

**ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST *SECTIO CAESAREA* ATAS  
INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DAN PANGGUL SEMPIT DENGAN  
PENERAPAN MOBILISASI DINI UNTUK MEMPERCEPAT  
PENURUNAN TFU DI RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM  
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah:

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



DISUSUN OLEH :

**MAYA MAILA SHOFA**

NIM. 40901800052

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2021**

**HALAMAN JUDUL**

**ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST *SECTIO CAESAREA* ATAS  
INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DAN PANGGUL SEMPIT DENGAN  
PENERAPAN MOBILISASI DINI UNTUK MEMPERCEPAT  
PENURUNAN TFU DI RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM  
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



OLEH :

**MAYA MAILA SHOFA**

NIM. 40901800052

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2021**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

### SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul:

### **ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST *SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DAN PANGGUL SEMPIT DENGAN PENERAPAN MOBILISASI DINI UNTUK MEMPERCEPAT PENURUNAN TFU DI RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Disusun Oleh:

Nama : Maya Maila Shofa

NIM : 40901800052

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang pada:

Hari : Sabtu

Tanggal : 22 Mei 2021

Semarang, 22 Mei 2021

Pembimbing

  
Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

NIDN. 06-0209-8503

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK UNISSULA Semarang pada Hari Jumat Tanggal 28 Mei 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 28 Mei 2021

### Penguji I

Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp.Kep.Mat

NIDN. 06-2402-7403

(.....)

### Penguji II

Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep.Mat

NIDN. 06-0906-7504

(.....)

### Penguji III

Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

NIDN. 06-0209-8503

(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN. 06-2208-7403

## HALAMAN MOTTO

خير الناس أنفعهم للناس

“Sebaik-baik manusia adalah orang yang paling bermanfaat bagi manusia”

(HR. Tabrani dan Daruquthni)



## KATA PENGANTAR

*Alhamdulillahirobbil 'alamiin...* Sembah sujud dan syukur kepada Allah SWT, yang telah memberikan rahmat, hidayah, serta karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul: “Asuhan Keperawatan Ibu Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Panggul Sempit Dengan Penerapan Mobilisasi Dini Untuk Mempercepat Penurunan TFU Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi prasyarat program Ahli Madya di program D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, arahan, motivasi dari berbagai pihak secara langsung maupun tidak langsung. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kekuatan, kemudahan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, Ph.D. selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep selaku Kaprodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
5. Ibu Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep selaku pembimbing yang telah sabar dalam memotivasi, mengarahkan, serta meluangkan waktu dalam membimbing saya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terealisasikan.
6. Bapak Ibu Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang turut andil dalam memotivasi dan mendoakan penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan tepat waktu.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang telah memberikan kesempatan penulis untuk menimba ilmu dan praktik disana serta dapat

mengaplikasikan ilmu yang dibekali dari kampus sehingga penulis dapat mengambil kasus studi Karya Tulis Ilmiah ini.

8. Kedua orangtua saya Bapak H. Amin Su'udi dan Ibu Mariyatun yang sangat saya cintai dan kasahi yang selalu mendoakan, selalu memberikan support, selalu memberikan dukungan, dan selalu mendampingi penulis baik suka maupun duka. Terima kasih Ibu.. Terima kasih bapak.
9. Ibu Hj. Siti Zulichah selaku orang yang berjasa dalam hidup saya. terima kasih atas semangat yang luarbiasa yang ibu berikan kepada saya, terima kasih atas doa dan pendidikan yang ibu curahkan kepada saya, terima kasih juga atas dukungan moril maupun materil yang tak henti-hentinya untuk pendidikan saya.
10. Kakak-kakakku dan adikku (Mustafid Arif Syaikhu, Muwaffiqul Anas, Fahmi Zaharsyah dan Muhammad Nizar Aldani) yang senantiasa memberikan semangat, dukungan dan inspirasi dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
11. Sahabat-sahabatku (Noor Anisykurliya, Naelin Faoziyati, Rosita Mia Andini, Nabila Putri Kusuma Wardhani) yang sudah menemani hingga berjuang bersama sampai saat ini, yang selalu mendengar keluh kesah penulis dan menjadi pendengar serta memberikan solusi yang terbaik sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
12. Sahabat kecilku (Alfina Rosdiana dan Ismia Nur Fitriani) yang selalu memberikan dukungan, dan motivasi sehingga penulis bersemangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Teman dekatku Santrversitas Mataair Demak 2018 (Tika Nuristiana, Ahmad Syariffudin, dan Ahmad Muzakka) yang selalu memberikan semangat dan selalu mendoakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
14. Teman seperjuangan KU 18 (Febria Milhatun Nida, Anisa Fauziyah, Khofifah, Umi, dan Anis Widiani) yang senantiasa memberikan support dan selalu mendoakan penulis.
15. Teman-teman satu bimbingan (Martha Firda Budiyan, Khofifah Lilia Dewi, Milania Nurus Saadah, dan Khaerul Indah Susilowati) serta teman

seperjuangan D3 Keperawatan 2018 yang saling memberikan semangat dan saling membantu satu sama lain. Terimakasih atas kenangan indah 3 tahun ini yang tak terlupakan.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat dan berguna bagi penulis maupun pembaca dapat memberikan peningkatan pelayanan kesehatan mendatang, Aamiin...

Semarang, 08 Mei 2021

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN MOTTO .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat .....	5
BAB II.....	6
KONSEP DASAR.....	6
A. TINJAUAN TEORI POST PARTUM.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Tujuan Asuhan Post Partum.....	6
3. Tahapan Post Partum.....	7
4. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum.....	7
B. TINJAUAN TEORI <i>SECTIO CAESAREA</i> .....	10
1. Pengertian.....	10
2. Etiologi.....	10
3. Patofisiologi.....	11
4. Pathways.....	12
5. Penatalaksanaan.....	13
6. Komplikasi .....	14

C. TINJAUAN TEORI MOBILISASI DINI.....	15
1. Pengertian.....	15
2. Tujuan Mobilisasi.....	15
3. Manfaat.....	16
4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini.....	16
5. Dampak Tidak Melakukan Mobilisasi Dini .....	18
6. Rentang Gerak Mobilisasi Dini .....	18
7. Tahap Melakukan Mobilisasi Dini .....	19
D. TINJAUAN TEORI INVOLUSI UTERI.....	21
1. Pengertian.....	21
2. Pengukuran Invulusi Uterus .....	21
3. Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Tinggi Fundus Uteri.....	24
4. Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Tinggi Fundus Uteri ...	25
E. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM <i>SECTIO CAESAREA</i> .....	27
1. Pengkajian .....	27
2. Diagnosa Keperawatan.....	29
3. Intervensi Keperawatan .....	30
BAB III .....	34
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	34
A. Hasil Studi Kasus.....	34
B. Pengkajian Keperawatan.....	34
C. Analisa Data .....	39
D. Diagnosa Keperawatan.....	40
E. Intervensi Keperawatan.....	40
F. Implementasi Keperawatan.....	41
G. Evaluasi .....	49
BAB IV .....	53
PEMBAHASAN .....	53
A. Pengkajian .....	53
B. Diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi, Evaluasi.....	55

C. Tambahan Diagnosa Keperawatan.....	70
BAB V.....	72
KESIMPULAN.....	72
A. Kesimpulan.....	72
B. Saran.....	73
DAFTAR PUSTAKA.....	74
LAMPIRAN.....	78



## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri pada Masa Involusi.....	22
--	----



## DAFTAR LAMPIRAN

**Lampiran 1 Lembar Kesediaan Pembimbing**

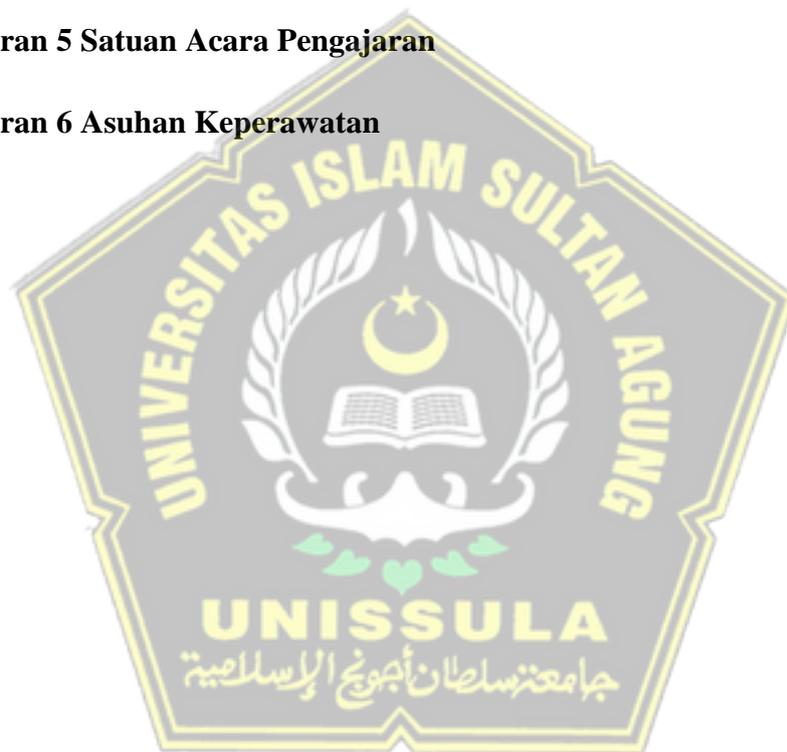
**Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi**

**Lampiran 3 Lembar Konsultasi**

**Lampiran 4 Berita Acara**

**Lampiran 5 Satuan Acara Pengajaran**

**Lampiran 6 Asuhan Keperawatan**



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Persalinan merupakan keluarnya hasil konsepsi yang telah cukup bulan berkisar (37-42 minggu) dan dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain (Rosyati, 2017). Seperti yang diketahui pada umumnya, Terdapat dua jenis persalinan yaitu persalinan normal dan melalui pembedahan. Persalinan normal ialah keluarnya bayi melalui vagina dan berlangsung seluruhnya dengan kekuatan ibu sendiri. Keadaan tersebut biasanya tidak sesuai yang diinginkan karena janin tidak dapat dikeluarkan secara pervaginam dikarenakan terdapat faktor seperti panggul sempit, bayi sungsang, dsb. sehingga diperlukan suatu tindakan medis berupa pembedahan yang disebut operasi *sectio caesarea*.

Dalam meningkatkan kualitas kesehatan bagi masyarakat, perlu diperhatikan pelayanan pada ibu post partum. Di Indonesia, tingkat ibu yang mengalami kematian pada persalinan masih tergolong tinggi. Salah satunya ialah pendarahan, eklampsia, partus macet, dll. Sehingga, dibutuhkan penanganan yang tepat untuk menurunkan angka kematian pada ibu yaitu dengan tindakan yang telah terindikasi sebelumnya berupa operasi *sectio caesarea*. Pada operasi *sectio caesarea* ditujukan untuk menyelamatkan ibu ataupun bayi. Setiap tindakan pembedahan harus berdasarkan indikasi, yaitu pertimbangan dalam menetapkan tindakan tersebut ditujukan untuk keselamatan dan kepentingan ibu maupun bayi.

*Sectio Caesarea* ialah cara melahirkan bayi melalui tindakan pembedahan dengan sayatan rahim untuk mengeluarkan bayi (Mochtar, 2011). Tindakan ini dilakukan dengan indikasi yang sudah didiagnosis sebelumnya seperti seperti bayi sungsang, bayi kembar, ibu dengan

komplikasi kehamilan, kehamilan pada usia lanjut, serta persalinan dengan sesar sebelumnya.

Angka prevalensi *Sectio Caesarea* antara 10 % - 40% dari seluruh kelahiran, prevalensi ini lebih dari prevalensi *Sectio Caesarea* ideal untuk sebuah negara yaitu 5% - 15% (WHO dan Organisasi Kesehatan Pan Amerika, 2010). Terdapat peningkatan pada prevalensi *Sectio Caesarea* yaitu pada tahun 2013 sejumlah 21%, 2014 sebanyak 23%, tahun 2015 sebanyak 27% serta tahun 2016 sebanyak 31% angka ini melebihi dari ketetapan SC di seluruh Negara.

Menurut Riset kesehatan dasar 2018 mengungkapkan data yang diperoleh 15,3% persalinan dilakukan dengan pembedahan. Daerah dengan angka tertinggi persalinan melalui pembedahan ialah DKI Jakarta sejumlah 27,2%, Sumatera Barat sejumlah 23,1%, serta Kepulauan Riau 24,7%. (Depkes RI, 2018). Di Jawa Tengah persalinan dengan pembedahan pada tahun 2011 sejumlah 32,35%.

Pada pasca persalinan dimana terjadi sesudah plasenta keluar dan berhenti ketika alat reproduksi kembali seperti sebelum hamil, masa ini berlangsung sekitar 40 hari atau 6 minggu. Pada proses pengembalian uterus berangsur ke kondisi seperti sebelum hamil dikenal dengan involusi uteri. Terdapat tiga proses yang berperan dalam involusi uteri yaitu dengan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, dan penurunan tinggi fundus uteri. Jika kontraksi uterus tidak dapat berjalan semestinya maka akan terjadi pendarahan dan TFU menurun dengan lambat (Rukiyah, 2011). Untuk mengetahui tinggi fundus uteri yaitu dengan melakukan palpasi dari arah umbilikus kebawah dan berlangsung setiap harinya TFU menurun 1 cm. Penatalaksanaan yang berperan pada proses terjadinya pengembalian uterus pada keadaan seperti sebelum hamil yaitu dengan mobilisasi dini, pengosongan kandung kemih, laktasi serta masase fundus uteri (Nababan, 2011).

Menurut Kasdu (2008 dalam Dewi 2011), ibu dengan persalinan post *Sectio Caesarea* dianjurkan melakukan mobilisasi dini

agar kontraksi uterus berjalan semestinya dan involusi uteri berlangsung cepat, serta dapat mencegah terjadinya trombus vena, dan dapat memandirikan aktivitas ibu terhadap bayi. Hasil penelitian Sabrina (2014) Dengan melakukan Mobilisasi dini mampu memperlancar darah yang keluar serta sisa-sisa tali pusar sehingga mampu menurunkan TFU dengan cepat.

Menurut penelitian Fitriana dan Lilis Dwi (2012) mengungkapkan sebagian besar (60,6%) terjadi perlambatan penurunan TFU pada ibu post *sectio caesarea*. Hal ini dikarenakan pada ibu post operasi *sectio caesarea* minim dalam mobilisasi dini karena respon nyeri yang muncul di luka jahitan pasca operasi, serta dapat disebabkan oleh faktor gizi. Sehingga diperlukan mobilisasi dini dengan tepat.

Mobilisasi dini ialah suatu kegiatan yang dapat dilakukan secara bertahap pasca operasi diawali dengan cara latihan secara ringan di atas *bed* sampai mampu bangkit dari tempat tidur, ke kamar mandi hingga dapat berjalan keluar kamar (Brunner & Suddarth, 2012). Keuntungan dalam melakukan mobilisasi mampu menahan hambatan aliran pada darah, melancarkan cairan yang keluar dari vagina sehingga proses pengembalian uterus (involusi uteri) berjalan dengan cepat (Dewi dan Sunarsih, 2011). Terlambatnya mobilisasi yang dilakukan dapat mengakibatkan gangguan terhadap involusi uteri, sehingga pengembalian uterus akan berjalan tidak normal dan mengakibatkan keadaan yang disebut *subinvolusi* (Ambarwati, 2010). Subinvolusi ialah ketidaknormalan involusi, sehingga proses pengembalian uterus atau pengerutan rahim menjadi terhambat. Ditandai dengan pendarahan (Walyani, 2015).

Berdasarkan uraian diatas mengenai penatalaksanaan pada proses terjadinya pengembalian uterus ke keadaan seperti sebelum hamil, peran perawat yang dibutuhkan yaitu salah satunya dengan melatih mobilisasi dini. Dengan ini penulis tertarik untuk mengangkat kasus ini untuk dijadikan Karya Tulis Ilmiah. Sehingga perawat mengambil **“Asuhan keperawatan ibu *post partum sectio caesarea* atas indikasi ketuban**

**pecah dini dan panggul sempit dengan penerapan mobilisasi dini untuk mempercepat penurunan TFU di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.**

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memahami konsep tentang *sectio caesarea* dan mampu memberikan asuhan keperawatan pada ibu post partum *sectio caesarea* dengan menerapkan intervensi mobilisasi dini untuk mempercepat penurunan TFU.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu menjelaskan mengenai konsep dasar tindakan *sectio caesarea* sebagai gambaran untuk memahami masalah pada ibu post partum *sectio caesarea*
- b. Penulis mampu memberikan gambaran asuhan keperawatan dengan gangguan mobilisasi dini post *sectio caesarea* untuk mempercepat penurunan TFU.
- c. Penulis mampu melakukan intervensi pada ibu post *sectio caesarea* dengan menerapkan mobilisasi dini.
- d. Penulis mampu mengetahui gambaran pre dan post penerapan mobilisasi dini pada penurunan TFU.

### C. Manfaat

1. Bagi penulis

Penulis memahami konsep asuhan keperawatan pada ibu *post sectio caesarea* serta meningkatkan pemahaman dan pengalaman dalam pengaplikasian ilmu yang dipelajari selama pendidikan mengenai penerapan intervensi mobilisasi dini untuk mempercepat penurunan TFU pada ibu *post partum SC (Sectio Caesarea)*.

2. Pihak lain

a. Bagi pembaca

Ditujukan pada pembaca karya tulis ini terkhusus mahasiswa FIK UNISSULA sebagai bahan acuan dan referensi mengenai ASKEP (Asuhan Keperawatan) pada ibu *post partum SC (Sectio Caesarea)* pada permasalahan mobilisasi.

b. Bagi tenaga kesehatan

Peran perawat dalam mengembangkan semangat untuk melakukan mobilisasi dini ibu *post partum SC (Sectio Caesarea)*.

c. Bagi instusi pendidikan

Manfaat bagi institusi pendidikan, karya tulis ini dapat menjadi kajian materi mobilisasi dini untuk mempercepat penurunan TFU bagi mahasiswa, serta dapat memberikan kontribusi terhadap perkembangan dan kemajuan institusi kesehatan terutama di bidang departemen keperawatan maternitas.

d. Bagi masyarakat

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan mampu meningkatkan wawasan masyarakat mengenai penerapan mobilisasi dini ibu *post partum SC (Sectio Caesarea)*.

## BAB II

### KONSEP DASAR

#### A. TINJAUAN TEORI POST PARTUM

##### 1. Pengertian

*Post partum* atau nifas merupakan masa setelah kelahiran bayi, disusul dengan kelahiran plasenta, serta selaput yang diperlukan kembali untuk mengembalikan organ reproduksi untuk kembali seperti semula yaitu seperti sebelum hamil dengan waktu  $\pm$  6 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2015).

*post partum* ialah suatu periode yang berawal sesudah plasenta lahir hingga kembalinya alat kandungan seperti semula yaitu pada kondisi sebelum hamil, lamanya 6 minggu (Fitri, 2017)..

Masa *post partum* atau yang disebut *puerperium* ialah masa pasca lahirnya tali pusar dan selaput janin (yang merupakan pertanda berakhirnya periode inpartu) sampai kembalinya organ reproduksi ke keadaan sebelum hamil (Varney, 2008).

Jadi masa nifas atau *post partum* ialah masa setelah kelahiran bayi dan plasenta, hingga kembalinya alat-alat reproduksi seperti sebelum hamil, masa ini membutuhkan waktu kurang lebih 6 minggu

##### 2. Tujuan Asuhan Post Partum

1. Mendeteksi pendarahan masa nifas
2. Menjaga kesehatan ibu & bayi
3. Menjaga kebersihan diri ibu & bayi
4. Melaksanakan screening (pendeteksian) secara komprehensif
5. Memberikan pendidikan laktasi
6. Memberikan pendidikan *bounding attachment*
7. Edukasi mengenai Keluarga Berencana (KB)
8. Mempercepat dan melancarkan involusi alat reproduksi

9. Memperlancar fungsi gastrointestinal
10. Memperlancar lokhea (Sutanto, 2019)

### **3. Tahapan Post Partum**

Menurut Sutanto (2019) tahapan masa nifas yaitu:

- a. Puerperium Dini  
Kondisi ibu yang telah kembali pulih dengan diperbolehkannya bertapak maupun berjalan.
- b. Puerperium Intermedial  
Seluruhnya alat reproduksi yang telah pulih dengan waktu 6 sampai 8 minggu.
- c. Remote Puerperium  
Waktu agar pulih secara sempurna dan sehat kembali.

### **4. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum**

#### a. Adaptasi fisiologis

##### 1. Uterus

Pada perubahan fisiologisnya, uterus akan mengalami involusi. Involusi ialah proses dimana rahim pada keadaan sebelum hamil yang beratnya sekitar 60 gram. Involusi diawali segera sesudah tali pusar keluar yang dipengaruhi oleh otot-otot polos uterus (Ambarwati, R. P & Nasution, 2012).

Untuk mengetahui perubahan involusi dapat dilakukan dengan memeriksa palpasi pada perut ibu untuk meraba letak tinggi fundus uteri-nya.

##### 2. Lokhea

Lokhea merupakan cairan yang keluar dari vagina. Berdasarkan pengeluarannya, lokhea terbagi menjadi 4 yaitu:

##### 1) Lokhea Rubra

Keluar pada hari 1-3 periode nifas. Lokhea ini berwarna merah kehitaman dengan konsistensi cair hingga padat karena terisi darah segar, sisa tali pusar, lanugo, serta mekonium.

- 2) Lokhea Sanguinolenta  
Lokhea ini keluar pada hari ke- 4-7 paska persalinan, lochea ini mempunyai ciri darah yang bercampur lender dengan warna merah kecoklatan yang berlendir.
  - 3) Lokhea Serosa  
lochea ini keluar pada hari ke 7-14 paska persalinan warna kuning kecokelatan dengan kandungan sel darah putih, serum serta robekan tali pusar.
  - 4) Lokhea Alba  
Keluar pada >14 hari atau 2-6 minggu postpartum, berwarna cairan putih karena mengandung selaput janin, dan serabut jaringan yang mati (Sutanto, 2019).
3. Vagina  
Penekanan dan peregangan terjadi pada vulva & vagina ketika melahirkan. Akibatnya organ tersebut menjadi kendur. Sesudah 3 minggu vulva dan vagina akan kembali seperti sebelum hamil serta rugae yang terdapat dalam vagina secara bertahap akan terlihat kembali, sedangkan labia terlihat lebih menonjol (Nurjanah, 2013).
  4. Serviks  
Serviks mengalami pengerutan bersama uterus. Perubahannya terlihat dalam bentuk menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang melakukan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seakan-akan pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk seperti cincin. Servik berwarna merah kehitaman karena pembuluh darah (Walyani, 2015).
  5. Payudara  
Terjadi progesterone yang mengalami penurunan secara cepat dan meningkatkan hormon prolaktin sesudah melahirkan. Hal ini dapat mengakibatkan produksi asi yang sangat banyak (Walyani, 2015).

## 6. Kardiovaskuler

Sesudah bayi dilahirkan, jantung mengalami peningkatan kerja yang lebih tinggi dibandingkan pada sebelum melahirkan. Resistensi pada pembuluh perifer mengalami peningkatan dikarenakan hilangnya proses uteroplasenta serta dapat normal kembali sesudah 3 minggu. (Sutanto, 2019)

### b. Adaptasi psikologis

Menurut Walyani & Purwoastuti (2015) adaptasi psikologis yang muncul pada ibu setelah melahirkan atau ibu *post partum* yaitu:

#### 1. Fase *taking in*

Merupakan fase ketergantungan, dimana pada masa ini ibu masih terfokus dengan diri sendiri. Masa ini berlangsung pada hari ke-1 dan ke-2 sesudah melahirkan.

#### 2. Fase *taking hold*

Merupakan fase yang berlangsung 3 sampai 10 hari sesudah melahirkan dimana fase ini menimbulkan perasaan cemas atau was-was karena perasaan ketidakmampuan ibu dalam perawatan bayi yang menjadi tanggungjawabnya.

#### 3. Fase *letting go*

Merupakan fase yang berlangsung pada hari ke-10 sesudah melahirkan berupa penerimaan terhadap tanggung jawab terhadap perannya menjadi orangtua.

## B. TINJAUAN TEORI *SECTIO CAESAREA*

### 1. Pengertian

*Sectio Caesarea* merupakan metode yang dilakukan untuk mengeluarkan janin dari rahim dengan insisi pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Mochtar, 2011). Tindakan *sectio caesarea* dilakukan dengan mencegah kemungkinan terjadinya kematian jika dilakukan persalinan normal atau melalui vagina (Sukowati, et al, 2010).

*Sectio caesarea* adalah tindakan pembedahan dengan cara membuat sayatan pada dinding rahim guna mengeluarkan bayi dari dalam rahim (Oxorn & William, 2010).

Menurut pengertian diatas, dapat disimpulkan persalinan dengan *sectio caesarea* adalah metode pengeluaran bayi dari perut ibu yang dilakukan dengan membuat sayatan atau insisi pada perut tepatnya di dinding rahim.

### 2. Etiologi

Terdapat dua etiologi dari tindakan *sectio caesarea* menurut Nurarif & Hardhi (2015) ialah:

#### a. Penyebab dari ibu

Kehamilan pertama dengan abnormalitas letak, primipara tua dengan abnormalitas letak ada, ketidaksesuaian atau disproporsi janin/panggul, adanya masa lalu kelahiran yang buruk, adanya *cheopalopelvic disproportion*, plasenta previa pada kehamilan pertama, tali pusar yang menutupi jalan lahir, kehamilan yang mengalami komplikasi, serta permasalahan yang mengganggu perjalanan persalinan seperti mioma pada rahim maupun kista pada ovarium, dan sebagainya.

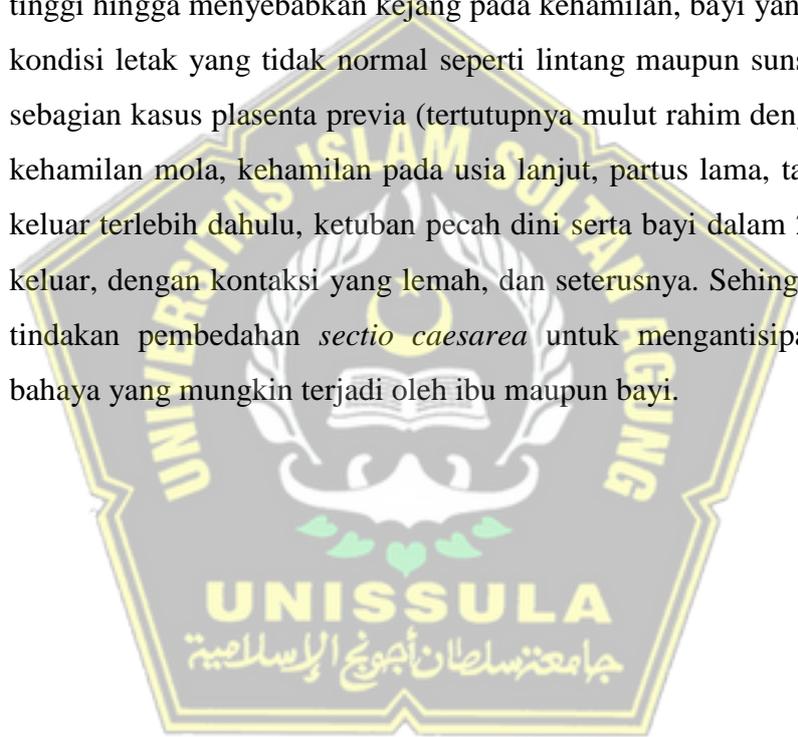
#### b. Penyebab dari bayi

Gawat janin, malposisi atau ketidaksesuaian posisi, malpresentasi atau ketidaksesuaian presentase janin, tali pusar yang berada diatas kepala dengan pembukaan kecil, serta persalinan yang mengalami kegagalan *vacum (forceps ekstraksi)*

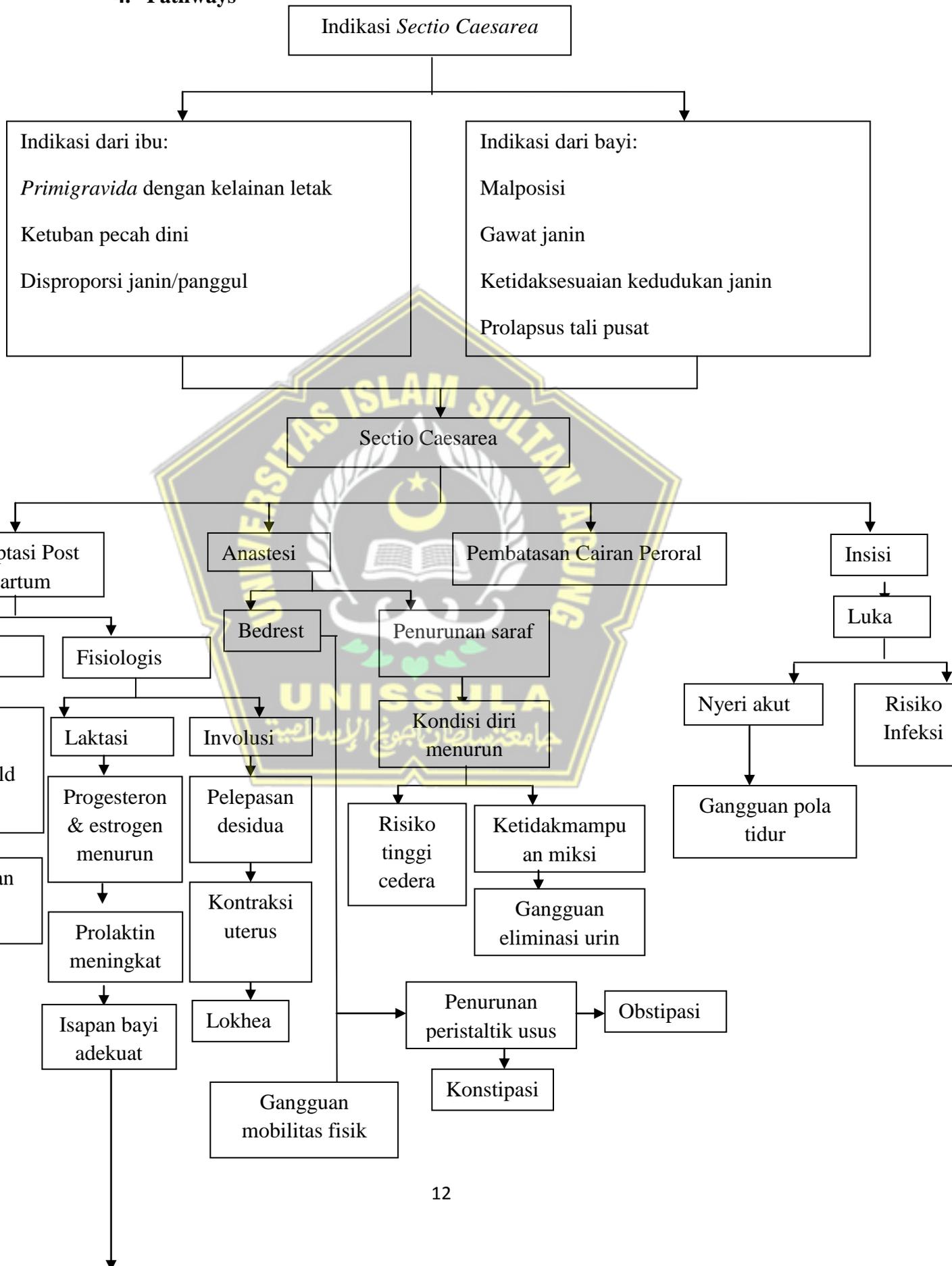
### 3. Patofisiologi

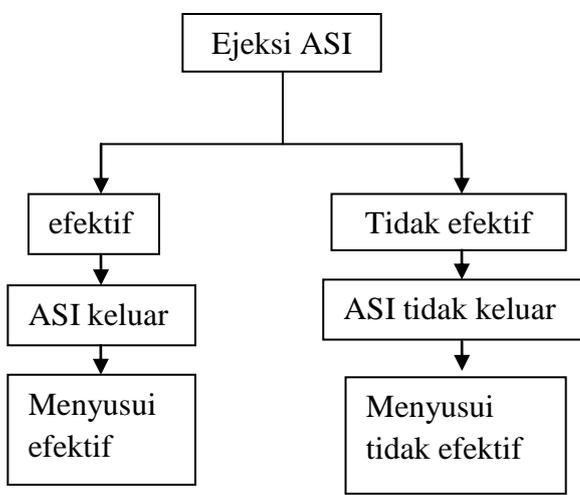
Telah terjadi suatu kondisi yang abnormal pada ibu maupun bayi sehingga tidak memungkinkannya proses persalinan dan mengakibatkan dilakukannya tindakan pembedahan. Pembedahan ini dinamakan *sectio caesarea*, bahkan pembedahan ini menjadi salah satu pilihan persalinan (Sugeng, 2010).

Terdapat kelainan pada bayi yang tidak lahir pervaginam, seperti panggul sempit, keracunan pada kehamilan yang parah, tekanan darah tinggi hingga menyebabkan kejang pada kehamilan, bayi yang mempunyai kondisi letak yang tidak normal seperti lintang maupun sungsang, terdapat sebagian kasus plasenta previa (tertutupnya mulut rahim dengan plasenta), kehamilan mola, kehamilan pada usia lanjut, partus lama, tali pusar yang keluar terlebih dahulu, ketuban pecah dini serta bayi dalam 24 jam belum keluar, dengan kontaksi yang lemah, dan seterusnya. Sehingga diperlukan tindakan pembedahan *sectio caesarea* untuk mengantisipasi terjadinya bahaya yang mungkin terjadi oleh ibu maupun bayi.



#### 4. Pathways





(Nurarif & Hardhi, 2015)

## 5. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis yang dilakukan pada pasien post *sectio caesarea* menurut (Prawirohardjo, 2010) yaitu:

1. Pemantauan pendarahan dari vagina harus teliti
2. Observasi fundus uteri
3. Pemberian anti nyeri dan antibiotic
4. Pemantauan aliran darah pada rahim
5. memberikan cairan IV, umumnya 30 L sesuai dengan 1 hari/24 jam pertama pasca operasi
6. Pemeriksaan sayatan luka dilakukan setiap hari, pengangkatan jahitan hari ke-4 pasca operasi.
7. Ambulasi dapat dilakukan satu hari pasca operasi yaitu dengan klien dapat turun secara singkat dari tempat tidur maupun dibantu oranglain.
8. Hematokrit diperiksa pagi hari pasca operasi guna menentukan terjadinya pendarahan pasca operasi.
9. Pemeriksaan sayatan luka dilakukan setiap hari, pengangkatan jahitan hari ke-4 pasca operasi.

### b. Perawatan post operasi

1. Perawatan awal
2. Menempatkan pasien di ruang observaasi
3. Memantau keadaan pasien. Pantau TTV pada 15 menit selama satu jam pertama, 30 menit waktu berikutnya. Dan tetap pantau kondisi setiap 15 menit sampai pulih betul.

4. Pastikan pada aliran napas benar-benar tidak secret yang mengganggu serta pasien tidak kekurangan oksigen.
5. Lakukan transfusi apabila pasien mengalami kekurangan darah.
6. Apabila TTV dan hematokrit turun, maka segeralah pindahkan pasien ke ruang operasi karena mungkin saja terjadi pendarahan sesudah pembedahan.

## 6. Komplikasi

Akibat yang mungkin terjadi pada pasien *sectio caesarea* menurut Nurarif & Hardhi (2015) yaitu:

### a. Komplikasi yang terjadi pada ibu

1. Infeksi yang terjadi pada ibu post partum yaitu disebut *infeksi puerperalis*. Dapat terjadi ketika bakteri menginfeksi rahim dan sekitarnya setelah proses melahirkan bayi. Infeksi ini dapat bersifat ringan yang ditandai dengan suhu yang naik dalam kurun waktu beberapa hari setelah melahirkan. Dapat juga menjadi berat seperti peradangan, *sepsis*, dan sebagainya.
2. Infeksi pasca operatif. Infeksi ini dapat terjadi jika sebelum dilakukan tindakan operasi telah muncul tanda-tanda terhadap kelainan.
3. Pendarahan. Dapat terjadi pada saat pembedahan apabila cabang arteri uterin ikut terbuka atau bisa disebabkan oleh atonia uteri.

### b. Komplikasi lain

Komplikasi ini misalnya luka pada kandung kemih, dan embolisme paru.

### c. Komplikasi baru

Kurang kokohnya pada dinding uteri, maka akan mungkin dapat mengakibatkan ruptur pada kehamilan berikutnya.

## C. TINJAUAN TEORI MOBILISASI DINI

### 1. Pengertian

Mobilisasi dini ialah suatu kegiatan yang yang dapat dilakukan secara bertahap pasca operasi diawali dengan cara latihan secara ringan di atas *bed* sampai mampu bangkit dari tempat tidur, ke kamar mandi hingga dapat berjalan keluar kamar (Brunner & Suddarth, 2012).

Mobilisasi dini adalah metode yang dilakukan dengan cepat untuk memotivasi ibu nifas bangkit dari tempat tidur serta mengedukasi untuk segera melangkah kakinya (Saleha, 2009).

Mobilisasi dini memiliki peranan penting untuk mencegah dampak imobilisasi. Untuk menghindari dampak atau akibat dari imobilisasi yaitu dengan cara melakukan disesuaikan kemampuannya.

### 2. Tujuan Mobilisasi

Adapun tujuan mobilisasi menurut Garrison; Vivian (2014; 2011) sebagai berikut.

- a. Menjaga fungsi tubuh
- b. Melancarkan aliran darah sehingga dapat menyembuhkan luka dengan cepat
- c. Membuat pernapasan segar
- d. Menjaga kekutan otot
- e. Kembalinya aktivitas seperti semula
- f. Mendekatkan hubungan antara pasien dengan perawat
- g. Memperlancar dalam mengeluarkan lokia sehingga involusi uteri akan berjalan normal dan berlangsung cepat
- h. Mengurangi terjadinya infeksi puerperium
- i. Memperlancar pencernaan & reproduksi
- j. Aliran darah menjadi lancar yang mengakibatkan keluarnya air susu ibu serta sisa-sisa metabolisme akan berjalan cepat
- k. Mempercepat untuk mengajarkan ibu merawat anaknya.

### 3. Manfaat

Manfaat yang diperoleh dalam melakukan mobilisasi dini menurut Potter (2004 dalam Ashari, 2017) yaitu:

- a. dapat meningkatkan cardiac output,
- b. memperbaiki kontraksi otot jantung,
- c. otot jantung menjadi kuat,
- d. menurunkan tekanan darah,
- e. memperbaiki aliran balik pada vena,
- f. ventilasi alveolar akan meningkat,
- g. menurunkan kerja pernafasan,
- h. pengembangan otot perut atau diafragma akan meningkat
- i. laju pada metabolisme basal akan meningkat
- j. peningkatan penggunaan glukosa dan asam lemak
- k. terjadi peningkatan dalam pemecahan gliseril
- l. terjadi peningkatan mobilisasi lambung
- m. tonus otot menjadi baik
- n. memperbaiki toleransi otot untuk latihan
- o. kelemahan akan berkurang
- p. mencegah stress
- q. menjaga perasaan lebih baik
- r. berkurangnya penyakit

### 4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Faktor interna meliputi ibu dengan operasi *sectio caesarea* sebelumnya, ketakutan akan luka jahit yang lepas ketika gerak, partus yang tak kunjung keluar mengakibatkan kelelahan, penyakit penyerta yang mempengaruhi keadaan umum, persepsi yang berbeda terhadap nyeri, motivasi atau dorongan untuk melakukan mobilitas fisik, adanya tindakan dan anestesi, gaya hidup dan emosi. Adapun faktor yang berada dari luar meliputi dorongan dari pasangan, keluarga, adanya pandangan dari mengenai pelarangan gerak dan harus tetap pada kondisi lurus, keadaan

ekonomi, layanan dari para tenaga kesehatan, dan penyesuaian keadaan terhadap lingkungan (Hartati, S., Setyowati, & Afyanti, 2014).

Adapun faktor yang berpengaruh pada pelaksanaan mobilisasi secara dini diungkapkan oleh Chapman (2012) sebagai berikut.

1. Nyeri

Nyeri yang timbul pada pasca pembedahan umumnya membuat ibu tidak mau untuk bergerak. Nyeri yang dirasakan pada saat ibu melakukan pergerakan, membuat ibu takut untuk melakukan mobilisasi dan memilih diam di tempat tidur.

2. Tingkat pengetahuan yang rendah juga mempengaruhi mobilisasi dini, karena semakin tinggi tingkat pengetahuan terhadap mobilisasi maka keinginan mobilisasinya juga akan tinggi, juga sebaliknya. Pemahaman ibu hamil mengenai keuntungan melakukan mobilisasi dini adalah dasar dalam menentukan sikap terhadap pelaksanaan mobilisasi dini pada pasca persalinan.

3. Pengaruh Psikologis

Pada pasca persalinan, ibu mengalami peningkatan hormon sehingga mempengaruhi psikologis ibu. Gejala yang timbul dari peningkatan hormon post pembedahan yaitu gelisah, takut, tiba-tiba menangis. Sehingga tidak menutup kemungkinan bahwa pengaruh psikologis juga dapat mempengaruhi mobilisasi dini pada ibu post partum.

4. Kecemasan

Perasaan was-was atau cemas yang dirasakan ibu pasca pembedahan dalam melakukan mobilisasi dini dapat mempengaruhi keberhasilan dalam melakukan pergerakan. Dalam melakukan pergerakan secara benar dapat mempercepat pemulihan luka pasca operasi atau pembedahan.

5. Melemahnya fisik maupun mental

Karena proses pada persalinan yang menguras tenaga ibu akibatnya ibu langsung memilih istirahat tidur daripada mobilisasi dini.

## 5. Dampak Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Kerugian yang dapat terjadi akibat tidak melakukan mobilisasi dini menurut Carpenito (2010) diantaranya:

- a. Suhu tubuh akan meningkat karena involusi uterus tidak berjalan dengan normal sehingga menyebabkan darah tidak dapat keluar, akibatnya terjadi infeksi yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh.
- b. Memperlambat pemulihan
- c. Menyebabkan pendarahan yang tidak normal. Mobilisasi yang dilakukan secara dini akan berpengaruh terhadap kontraksi, yaitu kontraksi pada rahim akan berjalan normal sehingga fundus uteri dapat turun dengan cepat. Sehingga pendarahan abnormal dapat dicegah.
- d. Involusi uterus terganggu. Dengan tidak melakukan mobilisasi dini maka keluarnya lochea dan sisa tali pusar akan terhambat akibatnya kontraksi uterus menjadi terganggu. Normalnya kontraksi uterus teraba keras, jika involusinya terganggu maka kontraksi uterus teraba lembek.

## 6. Rentang Gerak Mobilisasi Dini

Carpenito (2010) mengungkapkan pelaksanaan mobilisasi dini memiliki 3 rentang gerak antara lain:

### 1. Pasif

Tujuan dilakukan rentang gerakan pasif yaitu melindungi tonus otot dan sendi agar tetap lentur. Dilakukan dengan bantuan (pasif). Contohnya kaki pasien diangkat perawat.

### 2. Aktif

Gerakan ini bertujuan menjaga kelenturan dan kekuatan otot serta persendian. Gerakan ini dilakukan aktif yang dilakukan sendiri oleh pasien, namun harus tetap diawasi. Contohnya pasien dalam menggerakkan kakinya.

### 3. Fungsional

Bertujuan menguatkan tonus otot serta sendi pada kegiatan yang diperlukan. Misalnya miring kanan-kiri, serta berjalan ke kamar mandi.

## 7. Tahap Melakukan Mobilisasi Dini

Melakukan mobilisasi dini dilakukan secara bertahap. Adapun tahapan dalam melakukan mobilisasi dini pada ibu post *operasi sectio caesarea* menurut Kasdu (2006 dalam Rahmadhani, 2018) yaitu pada waktu 6 jam setelah operasi ibu dianjurkan tirah baring, mobilisasi yang dapat dilakukan yaitu memobilisasi tangan dan lengan, memobilisasi jari-jari kaki, melakukan pemutaran pada pergelangan kaki, pengangkatan tumit, penegakkan otot betis, dan kaki dapat ditebuk maupun digeser.

#### a. 6-8 jam

Ibu dianjurkan miring kanan & miring kiri agar gumpalan darah dapat dihindarkan. Pemenuhan nutrisi dibantu, pengangkatan tangan dan kaki, lutut dapat ditebuk, serta badan dapat digeser.

#### b. Setelah 24 jam

Mobilisasi yang dianjurkan yaitu mulai belajar duduk. Tangan diangkat setinggi-tingginya, dapat kembali ke kiri dan kanan tanpa memerlukan bantuan, latihan pernapasan dan pemenuhan nutrisi tanpa bantuan.

#### c. Sesudah bisa duduk maka dianjurkan untuk belajar jalan.

Aliahani (2010) mengungkapkan tahapan pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu post *sectio caesarea* sebagai berikut.

#### a. Hari 1

1. Tiduran dengan miring kanan dan miring kiri yang dimulai 6-10 jam sesudah ibu telah sadar.
2. Latihan pernapasan dilakukan sedini mungkin di tempat tidur. Pada latihan pernafasan ditujukan untuk mengurangi nyeri, serta dapat meningkatkan kemampuan dalam melakukan aktivitas fungsional.

b. Hari ke-2

1. Dianjurkan duduk 5 menit kemudian diminta melakukan pernafasan dalam dan dihembuskan dengan menyertakan batuk kecil berfungsi pernafasan menjadi longgar serta meningkatkan rasa percaya diri pada ibu.
2. Memposisikan dari tiduran ke duduk dalam posisi fowler.
3. Kemudian secara berangsur, dianjurkan untuk duduk sehari.

c. Hari ke 3-5

ibu dapat belajar berjalan. Mobilisasi dini secara teratur dan bertahap dapat membantu dalam penyembuhan luka.



## D. TINJAUAN TEORI INVOLUSI UTERI

### 1. Pengertian

Involusi ialah proses dimana rahim pada keadaan sebelum hamil yang beratnya sekitar 60 gram. Involusi diawali segera sesudah tali pusar keluar yang dipengaruhi oleh otot-otot polos uterus (Ambarwati, R. P & Nasution, 2012).

Involusi ialah perubahan menurun pada rahim yang mengakibatkan berkurangnya ukuran rahim. Involusi pada post partum hanya berfokus pada penyusutan rahim, apa saja yang terjadi pada organ dan struktur lain dinilai sebagai perubahan *post partum* atau *puerperium* (Bahiyatun, 2014)

### 2. Pengukuran Involusi Uterus

Pada proses involusi uterus disertai dengan penurunan ukuran tinggi fundus uteri. Ukuran ini berangsur-angsur akan mengalami penyusutan atau mengecil seperti keadaan sebelum hamil.

Penurunan tinggi fundus uteri 1 cm tiap harinya. Secara berangsur-angsur mengecil hingga akhirnya kembali pada keadaan seperti sebelum hamil. Perubahan tinggi fundus uteri dapat dilihat pada tabel berikut.

Waktu	TFU	Berat	Diameter	Serviks
Setelah bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	
plasenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram		Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gram	7,5 cm	Beberapa hari postpartum dapat dilalui 2 jari, akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari.
2 minggu	Tidak teraba	350 gram	3-4 cm	
6 minggu	Tidak teraba	50-60 gram	1-2 cm	

8 minggu	Normal	30 gram
----------	--------	---------

(Dewi dan Sunarsih, 2011)

**Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri pada Masa Involusi**

Tinggi fundus uter dapat diperiksa dengan:

a. Menentukan lokasi atau letak rahim

Pada pemeriksaan ini, pelaksanaanya yaitu dengan mencatat apakah fundus terletak di atas/dibawah pusar dan apakah fundus bertempat di pertengahan garis perut atau tergeser ke sebelah satu sisi.

b. Menentukan ukuran/ketinggian uterus

Mengukur TFU bisa dilakukan dengan mengguankan meteran. Dalam meningkatkan keakuratan/ketepatan pada proses pengukuran baiknya hanya dilakukan oleh orang yang sama. Untuk pengukuran TFU perlu memperhatikan kondisi kandung kemih (kosong atau terisi penuh) serta kondisi rahim (kontraksi atau tidak). Berikut cara mengukur TFU dengan menempatkan meteran yaitu:

- 1) Peletakan meteran di pertengahan perut dan pengukurannya dari atas simfisis pubis hingga bagian atas fundus. Dalam melakukan pengukuran meteran bersentuhan dengan kulit sejauh uterus.
- 2) Peletakan salah satu ujung meteran di batas atas *symphisis pubis* menggunakan satu tangan, tangan yang lain ditempatkan di batas atas fundus. Meteran diletakkan diantara jari telunjuk dan jari tengah serta pengukuran dilakukan hingga titik dimana jari mengapit meteran (Yunitarini, 2018).

c. Penentuan konsistensi uterus

Terdapat dua keadaan konsistensi uterus yaitu teraba keras dan lunak. Terasa mengeras di bawah jari ketika dilakukan

pemijatan pada rahim. Pada saat melakukan pengkajian konsistensi, penting untuk memperhatikan adanya nyeri atau tidak. Jika uterus gagal dalam proses pengembalian uterus dinamakan *subinvolusi*. Keadaan ini kerap terjadi akibat proses involusi yang tidak normal/terlambat, jika *subinvolusi* uterus tidak segera tertangani, maka akan mengakibatkan pendarahan yang cukup banyak atau disebut *post partum hemorraghe*. Ciri-ciri proses involusi yang tidak berjalan normal diantaranya: pada pengembalian ukuran uterus tidak progresif, nyeri pada punggung yang stabil, pendarahan pada vagina yang tidak normal, seperti pendarahan yang segar dan banyak, serta berbau busuk (Yunitarini, 2018).

d. Prosedur pengkajian TFU

a) Persiapan alat

Alat yang dibutuhkan yaitu dengan menyiapkan bantal kepala, alas tidur (matras/kasur), dan meteran.

b) Persiapan dan pemeriksaan pasien

Pada saat melakukan pengkajian tinggi fundus uteri, persiapan yang harus dilakukan dalam pemeriksaan yaitu:

1. meminta ibu untuk mengosongkan kandung kemih, karena kandung kemih yang mengalami distensi akan mengakibatkan atonia uteri.
2. memposisikan ibu dengan datar di tempat tidur, meletakkan kepala dengan kondisi nyaman dan disangga dengan bantal, dengan posisi yang menelentang dapat menghindari kekeliruan pada pengukuran.
3. Menentukan kekerasan pada konsistensi uterus
4. Kemudian mengukur TFU dengan menggunakan meteran
5. Mencatat hasil TFU yang telah diukur.

### 3. Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Tinggi Fundus Uteri

#### 1) Usia

Usia merupakan faktor yang sangat berpengaruh pada proses involusi. Usia yang cukup bagus dalam melakukan proses involusi ialah 20-30 tahun. Dikarenakan pada faktor ini dipengaruhi oleh kelenturan otot rahim sehingga semakin tua seseorang kelenturan ototnya akan berkurang. Kelenturan otot yang belum maksimal dapat terjadi pada seseorang yang kurang dari 20 tahun dikarenakan belum matangnya sistem reproduksi. Sedangkan usia lebih dari 35 tahun komplikasi saat sebelum dan pasca melahirkan sering terjadi, hal ini disebabkan karena kelenturan otot uterusnya telah berkurang, sehingga menyebabkan kontraksi rahim tidak berjalan dengan baik.

#### 2) Paritas

Paritas berpengaruh terhadap proses pengembalian uterus ke kondisi sebelum hamil, hal ini dikarenakan otot yang terlalu sering terbuka (terenggang) akan membutuhkan waktu yang lama (Walyani, 2015).

#### 3) Senam nifas

Senam yang dikerjakan pada ibu post partum, dengan tujuan lebih cepat memulihkan kondisi ibu sesudah persalinan, mencegah komplikasi, otot perut menjadi lebih kuat, serta involusi uterus berjalan dengan normal (Walyani, 2015).

#### 4) Menyusui

Terdapat refleks *let down* yang berasal ketika bayi mnghisap, sehingga merangsang hipofisis posterior yang berfungsi untuk pengeluaran hormon oksitosin, hormon ini diteruskan ke rahim sehingga kontraksi pada rahim terbantu (Walyani, 2015)

#### 5) Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan upaya untuk menjaga kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Mobilisasi dini dapat menjadikan pernapasan lebih baik, melancarkan aliran darah sehingga dapat

menyembuhkan luka dengan cepat, serta fungsi gastrointestinal dapat distimulasi kembali dengan normal. Dengan melakukan mobilisasi dini kontraksi rahim akan berjalan dengan baik sehingga fundus uteri teraba keras, maka dapat mencegah risiko pendarahan yang tidak normal, karena kontraksi penyempitan pembuluh darah yang terbuka (Walyani, 2015).

6) Status gizi

Ibu *post partum* membutuhkan energi yang lebih banyak dari biasanya yaitu tambahan 500 kkal/hari. Kebutuhan tersebut bertujuan guna memenuhi pada proses kembalinya rahim seperti semula yaitu seperti sebelum hamil. Ibu *post partum* yang kekurangan energi dapat menyebabkan tidak maksimalnya proses kontraksi akibatnya proses kembalinya uterus akan terlambat.

7) Psikologis

Dampak psikologis kerap terjadi pada minggu pertama pasca persalinan. Dampak ini dapat terjadi pada ibu nifas disebut *post partum blues* ialah perasaan tidak menentu yang terjadi dengan sifat yang berbeda secara drastis antara perubahan satu dengan perubahan yang lain. Baik perubahan ketika hamil, melahirkan hingga pada pada cara hidupnya setelah bayi lahir.

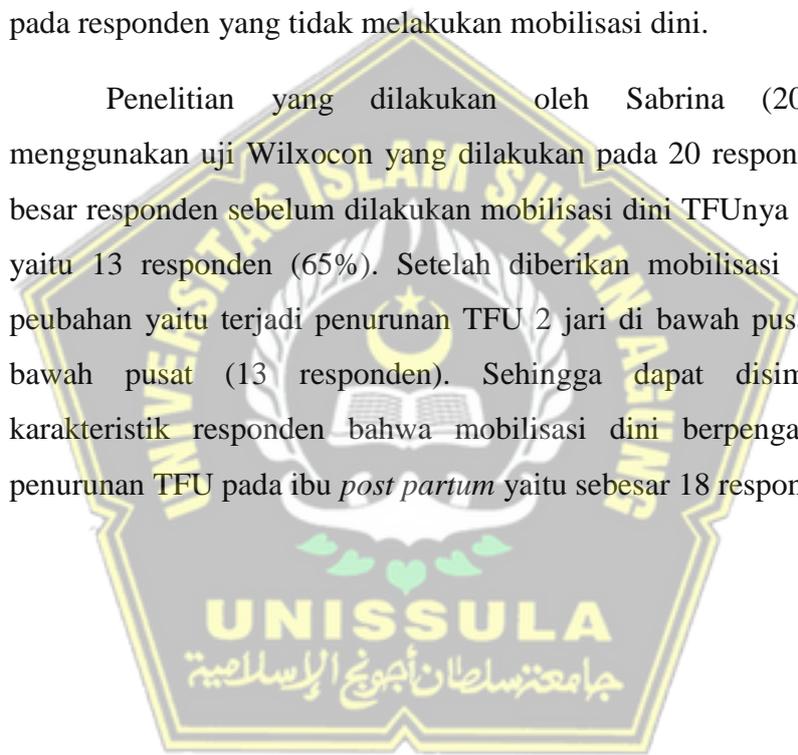
#### 4. Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Tinggi Fundus Uteri

Mobilisasi dini ialah gerak yang dapat dikerjakan pasca persalinan oleh ibu, guna mengubah posisi dari berbaring menjadi miring, duduk, hingga bertapak (berjalan). Keuntungan melakukan pergerakan secara dini ialah untuk pencegahan jika terjadi hambatan sirkulasi darah, membantu untuk pelancaran dalam mengeluarkan lochea sehingga mempercepat proses kembalinya uterus (involusi) (Dewi dan Sunarsih, 2011). Dengan demikian ibu yang melakukan pergerakan secara dini memiliki penurunan fundus uteri lebih cepat serta lebih kuatnya kontraksi uterus dibandingkan

dengan ibu yang imobilisasi/tidak melakukan mobilisasi dini (Bahiyatun, 2014)

Penelitian yang dilakukan oleh Mahdiyah (2012) menggunakan metode uji *Chi-Square* yang dilakukan pada 48 responden dan didapatkan hasil bahwa terdapat 34 responden yang melakukan pergerakan dini (mobilisasi dini) dan yang tidak melakukan mobilisasi dini terdapat 14 responden. Dengan diperoleh terjadi penurunan TFU pada responden yang melakukan mobilisasi dini dan sebaliknya tidak terjadi penurunan TFU pada responden yang tidak melakukan mobilisasi dini.

Penelitian yang dilakukan oleh Sabrina (2014) dengan menggunakan uji Wilcoxon yang dilakukan pada 20 responden, sebagian besar responden sebelum dilakukan mobilisasi dini TFUnya setinggi pusat yaitu 13 responden (65%). Setelah diberikan mobilisasi dini, terdapat perubahan yaitu terjadi penurunan TFU 2 jari di bawah pusat & 3 jari di bawah pusat (13 responden). Sehingga dapat disimpulkan dari karakteristik responden bahwa mobilisasi dini berpengaruh terhadap penurunan TFU pada ibu *post partum* yaitu sebesar 18 responden.



## E. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM *SECTIO CAESAREA*

### 1. Pengkajian

Pengkajian ialah tahap awal dalam proses keperawatan. Pada tahap ini harus dilakukan secara teliti dan cermat untuk dapat menentukan identifikasi masalah keperawatan dalam menghasilkan penentuan diagnosa keperawatan yang sesuai. Adapun pengkajian yang dapat dilakukan pada ibu post partum *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

- I. Identitas ibu
- II. Keluhan utama
  1. Ibu mengeluh nyeri pada luka operasi *sectio caesarea*
  2. Ibu mengeluh takut bergerak karena nyeri bertambah saat bergerak
  3. Ibu mengeluh tidak bisa tidur
- III. Data riwayat kesehatan
  1. Riwayat kesehatan dahulu
    - a) Adakah ibu memiliki penyakit kronis, menular maupun menahun
    - b) Apakah ibu pernah mengalami tindakan operasi sebelumnya
  2. Riwayat kesehatan saat ini  
Meliputi pengkajian waktu sesudah pembedaahan, keadaan umum, kondisi klien, serta kondisi luka pembedaahan.
  3. Riwayat kesehatan keluarga  
Adakah keluarga yang menderita penyakit kronis, menular, maupun menahun yang mungkin dapat ditularkan.
  4. Riwayat pernikahan  
Perlu dikaji awal menikah, umur ketika menikah, jumlah dalam menikah, serta status pernikahan sekarang.
  5. Riwayat obstetrik

Meliputi riwayat mengandung, persalinan lalu, penolong dalam persalinan, tempat persalinan, metode persalinan, jumlah anak, pernah keguguran atau tidak, serta kondisi nifas lalu.

6. Riwayat persalinan sekarang

Pada pengakajian ini yaitu waktu dan tanggal persalinan, metode persalinan, jenis kelamin bayi, hingga kondisi bayi.

7. Riwayat KB

Guna mengetahui program KB yang sudah dilakukan, jenis metode untuk mencegah kehamilan (kontrasepsi), keluhan penggunaan kontrasepsi.

IV. Pola-pola fungsi kesehatan

1. Pola nutrisi

Terjadi peningkatan nafsu makan

2. Pola aktivitas

a) Ibu nifas gerakan terbatas karena mengalami kelemahan dan nyeri pasca operasi *sectio caesarea*.

b) Biasanya cepat lelah

3. Pola eliminasi

terpasang kateter

4. Pola istirahat dan tidur

Terdapat perubahan pola istirahat tidur karena kehadiran bayi dan respon nyeri pasca operasi.

5. Pola pernapasan

Pada pasien post *sectio caesarea* gangguan pernapasan yang kerap muncul adalah penyumbatan jalan napas, pernapasan yang tidak adekuat.

V. Pemeriksaan fisik

Menurut Yuli Aspiani (2017) pemeriksaan fisik pada ibu post operasi *sectio caesarea* yaitu:

a. Keadaan umum : lemah

b. Kepala: bentuk, kondisi rambut, serta kondisi kulit kepala.

- c. Wajah: biasanya terlihat pucat karena menahan nyeri
- d. Mata: konjungtiva anemis
- e. Hidung, adakah terdapat polip/tidak, kebersihan hidung.
- f. Telinga, simetris/tidak, bersih/kotor
- g. Lidah, bersih atau kotor
- h. Bibir, kering atau lembab
- i. Leher, terdapat benjolan atau tidak
- j. Thorax. Perlu dikaji simetris atau tidak, ada tidaknya retraksi intercostal, ada tidaknya pernapasan tertinggal, ada tidaknya suara tambahan, serta irama dan frekuensi pernapasan.
- k. Payudara. Pada ibu post *sectio caesarea* yang mengalami pembendungan ASI berbentuk simetris, kedua payudara kencang, terdapat nyeri tekan, kedua puting menonjol, areola berwarna kehitaman, ASI belum keluar atau ASI baru keluar sedikit.
- l. Abdomen. Ada tidaknya distensi VU, apakah terdapat pendarahan pada luka pasca pembedahan, berapakah tinggi fundus uterinya, terdapat nyeri tekan atau tidak.
- m. Genitalia. Ada tidaknya oedem, bagaimana pengeluaran lochea serta bau lochea.
- n. Ekstremitas. Simetris atau tidak, terdapat oedem atau tidak.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Kemungkinan diagnosa yang mungkin muncul pada ibu post *sectio caesarea* sesuai PPNI (2016) yaitu:

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)
- 2) Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)
- 3) Defisit pengetahuan tentang nutrisi ibu nifas b.d kekurangan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi (D.0111)
- 4) Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)
- 5) Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055)
- 6) Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif (D. 0142)

### 3. Intervensi Keperawatan

#### a. Dx. 1

Kriteria Hasil (SLKI):

Luaran utama: Tingkat nyeri

Luaran tambahan:

- 1) Fungsi gastrointestinal
- 2) Kontrol nyeri
- 3) Mobilitas fisik
- 4) Penyembuhan luka
- 5) Perfusi miokard
- 6) Perfusi perifer
- 7) Pola tidur
- 8) Status kenyamanan
- 9) Tingkat cedera (PPNI, 2018).

Rencana Keperawatan (SIKI)

- 1) Identifikasi nyeri secara komprehensif
- 2) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 3) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 4) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 5) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (PPNI, 2018).

#### b. Dx. 2

Kriteria Hasil (SLKI)

Luaran utama : Mobilitas fisik

Luaran tambahan:

- 1) Berat badan
- 2) Fungsi sensori
- 3) Keseimbangan
- 4) Konsevasi energi
- 5) Koordinasi pergerakan
- 6) Motivasi

- 7) Pergerakan sendi
- 8) Status neurologis
- 9) Status nutrisi
- 10) Toleransi aktivitas (PPNI, 2018).

#### Intervensi Keperawatan (SIKI)

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- 4) Jelaskan dan tujuan mobilisasi
- 6) Anjurkan melakukan mobilisasi dini (PPNI, 2018).

#### c. Dx. 3

##### Kriteria Hasil (SLKI)

Luaran utama: Tingkat pengetahuan

Luaran tambahan:

- 1) Memori
- 2) Motivasi
- 3) Proses informasi
- 4) Tingkat agitas
- 5) Tingkat kepatuhan (PPNI, 2018).

#### Intervensi Keperawatan (SIKI)

- 1) Identifikasi kesiapan dan faktor menerima informasi
- 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 3) Jadwalkan pendidikan sesuai kesepakatan
- 4) Berikan kesempatan untuk bertanya
- 5) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (PPNI, 2018).

d. Dx. 4

Kriteria Hasil (SLKI)

Luaran utama: Status menyusui

Luaran tambahan:

- 1) Dukungan keluarga
- 2) Dukungan sosial
- 3) Kinerja pengasuhan
- 4) Perlekatan
- 5) Status koping
- 6) Status menelan
- 7) Status nutrisi bayi
- 6) Tingkat nyeri (PPNI, 2018).

Intervensi Keperawatan (SIKI)

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui
- 3) Berikan konseling menyusui
- 4) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- 5) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar
- 6) Ajarkan perawatan payudara *post partum* (PPNI, 2018).

e. Dx. 5

Kriteria Hasil (SLKI)

Luaran utama : Pola tidur

Luaran tambahan:

- 1) Penampilan peran
- 2) Status kenyamanan
- 3) Tingkat depresi
- 4) Tingkat kelelahan (PPNI, 2018).

#### Intervensi Keperawatan (SIKI)

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 2) Modifikasi lingkungan
- 3) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
- 4) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- 5) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya (PPNI, 2018)

#### f. Dx. 6

##### Kriteria Hasil (SLKI)

Luaran utama: Tingkat infeksi

Luaran tambahan:

- 1) Integritas kulit dan jaringan
- 2) Kontrol risiko
- 3) Status imun
- 5) Status nutrisi (PPNI, 2018).

##### Intervensi Keperawatan (SIKI)

- 1) Monitor tanda-tanda infeksi
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 4) Ajarkan cara cuci tangan dengan benar
- 5) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi (PPNI, 2018)

## BAB III

### LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Hasil Studi Kasus

Berdasarkan studi kasus yang dilaksanakan pada tanggal 5 Februari 2021 (14.30 WIB) di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, di dapatkan data pengkajian pasien bernama Ny. E dengan usia 26 tahun berjenis kelamin perempuan. Pasien merupakan seorang muslimah yang tinggal di desa Loireng kecamatan Sayung kabupaten Demak. Pasien adalah seorang karyawan swasta, dengan pendidikan terakhir SD. Pasien dibawa ke Rumah Sakit karena pasien mengalami ketuban pecah dini dan panggul sempit dengan usia kehamilan 38 minggu, pasien sebelumnya dibawa ke bidan setempat. Pasien diantar oleh suaminya Tn. R dan mengharuskan pasien untuk di rawat di RSI Sultan Agung dengan nomor rekam medik 014xxxx..

#### B. Pengkajian Keperawatan

##### 1. Identitas Pasien

Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 5 Februari 2021 pukul 14.30 WIB di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, pasien bernama Ny. E dengan usia 26 tahun berjenis kelamin perempuan. Pasien merupakan seorang karyawan swasta, pendidikan terakhir SD. Pasien di bawa ke Rumah Sakit pada tanggal 4 Februari 2021 pukul 21.00 WIB, dikarenakan pasien mengalami ketuban pecah dini dan panggul sempit yang mengharuskan pasien untuk segera dilakukan pembedahan *sectio caesarea*. Operasi dilaksanakan pada tanggal 5 Februari 2021 pukul 13.00 WIB dan di pindahkan ke Ruang Baitunnisa 2 pukul 14.20 WIB. Saat ini status obstetriknya nifas hari ke 1 P1 A0 dengan tipe persalinan SC, berat

lahir 3100 gram, dengan keadaan langsung menangis dan seluruh tubuh bayi kemerahan, serta tidak terdapat komplikasi nifas.

2. Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil bahwa pasien mengatakan belum berani untuk bergerak karena takut jahitannya akan robek dan takut bergerak karena nyeri.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Ny. E mengatakan pada tanggal 4 Februari 2021 mengalami ketuban pecah dini pada pukul 19.30 WIB. Sehingga Ny. E dibawa ke bidan setempat oleh sang suami. Tetapi, karena Ny. E mengalami panggul yang sempit sehingga Ny. E dirujuk ke rumah sakit pada pukul 21.00 WIB agar mendapatkan tindakan lebih lanjut (operasi *sectio caesarea*) untuk mengeluarkan bayi.

4. Masalah kehamilan

Pada masa kehamilan, pasien mengalami mual dan muntah pada trimester 1 dan berlangsung tidak lama. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama pada Ny. E.

5. Riwayat Menstruasi

Pasien mengalami menstruasi pertama pada umur 12 tahun dengan lama 7-8 hari dan siklus lancar serta tidak terdapat gangguan selama menstruasi.

6. Riwayat KB

Sebelum hamil pasien belum menggunakan KB. Dan pasien berencana KB setelah anaknya sudah agak besar.

7. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran komposmentis, penampilan lemas, pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 110/90 mmHg, Nadi 63 x/menit pernapasan 20 x/menit dan suhu 36 °C. Bentuk kepala mesosepal, tidak ada benjolan dan rambut berwarna hitam. Mata kanan dan kiri simetris, sedikit pucat, dan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Hidung tidak ada kotoran, tidak ditemukan benjolan dan tidak terdapat

polip. Kedua telinga simetris, dan tidak ada serumen, serta tidak terpasang alat bantu pendengaran. Mulut agak kering, dan tidak terdapat karies gigi. Pada leher tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid. Pemeriksaan dada, pada inspeksi jantung tidak ditemukan lesi, palpasi ikus kordis teraba, perkusi pekak, dan auskultasi bunyi lup-dup. Pemeriksaan paru-paru terlihat pengembangan dada kanan dan kiri simetris, palpasi tidak ditemukan nyeri tekan dan krepitasi, perkusi bunyi sonor dan auskultasi bunyi vesikuler. Pada pemeriksaan payudara kanan dan kiri simetris, areola melebar berwarna merah kecoklatan, puting sudah menonjol sedikit, palpasi tidak ada pembengkakan, ASI keluar pada jam 14.00 pasca persalinan dan kolostrum berwarna kuning. Keadaan abdomennya yaitu terlihat masih besar, diastasis rectus abdominis (-), TFU 2 jari di atas pusat, dan kontraksi teraba keras. Pada abdomen terdapat jahitan  $\pm$  15 cm tertutup perban, adapun tanda- tanda infeksi rubor (-), dolor (-), calor 36,6 ° C, tumor (-), fungsi laesa luka mengganggu pergerakan. Jumlah darah lokhea  $\pm$  200 cc (1/2 pampers besar) dengan warna merah segar, konsistensi cair, serta berbau anyir dan amis. Keadaan perineum utuh, tidak terdapat tanda REEDA, bersih dan tidak ditemukan hemoroid. Saat ini pasien terpasang kateter dengan jumlah 500 cc, belum ada kesulitan BAB dan distensi VU teraba lembek. Ekstremitas tidak ditemukan varises dan tanda homan's negatif (tidak ada nyeri betis).

#### 8. Pengkajian Pemeriksaan Khusus

##### 1) Oksigenasi

Pada pengkajian oksigenasi, didapatkan hasil bahwa pasien tidak ditemukan keluhan sesak nafas, maupun pusing.

##### 2) Nutrisi

Asupan yang biasa dikonsumsi pasien yaitu nasi, sayur, lauk dengan frekuensi 3x sehari. Pasien tidak pernah mengeluh mengenai nafsu makan. Dan selama pengkajian, pasien mengatakan masih mempercayai anjuran orang jaman dahulu yaitu

pantang memakan makanan ikan laut, telur, udang, dll. Pasien berpendapat seperti itu dikarenakan akan menimbulkan gatal pada luka jahitan dan akibatnya luka tidak cepat kering.

### 3) Cairan

Jenis minuman yang biasa diminum pasien yaitu air putih dengan frekuensi 8-9x sehari ( $\pm$  1,5 L), pasien juga sering mengkonsumsi teh manis pada pagi hari. Pasien tidak ada pembatasan dalam minum.

### 4) Eliminasi

Tidak terdapat keluhan keringat berlebih, tidak ada keluhan BAK karena pasien terpasang kateter, BAK setelah operasi didapatkan jumlah 500 cc pada jam 15.00. dan pada saat dikaji belum BAB setelah persalinan dan belum ada keluhan BAB.

### 5) Kenyamanan

Respon nyeri didapatkan pasien mengatakan nyeri pasca operasi, kualitas seperti disayat-sayat, bertempat di perut, dengan skala 6 dikaji dengan skala numerik, dan nyeri timbul saat pasien bergerak.

Pada pengkajian mengenai istirahat dan tidur didapatkan bahwa pasien megeluh ingin tidur tetapi tidak bisa, mengatakan sulit tidur, kerap terbangun (terjaga) dan tidak puas tidur. Dan tidak pernah tidur siang. Serta pasien mengatakan kira-kira sekitar 5 jam dalam sehari.

## 9. Pemeriksaan Fisik Bayi

Bayi Ny. E memiliki berat badan 3100 gram, dengan panjang badan 48 cm. bentuk kepala bulat, bersih, rambut berwarna hitam tebal, dan ubun-ubun sutura. Mata isokor dan tidak terdapat sekret. Telinga kanan dan kiri simetris dan tidak ditemukan infeksi. Bentuk mulut simetris. Hidung bersih dan tidak terpasang alat bantu pernafasan (kanul). Pada leher tidak ditemukan pembesaran pada kelenjar tiroid. Pemeriksaan jantung paru frekuensi nafas 50x/menit,

bunyi nafas normal tidak ada sekret, dan denyut jantung 140 x/menit. Pada perut berbentuk supel, bising usus 20x/menit, terdapat lanugo banyak, vernik sudah hilang dan mekonium berwarna hitam setelah lahir. Bayi Ny. E berjenis kelamin laki-laki dengan preputium bersih. Ekstremitas jarinya lengkap dan pergerakannya aktif. Nutrisi bayi air susu ibu. BAK dan BAB sekali (pada saat dikaji). Reflek bayi positif pada moro, rooting, babinski, menggenggam, tonus leher, melangkah, serta merangkak.

#### 10. Pemeriksaan penunjang

##### a) Laboratorium pada tanggal 4 Februari 2021

Pada pemeriksaan hematologi pada darah rutin 1 didapatkan hasil hemoglobin 12.8 (11.7-15.5) hematokrit 37.8 (33.0-45.0) leukosit 9.18 (3.60-11.0) dan trombosit 219 (150-440). Pada PPT didapatkan PT 8.6 (9.3-11.4) PT (Kontrol) 11.6 (9.1-12.3). Pada APTT didapatkan APTT 24.3 (21.8-28,4) APTT (Kontrol) 26.0 (21.0-28.4).

Pemeriksaan kimia klinik didapatkan glukosa darah sewaktu 78 (75-110) ureum 14 (10-50) creatinin 0.57 (0.60-1.10) dan CRP Kuantitatif 1.28 ( $\leq 3$ ). Pemeriksaan elektrolit (Na, K, Cl) natrium (Na) 135.0 (135-147) kalium (K) 3.50 (3.5-5.0), dan klorida (Cl) 109.0 (95-105). Imunologi didapatkan HBsAg (Kualitatif) Non reaktif (Non reaktif).

Pemeriksaan urinalisa didapatkan urin lengkap kuning, warna agak keruh, kejernihan negatif (jernih), protein negatif ( $< 30$  negatif) reduksi negatif ( $< 15$  negatif) bilirubin negatif ( $< 1$  negatif) reaksi/pH 6.5 (4.8-7.4) urobilinogen 0.2 ( $< 2$ ) benda keton negatif ( $< 5$  negatif) nitrit negatif (negatif) berat jenis 1.005 (1.015-1.025) darah (*blood*) negatif ( $< 5$  negatif) leukosit 125 ( $< 10$  negatif).

Pemeriksaan mikroskopis didapatkan sel epitel 8-10 (5-15) eritrosit 0-1 ( $< 1$ /LBP) leukosit 6-8 (3-5) silinder negatif parasit

negatif (negatif) bakteri positif 2++ (negatif) jamur negatif (negatif) kristal negatif benang mukus negatif.

b) Laboratorium pada tanggal 5 Februari 2021

Pada pemeriksaan hematologi didapatkan golongan darah/Rh O/Positif.

#### 11. Terapi

Pasien mendapatkan terapi ceftriaxone 2x1 via intravena, methylergometrin 2x1 via intravena, kaltropen supp 2x1 via suppositoria dan PCT Infus via intravena.

#### 12. Diit yang diperoleh

Nasi tim.

### C. Analisa Data

Pada tanggal 5 Februari 2021 pukul 15.00 selesai pengkajian didapatkan data pasien sebagai berikut:

Data pertama dari data subjektif pasien mengatakan belum berani bergerak karena takut jahitannya akan robek, dan pasien mengatakan nyeri saat bergerak serta aktivitasnya dibantu perawat dan keluarga. Dari data objektif pasien post op SC hari ke-0 (< 24 jam), klien tampak pucat, lemah, dan terbaring di tempat tidur, serta dari hasil vital sign didapatkan TD 110/80 mmHg, Nadi 63 x/menit, RR 20x/menit, suhu 36 °C, TFU 2 jari di atas pusat dan kontraksi keras.

Data kedua dari data subjektif pasien mengatakan masih mempercayai anjuran orang jaman dahulu yaitu pantang memakan makanan ikan, telur, udang, dll. Karena mereka percaya dengan mengonsumsi makanan tersebut dapat menimbulkan gatal pada luka jahitan dan berakibat luka tidak cepat kering. Data objektif terdapat menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, dan klien menunjukkan perilaku yang keliru terhadap masalah yaitu klien tampak tidak mendengarkan nasehat perawat.

Data ketiga dari data subjektif pasien mengatakan sulit tidur, tidur kira-kira 5 jam, sering terjaga, tidak puas tidur serta tidak pernah tidur siang. Dari data objektif pasien tampak lesu dan pucat.

Data keempat dari data subjektif pasien mengatakan terdapat luka jahitan di bagian perut bawah. Data objektif pasien terdapat luka jahitan post op SC tertutup perban + 15 cm dengan tanda- tanda infeksi meliputi rubor (-), dolor (-), calor (36, 0 °C), tumor (-) fungsiolaesa (luka mengganggu pergerakan karena pasien baru adaptasi dengan lukanya).

#### **D. Diagnosa Keperawatan**

Dari hasil data di atas dapat diprioritaskan urutan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak (D.0054).
2. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, persepsi yang keliru terhadap masalah (D.0111).
3. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d sulit tidur, sering terjaga, dan tidak puas tidur (D.0055).
4. Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142).

#### **E. Intervensi Keperawatan**

Intervensi dilakukan pada tanggal 5 Februari pukul 15.00 WIB didapatkan intervensi sebagai berikut:

Intervensi untuk diagnosa yang pertama gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak dengan tujuan setelah dilakukan tindakan selama 4x8 jam diharapkan mobilisasi klien tidak terhambat, dengan kriteria hasil nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun TFU menurun. Dan didapatkan intervensi yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk

membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini, dan anjurkan mobilisasi dini.

Intervensi untuk diagnosa kedua defisit pengetahuan b.d kekeliruan mengikuti anjuran d.d menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, persepsi yang keliru terhadap masalah dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan selama 4x8 jam diharapkan klien memahami pengetahuan mengenai nutrisi ibu post partum dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. Dan didapatkan intervensi yaitu periksa status gizi status alergi dan program diet, persiapkan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, jelaskan pada klien dan keluarga jenis makanan yang dibutuhkan.

Intervensi untuk diagnosa ketiga gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d sulit tidur, sering terjaga, dan tidak puas tidur dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan selama 4x8 jam, diharapkan pola tidur tercukupi dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun. Dan didapatkan intervensi identifikasi pola aktifitas dan tidur, modifikasi lingkungan, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur, anjurkan relaksasi otot autogenik dengan tarik nafas dalam.

Intervensi untuk diagnosa keempat risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif dengan tujuan setelah dilakukan tindakan selama 4x8 jam, diharapkan infeksi tidak terjadi, dengan kriteria hasil nyeri menurun, ketidaknyamanan menurun. Dan didapatkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

## **F. Implementasi Keperawatan**

- 1) Implementasi dilakukan pada tanggal 5 Februari 2021, implementasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Implementasi untuk diagnosa pertama gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak. Dilakukan implementasi pada jam 15.00 memonitoring TTV yaitu dengan mengukur TD, Nadi, RR dan suhu. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan setuju, data objektif TD 110/80 mmHg, nadi 63 x/menit, RR 20 x/menit dan suhu 36 °C. Pada waktu bersamaan juga dilakukan implementasi mengidentifikasi adanya nyeri/keluhan fisik lainnya, didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan takut bergerak karena nyeri pada luka paska operasi. Dan didapatkan data objektif yaitu pasien tampak meringis. Pada waktu yang bersamaan pula dilakukan implementasi mengukur tinggi fundus uteri, didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia dan data objektif TFU 2 jari di atas pusat, kontraksi keras. Pada jam 15.05 melakukan implementasi menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia dan ingin berlatih, dan data objektifnya pasien tampak mengerti setelah dijelaskan. Pada jam 15.10 dilakukan implementasi melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Didapatkan respon pasien data subjektif keluarga pasien mengatakan setuju, data objektif keluarga pasien tampak bersedia untuk membantu. Pada waktu yang bersamaan dilakukan implementasi menganjurkan melakukan mobilisasi dini (menggerakkan lengan tangan, ujung jari-jari kaki dan menggerakkan tangan membuka dan menggenggam. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia, data objektif yang didapatkan pasien tampak mampu melakukan latihan mobilisasi dini. Pada jam 15.15 dilakukan implementasi memonitor TTV yaitu dengan mengukur TD, Nadi, RR, dan suhu. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan setuju untuk di cek tanda-tanda vital, dan data objektif TD 110/80 mmHg, nadi 66 x/menit, RR 16 x/menit, suhu 36 °C. Pada jam 15.30 dilakukan implementasi memonitor TTV yaitu dengan mengukur TD, Nadi, RR, dan suhu. Didapatkan respon data subjektif pasien

mengatakan setuju untuk di cek tanda-tanda vital, dan data objektif pasien tampak kooperatif dengan TD 110/80 mmHg, nadi 60 x/menit, RR 20 x/menit, dan suhu 36,3 °C. pada jam 15.45 dilakukan implementasi memonitor TTV yaitu dengan mengukur TD, Nadi, RR, dan suhu. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan setuju untuk di cek tanda-tanda vital, data objektif pasien kooperatif dengan TD 110.80 mmHg, nadi 73 x/menit, RR 16 x/menit, dan suhu 36,6 °C. Pada jam 16.00 dilakukan implementasi memonitor TTV yaitu dengan mengukur TD, Nadi, RR, dan suhu. Didapatkan respon pasien data subjektif klien mengatakan setuju untuk di cek tanda- pada diagnosa tanda vital dan data objektif pasien kooperatif dengan TD 110/90 mmHg, nadi 66x/menit, RR 17 x/menit, dan suhu 36,9 °C.

Pada waktu yang sama yaitu jam 16.00 dilakukan implementasi diagnosa kedua defisit pengetahuan b.d kekeliruan mengikuti anjuran d.d menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, persepsi yang keliru terhadap masalah yaitu memeriksa status gizi, status alergi, dan program diet. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan tidak ada masalah dalam makan sehari-hari, klien juga mengatakan tidak pernah mengalami diet, dan klien mengatakan setelah operasi harus membatasi makanan yang memicu gatal pada luka operasi. Data objektif pasien tampak menunjukkan persepsi yang salah terhadap masalah. Pada jam 16.10 dilakukan implementasi mempersiapkan materi pendidikan kesehatan. Pada jam 16.15 dilakukan implementasi menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Didapatkan respon pasien data subjektif mengatakan bersedia diberikan pendidikan kesehatan pada jam 19.30. Dan data objektif pasien memberikan kesepakatan.

Pada pukul 16.30 dilakukan implementasi pada diagnosa keempat risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Pada waktu sama dilakukan implementasi diagnosa pertama dan diagnosa keempat yaitu memonitor TTV yaitu dengan mengukur TD, Nadi, RR, dan suhu. Didapatkan respon pasien data

subjektif pasien setuju untuk di cek tanda-tanda vital dan data objektif pasien kooperatif dan TD 110/70 mmHg, nadi 68 x/menit, RR 20 x/menit, dan suhu 36,6 °C. Pada waktu yang sama dilakukan implementasi ada diagnosa keempat yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan terdapat luka jahitan diperut, dan data objektif terdapat luka jahitan post op SC tertutup perban  $\pm$  15 cm dan tidak ada tanda-tanda infeksi, namun luka masih mengganggu pergerakan. Pada jam 16.40 dilakukan implementasi mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia dan data objektif pasien kooperatif. Pada jam 17.00 dilakukan implementasi diagnosa pertama dan diagnosa keempat yaitu memonitor TTV yaitu dengan mengukur TD, Nadi, RR, dan suhu. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien setuju untuk di cek tanda-tanda vital dan data objektif pasien kooperatif dan TD 110/90 mmHg, Nadi 72 x/menit, RR 19 x/menit, dan suhu 36,5 °C.

Pada jam 18.00 dilakukan implementasi pada diagnosa pertama gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak yaitu berkolaborasi dalam pemberian obat kaltrofen via suppositoria. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia diberikan obat melalui jalan anus, dan data objektif pasien kooperatif dalam pemberian obat. Pada jam 19.00 dilakukan implementasi menganjurkan melakukan mobilisasi (mengangkat lutut, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki). Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia dan ingin terus latihan dan data objektif pasien tampak berusaha untuk melakukan mobilisasi.

Pada jam 19.30 dilakukan implemensi diagnosa kedua defisit pengetahuan b.d kekeliruan mengikuti anjuran d.d menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, persepsi yang keliru terhadap masalah yaitu melakukan pendidikan kesehatan (menjelaskan pada klien & keluarga makanan yang dibutuhkan). Didapatkan respon pasien data subjektif

pasien mengatakan bersedia diberikan pendidikan mengenai makanan yang dibutuhkan oleh ibu nifas. Data objektif pasien dan keluarga tampak memperhatikan, klien mampu menjawab pertanyaan dari perawat dan klien tampak bersedia memakan makanan sesuai anjuran.

Pada jam 20.00 dilakukan diagnosa pertama gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak yaitu berkolaborasi dalam pemberian obat methylergometrin melalui injeksi intravena. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia dan data objektif pasien kooperatif. Pada jam 20.05 dilakukan implementasi menganjurkan dan membantu klien miring kanan dan miring kiri. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia dan data objektif pasien kooperatif.

2) Implementasi dilakukan pada tanggal 5 Februari pukul 21.00 WIB didapatkan implementasi sebagai berikut:

Implementasi untuk diagnosa pertama pada jam 21.00 gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak yaitu berkolaborasi dalam pemberian obat PCT botol via infuse. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk diberikan obat dan data objektif pasien kooperatif. Pada jam 21.05 dilakukan implementasi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyerinya sudah agak menurun dan data objektif pasien tampak agak rileks. Pada jam 21.10 dilakukan implementasi menganjurkan klien untuk miring kanan dan kiri. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan setuju dan akan miring kanan dan kiri dan data objektif pasien tampak dapat mendemonstrasikan latihan mobilisasi sendiri. Pada jam 21.25 dilakukan implementasi mengecek TFU, didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan setuju, dan data objektif TFU setinggi pusat dengan kontraksi keras.

Pada jam 21.30 dilakukan implementasi pada diagnosa ketiga gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d sulit tidur, sering terjaga, dan tidak puas tidur yaitu mengidentifikasi pola aktivitas istirahat dan tidur. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan istirahat tidur hanya sebentar kira-kira 5 jam sehari dan klien mengatakan tidak pernah tidur siang, data objektif pasien tampak lesu. Pada jam 21.35 dilakukan implementasi memodifikasi lingkungan (pengaturan suhu). Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia dan ingin istirahat, data objektif pasien tampak lebih tenang. Pada waktu yang sama dilakukan implementasi melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (memberikan bantal untuk membantu mengatur posisi). Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk diberikan penyangga bantal, dan data objektif pasien tampak nyaman. Pada jam 21.38 dilakukan implementasi Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur (kopi/teh). Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan sudah menghindari minuman tersebut sudah dari lama, dan data objektif pasien tampak telah mengerti. Pada jam 21.40 dilakukan implementasi Mengajarkan relaksasi otot (tarik nafas dalam). Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia, data objektif pasien mampu mendemonstrasikan latihan tarik nafas dalam, dan klien tampak mengantuk dibuktikan dengan menguap.

3) Implementasi dilakukan pada tanggal 6 Februari pukul 06.00 WIB didapatkan implementasi sebagai berikut:

Implementasi untuk diagnosa pertama gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak yang dilakukan pada jam 06.00 yaitu memonitor TTV yaitu dengan mengukur TD, Nadi, RR, dan suhu. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan setuju, dan data objektif pasien kooperatif dengan TD 103/59 mmHg, nadi 82 x/menit, RR 20 x/menit, dan suhu 36,9

°C. Pada jam 08.30 dilakukan implementasi mengecek TFU. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan setuju, data objektif TFU di bawah pusat dengan kontraksi keras. Pada jam 09.00 dilakukan implementasi menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini miring kanan dan kiri. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia, data objektif pasien tampak berusaha untuk miring kanan dan kiri.

Pada jam 09.30 dilakukan implementasi pada diagnosa kedua defisit pengetahuan b.d kekeliruan mengikuti anjuran d.d menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, persepsi yang keliru terhadap masalah yaitu memeriksa status gizi, status alergi, dan program diet. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan telah makan makanan yang disediakan yaitu nasi, sayur, ayam. dan pasien mengatakan telah mengerti nutrisi yang baik untuk ibu nifas dan tidak menuruti pantangan orang jaman dahulu., data objektif pasien tampak kooperatif dan mengerti.

Pada jam 10.00 dilakukan implementasi diagnosa keempat risiko infeksi d.d efek prosedur invasif yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan luka tidak begitu nyeri, data objektif terdapat luka jahitan post op sc tertutup perban + 15 cm dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi dan luka sudah tidak mengganggu pergerakan.

Pada jam 11.00 dilakukan implementasi diagnosa ketiga gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d sulit tidur, sering terjaga, dan tidak puas tidur yaitu mengidentifikasi pola aktivitas istirahat dan tidur. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan semalam tidurnya nyaman dan tenang, data objektif pasien tampak lebih segar. Pada jam 11.05 dilakukan implementasi melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan tidur (memberikan bantal untuk membantu mengatur posisi). Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan setuju, data objektif pasien tampak nyaman. Pada jam 11.08 dilakukan implementasi memodifikasi lingkungan (pengaturan suhu).

Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk ditingkatkan suhunya, data objektif pasien tampak lebih nyaman. Pada jam 11.10 dilakukan implementasi Menganjurkan relaksasi otot (tarik nafas dalam). Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan setuju, data objektif pasien tampak mengantuk dan menguap.

4) Implementasi dilakukan pada tanggal 6 Februari pukul 14.00 WIB didapatkan implementasi sebagai berikut:

Implementasi untuk diagnosa pertama gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak yang dilakukan pada jam 14.00 yaitu memonitor TTV yaitu dengan mengukur TD, Nadi, RR, dan suhu. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia, data objektif pasien kooperatif dengan TD 111/61 mmHg, nadi 65 x/menit, RR 20 x/menit, dan suhu 36,4 °C.

Pada jam 14.03 dilakukan implementasi pada diagnosa ketiga gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d sulit tidur, sering terjaga, dan tidak puas tidur yaitu mengidentifikasi pola aktivitas istirahat dan tidur. Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan dapat tidur dengan nyaman, data objektif pasien tampak lebih segar.

Pada jam 14.45 dilakukan implementasi pada diagnosa pertama gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak yaitu menganjurkan aktif mobilisasi dini (miring kanan dan kiri). Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan bersedia, data objektif pasien tampak semangat untuk melakukan mobilisasi. Pada jam 15.00 dilakukan implementasi membantu klien untuk mobilisasi setengah duduk (bersandar di bed). Didapatkan respon pasien data subjektif pasien mengatakan setuju, data objektif pasien tampak kesulitan dan berusaha untuk mobilisasi. Pada jam 15.30 dilakukan implementasi mengecek TFU. Didapatkan respon pasien data

subjektif pasien mengatakan setuju, data objektif TFU 4 jari dibawah pusat dengan kontraksi keras.

## **G. Evaluasi**

1) Evaluasi pada implementasi pertama tanggal 5 Februari 2021, evaluasi yang didapatkan sebagai berikut:

Diagnosa pertama, evaluasi pada jam 20.45: gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak. Data subjektif pasien mengatakan takut bergerak karena nyeri pada luka paska operasi, klien mengatakan ingin melakukan mobilisasi dini. Objektifnya pasien tampak berusaha melakukan pergerakan, didapatkan hasil TD 110/90 mmHg, nadi 72 x/menit, RR 19 x/menit, dan suhu 36,5 °C. Analisa masalah belum teratasi. Planningnya melanjutkan intervensi identifikasi nyeri/keluhan fisik lainnya, dan anjurkan melakukan mobilisasi dini (miring kanan dan kiri).

Diagnosa kedua, evaluasi pada jam 19.45: defisit pengetahuan b.d kekeliruan mengikuti anjuran d.d menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, persepsi yang keliru terhadap masalah. Data subjektif pasien mengatakan sudah memahami makanan yang harus dipenuhi oleh ibu nifas. Salah satunya ialah ikan laut yang dikonsumsi ibu dapat meningkatkan kecerdasan anak melalui air susu ibu, serta telur yang dapat mempercepat penyembuhan luka. Objektifnya pasien tampak kooperatif dan mengerti apa yang disampaikan perawat dibuktikan ketika perawat bertanya, klien dapat menjawab. Analisa masalah teratasi. Planningnya pertahankan intervensi 1 yaitu Periksa status gizi, status alergi, dan program diet.

Diagnosa keempat, evaluasi pada jam 17.10: risiko infeksi d.d efek prosedur invasif. Subjektifnya pasien mengatakan terdapat jahitan di perut. Objektifnya terdapat luka jahitan post op SC, luka tertutup perban + 15 cm, tidak tampak tanda-tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa), didapatkan hasil TD: 110/90 mmHg, N: 72 x/menit, RR:

19x/menit, dan Suhu: 36,5 °C. Analisa tidak terjadi infeksi. Planningnya pertahankan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, dan pertahankan kebersihan luka.

2) Evaluasi pada implementasi kedua tanggal 5 Februari 2021, evaluasi yang didapatkan sebagai berikut:

Diagnosa pertama, evaluasi pada jam 22.30: gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak. Subjektifnya pasien mengatakan nyerinya sudah agak menurun dan bersedia miring kanan dan kiri. Objektifnya klien tampak lebih tenang, TFU setinggi pusat dengan kontraksi keras. Analisa masalahnya tujuan teratasi sebagian, masalah belum teratasi. Planningnya pertahankan intervensi anjurkan mobilisasi dini (aktif miring kanan dan kiri).

Diagnosa ketiga, evaluasi pada jam 22.32: gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d sulit tidur, sering terjaga, dan tidak puas tidur. Subjektifnya pasien mengatakan ingin istirahat tidur. Objektifnya klien tampak bersedia diberikan pengaturan suhu, pengaturan posisi yang nyaman dan dapat mendemonstrasikan latihan tarik nafas dalam, serta klien tampak mengantuk. Analisa masalahnya tujuan teratasi sebagian, masalah belum teratasi. Planningnya pertahankan intervensi identifikasi pola istirahat dan tidur, modifikasi lingkungan, dan anjurkan tarik nafas dalam sebelum tidur.

3) Evaluasi pada implementasi ketiga tanggal 6 Februari 2021, evaluasi yang didapatkan sebagai berikut:

Diagnosa pertama, evaluasi pada jam 09.20: gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak. Subjektifnya pasien mengatakan akan selalu miring kanan dan miring kiri. Objektifnya pasien tampak berusaha miring kanan dan miring kiri. Analisa masalah tujuan teratasi sebagian, masalah belum teratasi.

Planningnya pertahankan intervensi anjurkan mobilisasi dini (aktif miring kanan dan miring kiri).

Diagnosa kedua, evaluasi pada jam 09.45: defisit pengetahuan b.d kekeliruan mengikuti anjuran d.d menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, persepsi yang keliru terhadap masalah. Subjektifnya pasien mengatakan telah makan makananan yang disediakan yaitu nasi, sayur, ayam. dan klien mengatakan telah mengerti nutrisi yang baik untuk ibu nifas dan tidak menuruti pantangan orang jaman dahulu. Objektifnya pasien tampak kooperatif dan mengerti. Analisa masalah teratasi. Planningnya hentikan intervensi.

Diagnosa keempat, evaluasi pada 10.15: risiko infeksi d.d efek prosedur invasif. Subjektifnya pasien mengatakan luka tidak begitu nyeri. Objektifnya terdapat luka jahitan post op sc tertutup perban + 15 cm, tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Analisanya tidak terjadi infeksi, masalah teratasi. Planningnya hentikan intervensi.

Diagnosa ketiga, evaluasi pada jam 11.20: gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d sulit tidur, sering terjaga, dan tidak puas tidur. Subjektifnya pasien mengatakan semalam tidurnya nyaman dan tenang. Objektifnya pasien tampak lebih segar. Analisa masalah teratasi. Planningnya pertahankan intervensi identifikasi pola istirahat dan tidur.

4) Evaluasi pada implementasi keempat tanggal 6 Februari 2021, evaluasi yang didapatkan sebagai berikut:

Diagnosa ketiga, evaluasi pada jam 14.10: gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d sulit tidur, sering terjaga, dan tidak puas tidur. Subjektifnya pasien mengatakan dapat tidur dengan nyaman. Objektifnya pasien tampak lebih segar. Analisa masalah teratasi. Planningnya hentikan intervensi.

Diagnosa pertama, evaluasi pada jam 15.40: gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak. Subjektifnya klien tampak berusaha untuk melakukan

mobilisasi, didapatkan TD 111/61 mmHg, Nadi 65x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,4 °C, TFU 4 jari dibawah pusat dengan kontraksi keras. Analisa masalah teratasi. Planningnya pertahankan intervensi latihan duduk.



## BAB IV

### PEMBAHASAN

Pada bab IV penulis akan memaparkan hasil analisa asuhan keperawatan pada ibu post partum *sectio caesarea* dengan penerapan mobilisasi dini untuk mempercepat penurunan TFU yang disesuaikan dengan teori yang didapat. Asuhan keperawatan pada Ny. E dikelola selama 4x8 jam (4x Sift) pada tanggal 5 dan 7 Februari 2021.

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai penyelesaian masalah yang ditemukan dan disesuaikan dari konsep dasar yang didapat pada bab II dengan memperhatikan asuhan keperawatan berupa pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Setelah itu penulis akan menyarankan diagnosa keperawatan yang seharusnya ada. Namun, tidak diangkat dengan penulis dan ditambahkan di pembahasan serta membahas intervensi utama yang diperkuat dengan teori serta penelitian sebelumnya yang disesuaikan dengan tujuan penelitian.

#### A. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 5 Februari 2021, dari hasil pengkajian diperoleh data pasien bernama Ny. E dengan usia 26 tahun (perempuan). Pasien merupakan seorang muslimah yang tinggal di desa Loireng kecamatan Sayung kabupaten Demak. Pasien adalah seorang karyawan swasta, dengan pendidikan terakhir SD. Pasien dibawa ke Rumah Sakit karena pasien mengalami ketuban pecah dini dan panggul sempit dengan usia kehamilan 38 minggu.

Menurut Wiknjosastro (2008 dalam Najah, 2018) mengungkapkan bahwa reproduksi sehat yaitu usia wanita yang baik untuk mengandung dan melahirkan adalah 20-35 tahun. Hal ini dikarenakan pada usia tersebut faktor kekuatan yang cukup untuk mengejan dan keadaan tubuh masih dalam kondisi

yang optimal sehingga memungkinkan kesembuhan luka akibat persalinan berlangsung cepat dan lebih baik.

Berdasarkan fakta dan teori tersebut dapat disimpulkan bahwa pasien dalam batas usia yang produktif dalam melahirkan. Namun kenyataannya pasien diharuskan melahirkan secara pembedahan *sectio caesarea* karena terdapat indikasi yang mengharuskan untuk melakukan pembedahan yaitu pasien mengalami ketuban pecah dini dan panggul sempit. Menurut Nurarif & Hardhi (2015) faktor penyebab persalinan *sectio caesarea* yang disebabkan oleh faktor ibu diantaranya Kehamilan pertama dengan abnormalitas letak, primipara tua dengan abnormalitas letak ada, ketidaksesuaian atau disproporsi janin/panggul, adanya masa lalu kelahiran yang buruk, adanya *chepalopelvic disproportion*, plasenta previa pada kehamilan pertama, tali pusar yang menutupi jalan lahir, kehamilan yang mengalami komplikasi, serta permasalahan yang mengganggu perjalanan persalinan seperti mioma pada rahim maupun kista pada ovarium, dan sebagainya. Pada operasi ini ditujukan untuk menyelamatkan ibu ataupun bayi (Manuaba, 2013).

Menurut Trivonia, dkk (2011) mengungkapkan bahwa wanita yang melakukan persalinan *sectio caesarea* akan mengalami kecemasan, dan khawatir. Hal ini dikarenakan terdapat luka sayatan pada abdomen, serta kurangnya informasi. Pada kasus ini sering terjadi pada wanita yang baru pertama melakukan persalinan *sectio caesarea*.

Penulis menemukan masalah pada persepsi kesehatannya. Pasca menjalani pembedahan *sectio caesarea* pasien mengatakan takut untuk bergerak karena khawatir luka operasi akan robek. Hal ini dikarenakan pasien baru pertama kali melakukan operasi *sectio caesarea*.

Hasil pengkajian data subjektif pasien mengatakan belum berani bergerak karena takut jahitannya akan robek, dan pasien mengatakan nyeri saat bergerak serta aktivitasnya dibantu perawat dan keluarga. Dari data objektif pasien post op SC hari ke-0 (< 24 jam), klien tampak pucat, lemah, dan terbaring di tempat tidur, serta dari hasil vital sign didapatkan TD 110/80 mmHg, Nadi 63 x/menit, RR 20x/menit, suhu 36 °C, TFU 2 jari di atas pusat

dan kontraksi keras. Dari hasil pengkajian tersebut dapat disimpulkan jika keadaan ini tidak segera diatasi dikhawatirkan dapat menyebabkan dampak yang berbahaya pada ibu *post partum*. Salah satu dampak yang mungkin timbul yaitu keberlangsungan involusi uteri tidak berjalan secara normal, akibatnya ibu akan mengalami pendarahan dan TFU menurun secara lambat. Pengertian dari Involusi ialah cara dimana rahim pada keadaan sebelum hamil yang beratnya sekitar 60 gram. Involusi diawali segera sesudah tali pusar keluar yang dipengaruhi oleh otot-otot polos uterus (Ambarwati, R. P & Nasution, 2012). Pada proses involusi uterus disertai dengan penurunan TFU.

Menurut penelitian Fitriana dan Lilis Dwi (2012) mengungkapkan sebagian besar (60,6%) terjadi perlambatan penurunan TFU pada ibu *post sectio caesarea*. Hal ini dikarenakan pada ibu *post operasi sectio caesarea* minim dalam mobilisasi dini karena respon nyeri yang muncul di luka jahitan pasca operasi, serta dapat disebabkan oleh faktor gizi. Sehingga diperlukan mobilisasi dini dengan tepat.

## **B. Diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi, Evaluasi**

### **1. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak**

Setelah dilakukannya pengkajian, penulis menyusun pernyataan mengenai pola kesehatan serta masalah keperawatan yang sedang dialami. Dengan tujuan untuk menentukan perencanaan yang akan dilakukan untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah pada pasien.

Hasil yang didapat dari data pada pengkajian tersebut pasien mengalami kesulitan dalam pergerakan karena terdapat luka pembedahan, pasien juga merasa takut jika bergerak dapat memperparah kondisi lukanya, serta pasien merasakan nyeri pada luka *post sectio caesarea*. Sehingga diagnosa yang diprioritaskan penulis yaitu Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak. Pengambilan diagnosa tersebut sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sesuai dengan batasan karakteristik yang

telah ditetapkan yaitu nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) gangguan mobilitas fisik ialah terbatasnya gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Kemudian, Koziar dkk dalam NANDA (2010) juga mengungkapkan bahwa gangguan mobilitas fisik atau disebut immobilisasi adalah kondisi dimana individu mengalami keterbatasan dalam gerakan.

Berdasarkan fakta di lapangan pada saat dilakukan pengkajian, didapatkan hasil bahwa pasien bernama Ny.E mengalami penurunan TFU lebih lambat yaitu dibuktikan dengan keadaan TFU 2 jari di atas pusat, serta lebih banyak berbaring ditempat tidur dikarenakan khawatir bergerak karena nyeri pembedahan.

Menurut Sofian (2012) perubahan uterus masa nifas menurut waktu involusi yaitu pada saat bayi lahir TFU terletak setinggi pusat atau setara dengan berat uterus 1000 gram, pada saat plasenta lahir TFU 2 jari di bawah pusat atau setara dengan 750 gram, pada involusi 1 minggu TFU terletak pada pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gram, pada waktu 2 minggu TFU tidak teraba di atas simpisis dengan setara berat uterus 350 gram, pada waktu 6 minggu pasca persalinan TFU normal dengan berat uterus 50 gram, dan pada minggu ke 8 TFU telah kembali seperti sebelum hamil dengan berat uterus 30 gram.

Berdasarkan fakta dan teori tersebut, penatalaksanaan yang paling tepat dalam mempercepat penurunan involusi uteri pada ibu nifas yaitu dengan pelaksanaan mobilisasi dini. Mobilisasi dini ialah suatu kegiatan yang yang dapat dilakukan secara bertahap pasca operasi diawali dengan cara latihan secara ringan di atas bed sampai mampu bangkit dari tempat tidur, ke kamar mandi hingga dapat berjalan keluar kamar (Brunner & Suddarth, 2012). Keuntungan dalam melakukan mobilisasi mampu menahan hambatan aliran pada darah, melancarkan cairan yang keluar dari vagina sehingga proses pengembalian uterus (involusi uteri) berjalan

dengan cepat (Dewi dan Sunarsih, 2011). Terlambatnya mobilisasi yang dilakukan dapat mengakibatkan gangguan terhadap involusi uteri, sehingga pengembalian uterus akan berjalan tidak normal dan mengakibatkan keadaan yang disebut *subinvolusi* (Ambarwati, 2010).

Pada diagnosa Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak, Tujuan keperawatan yang ditegakkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam diharapkan mobilisasi pasien tidak terhambat, dengan kriteria hasil nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun, penurunan TFU membaik. Dan didapatkan intervensi yaitu monitor TTV, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini, dan anjurkan mobilisasi dini (PPNI, 2018).

Pada intervensi yang ditegakkan oleh penulis diantaranya monitor TTV (tanda-tanda vital) pasien dengan rasional untuk mendeteksi adanya perubahan pada tanda-tanda vital pasien. Kemudian mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, penulis melakukan intervensi tersebut guna untuk menentukan kelemahan dan kesulitan terhadap keadaan yang dialami. Menurut Najah (2018) ibu yang menjalani pembedahan *sectio caesarea* dibandingkan dengan ibu dengan persalinan spontan akan lebih membatasi pergerakan pada awal masa nifas. Hal ini disebabkan karena terdapat luka pasca operasi yang menimbulkan nyeri.

Penulis juga berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat sesuai kebutuhan yaitu pemberian paracetamol yang bertujuan untuk menurunkan nyeri pasien. Paracetamol bekerja dengan menghambat sintesis prostaglandin pada sistem syaraf pusat yaitu dengan aksi sentral serta memblok munculnya nyeri di perifer sehingga paracetamol berperan dalam efek analgetik (Jatmiko 2010 dalam Ulfa 2014). Berkolaborasi dalam pemberian *methylorgametrin* yang bertujuan untuk merangsang otot rahim untuk berkontraksi sehingga pendarahan *post partum* dapat dihindarkan. Serta berkolaborasi dalam pemberian *kaltrofen* dengan

tujuan untuk mengurangi nyeri. Menurut Hosny et al. (2013) kaltrofen ialah antiinflamasi nonsteroid yang merupakan turunan dari asam fenilalkanoat sebagai antiinflamasi, analgesik, dan antireumatik.

Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, ditujukan untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan. Salah satu faktor penentu keberhasilan suatu tindakan adalah motivasi atau dukungan dari keluarga maupun tim kesehatan lainnya. Menurut Friedman (2013) motivasi dari orang terdekat ialah perbuatan, sikap penerimaan, yang meliputi dukungan pemberi informasi, menilai, serta emosional. Dukungan keluarga merupakan faktor yang berada dari luar meliputi dorongan dari pasangan, keluarga, adanya pandangan dari mengenai pelarangan gerak dan harus tetap pada kondisi lurus, keadaan ekonomi, layanan dari para tenaga kesehatan, dan penyesuaian keadaan terhadap lingkungan (Hartati, S., Setyowati, & Afiyanti, 2014).

Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini, bertujuan memberikan pemahaman mengenai manfaat atau keuntungan melakukan mobilisasi dini. Berikut hal-hal yang dilakukan penulis pada pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien:

1. Menjelaskan pengertian dan tujuan mobilisasi dini
2. Menjelaskan manfaat mobilisasi
3. Menjelaskan dampak tidak melakukan mobilisasi dini
4. Menyebutkan tahapan mobilisasi dini.

Menurut penelitian Hartati & Afiyanti (2014) terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian informasi dengan pelaksanaan mobilisasi dini. Sejalan dengan Helmiye, A., Kucuk, M., & Duzgun (2010) juga mengungkapkan motivasi atau dukungan yang berasal dari tenaga kesehatan yaitu dalam memberikan edukasi atau pemberi informasi mengenai manfaat melakukan mobilisasi dini pasca pembedahan dapat menaikkan keinginan ibu untuk melakukan pelaksanaan mobilisasi dini. Menurut penelitian Nurfitriani (2017) bahwa ibu setelah persalinan operasi *sectio caesarea* memiliki motivasi dalam melakukan mobilisasi dini.

Adapun tahapan dalam melakukan mobilisasi dini pada ibu post *operasi sectio caesarea* menurut Kasdu (2006 dalam Rahmadhani, 2018) yaitu pada waktu 6 jam setelah operasi ibu dianjurkan tirah baring, mobilisasi yang dapat dilakukan yaitu memobilisasi tangan dan lengan, memobilisasi jari-jari kaki, melakukan pemutaran pada pergelangan kaki, pengangkatan tumit, penegakkan otot betis, dan kaki dapat ditekuk maupun digeser.

a. 6-8 jam

Ibu dianjurkan miring kanan & miring kiri agar gumpalan darah dapat dihindarkan. Pemenuhan nutrisi dibantu, pengangkatan tangan dan kaki, lutut dapat ditekuk, serta badan dapat digeser.

b. Setelah 24 jam

Mobilisasi yang dianjurkan yaitu mulai belajar duduk. Tangan diangkat setinggi-tingginya, dapat kembali ke kiri dan kanan tanpa memerlukan bantuan, latihan pernapasan dan pemenuhan nutrisi tanpa bantuan.

c. Sesudah bisa duduk maka dianjurkan untuk belajar jalan.

Menganjurkan melakukan mobilisasi dini, ditujukan untuk mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali seperti semula serta dapat memenuhi kebutuhan gerak harian, serta dapat memperlancar dalam mengeluarkan lochea sehingga involusi uteri akan berjalan normal dan berlangsung cepat. Penelitian yang dilakukan Kasanah & Alike (2020) pada pelaksanaan mobilisasi dini, salah satunya dengan menyusui bayi, jalan-jalan, miring kanan dan miring kiri ketika istirahat tidur dapat mempercepat involusi uteri lebih efektif. Pada ibu setelah melaksanakan operasi *sectio caesarea*, 2-4 jam pertama disarankan untuk secepatnya menggerakkan anggota tubuh meliputi tangan, lengan, serta jari kaki (Kasdu, 2003 dalam Ulvana, 2020).

Menurut Kasdu (2008 dalam Dewi 2011), ibu dengan persalinan post *sectio caesarea* dianjurkan melakukan mobilisasi dini agar kontraksi uterus berjalan semestinya dan involusi uteri berlangsung cepat, serta dapat mencegah terjadinya trombus vena, dan dapat memandirikan aktivitas ibu terhadap bayi.

Berbeda halnya dengan ibu pasca operasi tanpa melaksanakan pergerakan secara dini memiliki risiko tinggi terjadinya involusi yang buruk, aliran darah tersumbat, thrombosis, penurunan massa otot, atrofi, peningkatan nyeri, serta terjadi pendarahan yang abnormal sehingga proses penyembuhan luka menjadi lama (Manuaba, 2010). Manfaat lain yang bisa ditemukan pada pelaksanaan mobilisasi dini pasca persalinan dengan *sectio caesarea* adalah peningkatan sirkulasi ke sekitar alat reproduksi sehingga kembalinya alat reproduksi menjadi cepat ke keadaan seperti sebelum hamil (Yuliani, Achyar, 2018).

Implementasi yang dilakukan setelah pengkajian yaitu dimulai dengan memonitor tanda-tanda vital. Implementasi ini dilaksanakan setiap 15 menit selama satu jam pertama dan 30 menit pada jam kedua didapatkan respon pasien bersedia untuk di periksa tanda-tanda vitalnya dan respon objektif yang didapatkan yaitu TTV pasien selama dimonitor selalu dalam batas normal. Pada ibu post partum dilakukan monitor tanda-tanda vital setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit untuk jam berikutnya yang bertujuan untuk mencegah dan mewaspadaai kemungkinan adanya pendarahan pasca persalinan yang dibuktikan dengan tekanan darah menurun (Buku Panduan Keperawatan Maternitas FIK UNISSULA, 2019). Pada pelaksanaan implementasi mengidentifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, memfasilitasi melakukan pergerakan, melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan, dan menjelaskan tujuan mobilisasi dini didapatkan respon pasien yaitu pasien mengatakan membatasi dalam bergerak karena nyeri pasca operasi, dan pasien serta keluarga bersedia saling membantu dalam meningkatkan pergerakan, dan didapatkan respon objektif yaitu pasien kooperatif dalam tindakan dan memahami apa yang telah disampaikan perawat terkait dengan mobilisasinya. Penulis juga memberikan implementasi dalam pemberian obat kaltrofen melalui anus sesuai dengan resep dokter yaitu pada pukul 18.00. Menurut Hosny et al. (2013) kaltrofen ialah antiinflamasi nonsteroid yang merupakan turunan dari asam fenilalkanoat sebagai

antiinflamasi, analgesik, dan antireumatik. Pada implementasi ini didapatkan respon pasien bersedia diberikan obat dan respon objektif yaitu pasien sangat kooperatif. Penulis juga memberikan obat sesuai anjuran yaitu *methylergometrin* yang bertujuan untuk merangsang kontraksi rahim dan mencegah pendarahan pasca persalinan, serta pada pukul 21.00 memberikan obat PCT botol dengan tujuan untuk mengurangi nyeri dan didapatkan respon pasien setuju untuk diberikan obat.

Pada pelaksanaan implementasi menganjurkan melakukan mobilisasi dini, penulis memberikan anjuran kepada pasien terkait tahap-tahap yang penting dilakukan pada mobilisasi dini secara bertahap. Dimulai dengan menggerakkan lengan tangan, ujung jari-jari kaki, serta menggerakkan tangan membuka dan menggenggam. Selanjutnya mengangkat tumit, memutar pergelangan kaki, serta menekuk dan menggeser kaki. Pada post operasi 7 jam dilakukan miring kanan dan miring kiri, dan pada post operasi 24 jam dilakukan latihan duduk semampunya. Menurut Aliahani (2010) pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu dengan persalinan *sectio caesarea* dilakukan secara teratur dan bertahap karena adanya luka operasi dan efek anestesi. Implementasi dilakukan mendapatkan respon baik dari pasien dan pasien sangat kooperatif dalam tindakan, walaupun diawal pasien tampak kesulitan dalam tindakan karena nyeri namun pasien tampak berusaha dalam tindakan sehingga pasien mampu beradaptasi dan mampu melakukan mobilisasi dini bertahap dengan baik.

Dari hasil evaluasi keperawatan selama 4x8 jam, dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami kemajuan melakukan mobilisasi dini, yang ditandai dengan data subjektif dan obyektif pasien. Selama implementasi, penulis mampu menganjurkan mobilisasi dini dengan memberikan latihan secara maksimal yang ditandai dengan pasien mampu melakukan latihan mobilisasi dini secara baik.

Evaluasi yang diperoleh pada gambaran pelaksanaan mobilisasi dini untuk mempercepat penurunan TFU pada pasien didapatkan pada hari 1 sebelum melakukan mobilisasi dini TFU pasien 2 jari diatas pusat dan

setelah dilakukan mobilisasi dini TFU pasien menjadi setinggi pusat. Pada hari ke-2 sebelum dilakukan mobilisasi dini TFU pasien 2 jari dibawah pusat dan setelah dilakukan mobilisasi dini TFU pasien menjadi 4 jari dibawah pusat.

Berdasarkan evaluasi tersebut, dapat disimpulkan bahwa terdapat penurunan TFU sesudah pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu pasca pembedahan *sectio caesarea*. Hal ini berpengaruh dikarenakan pelaksanaan mobilisasi dini memberikan keuntungan pada perlawanan sirkulasi ke rahim sehingga kontraksi uterus berjalan baik dan normal serta fundus uteri menjadi keras. Menurut penelitian Sabrina (2014) mobilisasi dini penting karena dapat menurunkan TFU dan mempercepat penyembuhan luka pada ibu *post partum* sehingga pelaksanaan mobilisasi dini sangat tepat diterapkan untuk dijadikan terapi pada tindakan nonfarmakologis yang harus diintervensikan pada ibu post partum.

Penelitian yang dilakukan oleh Mahdiyah (2012) menggunakan metode uji *Chi-Square* yang dilakukan pada 48 responden dan didapatkan hasil bahwa terdapat 34 responden yang melakukan pergerakan dini (mobilisasi dini) dan yang tidak melakukan mobilisasi dini terdapat 14 responden. Dengan diperoleh terjadi penurunan TFU pada responden yang melakukan mobilisasi dini dan sebaliknya tidak terjadi penurunan TFU pada responden yang tidak melakukan mobilisasi dini.

## **2. Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, dan persepsi yang keliru terhadap masalah.**

Defisit pengetahuan merupakan ketiadaan atau kurangnya paparan informasi kognitif yang berkaitan dengan kondisi tertentu (PPNI, 2016). Pada tanggal 5 Februari 2021 penulis mengangkat diagnosa tersebut karena pada saat pengkajian didapatkan data ketika penulis bertanya mengenai pantangan makanan pasien mengatakan masih mempercayai anjuran orang jaman dahulu yaitu pantang memakan ikan, telur, udang,

dsb. Dikarenakan mereka percaya dengan mengkonsumsi makanan tersebut dapat menimbulkan gatal pada luka jahitan dan berakibat luka tidak cepat kering. Batasan karakteristik dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) diantaranya pasien menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran dan persepsi perilaku yang keliru terhadap masalah.

Intervensi pemberian pendidikan kesehatan bertujuan agar pasien memahami pengetahuan mengenai nutrisi ibu post partum dan peningkatan kepatuhan. Diharapkan setidaknya pasien mengetahui pengertian nutrisi, tujuan nutrisi pada ibu post partum, menu makanan seimbang, pentingnya memenuhi nutrisi pada ibu post partum serta akibat dari kekurangan nutrisi.

Disini penulis akan memberikan rasional mengapa perlunya ditegakkan intervensi tersebut. Adanya pantangan makanan pada ibu pasca persalinan disebabkan oleh mitos yang salah sehingga dapat mengganggu nutrisi yang dibutuhkan. Oleh karena itu pendidikan kesehatan sangat diperlukan bagi ibu *post partum* demi kelangsungan kesehatan ibu maupun bayi. Tingkat pengetahuan yang rendah merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya kekuarangan gizi (Nilakesuma, A., Yusri, D.J., Selfi, 2015).

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Irawati dalam Fikawati & Syafiq (2019) mengungkapkan bahwa status gizi pada masa nifas yang kekurangan gizi akan beresiko tidak berhasilnya menyusui 2,26-2,56 kali lebih tinggi dibandingkan dengan ibu nifas dengan gizi yang cukup.

Tujuan dari pemberian pendidikan kesehatan ialah untuk meningkatkan motivasi pasien menuju perilaku yang lebih baik dan dapat mencerminkan perilaku hidup sehat sesuai dengan harapan (Destyani, 2018). Menurut Rahmawati dkk kebutuhan ibu *post partum* sangat diperlukan salah satunya adalah nutrisi yang seimbang, kualitas serta jumlah makanan ibu post partum sangat berpengaruh terhadap ASI yang dihasilkan. Menu makanan yang harus dikonsumsi ialah porsi cukup dan teratur serta tidak berlebihan yang berfungsi untuk percepatan dalam memulihkan kesehatan

dan kekuatan, peningkatan produksi ASI, dapat mencegah infeksi, serta mencegah konstipasi (Bahiyatun, 2009). Sejalan dengan (Ambarwati R., 2009) nutrisi sangat dibutuhkan oleh ibu post partum karena dapat melancarkan produksi ASI, pemelihara vitamin larut dalam ASI, vitamin A ibu dan bayi tercukupi sehingga dapat terhindar dari kebutaan, dapat meningkatkan daya tahan tubuh, pemulihan kondisi ibu lebih cepat serta mempertahankan kondisi kesehatan ibu.

Implementasi pemberian pendidikan kesehatan mengenai nutrisi ibu post partum dilakukan sesuai kesepakatan dengan pasien pada tanggal 5 februari 2021 pukul 19.30 dengan media leaflet. Dalam melakukan pendidikan kesehatan pasien bersedia diberikan pengajaran dan memperhatikan dengan baik serta antusias dalam kegiatan pendidikan dibuktikan pada akhir pengedukasian pasien dapat menjawab pertanyaan dari perawat mengenai tujuan pemenuhan nutrisi untuk ibu post partum dan bahaya yang timbul jika kekuarangan nutrisi, pasien mampu menjawab dengan benar meskipun masih berusaha mengingat kembali apa yang telah disampaikan serta berusaha untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai anjuran. Pengetahuan memiliki peranan penting dengan membentuk perilaku maupun tindakan seseorang, pengetahuan yang baik dapat diperoleh dari diri sendiri maupun oranglain berdasarkan pengalaman hidup (Sugihen, 2013).

Evaluasi dilakukan setelah selesainya pemberian edukasi. Hasil evaluasi pasien masalah teratasi. Karena pasien mampu menjawab pertanyaan yang dari penulis dengan benar walaupun masih terlihat mengingat kembali materi yang sudah disampaikan dan berusaha untuk mengikuti anjuran yang diajarkan.

Pada pengkajian juga didapatkan pasien belum menggunakan KB dan berencana untuk KB jika anaknya sudah besar dan belum tahu mengenai jenis KB yang akan digunakan. Pada penatalaksanaan seharusnya pasien diberikan edukasi mengenai jenis KB serta jarak kehamilan yang ideal pada ibu pasca melahirkan, namun penulis belum memberikan edukasi

tersebut dikarenakan ketika di lapangan, penulis hanya terfokus pada pendidikan mengenai nutrisinya saja sehingga edukasi mengenai KB terlupakan.

KB (Keluarga Berencana) ialah usaha untuk mengira jumlah keturunan serta jarak ideal untuk kelahiran anak, sehingga pemerintah menggalangkan program untuk menunda kehamilan (Sulistyawati, 2013). Adapun jenis KB yang dapat digunakan untuk ibu post *sectio caesarea* yaitu Mal, mini pil, suntik 3 bulan, implan, serta IUD. Jarak kehamilan yang efektif bagi ibu pasca persalinan ialah 2-3 tahun dikarenakan dengan waktu tersebut ibu sudah mulai pulih dan siap untuk persalinan selanjutnya, jarak yang pendek akan meningkatkan risiko ibu dan anak (Muhammad, 2016).

### **3. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d sulit tidur, sering terjaga, dan tidak puas tidur**

Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur yang diakibatkan oleh faktor eksternal (PPNI, 2016). Pada tanggal 5 Februari 2021 penulis melakukan pengkajian terkait dengan pola istirahat dan tidurnya. Pada saat pengkajian diperoleh data bahwa pasien sulit tidur, sering terjaga, tidak puas tidur serta tidak pernah tidur siang serta pasien juga mengatakan tidurnya sekitar 5 jam dalam sehari. Dari data tersebut penulis mencoba mengulik data lebih lanjut mengenai istirahat dan tidurnya yaitu didapatkan sulit tidur yang dialami pasien saat ini dikarenakan nyeri yang timbul akibat luka pembedahannya, sering terbangun atau terjaga karena nyeri luka operasi yang sering muncul, juga didapatkan data sebelum melahirkan istirahat tidurnya hanya sekitar 5 jam dan tidak pernah tidur siang. Data objektif yang dilihat perawat yaitu pasien tampak lesu dan pucat.

Penulis mengangkat masalah gangguan pola tidur karena pasien mengalami kesulitan tidur pasca operasi maupun sebelum operasi

dikarenakan kurang adanya kontrol tidur yang baik dan belum mampu mengatur diri dalam mengatasi ketidaknyamanan yang dialami.

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI), intervensi untuk diagnosa gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur dilakukan selama 4x8 jam dengan harapan pola tidur tercukupi dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, dan keluhan tidak puas tidur menurun. Dan didapatkan intervensi identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, dan anjurkan relaksasi nonfarmakologi misalnya tarik nafas dalam untuk meningkatkan kualitas tidur (PPNI, 2018).

Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur dilakukan untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur yang sering dilakukan. Menurut Soyanti (2014) mengungkapkan bahwa tidur adalah salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan dan penting oleh setiap orang, apabila seseorang mengalami gangguan pada istirahat dan tidurnya maka akan berdampak pada aktivitas yang dilakukan keesokan harinya.

Memodifikasi lingkungan juga dilakukan agar pasien merasa nyaman terhadap tidurnya. Menurut Sulistiyani (2012) bahwa pencahayaan lampu yang sangat terang dapat mempengaruhi seseorang untuk sulit tidur. Cahaya lampu berpengaruh terhadap hormon melatonin, yaitu hormon yang menjadikan seseorang untuk tidur lebih pulas sehingga dengan pencahayaan yang sangat terang akan menekan produksi melatonin yang dibutuhkan oleh tubuh seseorang serta dalam meningkatkan kualitas tidur juga harus memperhatikan pengaturan suhu yang baik yaitu suhu yang tidak terlalu panas dan tidak terlalu dingin sehingga dapat memberikan kenyamanan dalam tidur.

Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur bertujuan untuk meningkatkan kualitas tidur. Makanan dalam porsi berat atau makanan yang berbumbu menyebabkan tidak dapat dicernanya makanan dan dapat mengganggu tidur serta minuman yang mengandung

kafein dan alkohol mempunyai efek dalam produksi insomnia, sehingga penting untuk menghindari makanan dan minuman tersebut untuk meningkatkan tidur (Potter & Perry, 2005)

Menganjurkan relaksasi tarik nafas dalam berfungsi untuk mengalihkan perhatian rasa nyeri agar lebih tenang dan nyaman. Relaksasi nafas dalam bertujuan agar seseorang mampu mengatur diri ketika ketegangan/stressor yang membuat tidak nyaman menjadi kondisi nyaman (Amita et al., 2018). Gangguan rasa tidak nyaman (nyeri) yang timbul pasca operasi merupakan hal lumrah, dikarenakan terdapat proses luka serta penyembuhannya tidak sempurna (Noviyanti et al., 2020). Potter & Perry (2005) mengungkapkan bahwa salah satu situasi yang dapat mempengaruhi kualitas tidur ialah sakit yang disebabkan oleh nyeri. Dengan dilakukan teknik relaksasi dalam dapat mengatasi permasalahan pasien yaitu membuat pasien nyaman serta meningkatkan kualitas tidur. Menurut Noviyanti et al. (2020) tidur merupakan pengalaman subjektif yang bersumber pada keluhan pasien terhadap kepuasan serta kualitas tidur yang dialami. Kualitas tidur yang buruk pada ibu *post partum* dapat menimbulkan berbagai kerugian terhadap pemulihan kondisinya seperti berkurangnya produksi ASI, proses involusi uterus menjadi lambat, dapat menimbulkan depresi, serta dapat terjadi ketidakmampuan dalam perawatan bayi maupun dirinya sendiri (Suhana, 2010).

Implementasi dilakukan pada waktu malam ketika pasien hendak istirahat. Implementasi dilakukan dengan baik yaitu memulai dari pengaturan suhu, memberikan posisi yang nyaman, edukasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Respon subjektif yang diperoleh yaitu pasien sebelumnya tidak pernah memperhatikan suhu ruangan yang baik untuk tidur, pasien merasa nyaman, serta pasien sudah lama tidak mengkonsumsi minuman mengandung kafein. Respon objektif yang diperoleh yaitu pasien sangat kooperatif dalam pemberian implementasi, pasien juga dapat mendemonstrasikan tarik nafas dalam dengan baik.

Evaluasi yang diperoleh dari implementasi pola tidur sebenarnya pada saat pemberian implementasi pertama didapatkan masalah sudah dapat teratasi, namun penulis tetap memberikan implementasi pada hari berikutnya karena ingin melihat pola istirahat tidurnya lebih lanjut. Sehingga diperoleh hasil pasien telah dapat mengontrol dirinya agar tetap merasa nyaman, mampu selalu mendemonstrasikan tarik nafas dalam dan masalah pasien teratasi.

#### **4. Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif**

Infeksi adalah masuknya bakteri ke dalam tubuh, sehingga akan mengakibatkan sakit yang ditandai dengan gejala lokal maupun sistemik (Ramandany, 2019). Umumnya ditandai ketika seseorang mengalami infeksi diantaranya tubuh mengalami kenaikan suhu, memerahnya area luka, terasa panas, bengkak, hingga terdapat pus atau nanah (Potter & Perry, 2005).

Pada hasil laboratorium Ny. E yang dilakukan sebelum tindakan operasi *sectio caesarea* pada tanggal 04 Februari 2021 didapatkan pada pemeriksaan mikroskopis yaitu bakteri dengan hasil positif 2++. Menurut Chang et al, 1997 dalam jurnal Andita (2011) infeksi dapat disebabkan oleh bakteri patogen dan meningkatkan pH vagina, akibatnya produksi prostaglandin E<sub>2</sub> juga meningkat sehingga menjadi pemicu terjadinya selaput ketuban pecah. Adanya bakteri pada masa kehamilan dapat mengakibatkan kejadian KPD sehingga bakteri tersebut dapat menjadi prediksi terjadinya ketuban pecah dini ketika hamil (Andita, 2011). Ketuban pecah dini ialah kejadian dengan risiko tinggi, sehingga sebagian kasus ini dilakukan tindakan pembedahan berupa operasi *sectio caesarea* karena ketidaktepatan dalam penanganan akan mengakibatkan peningkatan kematian ibu maupun bayi.

Pada pengkajian yang dilakukan oleh penulis didapatkan data bahwa pasien terdapat luka jahitan dibagian perut bawah yang tertutup perban kurang lebih 15 cm, tanda-tanda infeksi berupa rubor tidak ditemukan,

dolor tidak ditemukan, kalor atau suhu dalam rentang yang normal yaitu 36,0 °C, tidak ditemukan pembengkakan dan saat ini luka mengganggu pergerakan karena pasien masih beradaptasi dengan luka barunya. Penulis mengangkat diagnosa risiko infeksi karena luka yang terdapat pada Ny.E dapat beresiko mengalami peningkatan organisme patogenik jika tidak dipantau dengan baik.

Menurut SDKI, intervensi untuk diagnosa Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive dilakukan selama 4x8 jam dengan harapan infeksi tidak terjadi. Dan didapatkan intervensi cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, monitor tanda dan gejala infeksi, serta ajarkan cara cuci tangan dengan benar.

Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien bertujuan untuk melindungi tangan agar tetap bersih dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, yaitu infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial dapat terjadi dan dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dalam diri (pasien) maupun faktor di sekitarnya (Soedarto, 2016).

Memonitor tanda dan gejala infeksi bertujuan untuk mendeteksi dini tanda-tanda infeksi. Menurut Potter & Perry (2005) tanda dan gejala infeksi meliputi kalor (panas), dolor (adanya rasa sakit akibat adanya pus atau nanah), rubor (kemerahan), tumor (pembengkakan), fungsi laesa (terhambat dalam menjalankan fungsi secara normal).

Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar bertujuan untuk meningkatkan kebersihan tangan serta mencegah infeksi silang melalui tangan. Mencuci tangan merupakan tindakan sanitasi yang dilakukan dengan cara membersihkan jari sampai siku atau lengan atas sesuai kebutuhan dengan menggunakan air bersih maupun cairan lainnya (Susanto, 2019).

Implementasi cuci tangan selalu dilakukan penulis ketika hendak kontak dengan pasien maupun selesai kontak dengan pasien, ketika pasien dimonitor tanda dan gejala infeksi didapatkan luka tampak bersih kurang lebih 15 cm, tidak terdapat tanda dan gejala infeksi dan saat dikaji luka

mengganggu pergerakan karena pasien masih beradaptasi dengan luka persalinan pertamanya dan pasien tampak mengerti saat penulis menjelaskan tanda dan gejala infeksi yang harus diwaspadai oleh pasien. Saat diajarkan cara mencuci tangan dengan benar, pasien sangat antusias dan mampu mendemonstrasikan dengan baik. Untuk ganti balutan luka post *sectio caesarea* belum dilakukan oleh penulis karena umunya di ruangan yaitu hari ke-3 pasca operasi.

Evaluasi yang diperoleh dari implementasi risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yaitu kalor atau suhu luka normal, tidak ditemukan rubor atau kemerahan, luka tidak membengkak, tidak ditemukannya pus, luka mengganggu pergerakan karena pasien masih beradaptasi terhadap luka barunya. Namun, implementasi dilakukan kembali pada hari berikutnya didapatkan luka tidak terjadi infeksi serta pasien telah mampu mentoleransi pergerakan dan luka tidak mengganggu dalam bergerak, sehingga masalah teratasi.

### **C. Tambahan Diagnosa Keperawatan**

Selain membahas masalah yang muncul pada Ny. E penulis juga akan membahas diagnosa tambahan yang tidak ditegakkan oleh penulis yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan gelisah, tampak meringis dan sulit tidur.

Nyeri akut ialah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual maupun fungsional, dengan keluhan mendadak atau lambat dari ringan hingga berat serta berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2016). Keadaan tersebut sebenarnya dialami oleh Ny. E karena pasien terdapat luka pembedahan *sectio caesarea*. Penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut sebagai diagnosa keperawatan utama karena pada dasarnya jumlah pasien yang berada di ruang Baitunnisa 2 sangat terbatas sehingga 1 pasien dikelola oleh 2 mahasiswa dengan diagnosa keperawatan utama yang diangkat berbeda. Namun dalam pelaksanaan

intervensi nyeri akut penulis selalu mendampingi rekan yang mengelola pasien sama serta ikut membantu dalam memberikan implementasi.



## BAB V

### KESIMPULAN

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan mengenai Asuhan keperawatan ibu post partum *sectio caesarea* dengan penerapan mobilisasi dini untuk mempercepat penurunan TFU. Kesimpulan ini diambil berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada tanggal 5 Februari 2021. Sebagai langkah terakhir dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, dapat diambil beberapa kesimpulan yang mungkin dapat digunakan untuk bahan pertimbangan bagi pemberian asuhan keperawatan pada ibu post partum *sectio caesarea* khususnya dengan penerapan mobilisasi dini berikutnya.

#### A. Kesimpulan

Sudah dilaksanakan tahapan dari pengkajian hingga evaluasi maka dapat disimpulkan:

1. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara mengumpulkan data yang diperoleh dari wawancara maupun pemeriksaan fisik pasien. Penulis melakukan pengkajian komprehensif sesuai keadaan Ny. E dengan asuhan keperawatan pada ibu post partum *sectio caesarea*.
2. Analisa data yang diperoleh mendukung untuk ditegakkannya suatu diagnosa keperawatan. Diagnosa yang ditegakkan penulis sebagai prioritas utama yaitu Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan cemas saat bergerak.
3. Perencanaan atau intervensi yang penulis lakukan untuk pasien adalah monitor TTV, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini, dan anjurkan mobilisasi dini.
4. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana tindakan keperawatan berdasarkan dengan *evidence based nursing*.

5. Evaluasi dilakukan setelah memberikan tindakan keperawatan pada pasien dan didapatkan respon pasien cukup baik dan kooperatif, pasien menjadi tahu mengenai pentingnya mobilisasi dini, dapat melakukan mobilisasi dini secara bertahap, serta mampu melakukan mobilisasi dini. Sehingga didapatkan hasil bahwa masalah teratasi dibuktikan dengan penurunan TFU setelah melakukan mobilisasi dini.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Institusi**

Untuk institusi diharapkan dapat menilai ketrampilan dan dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa serta penguasaan materi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ibu post partum khususnya dengan persalinan *sectio caesarea*. Menjadikan penelitian ini sebagai pembelajaran terkait pentingnya penerapan mobilisasi dini post *sectio caesarea* untuk mempercepat penurunan TFU.

### **2. Bagi Perawat**

Perawat diharapkan dapat melakukan asuhan keperawatan pada ibu post partum dengan persalinan *sectio caesarea* secara tepat, teliti, serta mengutamakan keselamatan ibu maupun bayi. Perawat dapat meningkatkan pengetahuan melalui seminar maupun pelatihan sehingga didapatkan pelayanan yang lebih baik lagi khususnya bagi ibu post *sectio caesarea* dengan membimbing melakukan mobilisasi dini dalam rangka mencegah berbagai masalah yang timbul serta dapat membantu proses percepatan penurunan TFU dan mempercepat kesembuhan pasca operasi.

### **3. Bagi Masyarakat**

Masyarakat diharapkan dapat mempertahankan pengetahuannya terkait pentingnya melakukan mobilisasi dini pada ibu post partum dengan *sectio caesarea*, bersedia melakukan mobilisasi dini secara bertahap, dan mampu dalam pelaksanaan mobilisasi dini.

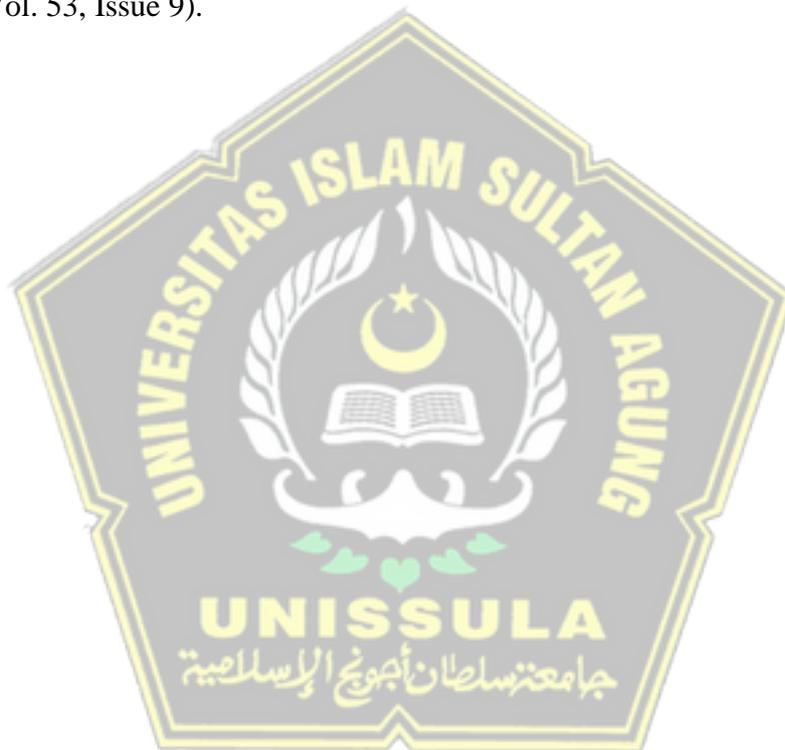
## DAFTAR PUSTAKA

- Aliahani. (2010). Hubungan Mobilisasi Dini Pada IbuPostpartum dengan SC (Sectio Caesarea) Terhadap Proses Percepatan Pemulihan Postpartum di Ruang Kebidanan Rsudza Banda Aceh. In *Skripsi*.
- Ambarwati, R. P & Nasution, N. (2012). *Buku Pintar Asuhan Keperawatan Bayi dan Balita*. Cakrawala Ilmu.
- Ambarwati R., W. D. (2009). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Mitra Cendekia Press.
- Amita, D., Fernalia, & Yulendasari, R. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Bengkulu. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 12(1), 26–28. <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/holistik/article/download/124/69>
- Andita, P. I. (2011). Hubungan Bakteriuria dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini. *Naskah Publikasi*, 10–11.
- Ashari, A. (2017). *Hubungan Mobilisasi Dini Post Seksio Sesarea Dengan Proses Penyembuhan Luka Bekas Operasi Di Ruang Kebidananrumah Sakit Umum Dewi Sartika Tahun 2017*.
- Bahiyatun, S. S. (2009). *Buku Ajar Kebidanan Nifas Normal*. EGC.
- Brunner & Suddarth. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah (Volume 3.)*. EGC.
- Carpenito, L. J. (2010). *Buku Saku Asuhan Keperawatan*. EGC.
- Dewi dan Sunarsih. (2011). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Salemba Medika.
- Fikawati & Syafiq. (2019). Status Gizi Ibu dan Persepsi Ketidakcukupan Air Susu Ibu Maternal Nutritional Status and Breast Milk Insufficiency Perception. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 6(6), 249–254.
- Friedman. (2013). *Keperawatan Keluarga*. Gosyen Publishing.
- Hartati, S., Setyowati, & Afiyanti, Y. (2014). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ibu Postpartum Pasca Seksio Sesarea Untuk Melakukan Mobilisasi Dini Di RSCM The factors related to post-cesarean mothers in performing early mobilization. *Jurnal Keperawatan*, 5 No 2 2, 192–197. <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/2349>
- Hartati, S. S., & Afiyanti, Y. (2014). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ibu Postpartum Pasca Seksio Sesarea Untuk Melakukan Mobilisasi Dini Di RSCM The factors related to post-cesarean mothers in performing early mobilization. *Jurnal Keperawatan*, 5 No 2, 192–197. <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/2349>

- Helmiye, A., Kucuk, M., & Duzgun, G. (2010). The effect of pascanatal mobilization education/support offered after delivery: a randomized trial. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(2), 354–361.
- Imelda, F. (2017). *Lebih Dekat Dengan Sistem Reproduksi Wanita*. Gosyen Publishing.
- Kasanah, U., & Alike, S. (2020). Efektifitas Mobilisasi Dini Dalam Mempercepat Involusi Uteri Ibu Post Partum. *Community of Publising in Nursing*, 8(April), 11–16. <https://ocs.unud.ac.id/index.php/coping/article/view/58924>
- Mahdiyah, D. (2012). Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Penurunan Tinggi Fundus Uteri Pada Ibu PostPartum Di Blud RS. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin. *Mobilisasi Dini Dengan Penurunan Tinggi Fundus Uteri*, 14–15.
- Mochtar, R. (2011). *Sinopsis Obstetri Fisiologi Patologi* (Jilid 2). EGC.
- Muhammad, R. (2016). Karakteristik Ibu yang Mengalami Persalinan dengan Sectio Caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Moewardi Surakarta Tahun 2014. *Naskah Publikasi*, 4(4).
- Najah, N. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Sectio Caesarea (SC) Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Eumah Sakit Umum Daerah Pringsewu Tahun 2018. In *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pringsewu Lampung. KTI*.
- Nilakesuma, A., Yusri, D.J., Selfi, R. . (2015). Hubungan Status Gizi Bayi dengan Pemberian ASI Eksklusif, Tingkat Pendidikan Ibu, dan Status Ekonomi Keluarga dan Wilayah Kerja Puskesmas Padang Pasir. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4 (1).
- Noviyanti, H. A., Sutrisna, M., & Kusmiran, E. (2020). Hubungan Intensitas Nyeri dengan Kualitas Tidur pada Pasien Pasca Bedah Sesar. *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 4(2), 59. <https://doi.org/10.32419/jppni.v4i2.179>
- Nurarif & Hardhi. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA*. Mediaction Publishing.
- Nurfitriani. (2017). Pengetahuan Dan Motivasi Ibu Post Sectio Caesarea Dalam Mobilisasi Dini the Knowledge and Motivation Mothers Post Sectio Caesarea in Early Mobilization. *Jurnal Psikologi Jambi Volume 2, No 2, Oktober 2017*, 2(2), 2528–2735.
- Nurjanah, S. N. dkk. (2013). *Asuhan Kebidanan Postpartum; Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea* (N. F. Atif (ed.)). Refika Aditama.

- Oxorn Harry dan William R. Foste. (2010). *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yayasan Essentia Medica.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia; Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia; Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia; Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Prawirohardjo, S. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Penerbit PT Bina Pustaka.
- Rahmadhani, N. I. (2018). Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea Dengan Proses Penyembuhan Luka Operasi Di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2018. *Politeknik Kesehatan Kendari*, 121.
- Ramandany, P. F. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Mawar RSUD a.W Sjahranie Samarinda*. 90–96.
- Rukiyah, A. (2011). *Asuhan Kebidanan III [Nifas]*. Salemba Medika.
- Sabrina. (2014). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Tinggi Fundus Uteri Pada Ibu Nifas Di Paviliun Melati RSUD Jombang. *Jurnal Edu Health*, 4(2), 64–65.
- Saleha. (2009). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Salemba Medika.
- Soedarto. (2016). *Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit*. Sagung Seto.
- Sofian, A. (2012). *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri: Obstetri Operatif Obstetri Social* (Edisi 3 Ji). EGC.
- Sulistyawati, A. (2013). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Salemba Medika.
- Susanto, H. (2019). *Pelaksanaan Prinsip Hand Hygiene Di Ruang Interne RSUD Prof. Dr. M. A Hanafiah, Sm Batusangkar Tahun 2019*. Program Studi Pendidikan NERS; STIKes Perintis Padang.
- Sutanto, A. V. (2019). *Asuhan Kebidanan Nifas & Menyusui; Teori dalam Praktik Kebidanan Profesional*. Pustaka Baru Press.
- Ulvana, U. (2020). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Sectio Caesarea. *Literatur Review*, 21(1), 1–9.
- Varney. (2008). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. EGC.

- Walyani & Purwoastuti. (2015). *Ilmu Obstetri & Ginekologi Sosial untuk Kebidanan*. Pustaka Baru Press.
- Walyani, E. S. dan T. E. P. (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Yuli Aspiani, R. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. Trans Info Media.
- Yunitarini, R. I. (2018). Perbedaan Mobilisasi Dini terhadap Percepatan Penurunan Tinggi Fundus Uteri pada Ibu Post Partum Hari Pertama dan Kedua. In *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Intan Cendikia Medika. Skripsi* (Vol. 53, Issue 9).





## Lampiran 1

### SURAT KESEDIAAN PEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

NIDN : 0602098503

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang sebagai berikut:

Nama : Maya Maila Shofa

NIM : 40901800052

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ibu Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Panggul Sempit Dengan Penerapan Mobilisasi Dini untuk Mempercepat Penurunan TFU di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 22 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

NIDN. 06-0209-8503

## Lampiran 2

### SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

NIDN : 0602098503

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang sebagai berikut:

Nama : Maya Maila Shofa

NIM : 40901800052

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ibu Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Panggul Sempit Dengan Penerapan Mobilisasi Dini untuk Mempercepat Penurunan TFU di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Januari 2021 sampai dengan 22 Mei 2021 secara online melalui media sosial WhatsApp.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 22 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

NIDN. 06-0209-8503

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

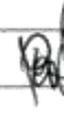
2021

Nama Mahasiswa : Maya Maila Shofa

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ibu Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini dan Panggul Sempit Dengan Penerapan Mobilisasi Dini untuk Mempercepat Penurunan TFU di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Pembimbing : Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Senin, 25 Januari 2021	Persiapan menjelang KTI	<ul style="list-style-type: none"><li>- Untuk pengambilan kasus tidak harus 3 hari tetapi boleh 3 sift</li><li>- Teknis bimbingan sudah ditentukan prodi</li><li>- Konsultasi jangan dadakan</li><li>- Belajar pakai mendelay</li></ul>	
Rabu, 27 Januari 2021	Pengambilan kasus KTI	<ul style="list-style-type: none"><li>- Maksimal 1 pasien untuk 2 orang, misalnya 2 ANC, 2 intranatal, 2 post natal, dan 2 bayi</li><li>- Boleh implementasi minimal 3x sift</li></ul>	

			dengan syarat lapor KARU	
Rabu, Februari 2021	3	Konsultasi mengenai kasus	- Pelajari konsep sehingga tidak salah dalam menentukan diagnosa	
Sabtu, Februari 2021	6	Laporan kasus pasien post partum SC dan pengajuan judul	- Boleh 4x implementasi - Boleh mengambil tema mobilisasi dini untuk diambil judul - Segera disusun askepnya	
Senin, Februari 2021	22	Konsultasi Askep	- Konsul berikutnya sudah dengan panduan KTI - Perbaiki status obstetric - Jika ditanya mengenai laktasi oleh penguji, sampaikan jika diagnosa dibagi. - Tambahkan dx nyeri - tambahkan waktu lama tidur pasien - tambahkan kode scki - tambahkan intervensi nyeri - tujuan dan prosedur mobilisasi dini masukkan di pembahasan - tambahkan sap pendkes dan laporan hasil pendkes mengenai nutrisi ibu post partum di lampiran.	
Selasa, Februari 2021	23	Revisi Askep sesuai comment dan konsultasi BAB 1	- perbaiki bab 1 sesuai comment - konsul berikutnya minimal sampai bab 3	
Rabu, 2021	17 Maret	Revisi BAB 1 sesuai comment dan konsultasi bab 2 dan 3	Sudah cukup bagus, lanjutkan bab 4 dan 5	
Rabu, 07 April		Bimbingan BAB 4	- setiap diagnosa dibahas semua, dan yang	

2021	dan 5	sesuai judul dibahas lebih dalam - gunakan 3-5 jurnal untuk setiap diagnosa.	
Senin, 26 April 2021	Revisi BAB 4 sesuai comment dan konsultasi BAB 5	ACC	
Rabu, 22 Mei 2021	Uji turnitin	Fokus sidang dan perbaiki kesalahan setelah sidang	



Lampiran 4

**BERITA ACARA**

**ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST *SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI  
KETUBAN PECAH DINI DAN PANGGUL SEMPIT DENGAN PENERAPAN  
MOBILISASI DINI UNTUK MEMPERCEPAT PENURUNAN TFU DI RUANG  
BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**NAMA : MAYA MAILA SHOFA**

**NIM : 40901800052**

No.	Nama Penguji	Direvisi Pada Bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda Tangan
1.	Ns. Hj. Tutik Rahayu, M.Kep., Sp. Kep.Mat	1. Penambahan pada judul (indikasi ketuban pecah dini dan panggul sempit) 2. Penjabaran mengenai pathways (Laktasi) 3. Penambahan mengenai edukasi KB di pembahasan	1. Pada cover dan halaman judul. 2. 12-13 3. 64 (akhir) -65	√  √  √	-	ACC 
2.	Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp. Kep.Mat	1. Hasil lab (bakteri positif 2++) dibahas dan ditambahkan di	68	√	-	ACC 

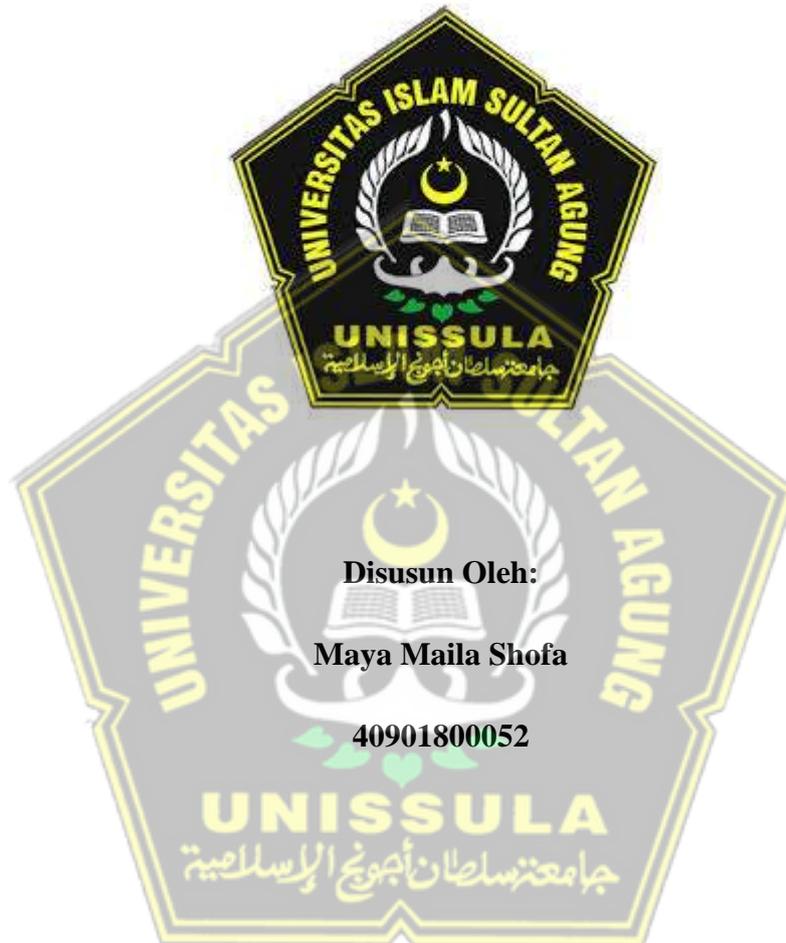
		pembahasan				
3.	Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep	1. Cara penulisan pada mengutip 2. Tulisan daftar pustaka tidak boleh besar semua	74-77	√  √	-	ACC 



**Lampiran 5**

**SATUAN ACARA PENGAJARAN**

**NUTRISI IBU POST PARTUM**



**Disusun Oleh:**

**Maya Maila Shofa**

**40901800052**

**PRODI DIII KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**2021**

## **SATUAN ACARA PENYULUHAN**

### **NUTRISI IBU POST PARTUM**

Topik	: Keperawatan Maternitas
Pokok Bahasan	: Nutrisi Ibu Post Partum
Sasaran	: Ny. E
Tempat	: Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang
Hari/Tanggal	: Jum'at/5 Februari 2021
Waktu	: 19.30-20.00

#### **A. Tujuan**

1. Tujuan Instruksional Umum

Ibu post partum mengetahui nutrisi yang dibutuhkan selama nifas, untuk mempertahankan kesehatan dirinya dan bayinya, serta ibu post partum dapat mengetahui manfaat mengkonsumsi ikan bagi kesehatannya

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mendapatkan pengajaran, diharapkan ibui post partum dapat:

1. Menguraikan kembali kebutuhan dan tujuan nutrisi ibu post partum
2. Menjelaskan menu makanan seimbang
3. Menyebutkan menu makanan seimbang
4. Mengetahui akibat kekurangan nutrisi

#### **B. Metode**

- Ceramah
- Tanya jawab

### C. Media

Leaflet

### D. Materi

Terlampir

### E. Strategi Pelaksanaan

No	Acara	Waktu	Kegiatan	
			Penyuluh	Peserta
1.	Pembukaan	5 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mengucapkan salam</li><li>- Memperkenalkan diri</li></ul>	Menjawab salam dan mendengarkan dengan baik
2.	Inti	15 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>- Menyampaikan materi mengenai pengertian dan tujuan nutrisi ibu post partum</li><li>- Menjelaskan tentang menu makanan seimbang</li><li>- Menyebutkan contoh makanan seimbang</li><li>- Menjelaskan akibat kekurangan nutrisi</li></ul>	Mendengarkan dengan baik
3.	Diskusi	5 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>- Meminta peserta untuk mengajukan pertanyaan, jika belum jelas</li></ul>	Peserta mengajukan pertanyaan
4.	Penutup	5 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>- Menyimpulkan hasil penyuluhan</li><li>- Memberi saran</li></ul>	Mendengarkan dan menjawab salam

			- Memberi salam	
--	--	--	-----------------	--

## F. Evaluasi

### a. Evaluasi Struktur

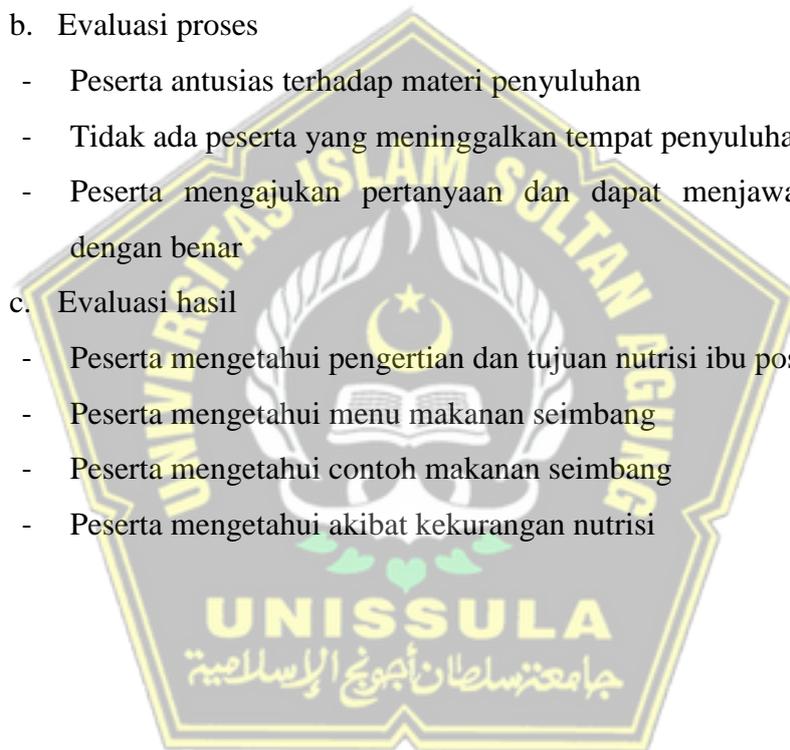
- Peserta hadir ditempat penyuluhan
- Penyelenggara penyuluhan dilaksanakan di ruang baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang
- Pengorganisasian penyuluhan dilakukan sebelumnya

### b. Evaluasi proses

- Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
- Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan
- Peserta mengajukan pertanyaan dan dapat menjawab pertanyaan dengan benar

### c. Evaluasi hasil

- Peserta mengetahui pengertian dan tujuan nutrisi ibu post partum
- Peserta mengetahui menu makanan seimbang
- Peserta mengetahui contoh makanan seimbang
- Peserta mengetahui akibat kekurangan nutrisi



## MATERI PENYULUHAN

### 1. Definisi dan Tujuan

Nutrisi merupakan semua makanan yang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh baik untuk mempertahankan keseimbangan metabolisme ataupun sebagai zat pembangun.

Pada masa nifas ibu memerlukan tambahan nutrisi 3 kali lipat dari kondisi biasanya untuk pemulihan tenaga dan aktivitas ibu, metabolisme, cadangan dalam tubuh, penyembuhan luka jalan lahir, serta memenuhi kebutuhan bayi berupa produksi ASI (Sulistyoningsih, 2011).

Dengan tujuan:

- Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu setelah melahirkan dan tumbuh kembang bayi
- Memproduksi ASI yang banyak dan dapat menyuplai kebutuhan ASI anak.
- Mempercepat proses penyembuhan bagi ibu yang telah menjalani operasi
- Meningkatkan daya tahan terhadap penyakit
- Memelihara kadar vitamin yang larut dalam ASI

### 2. Menu Makanan seimbang

Menu makanan seimbang merupakan menu yang terdiri dari beranekaragam makanan dalam jumlah dan proporsi yang sesuai, sehingga memenuhi kebutuhan gizi guna memelihara dan memperbaiki sel-sel tubuh serta pertumbuhan dan perkembangan.

Yang terdiri dari:

- Kalori

Rata-rata ibu harus mengkonsumsi 2300-2700 kal/hari ketika menyusui

- Protein

Protein tinggi terdapat pada susu, telur, daging, dan telur

- Lemak.

Ibu nifas dianjurkan makan makanan yang mengandung asam lemak omega 3 yang banyak terdapat pada ikan laut.

- Vitamin dan mineral

Terdapat pada air, sayur dan buah-buahan

- Zat Besi

Terdapat pada hati, telur, ikan dan ayam

(Marmi, 2013)

### **3. Contoh menu makanan seimbang**

1. Makan pagi

Nasi, oseng kacang dan tauge, telur, tempe, susu

2. Makan siang

Nasi, ikan goreng, sayur nangka, buah pisang

3. Makan malam

Nasi, semur daging, pepes tahu, sayur bayam, papaya

### **4. Akibat kekurangan nutrisi**

Kekurangan intake dari zat-zat makanan terutama protein dan karbohidrat menyebabkan malnutrisi yang diantaranya:

- Mempengaruhi pertumbuhan
- Memperlambat proses penyembuhan luka
- Sering mengalami pusing, letih dan lesu

## DAFTAR PUSTAKA

Marmi. (2013). *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.

Sulistyoningsih, Hariyani. (2011). *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.





## APA ITU NUTRISI ?

Nutrisi merupakan semua makanan yang mengandung zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh untuk mempertahankan metabolisme.

## TUJUAN

- memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dan tumbuh kembang bayi
- memproduksi ASI
- mempercepat proses penyembuhan setelah operasi
- meningkatkan daya tahan terhadap penyakit

## PENTINGKAH NUTRISI UNTUK IBU NIFAS ?

Ibu nifas memerlukan tambahan nutrisi 3x lipat dari kondisi biasanya untuk pemulihan, metabolisme, penyembuhan luka jalan lahir, hingga produksi ASI

## MENU MAKANAN SEIMBANG

- kalori (nasi)
- protein (susu, telur, daging, dan telur)
- lemak (ikan laut)
- vitamin dan mineral (air, sayur dan buah-buahan)
- zat besi (hati, telur, ikan dan bayam)

## CONTOH MAKANAN SEIMBANG

- Pagi (Nasi, oseng kacang, telur, tempe, susu)
- Siang (Nasi, ikan goreng, sayur nangka, buah pisang)
- Malam (Nasi, semur daging, pepes tahu, sayur bayam, pepaya)

## BAGAIMANA JIKA KEKURANGAN NUTRISI ?

- Berat Badan kurang dari normal
- memperlambat proses penyembuhan luka
- sering mengalami pusing, letih, lesu

## Laporan Pelaksanaan Kegiatan Pendidikan Kesehatan

### A. Struktur

- a. Fasilitator : Maya Maila Shofa
- b. Klien : Ny. E

### B. Pelaksanaan

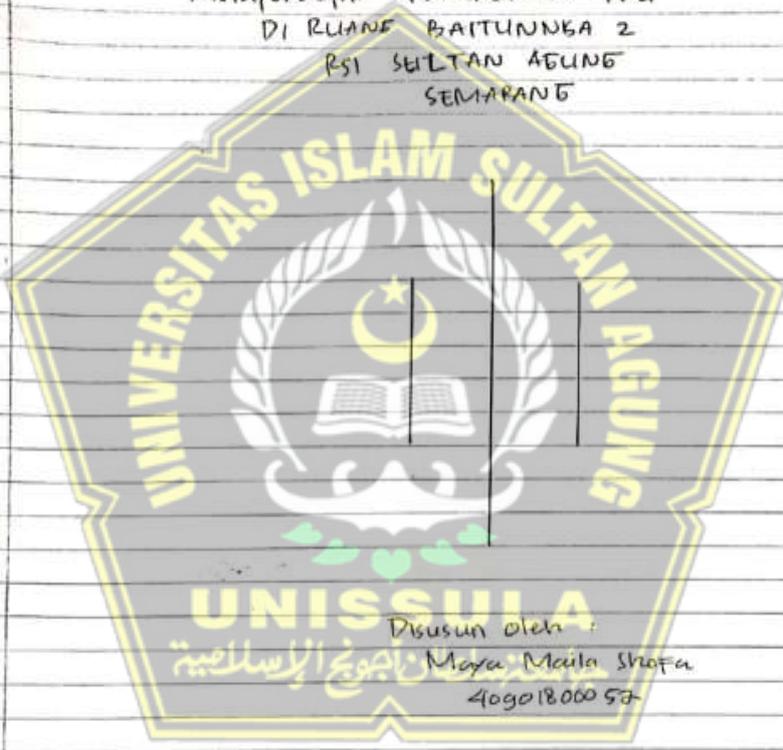
- a. Hari/Tanggal : Jum'at, 5 Februari 2021
- b. Waktu : 19.30 WIB
- c. Alokasi Waktu : 30 menit
- d. Tempat : Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang
- e. Jumlah Klien : 1 orang

### C. Evaluasi

- a. Evaluasi Struktur  
Klien berada di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang
- b. Evaluasi Proses  
Klien antusias terhadap materi, mengikuti dari awal-akhir, dan klien berpartisipasi dan mengajukan pertanyaan
- c. Evaluasi Hasil  
Klien mengetahui definisi dan tujuan nutrisi ibu post partum, mengetahui menu makanan seimbang beserta contohnya, serta mengetahui akibat kekurangan nutrisi.

Lampiran 5

ASLIHAN KEPERAWATAN IBU POST SECTIO CAESAREA  
DENGAN PENERAPAN MOBILISASI DINI CENTUK  
MEMPERCEPAT PENURUNAN TEGANGAN  
DI RUANG BAITUNNABA 2  
RSI SULTAN AGUNG  
SEMARANG



Disusun oleh  
Maya Maula Shafa  
40901800057

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2021

Nama Mahasiswa : Maya Mailla Shafa  
RS / Puskesmas : RSI Sultan Agung Semarang  
Tanggal : 5 Februari 2021  
Jam : 14.30

#### I. Identitas pasien

1. Inisial pasien : Ny. E
2. Umur : 26 tahun
3. Status Obstetric : Nifas hari 1 p1 A0

No	Tipe Persalinan	Bb lahir	Keadaan bayi waktu lahir	Komplikasi nifas	Umur sekarang
1	Sectio Caesarea	3100 gr	- Segera menangis - Seluruh tubuh kemerahan	- tidak terdapat keluhan nifas	26 tahun

#### II. Keluhan Utama

Pasien mengatakan belum berani untuk bergerak karena takut jahitannya akan robek dan takut bergerak karena nyeri.

#### III. Riwayat Kesehatan sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 4 Februari 2021 mengalami keabuan pecah Biri pada pukul 19.30 WIB. Sehingga pasien dibawa ke GIDAN setempat oleh suami. Tetapi, karena pasien mengalami Punggul sempit maka pasien dirujuk oleh GIDAN ke rumah sakit pada pukul 21.00 WIB agar mendapatkan tindakan lebih lanjut (operasi sectio caesarea) untuk mengeluarkan bayi.

#### IV. Masalah Kehamilan

Pasien mengatakan mengalami masalah kehamilan yaitu mual dan muntah pada trimester I. Dan ini merupakan kehamilan pertama.

## V. Riwayat Menstruasi

- Menarche umur : 12 tahun
- Siklus Menstruasi : lancar
- Lama menstruasi : 7-8 hari
- Adakah gangguan dalam menstruasi, jika ada bagaimana caranya?  
Tidak ada

## VI. Riwayat KB

- Jenis KB : pasien mengatakan belum menggunakan KB
- Lama KB : pasien mengatakan belum menggunakan KB
- Adakah keluhan? jika ada bagaimana cara mengatasinya? Tidak ada
- Rencana KB : pasien mengatakan berencana KB untuk kedepannya yaitu ketika anaknya sudah agak besar.

## VII. Pemeriksaan fisik (Head to toe)

### 1. Tanda-tanda vital

TD : 110/80 mmHg

Nadi : 63 x/menit

Suhu : 36,0 °C

RR : 20 x/menit

### 2. Kesadaran : Composmentis

### 3. Kepala

- Benak : mesosefal, rambut berwarna hitam, dan tidak terdapat benjolan.
- Mata : mata kanan dan kiri simetris, agak pucat, dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan
- Hidung : bersih, tidak ada benjolan, tidak ada polip.
- Telinga : kedua telinga simetris, tidak ada serumen, dan tidak terpasang alat bantu

pendengaran  
4. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

5. Thorax :

- jantung

Inspeksi : tidak terdapat icter

Palpasi : ikter Forthic teraba

perkusi : bunyi pekak

Auskultasi : terdengar bunyi up-down

- Paru-paru

Inspeksi

pengembangan paru kanan dan kiri simetris

Palpasi

: tidak terdapat frekresi & tidak ada nyeri tekan

Perkusi

= bunyi sonor

Auskultasi

: Vesikuler

6. Payudara

Inspeksi

: payudara kanan dan kiri simetris, areola melebar berwarna merah kecoklatan, puting sudah menonjol sedikit.

Palpasi : tidak ada pembengkakan

Colostrum : berwarna kuning, keluar pada pukul 19.00 WIB.

7. Abdomen

- Keadaan : terlihat masih besar

- DRA : belum tertaji (pasien belum bisa menekuk leher)

- Fundus Uteri

tinggi : 2 jari

posisi : diatas pusat

kontraksi : keras

pada abdomen tertaji  
jumlah post cc ±  
15 cm tertump  
perban :  
- rubor = (-)  
- dolor = (-)  
- tumor = 36,0 °C  
- fisiolaksi = jika mengangsu  
pergerakan

8. Lokhea

- jumlah : ± 200 cc (1/2 pampers besar)

- warna : merah segar (lokhea rubra)

- konsistensi : cair

- Bau : anyir & amis.

9. Perineum

- Keadaan : utuh



- Tanda REEDA : tidak ada tanda REEDA
- Kebersihan : Bersih
- Hemoroid : tidak terdapat hemoroid

#### 10. Eliminasi

- Kesulitan BAB : tidak ada (pasien terpasang kateter). Dengan jumlah 500 cc.
- Kesulitan BAB : belum ada
- Distensi VU = lembek

#### 11. Ekstremitas

- Varices : tidak ada
- Tanda Homan's : tidak ada nyeri betis (tanda Homan's negatif)

#### VIII. Pengkajian Kebutuhan Khusus

##### 1. Oksigenasi

pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas maupun pusing setelah bernafas.

##### 2. Nutrisi

- Asupan makanan ibu : pasien mengatakan makan 3x sehari dengan komposisi nasi, lauk, dan sayur
- Nafsu makan : pasien mengatakan nafsu makannya baik dan tidak sedang mual.
- Apakah makanan pantangan ?  
Bila ada alasannya ?

pasien mengatakan masih mempercayai anjuran orang jaman dahulu yaitu pantangan makanan ikan laut, telur, udang, dsb. Karena akan menimbulkan gatal pada luka jahitan dan akibatnya luka tidak cepat kering.

##### 3. Cairan

- Asupan cairan : air putih & teh manis (pugitari)

- Jumlah : 8-9 x sehari ( $\pm$  1,5 L air putih)

- Apakah pembatasan cairan : tidak ada

#### 4. Eliminasi

a. Apakah keluhan kencing berlebih? bila ada, upaya mengatasinya? tidak ada

b. BAK pertama setelah melahirkan /

persalinan : pasien terpasang kateter dengan jumlah 500 cc.

c. Apakah keluhan BAK, bila ada jelaskan : pasien mengatakan tidak ada keluhan BAK

d. BAB pertama setelah persalinan : Belum BAB (pasien saat dikaji)

e. Apakah keluhan BAB, bila ada jelaskan : Belum ada.

#### 5. Kenyamanan

- Respon nyeri

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi

P = nyeri pasca operasi

Q = seperti ditusuk-tusuk

R = 9/10

S = skala 5 (0-10)

T = saat bergerak

- Istirahat tidur

Pasien mengatakan sulit tidur, sering terjaga, dan tidak puas tidur. Dan tidak pernah tidur siang. Serta

pasien mengatakan tidur-tidurnya hanya tidur

sekitar 5 jam dalam sehari & pasien ingin tidur tetapi tidak bisa

#### IX. Pemeriksaan Fisik Bayi

BB : 3100 gram

PB : 48 cm

a. Kepala

Bentuk : bulat, bersih

- Rambut : hitam, tebal

- Ubul-ubun = sutera

- Mata : 15000, tidak ada sekresi
- Telinga : telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada infeksi
- Mulut : simetris
- Hidung : bersih, tidak terpapang oleh bakteri karies

b. Leher : tidak ada pembesaran tiroid

c. Jantung paru :

- bunyi napas : normal, tidak terdengar sekresi

- Denyut jantung : 140 x / menit

- RR : 50 x / menit

d. perut

- Bentuk : supel

- Bising usus : 20 x / menit

- Umbiligo : banyak

- Verniks : -

- Meconium : berwarna hitam setelah lahir

e. punggung & bokong : rata & bulat

f. Genetalia

- laki-laki : preputium bersih

g. Ekstremitas

- Jari : lengkap

- pergerakan : aktif

h. Nutrisi : ASI

i. Eliminasi

- BAK : 1 x ganti popok (saat di keji)

- BAB : 1 x setelah lahir (saat di keji)

j. Refleks

- moro

- rooting

- Babinski

- Menggemngam

- Tonus leher

- Melangasah

- Merangkak

X. Pemeriksaan Fisik

- pemeriksaan tanggal 4 Februari 2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keabngan
<b>HEMATOLOGIST</b>				
Darah rutin				
Hemoglobin	12.8	11.7 - 15.5	g/dL	
Hematokrit	37.8	33.0 - 45.0	%	
Leukosit	9.12	3.60 - 11.0	ribu/ $\mu$ L	
Trombosit	219	150 - 440	ribu/ $\mu$ L	
<b>PPT</b>				
PT	8.6	9.3 - 11.9	detik	Duplo
PT (kontrol)	11.6	9.1 - 12.3	detik	
<b>APTT</b>				
APTT	29.3	21.0 - 28.9	detik	Deepo
APTT (kontrol)	26.0	21.0 - 28.9	detik	
<b>KIMIA KLINIK</b>				
Gula Darah sewaktu	78	7 - 110	mg/dL	
Ureum	7.1	10 - 50	mg/dL	
Creatinin L	0.57	0.60 - 1.10	mg/dL	
CRP Kuantitatif	1.28	$\leq 3$	mg/dL	
<b>ELEKTROLIT (Na, K, Cl)</b>				
Natrium (Na)	135.0	135 - 147	mmol/L	
Kalium (K)	3.50	3.5 - 5.0	mmol/L	
Klorida (Cl) L	109.0	9.5 - 105	mmol/L	
<b>IMUNOLOGIST</b>				
HBsAg (Kualitatif)	non reaktif	non reaktif		
<b>URINALISA</b>				
Urin lengkap	Kuning			
warna	Ayak keruh			
kejernihan	Neg	jernih		

protein	Neg	< 30 (negatif)	mg/dL
Reduksi Bilirubin	Neg	< 15 (negatif)	mg/dL
Bilirubin	Neg	< 1 (negatif)	mg/dL
Reaksi /ptl	Aty 6/5	4.0-7.4	
Urobilinogen	0.2	< 2	
Beton Keron	Neg	< 5 (negatif)	
Nitrit	Neg	negatif	
Berat jenis L	1.005	1.015-1.025	
Darah (Blau)	Neg	< 5 (negatif)	Eri /uL
Leukosit	125	< 10 (negatif)	Leu /uL
<b>MIKROSKOPI</b>			
Sel Epitel	8-10	5-15	/LPH
Eritrosit	0-1	< 1 /LPH	/LPH
Leukosit	6-8	3-5	/LPH
Silinder	negatif		
Parasit	negatif	negatif	
Bakteri	positif 2(++)	negatif	
Jumur	negatif	negatif	
Kristal	negatif		
Pecah Mulus	negatif		

- Pemeriksaan 5 Februari 2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI				
Golongan Darah /Rh	O/positif			

### XI. Therapy

- Ceftriaxone 2x1 IV
- Methylerythromycin 2x1 IV
- Kultur pen Supp 2x1 Supp
- PCT infus IV

### XII. Ditt

Nasi tim

### XIII Analisis Data

Tgl/Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD
01-02-2021 / 15.00	<p>Ds : pasien mengatakan belum berani bergerak karena takut jahitannya akan kebek, dan pasien mengatakan nyeri saat bergerak serta aktifitas terganggu di bantu perawat &amp; keluarga</p> <p>Do : pasien post OP sc hari ke-0 (224 jam), pasien tampak pucat, lemah, dan terbatasi di tempat tidur</p> <p>- TD : 116/80 mmHg                      - Nadi = 63 x/menit                      - Suhu = 36,0 °C                      - RR = 20 x/menit                      - TPU = 2 jari di atas pusat                      - Kontraksi : keras</p>	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri	
05-02-2021 / 15.00	<p>Ds : pasien mengatakan masih mempercayai anjuran orang jaman dulu yaitu pantang memakan ikan, telur, udang dsb. Karena akan mereda perryan dengan mengkon-</p>	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi	

selain tindakan tersebut dapat menimbulkan gejala pada luka jahitan dan berakibat luka tidak cepat kering

DO: pasien menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran gas pasien menunjukkan ketidakterhadap masalah yaitu pasien tampak tidak menanggapi nasehat perawat

05-02-2021  
21/1500

DS: pasien mengeluh ingin tidur tetapi tidak bisa tidur, pasien mengatakan sulit tidur, sering terjaga, pasien mengatakan tidak pernah tidur siang dan pasien mengatakan tidak pernah sembuh dari penyakitnya + jawa  
DO: pasien tampak lesu & pucat

Evaluasi umum pola tidur

Kurva kontrol tidur

05-02-2021  
/15-00

DS: Pasien mengatakan tertapat luka jahitan di bagian perut  
DO = tertapat luka jahitan an post op SC tertmp perban ± 15cm  
- Rubur = tidak ada kemerahan  
- Dolos = tidak ada pus

Risiko infeksi

Efek prosedur invasif

- Kolor = 36,0 °C
- Tumor = tidak ada pembengkakan
- fungsi leesa : luka mengganggu pergerakan

#### XIV. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri saat bergerak, takut bergerak, dan celulas saat bergerak (D.0054)
2. Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi d.d menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, persepsi yang keliru terhadap masalah (D.0111)
3. Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur d.d sulit tidur, sering terjaga, dan tidak puas tidur (D.0055)
4. Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)

#### XV. Rencana dan Intervensi Keperawatan

Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Planning (SIKI)	TTD
05-02-2021 / 15-00	Dx. 1	Setelah dilakukan tindakan selama 4x @ jam diharapkan mobilitasi pasien tidak terhambat, dengan kriteria hasil : - nyeri menurun - kecemasan menurun - gerakan terbatas	1. Monitor TTV 2. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Jelaskan tujuan	<i>[Signature]</i>

		menurun - TTV meningkat / TTV menurun	dan prosedur rekresi kesesi 6. Anjurkan rekreasi sisi diri
05-02-2021 / 15.00	Dr. 2	Setelah dilakukan tindakan selama 4x8 jam diharapkan pasien menunjukkan peningkatan mengenai nutrisi itu part partur dengan kriteria hasil: - Perilaku sesuai nutrisi meningkat - Persepsi yang telah terakseptasi meningkat	1. periksa status gizi, status energi, status protein dan 2. persiapkan materi/materi nutrisi pendidikan kesehatan 3. jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. jelaskan pada pasien dan keluarga jenis makanan yang dibolehkan
05-02-2021 / 15.00	Dr. 3	Setelah dilakukan tindakan selama 4x8 jam, diharapkan pola tidur tercapai dengan kriteria hasil: - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Modifikasi lingkungan 3. lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 4. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengandung kafein 5. Anjurkan relaksasi

			<p>neofor antibiotik          masalah kulit          kps 5 9 tahun          untuk monitoring          kps masalah          dipur</p>	
05-02-2021 / 15.00	Dx 1	<p>Setelah dilakukan tindakan dx 1 jwb, diharapkan infeksi dapat terobati, dengan kriteria hasil:</p>	<p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi          2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien          3. Anjurkan cara mencuci tangan dengan benar.</p>	diteliti

XVI. Implementasi Keperawatan

Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon pasien	TTD
05-03-2021 / 15.00	Dx 1	- monitoring TTV	<p>Ds. pasien mengatakan senyum untuk Bi cek tanda-tanda vital</p> <p>DO :            - TD : 110/20 mmHg            - Nadi : 63 x/menit            - Suhu : 36,0 °C            - RR : 20 x/menit</p>	
15.00	Dx 1	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	<p>Ds. Pasien mengatakan sakit bergeser karena nyeri post luka operasi</p> <p>DO. pasien tampak menangis</p>	

15.00	Dx-1	- Mengecek TFU	Ds: pasien mengatakan bersedia DO: TFU 2 jari status pusat, kontraksi keras	
15.05	Dx-1	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini	Ds: pasien mengatakan bersedia dan ingin beraktivitas DO: pasien tampak mengerti setelah dijelaskan	
15.10	Dx-1	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Ds: keluarga pasien mengatakan setuju DO: keluarga pasien tampak bersedia untuk membantu	
15.10	Dx-1	- Mengajarkan melakukan mobilisasi dini (menggerakkan lengan, tangan, ujung jari-jari kaki, dan menggerakkan tangan membuka & mengenggam)	Ds: pasien mengatakan bersedia untuk latihan DO: Pasien tampak mampu melakukan latihan mobilisasi dini	
15.15	Dx-1	- Memonitor TV	Ds: pasien mengatakan setuju DO: pasien kooperatif -TD: 110/80 mmHg -N: 66 x/menit	

GELATIK

15.30

Dx.1

- Monitor TTV

RR = 26 x / Menit  
Suhu = 36,0 °C

DS: pasien mengu-  
takan setuju untuk  
di cek tanda-tanda  
Vital

DO: pasien kooperatif  
- TD = 110/80 mmHg  
- N = 60 x / Menit  
- PP = 20 x / Menit  
- Suhu = 36,3 °C

15.45

Dx.1

- Monitor TTV

DS: pasien mengu-  
takan setuju untuk  
di cek tanda-tanda  
Vital

DO: pasien kooperatif  
- TD = 110/80 mmHg  
- N = 93 x / Menit  
- PP = 16 x / Menit  
- Suhu = 36,6 °C

16.00

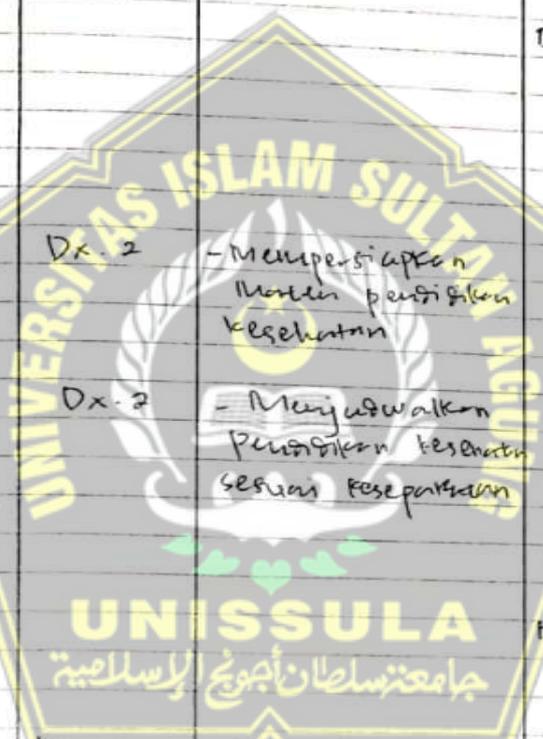
Dx.2

Meriksa status  
gizi, status alergi,  
dan program  
diet

DS: pasien tidak  
ada masalah  
dalam makan sehari-  
hari, pasien  
juga mengatakan  
tidak pernah diet,  
dan pasien mengu-  
takan setelah operasi  
harus membatasi  
makanan yang menyu-  
gatal pada luka operasi

DO: pasien tampak  
menunjukkan persepsi

			yang salah terhadap masalah	
16.00	Dx.1	- Memonitor TTV	<p>Ds : pasien mengatakan setuju untuk di cct tanda-tanda vital</p> <p>Do : pasien kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 110/70 mmHg</li> <li>- N = 66 x/menit</li> <li>- RR = 17 x/menit</li> <li>- Suhu = 36,9 °C</li> </ul>	lily/19
16.10	Dx.2	- Mempersiapkan media persiapan kesehatan	<p>Ds : -</p> <p>Do : -</p>	lily/19
16.15	Dx.2	- Menyediakan persiapan kesehatan sesuai kesepakatan	<p>Ds : pasien mengatakan bersedia untuk diberikan persiapan kesehatan pada jam 19.30 WIB</p> <p>Do : pasien memberikan kesepakatan</p>	lily/19
16.30	Dx.4	- Mencuci tangan sebelum & sesudah kontak dengan pasien	<p>Ds : -</p> <p>Do : -</p>	lily/19
16.30	Dx.1,4	- Memonitor TTV	<p>Ds : pasien mengatakan setuju untuk di cct tanda-tanda vital</p> <p>Do : pasien kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD = 110/70 mmHg</li> <li>- N = 68 x/menit</li> </ul>	lily/19

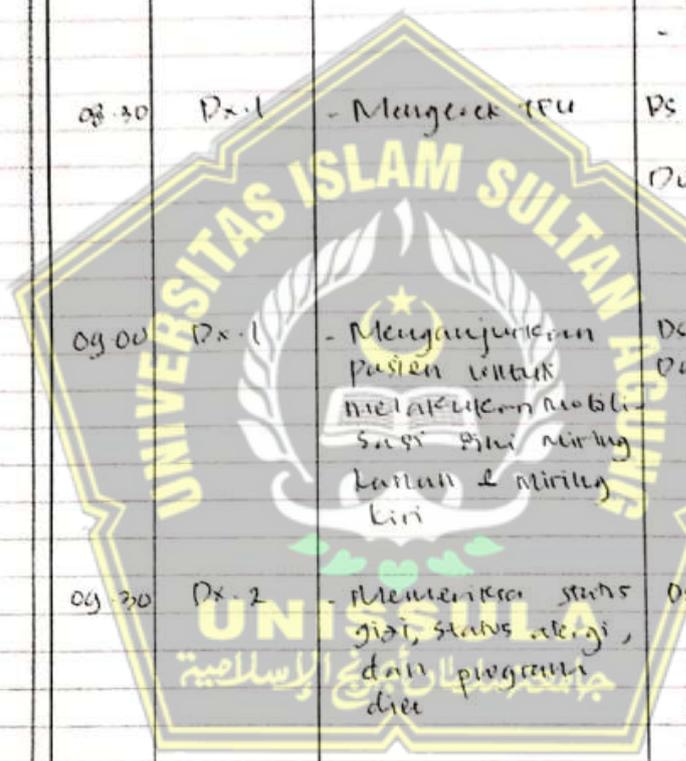


			<ul style="list-style-type: none"> <li>- RR 20 x/menit</li> <li>- Suhu = 36,6 °C</li> </ul>	
16:30	Dx-4	memonitor tanda & gejala infeksi	<p>DS: pasien mengatakan terdapat jahitan an &amp; perut</p> <p>DO: terdapat luka jahitan post op SC selang perben ± 15 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rubor: tidak ada kemerahan</li> <li>- Dolor: Tidak ada pus</li> <li>- Kalor = 36,6 °C</li> <li>- Tumor = tidak ada pembengkakan</li> <li>- Fungsi: luka mengganggu pergerakan</li> </ul>	<i>[Signature]</i>
16:40	Dx-4	- Mengajarkan pasien cara cuci tangan dengan benar	<p>DS: pasien mengatakan bersedia</p> <p>DO: - pasien kooperatif</p>	<i>[Signature]</i>
17:00	Dx-1,4	- memonitor TTV	<p>DS: pasien mengatakan setuju untuk bi-cek tanda-tanda vital</p> <p>DO: pasien kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD = 110/90 mmHg</li> <li>- N = 72 x/menit</li> <li>- RR = 19 x/menit</li> <li>- S = 36,5 °C</li> </ul>	<i>[Signature]</i>
18:00	Dx-1	- memberikan obat Kalbipren via suppositoria	<p>DS: pasien mengatakan bersedia diberikan obat melalui jalan anus</p>	<i>[Signature]</i>

			DO = pasien kooperatif dalam pemberian obat	
19.00	Dx.1	- menganjurkan melakukan mobilisasi dini (mengangkat unit. Memutar pergelangan kaki, serta menekuk dan menggeser kaki)	DS = pasien mengatakan bersedia dan ingin terus latihan DO = pasien berusaha untuk melakukan mobilisasi.	<i>[Signature]</i>
19.30	Dx.2	Melakukan pendidikan kesehatan (Menjelaskan pada pasien & keluarga Makanan / nutrisi yang dibutuhkan)	DS = pasien mengatakan bersedia & berikan pendidikan mengenai Makanan yang dibutuhkan oleh ibu Nifas DO = pasien & keluarga tampak memperhatikan, pasien mampu menjawab pertanyaan dari perawat walaupun masih terlihat menginget apa yang di sampaikan & pasien tampak bersedia melakukan makanan sesuai anjuran	<i>[Signature]</i>
20.00	Dx.1	- Memberikan obat Methyleergometrin melalui injeksi intravena.	DS = pasien mengatakan bersedia & berikan obat DO = pasien kooperatif	<i>[Signature]</i>

20.05	Dx 1	- Mengajukan nursing plan dan nursing Kiri	Ds - pasien mengartikan beristirahat DO : pasien kooperatif
20.05-20.05 21.00	Dx 1	- Memberikan obat peroral via infus	Ds - pasien mengartikan beristirahat DO - pasien kooperatif
21.05	Dx 1	- Mengidentifikasi adanya nyeri / keluhan Fraktur lainnya	Ds - pasien mengartikan nyeri sudah agak membaik DO - pasien tampak agak rileks
21.10	Dx 1	- Mengajukan pasien untuk nursing kanan dan nursing Kiri	Ds - pasien mengartikan setuju dan akan nursing kanan dan kiri DO - pasien tampak dapat membaik mobilisasi diri dengan baik
21.25	Dx 1	- Mengecek TFU	Ds = pasien mengartikan setuju DO = TFU setinggi pusat, kontraksi keras
21.30	Dx 3	- Mengidentifikasi pola aktivitas istirahat dan tidur	Ds = pasien mengartikan istirahat tidur ± 5 jam dalam sehari dan selama tidur

			<p>pasien mengatakan tidak pernah tidur siang</p> <p>DO : pasien tampak lesu</p>
21.35	Ox.3	Memodifikasi lingkungan	<p>DS = pasien mengatakan bersedia dan ingin istirahat</p> <p>DO : pasien tampak lebih tenang.</p>
21.55	Dx.3	- Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (memberikan bantal untuk membarau mengatur posisi)	<p>DS = pasien mengatakan bersedia untuk diberikan penyangga bantal</p> <p>DO : pasien tampak nyaman.</p>
21.58	Dx.5	Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengandung serat (kopi / teh)	<p>DS = pasien mengatakan menghindari kopi sudah dari lama</p> <p>DO : pasien tampak telah mengerti</p>
21.40	Dx.3	Mengajarkan relaksasi nonfarmakologis untuk meningkatkan kualitas tidur (tarik nafas dalam)	<p>DS = pasien mengatakan bersedia</p> <p>DO = pasien mampu mendemonstrasikan latihan tarik nafas dalam, dan pasien tampak mengartikulasikan gerakan menguap.</p>



06.01-  
2021/  
08.00

Dx. 1

- Memonitor TTV

Ds = pasien mengata-  
kan setuju  
Do = pasien kooperatif  
- TD : 103/59 mmHg  
- N : 82 x/menit  
- RR : 20 x/menit  
- Suhu : 36,9 °C

Lisa

08.30

Dx. 1

- Mengecek TTV

Ds = pasien mengun-  
tuk setiap  
Do : TTV 2 jam  
di bawah pusat,  
kontraksi perist

Lisa

09.00

Dx. 1

- Mengajukan  
pasien untuk  
melakukan mobil-  
isasi dini nursing  
kembali & nursing  
liri

Ds = pasien bersedia  
Do = pasien tampak  
bersih, nursing  
kembali & nursing  
liri

Lisa

09.30

Dx. 2

- Memeriksa status  
gizi, status religi,  
dan program  
dini

Ds : pasien menga-  
takan telah  
menarik makanan  
yang difortifikasi  
yaitu nasi, sayur,  
ayam. Dan  
pasien mengatakan  
telah mengerti nutrisi  
yang baik untuk  
Ibu nifas & tidak  
menurut pandang-  
an orang jaman  
dahulu  
Do : pasien tampak  
kooperatif dan  
mengerti.

Lisa

10.00	Px-4	- Memonitor tanda & an gejala infeksi	<p>Ds: pasien mengatakan lucunya a sudah tidak begitu nyeri</p> <p>Do: terdapat luka jahitan post op sc terdapat perban ± 15 cm</p> <p>- Tumor = tidak ada kemerahan</p> <p>- ditor = tidak ada pus</p> <p>- talar = 36,5 °C</p> <p>- Ekor = tidak ada pembengkakan</p> <p>- inguinalisa: luka sudah tidak meng- ganggu pergerakan</p>
11.00	Dx-3	Mengidentifikasi pola istirahat dan tidur	<p>Ds: pasien mengatakan semalaman tidurnya nyaman dan tenang</p> <p>Do: pasien tampak lebih segar</p>
11.05	Dx-3	- Melakukan prosedur untuk meningkatkan level kenyamanan tidur (memberikan bantalan untuk membantu mengob- r posisi)	<p>Ds: pasien mengatakan sejuki</p> <p>Do: pasien tampak nyaman</p>
11.08	Dx-3	- Memodifikasi lingkungan (pengaturan suhu)	<p>Ds: pasien mengatakan bersedia untuk si- ngkatkan sejuki</p> <p>Do: pasien tampak lebih nyaman</p>
11.10	Dx-3	Menganjurkan relaksasi nafas dalam	<p>Ds: pasien mengatakan sejuki</p> <p>Do: pasien tampak mengantuk &amp; rileks</p>

06-02-2021/19-00	Dx.1	-Memonitor TTV	<p>Ds = pasien mengatakan bersedia</p> <p>Do = pasien kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD = 111/61 mmHg</li> <li>- N = 65 x/menit</li> <li>- RR = 20 x/menit</li> <li>- suhu = 36,4 °C</li> </ul>	<i>[Signature]</i>
14-03	Dx.1	-Mengidentifikasi keri pada istirahat #sur	<p>Ds = pasien mengatakan dapat tidur dengan nyaman</p> <p>Do = pasien tampak lebih segar.</p>	<i>[Signature]</i>
14-45	Dx.1	-Menganjurkan aktif mobilisasi dini (ciuming keri dan miris keri)	<p>Ds = pasien mengatakan setuju</p> <p>Do = pasien tampak bersedia mobilisasi &amp; semangat dalam mobilisasi</p>	<i>[Signature]</i>
15-00	Dx.1	-Membantu pasien untuk mobilisasi setengah duduk (bersandar di bed)	<p>Ds = pasien mengatakan setuju</p> <p>Do = pasien tampak beres-beres litan setengah duduk dan tampak bersedia mobilisasi.</p>	<i>[Signature]</i>
15-30	Dx.1	-Mengukur TFU	<p>Ds = pasien mengatakan setuju</p> <p>Do = TFU d jari di bawah pusit, dengan kontraksi keras.</p>	<i>[Signature]</i>

## XVII. EVALUASI

Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTO
05-12-2021 20:45	Dx.1	<p>S = pasien mengatakan tidak bergerak karena nyeri pada luka pasca operasi, pasien mengatakan ingin melakukan mobilisasi dini</p> <p>O = pasien tampak bersedia melakukan pergerakan</p> <p>RR - TD = 110/90 mmHg  N = 72 x /menit  HR = 109 x /menit  Suhu: 36,5 °C</p> <p>A = Masalah belum teratasi</p> <p>P = lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi nyeri / keluhan fisik lainnya</li> <li>- Anjurkan melakukan mobilisasi dini (Miring kanan &amp; miring kiri)</li> </ul>	/20/21
19:45	Dx.2	<p>S = pasien mengatakan sudah memakan makanan yang haus di-  penyusui oleh ibu nipit. Salah satunya ialah ikan lauk yang di-  konsumsi ibu. Dapat meningkatkan kecemasan anak melalui air susu ibu, serta telur yang dapat mempercepat penyembuhan luka</p> <p>O = pasien tampak kooperatif dan mengerti apa yang disampaikan perawat dibantu ketika perawat bertanya, pasien dapat menjawab walau seringkali tampak mengulangi apa yang telah disampaikan.</p> <p>A = masalah teratasi</p>	/20/21

		<p>P = pertahankan intervensi 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa status gizi, status alergi, dan program dia</li> </ul>	
19.10	Dx. 1	<p>S = pasien mengatakan terdapat jahitan di perut</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat jahitan post op sc</li> <li>- luka tertutup perban ± 15 cm</li> <li>- tidak tampak tanda-tanda infeksi</li> <li>- TD = 110/90 mmHg</li> <li>- N = 72 x/menit</li> <li>- RR = 19 x/menit</li> <li>- suhu = 36,5 °C</li> </ul> <p>A = tidak terjadi infeksi</p> <p>P = Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>- pertahankan kebersihan luka</li> </ul>	
05-02-2021/22-30	Dx. 1	<p>S = pasien mengatakan nyeri pada bagian belakang kanan ekstremitas</p> <p>D = pasien tampak lebih tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TFU setengah pusat dengan kontraksi keras</li> </ul> <p>A = tujuan teratasi sebagian, masalah belum teratasi</p> <p>P = pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan mobilisasi dini (aktif miring kanan &amp; kiri)</li> </ul>	
22.32	Dx. 3	<p>S = pasien mengatakan ingin istirahat &amp; tidur</p> <p>D = - pasien tampak bersedia diberikan pengaliran suhu, pengaliran</p>	

Pekerja yang nyaman dan dapat memotivasi/menginspirasi latihan tarik nafas dalam

- pasien tampak mengontrol
- A = Tujuan teratasi sebagian, masalah belum teratasi
- P = pertahankan intervensi
  - identifikasi pola istirahat dan tidur
  - Motivasi lingkungan
  - Mengajarkan tarik nafas dalam sebelum tidur

09.02 -  
2021 /  
09.20

Dx.1

S = Pasien mengatakan akan selalu miring kanan dan miring kiri

O = pasien tampak merasa miring kanan & miring kiri

A = Tujuan teratasi sebagian, masalah belum teratasi

- P = Pertahankan intervensi
  - Mengajarkan mobilisasi dini/aktif miring kanan & kiri

09.15

Dx.2

S = Pasien mengatakan telah makan makanan yang disediakan yaitu nasi, sayur, ayam. dan pasien mengatakan telah mengerti nutrisi yang baik untuk ibu nifas dan baik menurut pantangan orang jaman dahulu.

O = pasien tampak kooperatif & mengerti

A = Masalah teratasi  
P = hentikan intervensi

10.15	Dx. 1	<p>S = pasien mengatakan lukanya sudah tidak begitu nyeri</p> <p>O = - Terapat luka jahitan I 15 x 8 cm tertutup partisi</p> <p>M = tidak terapat tanda-tanda infeksi</p> <p>A = tidak terjadi infeksi, masalah teratasi</p> <p>P = hentikan intervensi</p>	
11.20	Dx. 3	<p>S = pasien mengatakan semakin terangnya nyaman &amp; tenang</p> <p>O = pasien tampak lebih segar</p> <p>A = masalah teratasi</p> <p>P = pertahankan intervensi</p> <p>- Identifikasi pola istirahat tidur.</p>	
06-02-2021/14.10	Dx. 3	<p>S = pasien mengatakan sudah tidur dengan nyaman</p> <p>O = pasien tampak lebih segar</p> <p>A = masalah teratasi</p> <p>P = hentikan intervensi</p>	
15.40	DK. 1	<p>S = pasien mengatakan aktif niring kanan dan niring kiri</p> <p>O = pasien tampak berusaha untuk melakukan mobilisasi</p> <p>- TD = 111/61 mmHg</p> <p>- N = 65 x/menit</p> <p>- RR = 20 x/menit</p> <p>- suhu = 36,4 °C</p> <p>- TPU 4 jari dibawah pusir</p> <p>- kontraksi keras</p> <p>A = masalah teratasi</p> <p>P = pertahankan intervensi</p> <p>- latihan duduk</p>	