

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Teori *Sectio Caesarea*

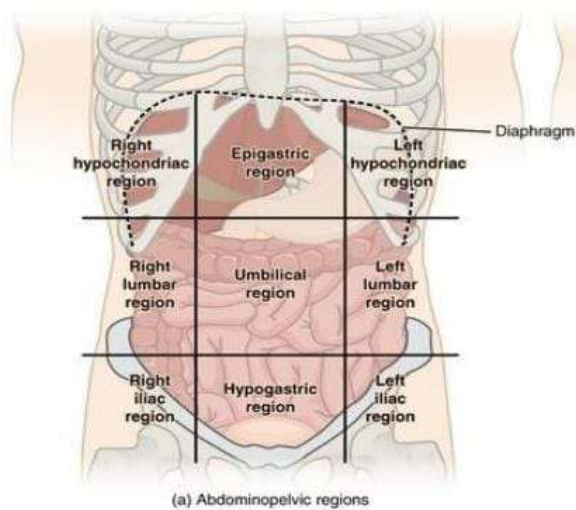
1. Definisi

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

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

2. Anatomi Fisiologi

Abdomen adalah bagian tubuh yang berbentuk rongga terletak diantara toraks dan pelvis. Rongga ini berisi viscera dan dibungkus dinding abdomen yang terbentuk dari otot abdomen, columna vertebralis, dan tulang ilium. Untuk membantu menetapkan suatu lokasi di abdomen, yang paling sering dipakai adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang bayangan horizontal dan dua bidang bayangan vertikal. Bidang bayangan tersebut membagi dinding anterior abdomen menjadi sembilan daerah (regiones). Dua bidang diantaranya berjalan horizontal melalui setinggi tulang rawan iga kesembilan, yang bawah setinggi bagian atas crista iliaca dan dua bidang lainnya vertikal dikiri dan kanan tubuh yaitu dari tulang rawan iga ke delapan hingga kepertengahan ligamen inguenale.



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi

Dinding abdomen tersusun dari beberapa lapisan yaitu :

1. Kulit

Langer lines menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen langer lines tersusun secara transversal. Hal inilah yang menyebabkan insisi kulit vertikal pada abdomen akan menopang lebih besar tegangan kulit dari lateral sehingga membentuk scar yang lebih lebar. Sebaliknya, insisi kulit transversal, misalnya insisi Pfannenstiel akan mengikuti arah serabut langer lines sehingga dari segi kosmetik, hasil penyembuhan kulitnya lebih baik.

2. Jaringan Subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi jaringan lemak superfisial (fasia Camper) dan lapisan membranous di bawahnya (fasia Scarpa)

3. Otot dan fasia

Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu aponeurosis yang berjalan dari proses xiphoideus menuju simfisis pubis. Aponeurosis ini tampak sebagai suatu garis yang disebut sebagai linea alba.

Sarung rektus dibentuk oleh kumpulan aponeurosis eksternus, m.obliquus abdominis internus, dan m.transversus abdominis. Sarung

rektus m. rektus abdominis tetap padaposisinya (mencegah terjadinya bow-string effect) pada waktu berkontraksi.

Aponeurosis dari otot-otot abdomen ini tersusun sedemikian rupa sehingga ada perbedaan antara lapisan aponeurosis yang terletak diatas dan dibawah umbilikus, yang dibatasi oleh linea arkuata.

Diatas linea arkuata, sarung rektus terdiri atas dua lamina, yaitu lamina anterior dan lamina posterior. Lamina anterior dibentuk oleh aponeurosis m. obliquus abdominis eksternus dan lamina anterior aponeurosis m. Transversus abdominis.

Di bawah linea arkuata, kedua aponeurosis berada di sebelah ventral m. rektus abdominis. Tempat peralihan lamina posterior ke sebelah ventral m. rektus abdominis inilah yang membentuk suatu garis lengkung yang disebut linea arkuata.

Susunan serabut otot dinding abdomen sejajar dengan arah serabut kulit. Oleh karenanya, garis jahitan pada insisi vertikal lebih sering menyebabkan terjadinya dehiscensi dan hernia.

4. Jaringan Ekstraperitoneum dan Peritoneum

Peritoneum merupakan suatu selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam. Peritoneum dibagi menjadi dua yaitu, peritoneum parietalis dan peritoneum visceralis. Peritoneum parietalis dan visceralis merupakan suatu kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut kavum peritonei.

3. Etiologi

Operasi *Sectio Caesarea* dilakukan atas indikasi yaitu:

a. Indikasi dari ibu

Pada primigravida atau kehamilan pertama dengan kelainan posisi, *Cefalo Pelvix Disproportion* (CPD), disproporsi janin dan panggul, riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, kehamilan disertai dengan penyakit (DM, jantung), ketidakseimbangan antara ukuran kepala bayi dan panggul ibu, gangguan perjalanan persalinan

(mioma uteri, kista ovarium dan sebagainya), keracunan parah ketika hamil, komplikasi pada saat kehamilan seperti preeklampsia dan eklampsia berat, serta atas keinginan ibu sendiri (Agustin, 2022).

b. Indikasi dari janin

Gawat janin, kelainan tali pusat seperti terlilit tali pusat, prolapsus tali pusat, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin yaitu bayi yang besar giant baby). Sedangkan faktor dari plasenta meliputi plasenta previa, solutio plasenta, vasa previa dan plasenta accreta, kegagalan persalinan vakum serta bayi kembar (Sitorus, S., 2021).

4. Manifestasi Klinis

a. Preeklamsia ringan

Preeklamsia ringan diikuti oleh beberapa gejala klinis antara lain : hipertensi antara 140/90 atau kenaikan systole dan diastole 30 mmHg/ 15 mmHg. Edema kaki tangan atau muka atau kenaikan berat badan 1 kg/ minggu. Proteinuria 0.3 gr/ 24 jam atau plus 1-0, Oliguria.

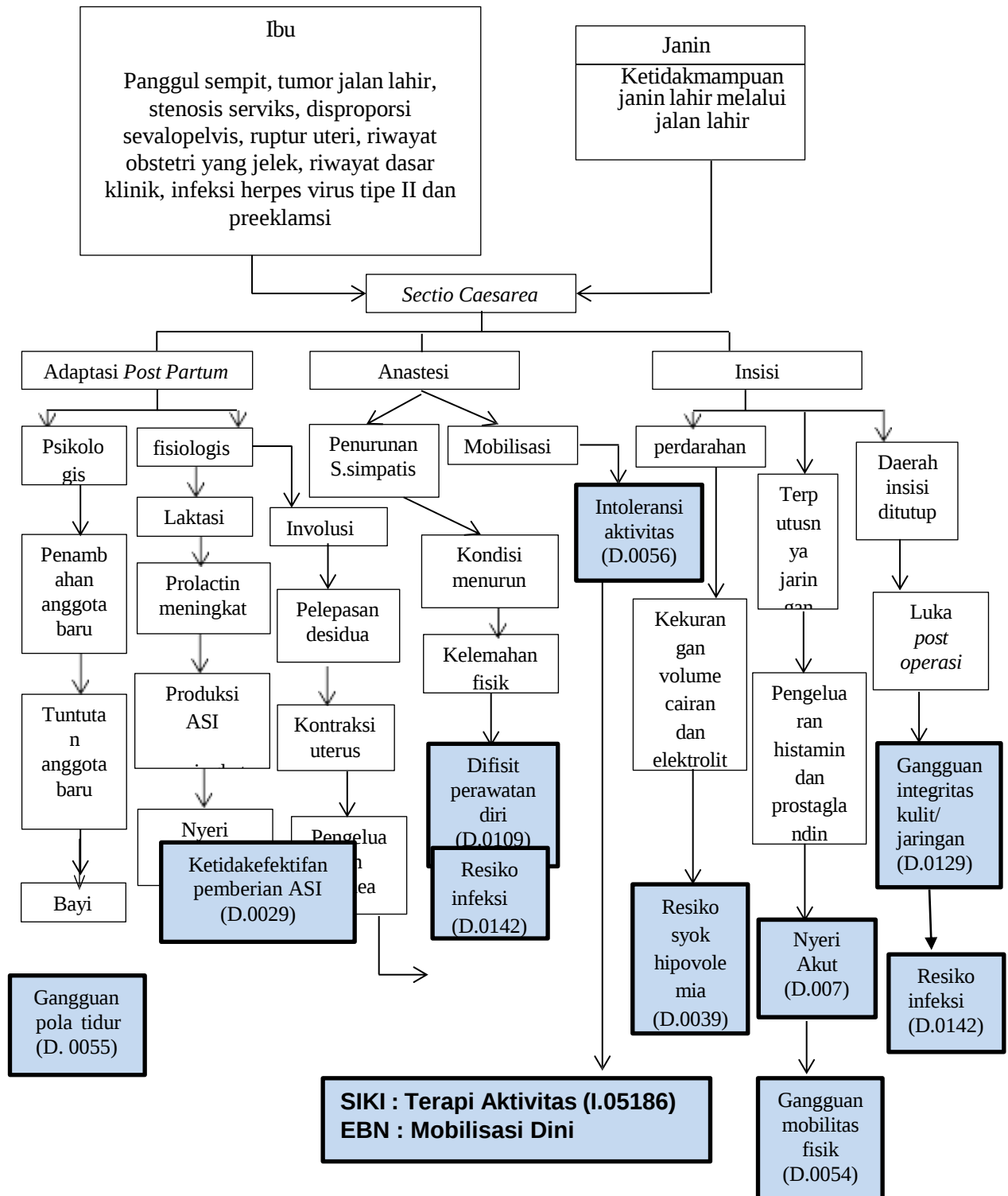
b. Preeklamsia berat

Preeklamsia berat ditandai dengan gejala klinis, hipertensi 160/110 mmHg, proteinuria 5gr/ 24 jam atau plus 4-5 oliguria 400cc/ 24 jam, edema paru dapat disertai sianosis, serta keluhan subjektif : nyeri kepala frontal, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium.

c. Eklampsia

Eklampsia ditandai dengan gejala- gejala preeklamsia dan disertai koma ataupun konvulsi (Syaiful & Lilis, 2020).

5. Pathway



Gambar 2.2 *Pathway Sectio Caesarea* (Nuratif & Kusuma, 2015).

6. Patofisiologi

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

Sectio caesarea (SC) dilakukan secara sistematis, dimana pasien akan di bius untuk dilakukan sayatan pada area perut. Pembiusan yang di ambil biasanya jenis pembiusan regional, yaitu bius yang di suntikan ke sub arachnoid dan epidural yang mengakibatkan pasien masih bisa sadar karena pembiusan ini berefek mati rasa pada bagian bawah tubuh saja. Namun pasien masih tidak bisa melihat prosedur bedah karena tertutup tirai. Hal ini akan membantu pasien untuk mengurangi ansietas selama pembedahan. Kemudian setelah di bius, bagian perut akan disterilisasi dan akan dibuat insisi proses pembedahan. Proses pembedahan ini akan mengakibatkan terputusnya jaringan dan merangsang area sensorik. Sehingga akan menyebabkan gangguan rasa nyaman yaitu nyeri (Syaiful, 2020).

Setelah pasien dioperasi, luka akan ditutup menyebabkan adanya luka bekas operasi. Proses penyembuhan luka pasca sesar pada dasarnya sama dengan luka lainnya yaitu secara fisiologis penyembuhan luka meliputi respon inflamasi akut terhadap cedera, fase destruktif, fase foliperatif dan fase maturasi. Luka akan dikatakan sembuh jika kontinuitas lapisan kulit atau jaringan parut mampu tidak mengganggu aktivitas sehari-hari pasien. Mobilisasi dini harus disampaikan kepada pasien untuk mendukung tahap proses penyembuhan luka sehingga

dapat mengurangi infeksi dan angka kesakitan ibu post *sectio caesarea*. Pada saat post partum hormon progesteron dan estrogen akan menurun sehingga menyebabkan involusi dan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga terjadi perdarahan dan resiko syok, Hb menurun, kekurangan O₂, terjadinya kelemahan dan defisit perawatan diri. Hal-hal tersebut masih dapat dicegah bila pasien dipantau kondisinya dan dibimbing untuk melakukan mobilisasi secara baik dan mengatur diet ibu untuk pemulihan luka (Eva, 2022).

7. Klasifikasi

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

- a. *Sectio caesarea* primer adalah tindakan prosedur *sectio caesarea* yang dilakukan kepada pasien yang baru pertama kali melakukan operasi bedah sesar.
- b. *Sectio caesarea* Sekunder adalah tindakan prosedur *sectio caesarea* yang dilakukan kepada pasien dengan riwayat *sectio caesarea* sebelumnya.
- c. *Sectio caesarea* Cito adalah prosedur *sectio caesarea* yang dilakukan setelah proses persalinan dimulai atau telah munculnya tanda-tanda inpartu.
- d. *Sectio caesarea* elektif adalah tindakan bedah sesar yang telah direncanakan sebelumnya sebelum proses persalinan dimulai (Fadhilah & Sari, 2021).

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

- a. Operasi dengan adanya tanda gawat janin atau gawat ibu yang bisa membahayakan nyawa.
- b. Operasi dengan adanya tanda gawat janin dan gawat ibu yang tidak langsung membahayakan nyawa.
- c. Operasi yang dilakukan meskipun tidak ada tanda gawat janin dan gawat ibu dilakukan karena butuh pengakhiran segera.

- d. Operasi yg dilakukan pada waktu yang paling sesuai bagi ibu dan kesesuaian fasilitas.

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

- a. Seksio Sesaria transperitoneal profunda merupakan tindakan operasi dengan membuat insisi di segmen bawah yang panjangnya kira-kira 10 cm.
- b. Seksio Sesaria corporal merupakan tindakan operasi dengan membuat insisi di segmen atas uterus dan korpus uteri ini dilakukan bila segmen bawah tidak dapat di capai dengan aman (contonya, karena perlekatan).
- c. Seksio Sesaria yang disertai Histerektomi merupakan tindakan SC dengan indikasi Atonia Uteri, Plasenta Accreta, Myoma uteri dan infeksi Intra Uteri berat.
- d. Seksio Sesaria ekstraperitoneal merupakan SC yang dilakukan tanpa insisi peritoneum yang dilakukan dengan melipat bagian peritoneum ke atas dan kandung kemih kebawah atau ketngah kemudian uterus dibuka melalui segmen bawah.

8. Perawatan Luka Post *Sectio Caesarea*

Menurut Ratna Dewi., dkk (2024) pada ibu dengan tindakan operasi sesaria, apabila prosedur operasi telah selesai dan kondisi ibu baik maka ibu akan dipindahkan ke ruang perawatan. Dokter akan meresepkan obat pereda rasa nyeri untuk mengurangi rasa sakit pada bekas sayatan. Ibu akan diberikan bantuan penyuluhan untuk menyusui bayinya. Kateter akan dilepas ketika ibu sudah bisa berjalan atau sekitar 12 hingga 18 jam setelah operasi sesaria selesai. Ketika akan keluar Rumah Sakit dokter akan menganjurkan beberapa hal yang harus dilakukan ibu selama masa pemulihan di rumah, yaitu :

- a. Menopang bagian perut dengan bantal saat menyusui
- b. Hindari mengangkat sesuatu yang lebih berat dari bayi dan banyak beristirahat

- c. Minum banyak cairan untuk mengganti cairan yang hilang saat operasi sesaria dan menyusui serta mencegah konstipasi
- d. Menghindari berhubungan seksual sampai waktu yang diizinkan oleh dokter. Biasanya pasien dilarang berhubungan seksual empat sampai enam minggu setelah operasi sesaria
- e. Konsumsi obat pereda rasa nyeri sesuai dengan resep dokter.

Beberapa langkah berikut juga dapat dilakukan pasien terhadap sayatan, yaitu membersihkan dan mengeringkan luka secara perlahan setiap hari, mewaspadai tanda – tanda infeksi pada bekas sayatan, dan mengenakan pakaian longgar yang berbahan nyaman.

Prosedur perawatan luka post *sectio caesarea* :

- a. Menyiapkan peralatan, yaitu handuk kering, bak instrumen (sepasang handscoon dan 2 buah pinset), kassa steril, bengkok, perlak, selimut, kom 1 buah
- b. Menyiapkan bahan, yaitu air bersih dan sabun cuci tangan, plester, alcohol, larutan NaCl dan supratul
- c. Memberi salam dan menjelaskan kepada ibu tindakan yang akan dilaksanakan
- d. Mengatur posisi ibu senyaman mungkin, sebaiknya dalam posisi telentang agar mempermudah perawatan ganti verban
- e. Mencuci tangan sebelum tindakan dan keringkan
- f. Membuka bak instrument dan memakai handscoon
- g. Membuka kassa dan plester pada luka dengan menggunakan pinset, jika plester sulit dilepaskan dapat diberikan alcohol. Angkat balutan pada luka dengan pinset kemudian buang bekas balutan ke dalam bengkok.
- h. Mengkaji luka operasi dengan menggunakan skala *REEDA*. Skala *REEDA* (*Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation*) merupakan instrument penilaian penyembuhan luka yang berisi lima factor, yaitu kemerahan, edema, ekimososis, discharge dan pendekatan (aproksimasi) dari dua tepi luka. Masing – masing factor diberi skor antara 0 sampai 3 yang mempresentasikan tidak adanya tanda – tanda hingga adanya tanda – tanda tingkat tertinggi.

- i. Membersihkan luka dengan larutan NaCl mulai dari bagian terjauh dari bidan.
- j. Menutup luka dengan kassa steril
- k. Memasang plester pada luka yang telah ditutup kassa steril
- l. Merapikan ibu, membereskan peralatan dan tur kembali posisi ibu senyaman mungkin
- m. Merendam peralatan yang telah digunakan dalam larutan klorin selama 10 menit
- n. Mencuci tangan setelah Tindakan
- o. Mengevaluasi hasil tindakan dan menginformasikan hasil Tindakan kepada ibu dan keluarga.

9. Skala *REEDA*

Mengkaji kondisi post partum, apakah terdapat luka ruptur. Kaji adanya tanda-tanda *REEDA* (*Redness, Edema, Ekimosis, Discharge dan Approximation*). Alat ukur untuk menilai kondisi jahitan post sectio caesarea dan terdapat skor yang menunjukkan kondisi penyembuhan luka post sectio caesarea dengan menjaga kebersihan luka dapat mempengaruhi penyembuhan luka (Purwoto et al., 2022).

Penilaian system *REEDA* meliputi:

- a. *Redness*, tampak kemerahan pada daerah penjahitan.
- b. *Edema*, adalah adanya cairan dalam jumlah besar yang abnormal di ruang jaringan intraseluler tubuh, menunjukkan jumlah yang nyata dalam jaringan subcutis, edema dapat terbatas yang disebabkan oleh obstruksi vena atau saluran limfatik atau oleh peningkatan permeabilitas vaskular.
- c. *Ecchymosis* adalah bercak perdarahan yang kecil, lebih besar dari petekie (bintik merah keunguan kecil dan bulat sempurna menonjol), pada kulit perineum membentuk bercak biru atau ungu yang rata, bulat atau tidak beraturan.
- d. *Discharge* adalah adanya ekskresi atau pengeluaran dari daerah yang luka.
- e. *Approximation* adalah kedekatan jaringan yang dijahit.

Skor	Redness (Kemerahan)	Edema (Pembengkakan)	Ecchymosi (Bercak pendarahan)	Discharge (Pengeluaran)	Approximation (Penyatuan Luka)
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tertutup
1	0,25 cm di luar kedua sisi luka	Mencapai 0,25 cm di kedua sisi luka atau 0,5 cm di salah satu sisi luka	<1 cm dari luka insisi	Serum	Kulit tampak terbuka <3 cm
2	Antara 0,25- 0,5 cm di luar kedua sisi luka	0,25 -1 cm di kedua sisi luka atau 0,2-2 cm di salah satu sisi luka	1-2 cm dari luka	Serosanguineous	Kulit dan lemak subkutan tampak terpisah
3	>0,5 cm di luar kedua sisi	>1 cm di kedua sisi luka atau >2 cm di salah satu sisi luka	>2 cm dari luka insisi	Berdarah, purulent	Kulit subkutan dari facsia tampak terpisah

Tabel 2.1 Sistem Skoring *REEDA*

Skoring skala *REEDA* :

Skor 0 = Penyembuhan luka baik (*Good Wound Healing*)

Skor 1-5 = Penyembuhan luka kurang baik (*Insufficient wound healing*)

Skor >5 = Penyembuhan luka buruk (*Poor wound healing*)

10. Pemeriksaan Diagnostik

- Hemoglobin atau hematocrit (Hb/Ht) untuk menguji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Pada pasien post *sectio caesarea* mengalami penurunan kadar Hb dan Ht. Hb memiliki nilai normal 12,3-15,3 g/dL sedangkan Ht memiliki nilai normal 36,0-45,0%.
- Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi, pada ibu dengan Post *sectio caesarea* biasanya mengalami resiko peningkatan kadar leukosit dalam darah, nilai normal leukosit yaitu 3.600-10.600 uL.

- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa, pada ibu post *sectio caesarea* biasanya mengalami penurunan kadar albumin, nilai normal kadar albumin yaitu 3,2-4,6 g/dL
- d. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- e. Pemeriksaan elektrolit : memastikan status uterus dan biasanya pada ibu post *sectio caesarea* mengalami kekurangan elektrolit yang bisa menyebabkan hipovolemi.

11. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan post *sectio caesarea* menurut Sitorus, S. (2021), yaitu:

- a. Perawatan awal
 - 1. Letakkan pasien pada posisi pemulihan (*recovery*)
Pantau keadaan umum pasien, monitor tanda-tanda vital tiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit sekali untuk 1 jam selanjutnya. Pada jam selanjutnya, pantau tingkat kesadaran pasien setiap 15 menit hingga sadar.
 - 2. Pemberian cairan
Pasca operasi *sectio caesarea*, pasien akan puasa dalam 6 jam pertama. Oleh karena itu dalam pemberian cairan intravena ke pasien harus tercukupi yang mengandung zat elektrolit supaya tidak mengalami hipotermia, dehidrasi ataupun komplikasi pada organ tubuh lainnya. Biasanya cairan intravena yang diberikan adalah D5 10 %, NaCl, dan Ringer Laktat secara selang-seling dengan jumlah tetesan tergantung kebutuhan pasien. Jika kadar hemoglobin rendah maka pasien diberikan transfusi darah sesuai dengan kebutuhan pasien.
- b. Pastikan jalan nafas pasien bersih dan cukup ventilasi.
 - 1. Diet
Biasanya pemberian cairan intravena dihentikan setelah pasien kentut, selanjutnya diawali dengan memberikan minuman dan makanan melalui mulut. Minuman diberikan dalam jumlah yang

sedikit pada 6-8 jam setelah operasi *sectio caesarea* yaitu air putih dan teh.

2. Kateterisasi

Penuhnya bladder dapat mengakibatkan rasa nyeri dan tidak nyaman pada pasien, hal ini dapat menghambat involusi uteri dan menyebabkan perdarahan. Biasanya selama 24 sampai 48 jam atau bisa lebih, kateter terpasang bergantung pada jenis operasi dan kondisi pasien.

3. Pemberian terapi obat

- a. Antibiotik,
- b. Analgesik,
- c. Supposituri

12. Komplikasi

Komplikasi *Post Sectio Caesarea* menurut Nurjaya (2022) ialah :

- a. Nyeri pada daerah insisi,
- b. Perdarahan primer sebagai akibat kegagalan mencapai homeostatis karena insisi Rahim atau akibat atonia uteri,
- c. Sepsis setelah pembedahan, frekuensi dan komplikasi ini lebih besar bila *sectio caesarea* dilaksanakan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim,
- d. Cidera pada sekeliling usus besar, kandung kemih yang lebar dan ureter,
- e. Infeksi akibat luka pasca operasi,
- f. Bengkak pada ekstremitas bawah,
- g. Gangguan laktasi,
- h. Penurunan elastisitas otot perut dan otot dasar panggul. Sedangkan menurut Anggorowati & Sudiharjani (2018), komplikasi penting yang muncul pada *Sectio Caesarea* (SC) ialah mencakup perdarahan, infeksi sesudah pembedahan. Penyebab utama triase ke matian pada ibu hamil dan nifas yaitu perdarahan 60 %, infeksi 26 %, gestosis 15 %. Masih banyak penyebab kematian ibu antara lain

disebabkan oleh keracunan kehamilan/eklamsi (kaki bengkak dan darah tinggi) sebanyak 24 %, dan infeksi 11%. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode awal karena merupakan masa kritis bagi ibu. Di perkirakan bahwa 60 % kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 40 % kematian masa nifas terjadi 24 jam pertama. Persalinan bedah sesar (*Sectio Caesarea*) memiliki resiko 5 kali lebih besar untuk terjadi komplikasi dibandingkan persalinan normal dengan faktor yang paling dominan adalah faktor anestesi, pengeluaran darah oleh ibu selama proses operasi, komplikasi penyulit, endometritis (radang endometrium), tromboflebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah) dan pemulihan bentuk dan letak rahim menjadi tidak sempurna. Dampak daripada *Sectio Caesarea* ini adalah terjadinya infeksi pada ibu seperti infeksi Rahim, infeksi kandung kemih, infeksi usus dan infeksi pada luka bekas operasi. Jika infeksi ini dibiarkan berlarut maka akan menyebabkan kematian pada ibu (Ramadhanti *et al.* 2022).

Konsep Teori Post Partum

1. Defenisi

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

Post partum atau periode pasca melahirkan merupakan masa transisi bagi ibu di masa terjadinya banyak perubahan baik secara fisik, psikologis, emosional, maupun sosial. Periode ini terjadi setelah persalinan sampai 6 minggu setelahnya masa nifas merupakan masa yang sangat memerlukan perhatian dan pemantauan khusus. Karena periode ini merupakan periode esensial, sehingga sangat membutuhkan

bantuan dan motivasi serta asuhan yang tepat dari tenaga kesehatan (Hamdayani, *et al.*, 2023).

2. Tahapan Masa Post Partum

Ada 3 tahapan masa post partum yaitu:

- a. *Immediate* post partum (setelah plasenta lahir kurang dari 24 jam)
Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi saat periode ini adalah perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu untuk menghindari resiko komplikasi lanjut perlu diadakan pemantauan terhadap kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.
- b. *Early* post partum (24 jam – 1 minggu)
Pada masa ini involusi uteri harus sudah normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam dan nutrisi ibu tampak baik serta menyusui dengan baik.
- c. *Late* post partum (1 minggu – 6 minggu)
Waktu yang diperlukan untuk pulih kembali sehat sempurna (Wahyuningsih, 2019).

3. Komplikasi Pada Masa Post Partum

Menurut Rahmanindar & Rizqoh (2019) menemukan beberapa komplikasi dan penyakit pada masa nifas, adalah sebagai berikut :

- a. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
- b. Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
- c. Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung Sakit Kepala yang terus menerus. nyeri epigastrium, atau, masalah penglihatan.
- d. Pembengkakan pada wajah dan tangan Demam muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan Payudara yang memerah panas dan/atau sakit.

- e. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan Rasa sakit. Warna merah, kelembutan dan/atau pembengkakan pada kaki.
- f. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri-sendiri atau bayi.
- g. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah

B. Konsep Inovasi Penerapan Mobilisasi dini

1. Defenisi

Mobilisasi dini post *sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *sectio caesarea* (Mawarni,2018). Menurut asumsi peneliti mobilisasi dini merupakan salah satu faktor utama yang mendukung untuk mengurangi nyeri luka operasi post *sectio caesarea* apabila mobilisasi dini dilakukan dengan baik maka nyeri luka bisa berkurang.

Mobilisasi dini dilakukan pada 6 jam pertama post *sectio caesarea* dengan latihan gerak tangan dan kaki secara abduksi dan adduksi di tempat tidur klien, pada 6-10 jam berikutnya klien dianjurkan untuk latihan miring kanan dan miring kiri. Pada 24 jam post *sectio caesarea* klien dilatih untuk memposisikan diri semi fowler dan duduk diatas tempat tidur. Pada hari ke-2 post *sectio caesarea* klien dianjurkan latihan duduk secara mandiri dengan menurunkan kaki kelantai. Dan pada hari ke-3 post *sectio caesarea* klien dianjurkan untuk latihan berjalan (Mawarni,2018).

2. Tujuan

Menurut Mawarni (2018) ada beberapa tujuan dari latihan mobilisasi dini, diantaranya yaitu :

1. Mencegah konstipasi atau sembelit
2. Memperlancar peredaran darah dan mengurangi nyeri
3. Membantu pernapasan menjadi lebih baik
4. Mempercepat penutupan jahitan setelah operasi

5. Mengembalikan aktivitas pasien agar dapat bergerak normal dan memenuhi kebutuhan gerak harian
6. Mengembalikan tingkat kemandirian pasien setelah operasi.

3. Manfaat

Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri serta meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat (Pristahayuningtyas, 2016). Hampir semua pasien pasca bedah dianjurkan untuk mulai melakukan mobilisasi. Dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar.

Mobilisasi dini termasuk faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka pasca operasi. Mobilisasi merupakan gerakan yang segera dilakukan pasca operasi. Hal ini dilakukan bertujuan untuk mengembalikan otot-otot perut agar tidak kaku dan mengurangi rasa sakit sehingga dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Mobilisasi dini sangat penting sebagai tindakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya. Dampak mobilisasi yang tidak dilakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi tubuh, aliran darah tersumbat dan peningkatan intensitas nyeri. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri (Ditya *et al.*, 2016).

4. Langkah- Langkah

Menurut mawarni (2018), langkah- langkah mobilisasi dini yaitu :
Pada 6 jam pertama post *sectio caesarea*

- a. Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang

- b. Anjurkan klien distraksi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit
- c. Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama 30 detik
- d. Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan di atas kepala dengan telapak tangan menghadap keatas
- e. Lakukan gerakan menarik ke atas secara bergantian sebanyak 5- 10 kali
- f. Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki

Pada 6-10 jam berikutnya

- a. Latihan miring kanan dan miring kiri
- b. Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan ibu berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain.
- c. Lakukan latihan ini selama 2 jam sekali

Pada 24 jam post *sectio caesarea*

- a. Posisikan semi fowler 30- 40° secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan
- b. Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi klien sampai posisi duduk

Pada hari ke-2 post *sectio caesarea*

- a. Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan
- b. Lakukan latihan setiap 4 jam sekali

Pada hari ke-3 post *sectio caesarea*

- a. Klien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai

- b. Jika klien merasa kuat diperbolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan padaperawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur.
- c. Latihan dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari

B. Konsep Inovasi Penerapan Jus Nenas dan Madu

1. Defenisi

Buah nanas adalah buah yang memiliki kandungan gizi berupa bromelin yang berfungsi sebagai anti peradangan. Selain itu, kandungan lain yang terdapat dalam nanas adalah (Vit A, Vit C, Vit B1, Vit B6, Mineral, antioksidan, Serat, Lemak, Kalium, protein, sukrosa, kalsium, natrium, fosfor, pektin, karoten, magnesium, karbohidrat, tiamin, air)

Madu adalah zat alami yang dihasilkan oleh lebah dan nektar bunga, mengandung berbagai komponen bioaktif seperti enzim, asam amino, vitamin dan mineral. Dalam konteks penyembuhan luka, madu memiliki sifat anti bakteri, anti inflamasi, dan antioksidan yang dapat mendukung proses regenerasi jaringan dan mencegah infeksi (Pratiwi liliek., dkk, 2024).

2. Tujuan

Enzim bromelain pada nanas memiliki kemampuan untuk menguraikan protein menjadi asam amino. Bromelain berkhasiat membantu pencernaan makanan, anti inflamasi, mengangkat sel-sel kulit yang mati serta penyakit kulit seperti gatal-gatal, eksim dan kudis.

Madu mengandung banyak senyawa antioksidan dan antibiotik (antibakteria) yang berperan dalam memperkuat daya tahan tubuh. Kandungan antibiotik juga dapat menurunkan angka kejadian infeksi pada ibu yang baru saja melahirkan, terutama bagi ibu yang melahirkan melalui operasi caesar (Pratiwi, L., dkk, 2024).

3. Manfaat

Olahan nanas mengandung pektin, vitamin C, dan enzim bromelin yang berkhasiat untuk mengurangi rasa sakit dan memperlancar peredaran darah dan berkhasiat untuk proses penyembuhan luka. (Rahayu & Sugita, 2015).

Madu memiliki sifat antibakteri untuk membantu mengatasi infeksi pada perlukaan dan anti inflamasinya dapat mengurangi nyeri serta sirkulasi yang mempengaruhi proses penyembuhan dalam merangsang pertumbuhan jaringan baru sehingga mempercepat penyembuhan luka dan mengurangi jaringan parut atau bekas luka pada kulit (Pratiwi, L., dkk, 2024).

4. Langkah- Langkah

Menurut Permatasari, dkk., (2022) cara Pembuatan Jus Nanas dan madu untuk mempercepat proses penyembuhan luka post *sectio caesarea*

a. Bahan utama membuat jus nanas dan madu

1. Memilih buah nanas yang masih segar, buah nanas dikupas dan dicuci dengan air bersih yang sudah ditambahkan garam
2. 250gram buah nanas segar
3. Madu TJ murni 2 sendok
4. 200 ml air matang
5. Saring jus nanas hingga 300 ml
6. Masukkan kedalam botol siap minum

b. Langkah dan membuat jus nanas madu

1. Pertama kupas terlebih dahulu kulit dari buah nanas sampai bersih.
2. Kemudian cuci bersih dengan air
3. Berikutnya iris atau potong-potong daging buah nanas yang telah bersih

4. Tuang secukupnya air matang atau 200 ml pada blender, kemudian disusul dengan menambahkan madu TJ murni 2 sendok
5. Saring jus nanas hingga 300ml
6. Tuangkan hasil blender kedalam botol.
7. Jus nanas dengan campuran madu TJ murni siap diminum

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post *Sectio Caesarea*

1. Pengkajian

Konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan post partum *sectio caesarea* adalah sebagai berikut (Wahyuningsih, 2019):

Pengkajian keperawatan pada ibu pre dan post operasi *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

a. Identitas Pasien

Ibu usia diatas 35 tahun lebih beresiko tinggi terjadi terminasi kehamilan dengan cara *sectio caesarea*, usia beresiko untuk hamil adalah <20 tahun dan 35tahun atas indikasi letak lintang, dikarenakan pada usia 20 tahun fungsi organ ibu serta psikologis ibu belum siap dilakukan pada pasien *sectio caesarea* dengan KB IUD pada usia >35 tahun dikarenakan penurunan elastisitas otot panggul.

b. Keluhan Utama

Hal yang dirasakan klien saat pengkajian atau penyebab utama masuk rumah sakit, klien dapat menceritakan hal yang menyebabkan kecemasan seperti klien merasa cemas, gelisah, tidak berdaya.

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat penyakit atau komplikasi yang terjadi sehingga dilakukan tindakan medis pemedahan *Sectio Caesarea*. Persalinan secara *Sectio Caesarea* akan memberikan dampak psikologis bagi ibu dan dapat menyebabkan kecemasan, rasa khawatir dan cemas karena akan menjalani operasi, seseorang biasanya merasa tidak nyaman karena akan menghadapi operasi, merasa tidak tenang

membayangkan di ruang operasi, atau pengalaman operasi yang pernah dilakukan sebelumnya

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Mengetahui apakah ibu pernah melakukan prosedur pembedahan *Sectio Caesarea* sebelumnya. Dan dampak jika melakukan *Sectio Caesarea* lagi terhadap ibu.

3. Riwayat Perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

4. Riwayat Obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas post operasi *Sectio Caesarea* yang lalu.

5. Riwayat Persalinan Sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak

6. Riwayat KB

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

7. Riwayat Kesehatan Keluarga

Didapatkan pasien pernah melakukan terminasi kehamilan dengan *Sectio Caesarea* dan terkoreksi penyakit turunan dalam keluarga seperti jantung, Hipertensi, TBC, Diabetes Melitus, penyakit kelamin, abortus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada pasien.

d. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Aktivitas

Aktivitas pasien terbatas, dibantu oleh orang lain untuk memenuhi keperluannya karena pasien mudah letih, pasien hanya bisa beraktivitas ringan seperti: duduk ditempat tidur, menyusui.

2. Pola Eliminasi

Pasien dengan pos partum biasanya sering terjadi adanya perasaan sering/susah kencing akibat terjadinya odema dari trigono, akibat tersebut menimbulkan infeksi uretra sehingga menyebabkan konstipasi karena takut untuk BAB.

3. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien pada masa nifas sering terjadi perubahan pola istirahat dan tidur akibat adanya kehadiran sang bayi dan nyeri jahitan

4. Pola Hubungan dan Peran

Pasien akan menjadi ibu dan istri yang baik untuk suaminya.

5. Pola Penanggulangan Stress

Pasien merasa cemas karena tidak bisa mengurus bayinya sendiri.

6. Pola Sensori Kognitis

Pasien merasakan nyeri pada primeum karena adanya luka janhitan akibat *Sectio Caesarea*

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien merasa dirinya tidak seindah sebelum hamil, semenjak melahirkan pasien menalami perubahan pada ideal diri

8. Pola Reproduksi dan Sosial

Terjadi perubahan seksual atau fungsi seksualitas akibat adanya proses persalinan dan nyeri ekas jahitan luka *Sectio Caesarea*.

e. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Tanda Vital apabila terjadi perdarahan pada post partum tekana darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh turun.

2. Kepala

a. Rambut

Bagaimana bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut, dan apakah ada benjolan

b. Mata

Terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sclera kuning

c. Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga.

d. Hidung

Adanya polip atau tidak dan apabila pada post partum kadang-kadang ditemukan pernapasan cuping hidung.

e. Mulut dan Gigi Mulut bersih / kotor, mukosa bibir kering/lembab.

3. Leher

Saat dipalpasi ditemukan ada / tidak pembesaran kelenjar tiroid, karna adanya proses penerangan yang salah

4. Thorax

a. Payudara

Simetris kiridan kanan, tidak ada kelainan pada payudara, areola hitam kecoklatan, putting susu menonjol, air susu lancer dan banyak keluar.

b. Paru-Paru

Bunyi paru vesikuler dan terdengar jelas

c. Jantung

Ictus cordis teraba, Bunyi jantung lup dup, S1/S2 tunggal

5. Abdomen

Perut terlihat melebar, adanya striae gravidarum., konsistensi uterus lembek/keras. Bising usus (+)

6. Genetalia

Pengeluaran darah bercampur lender, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak

7. Ekstremitas

Pada ekstremitas tidak terdapat adanya edema

2. Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi, pembengkakan payudara (D.0077)).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, kecemasan, keengganan melakukan pergerakan, ketidakbugaran fisik (D.0054).
3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, ketidakadekuatan suplai ASI, anomali payudara ibu, kelahiran kembar (D.0029)
4. Intoleransi aktivitas kelemahan, tirah baring berhubungan dengan imobilitas (D.0056).
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan psikologis atau psikotik, gangguan neuromuskuler (D.0109).
6. Risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif, kekurangan intake cairan, efek agen farmakologis (D.0039).
7. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif/ malnutrisi/peningkatan paparan organisme patogen lingkungan/ ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer atau sekunder (D.0142).
8. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privasi (D.0055). (SDKI, 2017).

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri	OBSERVASI 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri

-
- | | |
|---|--|
| menurun (5) | 3. Identifikasi respons nyeri non verbal |
| 2. Meringis menurun (5) | 4. Identifikasi faktor yang dan memperberat memperingan nyeri |
| 3. Sikap protektif menurun (5) | 5. Identifikasi pengetahuan keyakinan dan tentang nyeri |
| 4. Gelisah menurun (5) | 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri |
| 5. Kesulitan tidur menurun (5) | 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup |
| 6. Perineum terasa tertekan menurun (5) | 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan |
| 7. Frekuensi nadi membaik (5) | 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik |
| 8. Tekanan darah membaik (5) | |

TERAPEUTIK

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

EDUKASI

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
-

				4. Ajarkan teknik nonfarmakologi
				KOLABORASI
				1. Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :		OBSERVASI
		1. Pergerakan ekstermitas meningkat (5)		1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
		2. Kekuatan otot meningkat (5)		2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
		3. Nyeri menurun (5)		3. Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memuai mobilisasi.
		4. Kecemasan menurun (5)		4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.
		5. Gerakan terbatas menurun (5)		TERAPEUTIK
				1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
				2. Fasilitasi melakukan pergerakan
				3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
				EDUKASI
				1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
				2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
				3. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.
3.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan nyeri payudara	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam status menyusui membaik dengan		OBSERVASI
				1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
				2. Identifikasi tujuan atau

	kriteria hasil :	keinginan menyusui
	1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5)	TERAPEUTIK 1. Sediakan materi dan media penkes
	2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5)	2. Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya
	3. Miksi bayi lebih dari 8kali/24 jam meningkat (5)	4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
	4. Suplai ASI meningkat (5)	5. Libatkan sistem pendukung
	5. Kecemasan maternal menurun (5)	EDUKASI 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara postpartum
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat (5) 2. Keluhan lelah menurun (5) 3. Dispnea saat aktivitas menurun (5) 4. Dispnea setelah aktivitas menurun (5)	OBSERVASI 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik yang dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas TERAPEUTIK 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah

		stimulus
		2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
		3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
		4. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur
		EDUKASI
		1. Anjurkan tirah baring
		2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
		3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
		4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
		KOLABORASI
		1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) 3. Kemampuan ke toilet meningkat (5) 4. Verbalisasi keinginan
		OBSERVASI 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu perawatan diri
		TERAPEUTIK 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. Siapkan keperluan pribadi 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

		melakukan perawatan diri meningkat (5)	4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
		5. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5)	5. Fasilitasi kemandirian
			6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
			EDUKASI
			1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
6.	Risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam status cairan klien membaik dengan kriteria hasil : 1. TTV dalam keadaan normal a. TD normal Sistol : 100-139 mmHg. Diastol : 70-90 mmHg b. Nadi normal : 60-100x/m c. Pernafasan normal : 16-24 x/m d. Suhu normal : 36,5°C-37,5°C 2. Irama jantung normal 3. HB dalam batas normal (11-12 gr/dl) 4. Darah yang keluar dalam batas normal (250cc)	OBSERVASI 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan TERAPEUTIK 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral EDUKASI 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak KOLABORASI 1. Kolaborasi pemberian cairan IV 8. Kolaborasi pemberian produk darah
7.	Risiko infeksi berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	OBSERVASI 1. Monitor tanda dan

dengan efek prosedur invasif	selamax24 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	gejala infeksi
		TERAPEUTIK
	1. Demam menurun (5)	1. Batasi jumlah pengunjung
	2. Kemerahan menurun (5)	2. Berikan perawatan kulit pada area edema
	3. Nyeri menurun (5)	3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
	4. Bengkak menurun (5)	4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
	5. Kadar sel darah putih membaik (5)	
		EDUKASI
		1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
		2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
		3. Ajarkan etika batuk
		4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka
		5. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi
		6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
		KOLABORASI
		1. Kolaborasi pemberian imunisasi
8. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam pola tidur membaik dengan kriteria hasil :	OBSERVASI
	1. Keluhan sulit tidur menurun (5)	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
	2. Keluhan sering terjaga menurun (5)	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur
	3. Keluhan tidak puas tidur menurun (5)	3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
	4. Keluhan pola tidur	4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
		TERAPEUTIK
		1. Modifikasi lingkungan
		2. Fasilitasi

	berubah menurun (5)	menghilangkan stres sebelum tidur
5.	Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)	3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
		EDUKASI
		1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
		2. Anjurkan menetapkan kebiasaan tidur
		3. Anjurkan menghindari makanan minuman waktu dan yang mengganggu tidur
		4. Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap yang gangguan pola tidur

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi Keperawatan

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