terhadap menyusui bayinya	Rabu 23/04/2025 Waktu : 11.00 WIB 1) Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui Dengan hasil: klien ingin segera menyusui	Rabu 23/04/2025 Waktu : 14.00 WIB S: 1) Klien mengatakan ingin segera menyusui anaknya

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			4) Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. Memerah ASI, pijat oksitoksin, pijat payudara)	4) Agar produksi ASI meningkat	dan bayi 4) Merencanakan pijat oksitoksin 25/April/2025 Pelaksana : Natalia R	
5	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan: Ds: 1) Pasien mengatakan tidak nyaman karena badannya lengket Do: 1) Rambut tampak lepek 2) Daerah perineum tampak kotor	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kemampuan perawan diri meningkat. Dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat	<u>Dukungan perawatan diri</u> <u>Observasi</u> 1) Monitor tingkat kemandirian	1) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien saat ini sehingga dapat diidentifikasi intervensi yang akan dilakukan pada pasien	Rabu 23/04/2025 Waktu : 11.00 WIB 1) Memonitor tingkat kemandirian Dengan hasil: - Klien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri	Rabu 23/04/2025 Waktu : 14.00 WIB S: 1) Pasien belum mampu ke kamar mandi O: 2) Pasien tampak rapi dengan baju baru 3) Daerah perineum pasien tampak bersih

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
			Intervensi	Rasional		
			4) Dampingi dalam melakukan perawatan diri	4) Sebagai salah satu bentuk empati kepada pasien	Waktu : 11.31 WIB 4) Membantu pasien memakai baju kembali setelah operasi Dengan hasil : - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman	Perawatan secara konsisten Pelaksana : Natalia R
			5) Bantu pasien dalam melakukan perawatan perineum	5) Agar area perineum tidak lembab dan tetap bersih untuk mengurangi tinggi resiko tingkat infeksi	Waktu : 12.00 WIB 5) Melakukan perawatan perineum dan membantu pasien memakai pembalut Dengan hasil : - Pasien mengatakan lebih nyaman saat sudah perineum sudah dibersihkan	

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

4. Catatan Perkembangan

Nama pasien : Ny.E

Jenis kelamin : Perempuan

Umur : 25 tahun

Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Ttd pelaksana
1.	24/04/2025 Pukul 14.00 wib	Dx. I	Jam 14.00 wib S: - Pasien mengatakan masih nyeri pada luka post SC-nya - Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol nyeri pada luka post SC-nya O: - Pasien tampak meringis Ketika bergerak - Pasien bersikap protektif - Skala nyeri 4(0-10) - Terdapat luka post sc 10 cm dengan tertutup perban - Perban tampak bersih dan tidak ada rembesan - TD: 120/90 mmHg - Nadi: 84x/menit - RR: 20x\menit A: - Masalah nyeri akut teratasi Sebagian P: - Lanjutkan intervensi - Anjurkan Kembali Teknik relaksasi Tarik napas dalam - Monitor efek samping analgetik - kontrol lingkungan dan fasilitasi istirahat dan tidur - kolaborasi terapi analgetik I: pukul 14.30 - mengevaluasi Kembali Teknik relaksasi Tarik napas dalam hasil: pasien mampu memonitor nyeri	Natalia R

No	Tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	Ttd pelaksana
			- mengontrol lingkungan pasien dan menganjurkan pasien tidur dengan cukup - hasil: pasien tidur dengan cukup - memberikan analgetik sesuai advice dokter: Ketorolac 1x30 mg (IV) - Hasil: diberikan obat ketorolac E: - masalah teratasi sebagian	
	24/04/2025 Pukul 14.40 wib	Dx II	Jam 14.40 wib S: - pasien mengatakan sudah bisa duduk dan mencoba belajar berjalan O: - pasien tampak meringis Ketika bergerak - Kekuatan otot 5/5 - Pasien tampak sedang belajar berjalan - TD: 120/90 mmHg - Nadi: 84x/menit - RR: 20x/menit A: - Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian P: - Pertahankan intervensi - Latih pasien berjalan secara mandiri - Libatkan keluarga dalam mobilisasi - Monitor keadaan umum saat mobilisasi I: pukul 14.53 wib - Melatih pasien berjalan secara mandiri - Hasil: pasien mampu berjalan secara mandiri - Memonitor keadaan umum saat mobilisasi - Hasil: aktivitas pasien sudah mandiri dalam melakukan aktivitas E: - Masalah teratasi	Natalia R

No	Tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	Ttd pelaksana
		Dx III	Jam 15.00 wib S: - Pasien mengatakan masih merasa nyeri O: - Luka tampak tertutup perban - Perban tampak masih bersih dan tidak ada rembesan - Leukosit 11,500μL - TD: 120/90mmHg - Nadi: 84x/menit - RR: 20x/menit - Suhu 36,2 A: - Masalah resiko infeksi teratasi Sebagian P: - Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda infeksi - Batasi jumlah pengunjung - Anjurkan meningkatkan nutrisi E: - Masalah teratasi Sebagian I: pukul 15.10 wib - Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: ada nyeri tekan pada abdomen - Menganjurkan meningkatkan nutrisi Hasil: pasien meningkatkan asupan nutrisi	Natalia R
		Dx V	Jam 15.25 wib S: - Pasien mengatakan kulitnya tidak lengket karena sudah mandi dibantu perawat dan keluarga O: - Pasien tampak sudah membersihkan perineumnya dibantu oleh perawat - Kuku pasien sudah pendek - Pasien tampak bersih dan rapih - Rambut klien tampak masih lepek - Perawatan diri pasien masih dibantu keluarga A: - Masalah defisit perawatan diri	Natalia R

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Ttd pelaksana
			- teratasi Sebagian P: - Pertahankan intervensi - Anjurkan pasien untuk konsisten dalam melakukan perawatan diri - Dampingi pasien dalam melakukan perawatan diri - Anjurkan untuk memperhatikan kebersihan perineumnya E: - Masalah teratasi Sebagian I: 15.40 wib - Mendampingi pasien dalam melakukan perawatan diri Hasil: mendampingi perawatan diri - Menganjurkan pasien untuk selalu memperhatikan kebersihan perineumnya Hasil: pasien mengikuti anjuran -	
2.	25/04/2025 Pukul 08.00 wib	Dx I	Jam 08.00 wib S: - Pasien mengatakan nyerinya mulai berkurang - Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol nyeri pada luka post SC-nya O: - Skala nyeri 3(0-10) - Terdapat luka post sc 10 cm, dengan tertutup perban - TD: 115/90 mmHg - Nadi: 90x/menit - RR: 20x\menit A: - Masalah nyeri akut teratasi Sebagian P: - Lanjutkan intervensi - Anjurkan Kembali Teknik relaksasi Tarik napas dalam - Monitoring efek samping analgetik - Kontrol lingkungan dan fasilitasi istirahat dan tidur - Kolaborasi terapi analgetik ketolorac 3x30mg	Natalia R

No	Tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	Ttd pelaksana
			I: pukul 08.15 wib - Mengevaluasi Kembali teknik relaksasi Tarik napas dalam mengontrol nyeri Hasil: pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri - Memberikan analgetik sesuai Advice dokter:ketorolac 1x30mg (IV) Hasil: diberikan obat ketorolac E: - Masalah teratasi Sebagian	
		Dx III	Jam 08.30 wib S: - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang O: - Luka tampak tertutup perban - Perban tampak bersih dan tidak ada rembesan - Pasien meringis saat lukanya ditekan - Luka tampak kering - TD: 115/90 mmHg - Nadi: 84x\menit - RR: 20x/menit - Suhu: 36,2 A: - Masalah resiko infeksi teratasi Sebagian P: - Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda infeksi - Batasi pengunjung - Anjurkan meningkatkan nutrisi - Lakukan perawatan luka I: 08.40 wib - Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: ada nyeri tekan diabdomen - Melakukan perawatan luka Hasil: dilakukan perawatan luka E: - Masalah teratasi Sebagian	Natalia R
		Dx V	Jam 09.00 wib S: - Pasien mengatakan sudah bisa	

No	Tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	Ttd pelaksana
			- mandi mandiri - Pasien mengatakan sudah - membersihkan perineumnya secara mandiri O: - Pasien tampak bersih dan rapih Perawatan diri pasien sudah bisa Secara mandiri A: masalah defisit perawatan diri Teratasi	Natalia R
		Dx IV	Jam 09.20 wib S: - Pasien mengatakan belum mengetahui mengapa ASI-nya belum keluar - Pasien mengatakan cemas ASI-nya belum keluar walaupun sudah melakukan pijat payudara O: - Pasien tampak bingung ASI-nya belum keluar walaupun sudah melakukan pijatan payudara - Payudara teraba lembek A: menyusui tidak efektif P: - Kaji keinginan menyusui ibu - Identifikasi kemampuan dan waktu yang tepat untuk melakukan Pendidikan Kesehatan - Berikan kemampuan bertanya - Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dan perlekatan - Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan - Ajarkan perawatan payudara dengan pijat oksitoksin I: pukul 09.40 wib - Mengkaji keinginan ibu untuk menyusui Hasil: ibu sudah mampu menyusui bayinya - Mengidentifikasi kemampuan dan waktu yang tepat untuk melakukan Pendidikan Kesehatan Hasil: memberikan penkes pijat oksitoksin - Mengajarkan pijat oksitoksin	Natalia R

			Hasil: pasien terlihat nyaman saat dilakukan pijat oksitoksin E: - Pasien mengatakan sudah tidak cemas tentang ASI-nya belum keluar - Pasien mampu menyebutkan 4 posisi menyusui yang tepat - Pasien mampu mengulangi cara pijat oksitoksin Masalah teratasi sebagian	
3.	26/04/2025 Pukul 10.00 wib	Dx I	Jam 10.00 wib S: - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol nyeri pada luka post SC-nya O: - Skala nyeri 2(0-10) - Terdapat luka post sc 10 cm dengan tertutup perban - TD: 120/80mmHg - Nadi: 95x/menit - RR: 20x\menit A: masalah nyeri akut teratasi Sebagian I: - Mengevaluasi kembali teknik relaksasi napas dalam Hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang - Mengontrol lingkungan dan menganjurkan pasien tidur cukup Hasil: mampu memonitor nyeri secara mandiri E: - Masalah teratasi Sebagian	Natalia R
		Dx III	Jam 10. 25wib S: - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang O: - Luka tampak tertutup perban - Perban tampak bersih dan tidak ada rembesan - TD: 120/80 mmHg - Nadi: 95x/menit - - RR: 20x/menit	Natalia R

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Ttd pelaksana
			- Suhu 36,1 A: masalah resiko infeksi teratasi Sebagian P: - Pertahankan intervensi - Monitor tanda-tanda infeksi - Anjurkan meningkatkan nutrisi I: 10. 26 - Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: ada nyeri dibagian abdomen E: - Masalah teratasi Sebagian	
		Dx IV	Jam 11.05 wib	
			S: - Pasien mengatakan ASI-nya sudah keluar sedikit O: - Pasien tampak tenang - ASI-nya tampak keluar setetes dan belum memancar A: - Masalah menyusui tidak efektif teratasi Sebagian P: - Pertahankan intervensi - Dukung pasien dalam meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Anjurkan pasien untuk langsung melakukan perlekatan dan anjurkan brescare I: pukul 11.25 wib - Melibatkan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien dalam menyusui. Hasil: suami dan keluarga selalu memberi dukungan pada pasien dalam menyusui - Menganjurkan pasien untuk langsung melakukan perlekatan dan menganjurkan brescare Hasil : ASI pasien keluar sedikit-sedikit E: - Masalah teratasi sebagian	Natalia R

B. Pembahasan

Pada bab ini penyusun akan membahas mengenai kasus yang telah diuraikan pada bab sebelumnya yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Ny.E (P2A1) Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Agate Bawah RSUD dr Slamet Garut”. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 23 April 2025 sampai dengan 26 April 2025.

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.E *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini didapatkan data pasien mengeluh nyeri pada luka post sc, skala nyeri 6 (0-10), tampak luka post sc ± 10 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 (Syaiiful, 2020) Tindakan operasi sc akan mengakibatkan kelemahan fisik dan menimbulkan nyeri yang menyebabkan pasien takut

bergerak. Ny.E 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. E 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 SC* menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL terganggu. Saat pengkajian juga ditemukan data kulit Ny.E 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/ μ l , luka post operasi tampak tertutup perban, perban terlihat bersih dan tidak ada rembesan darah, tidak ada tanda gejala infeksi, Warna lochea merah kehitaman dan encer, bau khas amis dan hasil pemeriksaan nadi 80x/menit, suhu 36,2°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

mengaktivasi reaksi pembekuan darah. Sehingga sel darah putih akan menghancurkan kuman dan bakteri di area 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 E 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 ditemukan pada kasus Ny. E 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,E.

2. Diagnosa Keperawatan

Dari teori ditemukan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan *post Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban Pecah Dini sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitoksin
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
5. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (SC)
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

Setelah dilakukan pengkajian penulis menemukan kesenjangan diagnosa dari teori dengan kenyataan, maka diagnosa yang muncul pada Ny. E dengan *post section caesarea* POD 0 atas indikasi ketuban pecah dini adalah sebagai berikut:

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 6 (0-10) dan nyeri dirasakan terus menerus. Data objektifnya, pasien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen serta nyeri tekan saat di palpasi. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Menurut teori hambatan mobilitas fisik ini terjadi karena adanya kelemahan fisik dan luka post operasi yang menimbulkan nyeri yang menyebabkan takut untuk bergerak sehingga meminimalkan gerakannya akibatnya terjadi gangguan mobilitas fisik dan menimbulkan kekuatan ototnya menjadi menurun (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 menegaskan 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.E penyebab adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan *sectio caesarea*. Data yang ditemukan pada Ny.E ditemukan faktor pendukung resiko infeksi yaitu Pasien mengeluh nyeri di luka *post SC*. Adanya luka insisi operasi SC yang masih tertutup perbandan anjang luka 10cm 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 sectio caesarea* karena adanya efek anastesi, penurunan kemampuan untuk mobilisasi dan beraktivitas di batasi pasien khawatir pergerakannya akan menjadi fatal

terhadap luka *post* SC sehingga aktivitas klien terbatas terutama pada aktivitas perawatan diri (Dian & Grasiona, 2022). Pada Ny. E *post 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 kulitnya lengket. Sedangkan secara objektif rambut Ny.E tampak lepek dan 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.E pada hari kedua setelah operasi penulis menegaskan diagnosa keperawatan tambahan menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin dengan alasan ada beberapa data menyusui tidak efektif pada Ny.E 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 menyusu pada payudara ibu secara langsung. Hal ini menyebabkan refleksi oksitosin dan prolaktin tidak adekuat karena tidak ada hisapan dari bayi, sedangkan menurut teori normalnya ASI akan terproduksi dan keluar pada hari ke2-3 setelah melahirkan (Wulan, Tetty, & Devi, 2023).

Diagnosa yang terdapat pada teori namun tidak ditemukan pada kasus yaitu:

a) Gangguan pola tidur

Gangguan pola tidur adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami atau berisiko mengalami perubahan kualitas dan kuantitas waktu tidur yang menyebabkan ketidaknyamanan atau gangguan pada gaya hidup yang diinginkan. Gangguan ini bisa berupa kesulitan tidur, terjaga terlalu sering di malam hari, atau pola tidur yang tidak teratur. Gejala dan tanda mayor subjektif gangguan pola tidur yaitu sulit tidur, sering terbangun di malam hari dan merasa tidak puas dengan tidur dan objektifnya kesulitan memulai tidur pada malam hari. (SDKI,2017)

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. E tidak

ditemukan tanda mayor dan minor sehingga diagnose gangguan pola tidur tidak muncul pada asuhan keperawatan ini.

3. Perencanaan Keperawatan

Penyusunan rencana tindakan keperawatan ini disesuaikan berdasarkan situasi dan kondisi serta sumber fasilitas yang ada. Masalah yang muncul pada Ny.E 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.E 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.E 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.E diresepkan obat Cefotaxime 2x1 gr secara intravena dan Metrodinazole 3x500mg secara intravena sebagai antibiotik pasien.

Seangkan untuk diagnosa defisit perawatan diri, penulis merencakan untuk membantu klien dalam pemenuhan ADL mulai dari nutrisi: makan dan minum, personal hygiene. Hal tersebut dilakukan selama 24 jam diaman Ny.E 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.E selama perawatan diri.

Pada diagnosa keperawatan terakhir adalah menyusui tidak efektif penulis lebih menekankan perencanaan edukasi menyusui pada Ny.E agar dapat mengurangi rasa cemas yang di alami dan Ny.E 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 perencana juga disuun 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 pasien 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.E 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 3 hari di rumah sakit dan 1 kali melakukan home visit 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 (0-10). Sehingga masalah teratasi sebagian masalah nyeri akut teratasi sebagian karena pasien pulang di hari ke-3, 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. E 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. E 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.E P2A1 2,5 jam *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Agate bawah RSUD Dr. Slamet Garut pada tanggal 23-26 Mei 2024, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.E dengan *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Ny.E dengan *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini.
3. Penulis mampu menetapkan perencanaan keperawatan pada Ny.E dengan *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini berdasarkan diagnosa prioritas yang telah disusun.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny.E dengan *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini sesuai rencana yang telah ditetapkan.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Ny.E dengan *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini.
6. Penulis mampu membuat dokumentasi keperawatan pada Ny.E dengan *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.E P2A1 2,5 jam setelah *post sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini. Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada:

1. Institusi Pendidikan

Bagi institusi Pendidikan diharapkan pengajaran dilakukan oleh pengajar/dosen untuk memberikan ilmu kepada masyarakat saat dilahan praktek karena sering terjadi beberapa kesenjangan antara teori dan fakta dilapangan sehingga mahasiswa mampu menyesuaikan dan mampu melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional serta untuk menunjang dalam hal proses belajar bagi mahasiswa diharapkan perpustakaan lebih memperbanyak literatur dan buku sumber yang lengkap dan *update* untuk dijadikan dalam kajian dalam pembuatan karya tulis ilmiah atau penelitian mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan *post sectio caesarea* secara komprehensif dan Pendidikan Kesehatan terkait asuhan keperawatan *sectio caesarea*.

2. Bagi Rumah Sakit

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan pasien *post SC*, hal penting adalah sarana dan prasarana yang menunjang rumah sakit diharapkan sebagai pemberi pelayanan Kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam asuhan keperawatan *post sectio caesarea* sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) serta menyediakan sarana dan prasarana dalam melaksanakan tindakan seperti

Pendidikan Kesehatan pada pasien.

3. Bagi Perawat

Bagi perawat diharapkan mampu meningkatkan kinerja melalui pelatihan-pelatihan sehingga mampu meningkatkan asuhan keperawatan khususnya *post sectio caesarea*. Dan perawat mampu memberikan Pendidikan kesehatan untuk meningkatkan derajat Kesehatan ibu *post sectio caesarea*.

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

- Anggraeni, N., Fauziah, & Kristianingsih. (2020). Faktor yang berhubungan dengan kejadian pada ibu bersalin. 259-268.
- Agustin, D. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Sectio Caesarea Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Nyaman. *Braz Deint J*, 33.
- Aspiani, Reny. (2017). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: Trans Info Media
- Asriani, & Sartika. (2023). Keperawatan Maternitas. Purbalingga: Eureka media Aksara.
- Arif, I., & Atun, R. (2023). Asuhan keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Post Sectio Caesarea. *Journal Of Management Nursing*, 178-182.
- Agustin, D. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Sectio Caesarea Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Nyaman. *Bratz, Deint J*, 33.
- Ayati, N., & Sulistyawati, W. (2017). *Asuhan Nifas Dan Menyusui*. Mojokerto: CV Kekata Group.
- Armini NW, Marhaeni GA, Sriasih GK (2020). Asuhan Kebidanan Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Aromateraphy Lavender Terhadap Peningkatan Produksi Asi Pada Ibu Postpartum Di Wilayah kerja Puskesmas Batur I Kabupaten Banjar Negara.
- Dewi, M., Nunung, N., & Astri, M. (2019). Pain Intesity Among Women With Post Caesarea Section. *Knowledge E*, 657-660
- Dian, H., & Grasiona, F. (2022). Kebutuhan personal Hygiene Pada Pasien PostSectio Caesarea. *Jurnal Keperawatan Sumba*, 8-10.
- Diana. (2022). Buku Ajar Nifas. Jakarta: Maha Karya Citra Utama Grup.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. Profil Kesehatan Kabupaten Garut 2024.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2024.
- Eva, D. B. (2022). *Faktor yang mempengaruhi Persalinan Sectio Caesarea Dirumah Sakit Colombia Asia Medan 2020*. Medan. Medan: Institut Kesehatan Helvetia
- Ernawati, S., Nonon, Suprihatin, Nailus, S., Ummu, S., Yulia & Aguniar. (2017). *Manajemen Kesehatan Menstruasi*. Jakarta: Universitas Nasional Global One.
- Fadhilah, G. F., & Sari, I. (2021). Analisis Perawatan Partus Sectio Caesarea Pasien

- Rawat Inap Jamkesmas Ina-Cbg's Di Rsu Muhammadiyah Cirebon. *Sosains*. 839
- Gustri. (2022), Juli 27). *Seksualitas Dan Masa Nifas*. Retrieved From Dektorat Kemenkes RI: [https://Yankes.Kemenkes.Go, Id/View_Artikel/602/seksualitas-Dan-masa-nifas](https://Yankes.Kemenkes.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.
- Kennedy, B., Ruth, D., & Martin, E. (2019). Modul Manajemen Intrapartum. Jakarta: EGC,
- Kusuma, D. I. (2022). *Gambaran Tekanan Darah Pasien Secrio Caesarea Yang Diberikan Koloid Anastesi Spinal*. Bali: Institut 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 RSU Assalam gemolong. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 12.
- Meilina, E., & Aisyah. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diastasis Rektus Abdominalis Pada Ibu Post Partum *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 24026
- Manuaba, I. (2014). Ilmu Kebidanan Dan Penyakit Kandungan. Jakarta: EGC.
- Marlina, L. (2022) Hubungan Pengetahuan ibu postpartum tentang perawatan luka perineum dengan lama penyembuhan luka di RS JIH Solo (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada). Solo
- Nurkhayati, E., Hasanah, R., & Faletahan, S. (2020). Gambaran Faktor Penyebab Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(1), 18-24. Retrieved from scholar.google.ac.id
- Nova. (2023). Fakto-Faktor Yang Berhubungan Dengan Meningkatnya Kasus Tindakan Sectio Caesarea. *Jurnal Penelitian Perawat Professional*, 1663-1674.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nic-Noc (2nd Ed). MediAction.
- PPNI (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tirane Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI (2018), Standar Luaran Keperawatan indonesia: Definisi dan Kriteria Has Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Prawirohardjo, S. 2016. Ilmu Kebidanan Cetakan Kelima. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono.
- Prawirohardjo, S. (2020) *'Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo'*, Edisi Ke-4. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- 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.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2023). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2023*. Diakses: 27 Desember 2023 dari www.depkes.go.id
- Sitorus, S. (2021). *Pemberdayaan Ibu Hamil Dalam Pemilihan Persalinan Dlaam Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- 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>
- Sayuti. 1. (2021). *Gambaran Suhu Inti Tubuh Preanestesi Dan Pascaanestesi Pada Pasien Sectio Caesarea Dengan Spinal Anetesi Di Kamar Operasi Rumah Sakit Bhayangkara Banda Aceh*.
- Sari.I.. (2020). *Buku Praktikum Asuhan Kehamilan*. Media Sains Indonesia.
- Sirait, D. B. (2022). *Seksio Sesaria*. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia.
- Safari, F. R. N. 2017. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum H. Abdul Manan Simatupang Tahun 2016. Wahana Inovasi, Vol 6(No (2).
- Silfianingsih, R. (2022). *Gambaran Perubahan Sanurasi Oksigen Pada Kejadian Shivering Pasien Paska Sectio Caesarea Dirumah Sakit Angkatan Darat Udayana Denpasar*. Bali: Insitut Teknologi Dan Kesehatan Bali.
- Syaiful, Y. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin*. Jakad Meidia Publishing.
- Umaroh, Musdalifah, U. and Oktaviani, D.A. (2020) Pengenalan Perubahan Fisiologi dan Tanda Bahaya Pada Ibu Hamil dan Ibu Nifas. 1st edn. Edited by Hariyanti. Semarang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.

Available at: <https://repository.kemkes.go.id/book/312>.

Wahyuningsih, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Disertai Panduan Persiapan Praktikum*. Jember: Deepublish.

Walyani. 2017. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Barupess.

WHO. World Health Statistics 2015: World Health Organization; 2020

World Health Organization. (2021). *Monitoring Health For the Sdgs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO,

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-LAMPIRAN

FORMAT BIMBINGAN

Nama : Natalia Ruhaeni
 NIM : KHGA22116
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan *Post Sectio Caesarea* POD 0 (P2A1) Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Di Ruang Agateu Bawah RSUD dr. Slamet Garut
 Pembimbing : Ibu Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si.

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	3/6/2025	Judul	1) Acc judul 2) Lanjut BAB 1		
	3/6/2025	BAB I	1) Perbaiki penempatan data dilatar belakang 2) Jelaskan alasan mengambil kasus 3) Perbaiki rata kanan dan penulisan		
2.	11/6/2025	BAB I	1) Perbaiki penulisan kata yang salah 2) Lanjut BAB II		
3.	18/6/2025	BAB II	1) Perbaiki penulisan kata yang salah 2) Rapihkan rata kanan dan kiri		
4.	23/6/2025	BAB II	1) Rapihkan dan tambah materi mobilisasi dini		
5.	25/6/2025	BAB II, BAB III	1) ACC BAB II 2) Sesuaikan data pengkajian dan analisa data 3) Perbaiki penulisan tabel		
7.	30/6/2025	BAB III	1) Rapihkan penulisan 2) Sesuaikan data		

			dengan pengkajian 3) Perbaiki materi yang ada di pembahasan		
8.	4/7/2025	BAB III, BAB IV, abstrak	1) Perbaiki pembahasan diagnosa 2) Perbaiki bagian rekomendasi		
9.	7/7/2025	BAB III BAB IV	1) ACC BAB III 2) ACC BAB IV 3) ACC Sidang		

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

MOBILISASI DINI

Pokok pembahasan	:	<i>Post natal care</i>
Sub pokok pembahasan	:	Mobilisasi dini post SC
Sasaran	:	Ny.E
Hari/tanggal	:	Rabu, 23 April 2025
Tempat	:	Ruang agate bawah
Waktu	:	11.30 wib
Durasi	:	15 menit
Penyuluh	:	Natalia Ruhaeni 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 dan 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 harus memerlukan penanganan yang kompeten. Pada pasien post operasi sectio caesarea misalnya, seorang pasien memerlukan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses penyembuhan luka pasca 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 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 caesarea 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 tidak 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 untuk 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

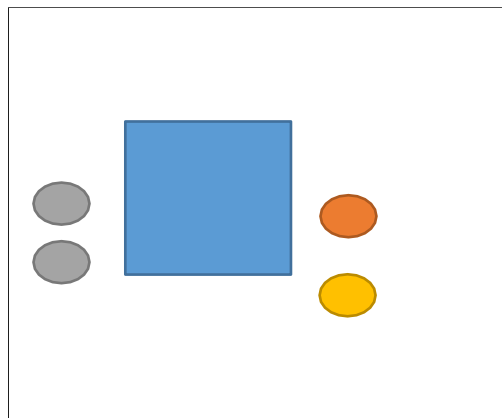
Sasaran Penyuluhan adalah Ny.E dan keluarga Ny.E yang berada di ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

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	Audience	Waktu	Metode
Pembukaan	a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Menjelaskan cakupan materi yang akan disampaikan c. Melakukan apersepsi 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 manfaat mobilisasi dini d. Menjelaskan	a. Menyimak, mendengarkan	10 menit	Ceramah

Kegiatan	Penyuluh	Audience	Waktu	Metode
	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 dibahas 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 Agate bawah

Tugas:

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

2. Penyuluh: Natalia Ruhaeni

Tugas:

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

MATERI PENYULUHAN

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 pasca 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 dilakuakn sekurang kurangnya 6 jam setelah pasien sadar dari operasinya, dengan tujuan melatih pasien untuk dapat melakuakn aktivitas sehari-harinya. Mobilisasi dini ini dapat dilakukan diatas tempat tidur dari gerakan sederhana sampai latihan duduk.

B. Manfaat mobilisasi dini

1. Mencegah dan mengurangi komplikasi
2. Mengurangi tekanan pada kulit
3. Mempelancar peredaran darah
4. Meningkatkan kesegaran tubuh

5. Mencegah kekakuan sendi dan otot (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 lama
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 menekuk 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 ini dilakukan jika pasien mampu untuk berdiri dengan stabil dan cukup kuat, kemudian bisa diawali dengan bergerak perlahan.

E. Referensi

- 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 Woman with post Caesarea 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 Amarilys. *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.



TAHAPAN MOBILISASI DINI

6jam pertama setelah sadar dari operasi pasien di sarankan untuk tidak melakukan kegiatan apapun atau dengan kata lain bedres total namun untuk mempercepat penyembuhan dan mencegah kekakuan sendi dan pasien di sarankan melakukan pergerakan sederhana seperti pergerakan sendi tangan, menekuk kaki dan menggerakkan jari tangan dan kaki

TAHAPAN MOBILISASI SELANJUTNYA

- 1**
6-12 jam berikutnya setiap 2 jam pasien di ajarkan belajar miring kanan dan miring kiri
- 2**
12 jam pertama, jika sudah mulai mampu mengontrol nyerinya pasien diharuskan belajar duduk duduk dengan tahanan bantal atau duduk semifowler
- 3**
24 jam berikutnya, pasien harus sudah belajar berjalan setelah mampu duduk tidak apa jika harus di dampingi keluarga untuk menghindari resiko jatuh

KERUGIAN JIKA TIDAK MOBILISASI

Untuk pasien post operasi mungkin tidak 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

MANFAATNYA UNTUK APA?

- Mempercepat proses penyembuhan luka
- Membantu pengurangan lochea
- Mempelancar peredaran darah



Apa itu mobilisasi dini

Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau proses pergerakan dan perpindahan posisi yang di lakukan oleh pasien yang sadar setelah beberapa jam operasi

AYO MOBILISASI DINI

Natalia Ruhaeni
KHGA22116



SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PERAWATAN IBU *POST PARTUM*

Pokok pembahasan	:	<i>Post natal care</i> (PNC)
Sub pokok pembahasan	:	1)Perawatan payudara 2)Nutrisi ibu menyusui
Sasaran	:	Ny. E
Hari\tanggal	:	Jumat, 25 April 2025
Tempat	:	Ruang Agate Bawah
Waktu	:	10:30 wib
Durasi	:	20 menit
Penyuluh	:	Natalia Ruhaeni Mahasiswa Peaktek DIII 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 membantu 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.E dan keluarga Ny.E yang berada di ruang

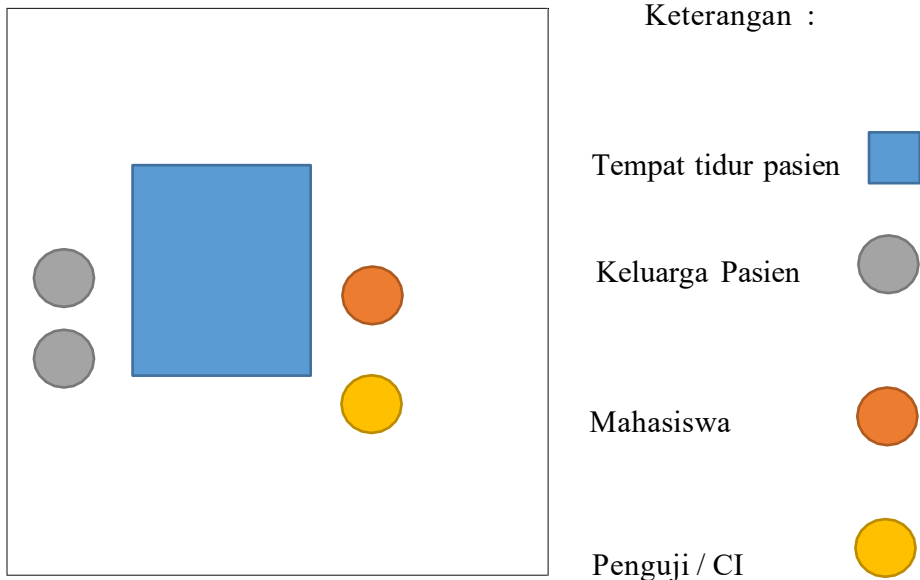
Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

D. Metode

Metode yang digunakan yaitu metode ceramah, demonstrasi dan tanya jawab.

E. Setting Tempat

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



F. Media

- Leaflet

G. Kegiatan Penyuluhan

Kegiatan	Penyuluh	Audience	Waktu	Metode
Pembukaan	a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri	a. menjawab salam dan mendengarkan	2 menit	Ceramah
Kegiatan	Penyuluh	Audience	Waktu	Metode
	b. Menjelaskan cakupan materi			

	yang akan di sampaikan c. Melakukan appersepsi d. Menjelaskan manfaat dan tujuan penyuluhan			
Penyaji	a. Menjelaskan post partum b. Menjelaskan tanda bahaya nifas c. Menyebutkan apa saja manfaat perawatan post partum d. Menjelaskan gizi dan nutrisi yang dibutuhkan ibu nifas e. Menjelaskan pengertian jenis- jenis alat kontrasepsi f. Membantu pasien melakukan perawatan payudara	a. Menyimak, mendengarkan	10 menit	Ceramah
Penutup	a. menutup pertemuan dengan menyimpulkan materi 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

Diharapkan terdapat keseimbangan dalam pelaksanaan kegiatan penyuluhan tentang peraan post partum dengan perencanaan yang dibuat 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 Agate Bawah

Tugas:

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

2. Penyuluh: Natalia Ruhaeni

Tugas:

- a. Membuat SAP Penyuluhan
- b. Mencatat jalannya acara dari awal sampai akhir

- c. Menjelaskan materi penyuluhan
- d. Membantu pasien dalam melakukan perawatan payudara
- e. Menjawab pertanyaan diskusi

MATERI PENYULUHAN

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 diperhatikan untuk ibu post partum agar dapat kembali pulih dengan sempurna dan proses menyusui juga berjalan baik. Selain itu tujuan dari dilakukannya perawatan post partum adalah:

1. Memulihkan kesehatan umum
2. Mempertahankan kesehatan psikologis

3. Mencegah infeksi dan komplikasi
 4. Memperlancar pembentukan ASI
 5. Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan diri mandiri
- (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 pendarahan yang berlebih lewat jalan lahir	Nyeri perut hebat disertai pendarahan yang berlebihan lewat jalan lahir pada ibu nifas secara terus-menerus menunjukkan adanya gangguan pada sistem reproduksi dan harus segera dibawa ke fasilitas Kesehatan untuk mendapatkan penanganan
Keluar cairan berbau dari jalan lahir	Keluarnya cairan ketuban berbau adalah salah satu tanda adanya infeksi
Pandangan kabur, bengkak diwajah, tangan dan kaki atau sakit kepala hebat	Tanda-tanda tersebut menandakan 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

	menyebar ke seluruh tubuh
Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit atau nyeri	Ini terjadi pada ibu yang terus-menerus tidak dapat mengeluarkan ASI nya jika tetap diacuhkan akan muncul gumpalan
Ibu tampak sedih, murung, menangis, nafsu makan menurun, tidak mau mengerus bayinya	Kasus ini menunjukkan ibu mengalami <i>baby blues</i> dan harus segera di konsultasikan karena dapat menyebabkan komplikasi yang tidak disadari

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 akan diubah menjadi DHA yang akan keluar sebagai ASI. Kebutuhan ibu nifas dan menyusui adalah sebagai berikut:

- 1) Konsumsi kalori tambahan 500kal tiap hari
- 2) Diet seimbang protein, vitamin dan mineral
- 3) Minum sedikitnya 8 gelas per hari

- 4) Konsumsi Fe/tambah darah selama masa nifas
- 5) Konsumsi kapsul vit A
- 6) Sumber zat tenaga (beras, kentang, bihun, mie, roti, makaroni, krackers, dll).
- 7) Sumber zat pembangun (ayam, ikan, daging, telur, hati, keju, susu, kacang-kacangan, tahu, tempe).
- 8) 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 Capcay sayur pisang
Selingan	Kolak kacang merah
Siang	Nasi putih Ikan mujahir goreng Pepes tempe kelapa parut Sup bening bayam Jagung Melon
Selingan	Pudding 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 berdosis 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 putting 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 merawat payudara terutama pada masa nifas untuk memperlancar pengeluaran ASI. Tujuan utama pijat payudara untuk memudahkan payudara dalam memproduksi ASI. Ketika dipijat kemungkinan peredaran darah yang ada di payudara akan berjalan 162ebagi 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 163ebagi 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 putting, 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 putting 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 164ebagian 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.

G. Referensi

Anggraeni, N., Fauziah, & Kristianingsih. (2020). Faktor yang berhubungan dengan kejadian pada ibu bersalin. 259-268.

Ani, Fillah, & Nurmasari. (2019). *Pendidikan Gizi Ibu Hamil, Ibu Menyusui Dan Ibu Balita*. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Ilyas, Irma, & Ratna. (2020). *Pedoman Kontrasepsi Dna Keluarga Berencana*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Indonesia.

Kemenkes. (2019, Maret 04). *Cara Melakukan Pijat Payudara Untuk Memperlancar ASI*. Retrieved From Kementrian Kesehatan Indonesia: <https://Ayosehat.Kemkes.Go.Id/Cara-Melakukan-Pijat-Payudara-Untuk-Memperlancar-Asi>

Prawiroharjo, S. (2014). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono

Wahyuningsih, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Disertai Panduan Persiapan Praktikum*. Jember: Deepublish.

PERAWATAN PAYUDARA



Menjaga payudara tetap bersih dan kering

- Menggunakan BH yang menyokong payudara
- Puting lecet dapat di cegah dengan

Tanda tanda bahaya nifas



1. Perdarahan lewat jalan lahir
2. Keluaran cairan berbau dari jalan lahir
3. Demam lebih dari 2 hari
4. Bengkak dimuka tangan dan kaki
5. Payudara bengkak

MANFAAT

1. Mempercepat proses penyembuhan luka
2. membantu pengeluaran lochea
3. Mempelancar peredaran darah
4. Membantu dalam proses involusi

PERAWATAN IBU POST PARTUM

*Natalia ruhaeni
khga 22116*



APA ITU NIFAS DAN TUJUAN PERAWATAN NIFAS

Masa nifas atau masa postpartum adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari.

TUJUAN PERAWATAN NIFAS

1. Memulihkan kesehatan umum psikologis
3. Mencegah infeksi dan komplikasi
4. Mempelancar pembentukan air susu ibu



KONSEP GIZI SEIMBANG

Nutrisi dan Toileting

- Kebutuhan gizi ibu nifas adalah 700 kkal/hari

- Minum sebelum setiap menyusui sedikit 3lt/hari
- Piv perambah darah untuk mencegah anemia setelah melahirkan

Kebutuhan yang di konsumsi juga memenuhi syarat seperti susunannya harus seimbang, porsi nya cukup dan teratur tidak terlalu asin, pedas atau berlemak tidak mengandung alkohol, nikotin, serta bahan pengawet dan pewarna.

Contoh Menu Yang Tepat

PAGI	SIANG	MALAM
NASI TELUR DADAR TEMPE BUMBU URAP SAYUR	NASI IKAN BAKAR TUMIS KACANG,ATI,SAWI TEMPE KERIPIK PEPAYA	NASI DAGING BUMBU BALADO TAHU GORENG SAYUR KATUK PEPAYA MUDA
SELINGAN JAM 10.00 BUBUR KACANG HIJAU ATAU SALAD BUAH	SELINGAN JAM 16.00 KUE TALAM SANDWICH TELUR	SELINGAN JAM 21.00 SUSU KURMA

Kontrasepsi

Atur jarak kehamilan secara aman dengan menggunakan kontrasepsi/ber KB sesuai dengan pilihan (suntik, implan, pil, iud, spiral dll.



BIODATA PENULIS



A. DATA DIRI

Nama : Natalia Ruhaeni
Tanggal lahir : Garut, 26 Desember 2004
Kewarganegaraan : Indonesia
Agama : Islam
Status : Mahasiswa
Alamat : Desa Tanggulun, Kecamatan Kadungora, Garut

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

- Tk Nurul Sudirman
- SDN Tanggulun 1
- SMP Muhammadiyah 1 Kadungora
- SMK Kes. Bhakti Kencana Limbangan
- Sejak tahun 2022 kuliah di STIKes Karsa Husada Garut