

## **BAB II**

### **KONSEP TEORI**

#### **A. Konsep Sectio Caesarea**

##### **1. Definisi**

sectio caesarea adalah pelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus (Sharon dkk.2011). Persalinan Sectio caesarea didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi) (Cunningham.2012). Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram (Yani,2012). Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Dumilah.2018). Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding syaraf rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gr (Aprina.2016)

Dari beberapa pengertian tentang Sectio Caesarea diatas dapat diambil kesimpulan bahwa Sectio Caesarea adalah suatu tindakan

pembedahan yang menjadi alternatif bila ibu dan janin terganggu untuk mengeluarkan janin dengan cara melakukan sayatan pada dinding abdomen dan dinding uterus.

## 2. Klasifikasi Sectio Caearea

Klasifikasi sectio caesarea (Hary Oxorn dan William R, 2018)

### 1) Segmen bawah : insisi melintang

Karena cara ini memngkinkan kelahiran perabdominam yang aman sekalipus dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun bdikerjakan pada saat persalinan dan sekalipun rongga rahim terinspeksi

### 2) Segmen bawah : insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi

### 3) Sectio Caesarea klasik

Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayisering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahita tiga lapis. Pada masa modern ini hampir sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan sectio caesarea klasik.

Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen diatas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah.

4) *Sectio caesarea Extraperitoneal*

Pembedahan extraoperitoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalistata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*, seperti mode waters, latzko, dan norton, T. Teknik pada prosedur ini relatif lebih sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam vacum peritoneal dan isidensi cedera vesica urinaria meningkat. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan kasung kasus tertentu.

5) *Histerektomi Caesarea*

Pembedahan ini merupakan sectio caesarea yang dilanjutkan dengan pengeluar uterus. Jika mungkin histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi karena pembedahan subtoral lebih mudah dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan subtoral menjadi prosedur pilihan jika terdapat pendaharan hebat dwngan pasien dan pasien terjadi syokatau jika pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus semacam ini lanjutan pembedahan adalah menyelesaiannya secepat mungkin.

### 3. Etiologi

Menurut nuarif dan kusuma (2016), menyatakan etiologi operasi Sectio Caesarea ada dua, yaitu sebagai berikut :

- a. Etiologi yang berasal dari ibu

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak. Ada disporposi sefalo pelvik (disporposi janin/ panggul), terdapat sejarah kehamilan yaitu preeklampsi-eklampsia, kehamilan yang disertai penyakit jantung (jantung DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

- b. Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus taki pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

### 4. Manifestasi Klinis Sectio Caesarea

Berdasarkan Hijratun (2019), manifestasi klinis sectio caesarea antara lain :

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600 -800 ml.
- b. Abdomen lunak tidak ada distensi
- c. Terpasang kateter, urin berwarna putih pucat
- d. Tidak ada bising usus
- e. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru

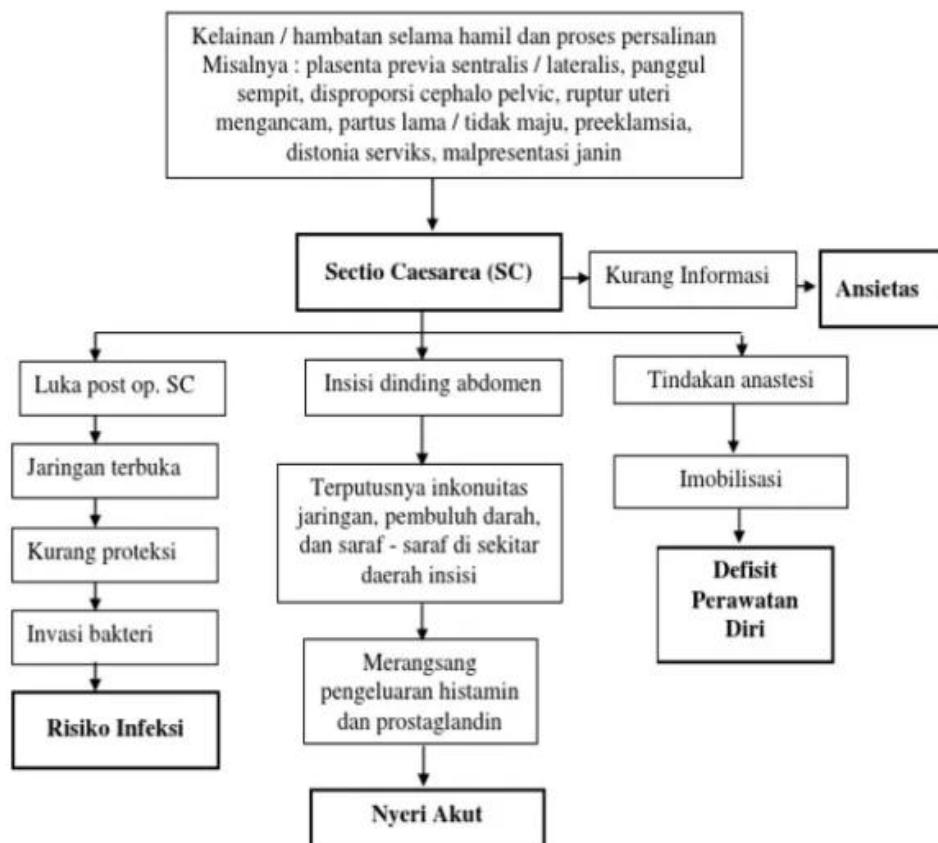
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda
- g. Aliran lokhea sedang dan bebas bekuan, berlebihan, dan banyak

## 5. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, Cephalopelvik Disproportion, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Sectio Caesarea (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Efek anestesi juga dapat menimbulkan otot relaksasi dan menyebabkan konstipasi. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post SC, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko

infeksi. Setelah kelahiran bayi prolaktin dan oksitosin meningkat menyebabkan efeksi ASI. Efeksi ASI yang tidak kuat akan menimbulkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI pada bayi.

## 6. Pathway



( kusuma & nur arif, 2020 )

## 7. Komplikasi

Menurut (Padila, 2015), kemungkinan yang timbul setelah dilakukan operasi sc yaitu :

- a. Infeksi puerperal (nifas)
- b. Pendarahan
- c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi
- d. Kemungkinan rupture tinggi spontan pada kehamilan berikutnya

## 8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Indriyani,2018) pemantau janin dalam kesehatan janin:

- a. Pemantauan EKG
- b. Jumlah darah lengkap dengan diferensial
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin/hemaktokrit
- e. Golongan dan pencocokan silang darah
- f. Urinalis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
- i. Ultrasound sesuai kebutuhan.

## 9. Penatalaksanaan

Cunningham, F Garry (2015) mengatakan bahwa penatalaksanaan dan perawatan setelah dilakukan sectio caesarea

- a. Perawatan awal

- 1) Letakan pasien dalam posisi pemulihan
- 2) Priksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Priksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar
- 3) Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi
- 4) Tranfusi jika diperlukan

b. Diet

Pemberian cairan infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi.
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar
- 3) Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas lalu menghembuskannya
- 4) Kemudian posisi terlentang dapat diubah menjadi setengah duduk.

d. Pemberian Cairan

e. Pemberian obat-obatan

f. Penanganan konservatif

## B. Konsep teori oligohidramnion

### 1. Definisi

Oligohidromnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal yaitu kurang dari 1/2 liter (Marmi, 2014). Menurut Rukiyah dan Yulianti (2010), Oligohidromnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban sangat sedikit yakni kurang dari normal, yaitu kurang dari 500 cc.

### 2. Etiologi

Menurut Marmi (2014) penyebab pasti terjadinya oligohidramnion belum diketahui dengan jelas. Namun pada beberapa kasus bisa diklasifikasikan sebagai penyebab oligohidromnion, yaitu:

- a. Primer: karena pertumbuhan amnion yang kurang baik
- b. Sekunder: ketuban pecah dini

Menurut Muchtar (2009) Oligohidramnion biasanya dikaitkan dengan salah satu kondisi berikut:

- a) Pecahnya membran ketuban yang membuat air ketuban keluar dari rahim.
- b) Masalah kongenital tidak adanya jaringan ginjal fungsional atau uroporatif obstetrik seperti kondisi yang mencegah pembentukan urin atau masuknya urin kedalam kantong ketuban dan malformasi saluran kemih janin.
- c) Kelainan ginjal bawaan sehingga produksi urin sedikit. Padahal urin termasuk sumber utama air ketuban

- d) Adanya masalah pada plasenta, karena jika plasenta tidak memberikan darah dan nutrisi yang cukup untuk janin akan memungkinkan ia untuk berhenti mendaur ulang.
- e) Kehamilan post-term atau usia kehamilan sudah melewati batas, hal ini menyebabkan turunnya fungsi plasenta yang membuat cairan ketuban berkurang.
- f) Adanya komplikasi pada ibu, misalnya dehidrasi, hipertensi, preeklamsia, diabetes dan hipoksia kronis

### **3. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis dari Oligohidromnion menurut Marmi (2014) diantaranya yaitu:

- a. Perut ibu keliatan kurang membuncit
- b. Ibu merasa nyeri diperut pada tiap pergerakan janin
- c. Persalinan lebih lama dari biasanya
- d. Bila ketuban pecah air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar

### **4. Pemeriksaan Penunjang**

- a. USG ibu (menunjukkan Oligohidramnion serta tidak adanya ginjal janin atau ginjal sangat abnormal)
- b. Amniotic Fluid Index (AFI), tes untuk mengukur jumlah cairan amnion.
- c. Maximum Vertical Pocket (MPV), tes untuk memeriksa jumlah cairan amnion pada bagian terdalam rahim.

- d. Tes darah ibu (skrining serum saat hamil) bisa mendeteksi kadar cairan amnion yang rendah.
- e. Rontgent perut bayi
- f. Rontgent paru-paru bayi
- g. Analisa Gas Darah.

Dengan memeriksa indeks cairan ketuban, yakni jumlah pengukuran kedalaman gambaran air ketuban diempat sisi kuadran perut ibu. Dilakukan lewat USG (Ultrasonografi). Nilai nominalnya berkisar antara 10–20 cm. Bila kurang dari 10 cm disebut air ketuban telah 36 berkurang. Jika kurang dari 5 cm, inilah yang disebut Oligohidramnion.

## 5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan oligohidramnion bergantung pada situasi klinik dan dilakukan pada saat fasilitas kesehatan yang lebih lengkap mengingat prognosis janin yang tidak baik. Kompresi tali pusat selama proses persalinan biasa terjadi pada oligohidramnion, oleh karena itu persalinan dengan sectio sesaria merupakan pilihan terbaik pada kasus oligohidramnion. Selain itu pertimbangan untuk melakukan seksio sesaria karena:

- a. Indeks kantung amnion (ICA) 5 cm atau kurang
- b. Deselerasi frekuensi detak jantung janin
- c. Kemungkinan aspirasi mekonium pada kehamilan post-term

## 6. Komplikasi Oligohidramnion

Bila terjadi pada permulaan kehamilan maka janin akan menderita cacat bawaan, keguguran, janin meninggal dan pertumbuhan janin dapat terganggu bahkan bisa terjadi partus prematurus yaitu picak seperti kertas kusut karena janin mengalami tekanan dinding rahim.

Bila terjadi pada trimester kedua kehamilan, akan mengganggu tumbuh kembang janin. Bila terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut akan terjadi cacat bawaan seperti club-foot, cacat bawaan karena tekanan atau kulit menjadi tenal dan kering (lethery appearance).

## C. Konsep Teori Post Partum

### 1. Definisi

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, hingga janin turun ke dalam jalan lahir, kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir ( Llyod, johan & Mutmainanah,2021)

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan (37-42 minggu) atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir dengan kekuatan ibu sendiri yang umumnya berlangsung 24 jam (Pratama, 2021)

Post partum merupakan periode waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ-organ reproduksi kembali pada keadaan semula yang lamanya selama 6 minggu setelah bayi dilahirkan (Rahmi & Navilia, 2021)

Masa nifas (peurperium) adalah periode minggu-minggu pertama setelah keluarnya bayi hingga alat-alat kandungan kembali ke keadaan tidak hamil yang membutuhkan waktu sekitar enam minggu.Pada periode ini ditandai dengan banyaknya perubahan fisiologi (Seniorita dalam Navilia, 2021)

## 2. Klasifikasi

Tahapan yang terjadi pada masa pada masa nifas adalah sebagai berikut (Hafifah, 2020).

- a. Priode immediate post partum Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Pada masa ini sering terdapat masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu bidan harus teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu
- b. Periode early post partum

Antara 24 jam sampai 1 minggu. Pada fase ini dapat memastikan involasi uteri dalam kadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik

- c. Perioede late post partum

Antara 1 minggu sampai 5 minggu pada periode ini tetap dilakukan perawatan dan pemeriksaan sehari hari serta konseling keluarga berencana.

### 3. Etiologi

Teori penyebab terjadinya post partum menurut ( bobak, widiastini & Ariana, 2021)

a. Teori kerenggangan rahim

Pada umumnya otot rahim pasti memiliki kemampuan untuk merenggang pada batas tertentu, biasanya setelah melebihi batasnya maka rahim akan berkontraksi yang tentu saja akan memicu terjadinya proses persalinan.

b. Teori penurunan hormon progesteron

Jika produksi hormon progesteron sedang terjadi penurunan 1-2 minggu menjelang persalinan, hal ini akan mengakibatkan sensitifnya otot rahim terhadap oksitosin dan prostalgladin memicu timbulnya kontraksi yang memicu persalinan.

c. Distensi rahim

Semakin usia kehamilan bertambah maka otot-otot rahim akan terus merenggang dan membesar sehingga pada otot-otot rahimterjadi iskemia hal ini akan mengganggu pada sirkukasi uterus dan plasenta kemudian menyebabkan timbulnya kontraksi.

d. Teori plasenta menjadi tua

Hal ini karena bertambahnya usia kehamilan, maka plasenta juga semakin tua yang akan megakibatkan menurunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga bisa kejng pada pembuluh darah dan menimbulkan kontraksi.

#### 4. Manifestasi klinis

##### a. Perubahan fisik

###### 1) Involusi uterus

Adalah proses kembalinya alat kandungan uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan sehingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil. Setelah plasenta lahir, uterus merupakan alat yang keras, karena kontraksi ini menyebabkan rasa nyeri/mules-mules yang disebut after pain post partum terjadi pada hari partum terjadi pada hari ke 2-3 hari.

###### 2) Induksi oksitosin

Sifat farmakologi oksitosin adalah kontraksi bersifat ritmik, seikit bersifat euritik, waktu paruh sangat singkat (3 menit) an awal kerja 5 menit. Syarat pemberian oksitosin, kelahiran aterm, ada kemunduran his, ukuran panggul normal, tidak ada disproporsi, sefalopelvik, janin presentasi kepala, serviks, suah matang (porsio teraba lunak, mulaimenatar dan mulai membuka). Induksi persalinan kemungkinan besar akan berhasil bila skor bishop lebih dari 8.

###### 3) Kontraksi uterus

Intensitas kontraksi uterus meningkat setelah melahirkan berguna untuk mengurangi volume cairan intra uteri. Setelah Setelah 1–2 jam post partum, kontraksi smenurun stabil

berurutan, kontraksi uterus menjepit pembuluh darah pada uteri sehingga perdarahan setelah plasenta lahir dapat berhenti.

4) After pain

Terjadi karena pengaruh kontraksi uterus, normal sampai hari ke -3. After pain meningkat karena adanya sisa plasenta pada cavum uteri, dan gumpalan darah (stoll cell) dalam cavum uteri.

5) Endometrium

Pelepasan plasenta dan selaput janin dari dinding rahim terjadi pada stratum spunglosum, bagian atas setelah setelah 2–3 hari tampak bahwa lapisan atas dari stratum spongiosum yang tinggal menjadi nekrosis keluar dari lochea. Epitelisasi endometrium siap dalam 10 hari, dan setelah 8 minggu endometrium tumbuh kembali. Epitelisasi tempat plasenta +3 minggu tidak menimbulkan jaringan parut, tetapi endometrium baru, tumbuh di bawah permukaan permukaan dari pinggir luka.

6) Ovarium

Selama hamil tidak terjadi pematangan sel telur. Masa nifas terjadi pematangan sel telur, ovulasi tidak dibuahi terjadi mentruasi, ibu menyusui menstruasinya terlambat karena pengaruh hormone proklatin.

7) Lochea

Adalah cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas, sifat lochea alkalis sehingga memudahkan kuman penyakit berkembang biak. Jumlah lebih banyak dari pengeluaran darah dan lendir waktu menstruasi, berbau anyir, tetapi tidak busuk.

Lochea dibagi dalam beberapa jenis :

a) Lochea rubra

Bewarna merah pada hari pertama sampai kedua pasca persalinan.

b) Lochea sanguinolenta

Dikeluarkan hari ke 3–7 warna merah kecoklatan bercampur lendir, banyak serum selaput lender, leukosit, dan kuman penyakit mati.

c) Lochea serosa

Dikeluarkan hari ke 7–10, setelah satu minggu berwarna agak kuning cair dan tidak berdarah lagi.

d) Lochea alba

Setelah 2 minggu, berwarna putih jernih, berisi selaput lendir, mengandung leukosit, sel epitel, mukosa serviks dan kuman penyakit yang telah mati.

8) Tempat Tertanamnya Plasenta

Saat plasenta keluar uterus akan berkontraksi sehingga volume atau ruang tempat plasenta akan berubah sepat. 1 hari pasca persalinan berkerut sampai diameter 7,5 cm. Kira-kira 10 hari setelah persalinan, diameter plasenta kurang lebih 2,5 cm (Sulityawati, 2019).

9) Perineum, Vagina, Vulva,dan Anus Berkurangnya sirkulasi progesteron dapat membantu pemulihan otot panggul, perineum, vagina, dan vulva ke arah elastisitas dari ligamentum otot rahim. Pada awal masa nifas, vagina dan muara vagina membentuk suatu lorong luas berdinding licin yang akan berangsur-angsur mengecil ukurannya tapi jarang kembali ke bentuk nulipara. Mukosa vagina tetap atrofi pada ibu menyusui sekurang-kurangnya sampai kembali dimulainya masa menstruasi.

10) Mukosa vagina

membutuhkan waktu sekitar 2-3 minggu untuk kembali sembuh, tetapi pemulihan luka sub-mukosa akan membutuhkan waktu lebih lama yaitu 4- 6 minggu. Luka perineum akan sembuh setelah 7 hari dan otot perineum akan pulih pada hari ke 5 sampai 6. Pada anus biasanya akan terlihat hemoroid, dan ditambah adanya gejala gatal, kurang nyaman, dan perdarahan pada saat defekasi yang berwarna merah terang. Ukuran

hemoroid akan mengecil beberapa minggu masa nifas (Sulytiawati, 2019).

- 11) Sistem Pencernaan Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan waktu persalinan, kurang asupan makanan, dan kurangnya aktivitas tubuh (F.A.Putri,2019).
- 12) Sistem Perkemihan Terjadi diuresis yang sangat banyak dalam hari-hari pertama pasca persalinan. Diuresis fisiologis terjadi akibat pengurangan volume darah dan peningkatan produk sisa yang dimulai pasca persalinan sampai 5 hari post partum (Aprilianti, 2019).
- 13) Sistem Musculoskeletal Pada saat persalinan, ligamen, fasia, dan diafragma pelvis akan meregang dan setelah bayi lahir berangsur-angsur akan akan mencuat dan pulih kembali, sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi,d ikarenakan rotundum yang menjadi kendor. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 pasca persalinan (Womakal, 2018).
- 14) Sistem Endokrin
  - a) Hormon Hipofisis Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap tinggi dan merupakan permulaan stimulasi folikel di dalam

ovarium ditekan. Kadar prolactin meningkat secara progresif sepanjang masa hamil dan akan tetap meningkat sampai minggu ke 6 pasca persalinan.

- b) Hormon Plasenta Ketika plasenta keluar dari dinding uterus, tingkat hormone HCG, HPL, estrogen, dan progesterone di dalam darah ibu akan menurun cepat, normalnya setelah 7 hari post partum (Aprilianti, 2019).

15) Tanda-Tanda Vital Pada ibu post partum, perubahan tanda-tanda vital menurut (Amiatin, 2019) yaitu :

Temperatur : Selama 24 jam pasca persalinan, suhu badan akan meningkat sampai 38 derajat celsius sebagai akibat efek dehidrasi persalinan.

Nadi : Setelah melahirkan biasanya denyut nadi akan meningkat lebih cepat. Setelah minggu ke-8 sampai ke-10 pasca persalinan, denyut nadi akan kembali ke frekuensi sebelum hamil yaitu 60-80 kali per menit.

Pernafasan : Pernafasan selalu berkaitan dengan suhu tubuh dan denyut nadi, jika suhu badan tidak normal, maka pernafasan akan mengikutinya. Bila pernafasan pada masa nifas menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

Tekanan Darah : Biasanya tekanan darah tidak berubah. Bila tekanan darah lebih rendah pasca persalinan, dikarenakan ada perdarahan (Amiatin, 2019).

16) Sistem kardiovaskuler Setelah bayi dilahirkan, jantung akan beker mengalami peningkatan 80% lebih tinggi dibanding sebelum melahirkan, dikarenakan auto transfusi dari uteroplasenter dan akan kembali normal pada akhir minggu ketiga (Rahmadenti, 2020)

b. Adaptasi psikologis ibu dalam menerima perannya sebagai orang tua setelah melahirkan secara bertahap.

- 1) Fase Taking in Terjadi pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan, ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan, memfokuskan energy pada bayi yang menyebabkan persepsi penyempitan dan kemampuan menerima informasi kurang.
- 2) Fase Taking hold Mulai dari hari ketiga setelah melahirkan. Pada minggu keempat sampai kelima ibu siap menerima peran barunya dalam belajar tentang hal-hal baru.
- 3) Fase Letting go Dimulai sekitar minggu kelima setelah melahirkan. Anggota keluarga telah menyesuaikan diri dengan lahirnya bayi (Linda, 2021)

#### D. Konsep Teori Bayi Baru Lahir

##### 1. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia

kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram (Octaviani & HS, 2020)

## 2. APGAR Skor

Nilai APGAR adalah suatu metode sederhana yang digunakan untuk menilai keadaan umum bayi sesaat setelah kelahiran. Nilai Apgar pada umumnya dilaksanakan pada 1 menit pertama dan 5 menit kedua sesudah bayi lahir. Namun penilaian harus dimulai segera sesudah bayi lahir. Penilaian ini harus dilakukan segera agar bayi mendapatkan intervensi berdasarkan penilaian pernafasan, denyut jantung atau warna bayi yang tidak sesuai dengan keadaan normal (Arofah, 2019).

## 3. Kriteria APGAR skor

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
Warna kulit (Appearance)	Biru atau oucat	Adan pucat, tungkai biru	Semua muda merah
Denyut Jantung (Pulse)	Tidak teraba	<100 kali	>100 kali
Respon Terhadap Rangsangan (Grimace)	Tidak ada	Meringis	Menangis
Tonus otot (activity)	Lemas	Sedikit gerakan	Bergerak aktif
Pernafasan (Respiratory effort)	Tidak ada	Lemah atau Tidak teratur	Menangis kuat, pernafasan baik, teratur

**Tabel 2.1**

## E. Konsep Teori nyeri

### 1. Definisi

Nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (Sternbach, Andarmoyon & Brier lia ,dwi jayanti, 2020)

### 2. Intensitas nyeri

Nyeri menjadi suatu keluhan subjektif karena dipengaruhi oleh beberapa aspek seperti budaya, dan psikologis. Sehingga membutuhkan suatu alat ukur dalam mengkaji nyeri walaupun hal tersebut merupakan masalah yang relative sulit. Terdapat beberapa metode dalam mengkaji nyeri, seperti verbal rating scale, numeric rating scale, visual analogue scale, dan the faces pain scale. Diantara metode tersebut hanya numeric rating scale menjadi alat ukur dengan hasil pengukuran yang bersifat numeric. Sehingga hasil pengkajian dapat lebih mudah untuk diklasifikasi dan dianalisis. Metode numeric rating scale (NRS) menentukan skor nyeri secara semi-kuantitatif dengan meminta pasien untuk memilih angka (0-10) sebagai gambaran terkait rasa nyeri. Skor hasil pengukuran nyeri dapat diklasifikasikan menjadi 0 yaitu tidak adanya keluhan nyeri, 1 – 3 yaitu nyeri timbul dengan intensitas ringan, 4 – 6 nyeri timbul dengan intensitas sedang, dan 7 – 10 menggambarkan nyeri berintensitas berat (Morgan, Mihkail, Murray, Kleinman, & Nitti, 2020)

### 3. Klasifikasi nyeri

- a. Klasifikasi nyeri berdasarkan sumbernya (Parashita, 2020) :
  - 1) Nyeri somatik luar Perasaan tidak nyaman dengan rangsangan dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Keluhan yang timbul berupa seperti sensasi terbakar, tajam, dan dapat dilokalisasi.
  - 2) Nyeri somatik dalam Digambarkan sebagai nyeri tumpul (dullness) akibat stimulus pada otot, jaringan ikat, sendi, tulang sehingga tidak dapat dilokalisasi dengan baik.
  - 3) Nyeri viseral Respon yang timbul akibat adanya rangsangan pada organ somatik yang menutupinya seperti pleura, parietalis, pericardium, dan peritoneum.
- b. Klasifikasi nyeri berdasarkan jenisnya (Anitescu, Benzon & Wallace, 2020) :
  - 1) Nyeri nosiseptif  
Nyeri yang timbul akibat kerusakan jaringan somatic ataupun visceral. Stimulasi nosiseptor akan mengakibatkan tersekresinya mediator inflamasi dari jaringan, sel imun dan ujung saraf sensoris dan simpatik.
  - 2) Nyeri neurogenik  
Nyeri akibat adanya disfungsi primer pada sistem saraf perifer seperti lesi pada daerah sekitar saraf perifer. Umumnya penderita akan merasakan seperti ditusuk-tusuk disertai sensasi panas dan

tidak mengenakkan pada fungsi perabaan.

3) Nyeri psikogenik

Nyeri yang berkaitan dengan adanya gangguan pada kejiwaan seseorang yang direpresentasikan dengan kasus depresi maupun kecemasan.

c. Klasifikasi nyeri berdasarkan waktu:

- 1) Nyeri akut Keluhan yang tidak mengenakkan berkaitan dengan kerusakan jaringan dengan durasi mendadak dengan intensitas nyeri ringan hingga berat dan telah dialami penderita  $\leq 3$  bulan (PPNI, 2020)
- 2) Nyeri kronik Pengalaman nyeri berkaitan dengan kerusakan aktual maupun fungsional, yang terjadi secara lambat dengan intensitas ringan hingga berat dan konstan yang telah dirasakan selama  $\geq 3$  bulan (PPNI, 2020)

4. Teori Nyeri ( Gate Control Theory)

Menurut teori ini, nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada di dalam akar ganglion doralis. Rangsangan pada serat besar akan meninggalkan aktivitas subtansia gelatinosa yang mengakibatkan tutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan kedalam medulla spinalis melalui serat eferen reaksinta mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat

kecilakan menghambat aktivitas substansi gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsng aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri (Penda, 2020)

## 5. Fisiologi nyeri

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitiasi perifer, perubahan fenotip, sensitiasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : tranduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

- a) Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut pengantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak bersepon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.
- b) Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medulla spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron

spinal.

- c) Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur desending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.
- d) Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermiyelin dan ada juga yang tidak bermiyelin dari syaraf aferen (Bahrudin, 2020)

## 6. Pengkajian Nyeri

Pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya pelaksanaan nyeri yang efektif. Karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif an dirasakan

secara berbeza pada masing-masing individu, maka perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama (Penda, 2020) yaitu :

- a) Riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien
- b) Observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien.

Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. Mnemonic untuk pengkajian nyeri

P (Provoking atau pemicu yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri )

Q (Quality atau kualitas nyeri)

R (Region atau daerah perjalanan ke daerah lain )

S (Severity atau keganasan yaitu intensitanya)

T (Time atau waktu yaitu serangan, lamanya, kekerapan, dan sebab)

7. Penatalaksanaan Nyeri Penatalaksanaan nyeri atau yang biasa disebut dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri yang dibagi menjadi manajemen nyeri farmakologis dan manajemen nyeri non farmakologis (Andarmoyo, 2020)

- a. Manajemen nyeri farmakologi Manajemen nyeri farmakologi merupakan metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya. Cara dan metode ini memerlukan instruksi dan medis. Ada beberapa strategi menggunakan pendekatan farmakologis dengan manajemen nyeri persalinan dengan menggunakan analgesia maupun anestesi (Sulistyo, 2020).

b. Manajemen nyeri nonfarmakologi

Manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Manajemen nyeri nonfarmakologi sangat beragam, yaitu bimbingan antisipasi,kompres panas dan dingin, stimulasi saraf elektris transkutan, distraksi, distraksi intelektual, relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnosis, akupuntur, umpan balik biologis, serta massase (Andarmoyo, 2020).

## F. Konsep Teori Kompres Hangat

### 1. Pengertian

#### a. Kompres hangat

Kompres panas/ hangat merupakan cara menstimulus kulit dan jaringan menggunakan air hangat sehingga dapat mengurangi rasa nyeri, spasme pada otot serta efek terapeutik lainnya (SIKI, 2018).

Kompres adalah salah satu cara untuk memperbaiki kondisi fisik dengan memamnipulasi suhu dari luar terhadap suhu tubuh dan memblokir rasa sakit/ nyeri (Sari & Rina, 2015).

Kompres hangat selain dapat mengurangi rasa nyeri, juga dapat meningkatkan proses penyembuhan pada jaringan yang rusak, dimana dengan menggunakan air hangat maka reaksi fisiologis yang terjadi yaitu meningkatnya aliran darah pada jaringan, respon inflamasi dan pembentukan edema meningkat (Putri, 2015).

Berdasarkan penelitian (Putri, 2015) kompres hangat dapat menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien, dengan

menstimulus kulit dari rasa panas yang mengalihkan perhatian klien sehingga klien berfokus pada stimulus taktil dan mengabaikan sensasi nyeri, yang pada akhirnya dapat menurunkan persepsi nyeri.

## 2. Tujuan

- a. Meningkatkan sirkulasi darah pada bagian nyeri akibat dari vasodilatasi pembuluh darah.
- b. Mengurangi nyeri akibat spasme otot atau kekuatan otot serta menurunkan ketegangan otot.
- c. Meningkatkan aliran darah dalam jaringan
- d. Menurunkan pembentukan edema
- e. Memberikan rasa nyaman

## 3. Indikasi

- a. Pasien yang mengalami nyeri, cemas, depresi
- b. Pasein yang sudah di berikan 6 jam setelah pemberian analgesic
- c. Sakit kepala
- d. Nyeri atau kram otot
- e. Nyeri punggung
- f. Nyeri kronis, misalnya pada kondisi fibromyalgia
- g. Cedera otot atau persendian, seperti keseleo
- h. Demam

## 4. Kontra Indikasi

Kondisi yang tidak dapat dilakukan kompres:

- a. Gangguan pada kulit / iritasi yang dapat menyebabkan kemerahan atau

lepuh karena rasa panas tersebut dapat membakar atau menyebabkan kerusakan kulit lebih jauh.

- b. 24 jam pertama setelah terjadi cedera atau trauma berat karena rasa panas pada kompres dapat menimbulkan efek vasodilatasi sehingga dapat meningkatkan perdarahan dan pembengkakan pada bagian tubuh yang dikompres
- c. Perdarahan yang masih aktif karena bisa menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan akan meningkatkan terjadinya perdarahan (Fahrinheit, 2019).

## 5. Standar Operasional Prosedur Kompres Hangat

**Tabel 2.2**

---

**STANDAR OPERATING PROSEDUR  
(SOP)**

Kompres Hangat Terhadap Intensitas Nyeri Luka Sectio Caesara  
Ibu Post Partum

---

Pengertian : Kompres panas/ hangat merupakan cara menstimulus kulit dan jaringan menggunakan air hangat sehingga dapat mengurangi rasa nyeri, spasme pada otot serta efek terapeutik lainnya (SIKI, 2018).

**Tujuan**

- 1) Menghilangkan rasa nyeri
- 2) Mempercepat penyembuhan
- 3) Ibu merasa nyaman

**Alat****a. Tahap persiapan****1) Persiapan pasien**

Pastikan pasien yang akan dilakukan tindakan

**2) Kaji kondisi pasien****3) Jelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan****b. Persiapan alat****1) Air hangat suhu 40-45C****2) Handuk/ washlap 2 buah****3) Wadah/ baskom kecil 1 buah****c. Tahap kerja****1) Mengucapkan salam terapeutik****2) Menanyakan perasaan pasien hari ini****3) Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan****4) Berikan kesempatan pasien untuk bertanya sebelum di lakukan tindakan****5) Pertahankan privasi pasien selama melakukan tindakan****6) Mendekatkan alat dan bahan****7) Mencuci tangan****8) Membaca basmalah****9) Tuang air hangat dengan suhu 40-45°C ke dalam wadah Beberapa faktor yang harus diperhatikan agar efektivitas dari kompres hangat dalam menurunkan rasa nyeri antara lain suhu air yang di gunakan**

agar efektif untuk mengurangi rasa nyeri yaitu 40-45oC, media yang digunakan yaitu handuk untuk media kompres. Dampak fisiologi dari kompres hangat adalah pelunakan jaringan fibrosa membuat otot tubuh lebih rileks, menurunkan suhu tubuh, menghilangkan rasa nyeri dan memperlancar aliran darah .

- 10) Atur posisi klien
- 11) Lakukan kompres hangat pada bagian punggung dan perut selama 15-20 menit/ sampai hangat handuk hilang Berdasarkan penelitian kompres hangat dilakukan selama 20 menit untuk mendapatkan efektifitas dari kompres hangat terhadap pengurangan nyeri.

- 12) Lakukan berulang
- 13) Setelah terapi selesai bereskan alat dan bahan kemudian atur posisi nyaman untuk klien
- 14) Mencuci tangan
- 15) Dokumentasi

d. Hasil

- 1) Evaluasi respon pasien
- 2) Simpulkan hasil kegiatan
- 3) Berikan reinforcement positif
- 4) Dokumentasikan tindakan telah dilakukan

(sumber: Sarah Diana Rani, Neila Sulung, 2020)

## G. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang proses kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang di nyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Dokumentasi Keperawatan, 2017) yang meliputi sebagai berikut:

#### a) Identitas

Identitas pasien

Berisi nama pasien, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, no. RM, tanggal masuk, tanggal pengkajian dan diagnosa medis.

#### b) Identitas penanggungjawab

Berisi nama penanggung jawab pasien dan hubungan dengan pasien.

### 2. Status kesehatan

#### a. Status kesehatan saat ini

- 1) Keluhan utama (saat masuk RS dan saat ini ) ini) Keluhan yang paling dasar atau utama yang pasien katakan
- 2) Alasan masuk RS dan perjalanan penyakit saat ini Perjalanan

penyakit dan alasan saat pasien masuk Rumah Sakit yang dimulai dari pasien masuk IGD, kemudian masuk bangsal sampai saat dilakukan pengkajian.

b. Riwayat Haid

Umur Menarche pertama kali, lama haid, jumlah darah yang keluar, konsistensi, siklus haid, perkiraan tanggal partus.

c. Riwayat Perkawinan

Kehamilan

d. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan

Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, hasil laboratorium : USG, darah, urine, keluhan selama kehamilan termasuk situasi emosional dan impresi, upaya mengatasi keluhan, tindakan, dan pengobatan yang diperoleh.

2) Riwayat persalinan

a) Riwayat persalinan lalu : jumlah gravid, jumlah patal, dan jumlah abortus, umur kehamilan saat bersalin, jenis persalinan, penolong persalinan, BB bayi, kelainan fisik, kondisi anak saat ini.

b) Riwayat nifas pada persalinan lalu : pernah mengalami demam, keadaan lochea, kondisi perdarahan selama nifas, Tingkat aktivitas setelah melahirkan, keadaan parineal, abdominal, nyeri pada payudara, kesulitan eliminasi,

keberhasilan pemberian ASI, respond dan support keluarga.

- c) Riwayat persalinan saat ini : kapan timbul his, pembukaan, bloody show, kondisi ketuban, lama persalinan, dengan episiotomy atau tidak, kondisi perineum dan jaringan sekitar vagina, dilakukan anastesi atau tidak panjang tali pusat, lama pengeluaran plasenta, kelengkapan plasenta, jumlah perdarahan.
- d) Riwayat new born : apakah bayi lahir spontan atau dengan induksi/tindakan khusus, kondisi bayi saat lahir (langsung menangis atau tidak), apakah membutuhkan resusitasi, nilai APGAR, jenis kelamin bayi, BB, panjang badan, kelainan konginetal, apakah dilakukan bonding attachment secara dini dengan ibunya, apakah langsung diberikan ASI atau susu formula.
- e) Riwayat KB dan perencanaan keluarga  
Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang akan dating atau rencana penambahan anggota keluarga dimasa mendatang.
- f) Status kesehatan masalalu  
Berisikan riwayat kesehatan pasien, apakah sebelumnya pasien pernah dirawat di rs atau tidak, dan riwayat alergi

terhadap makanan atau obat-obatan. Serta kebiasaan merokok, kopi, alkohol dan lain sebagainya.

e) Riwayat kesehatan keluarga

Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang diturunkan secara genetic, menular, konginetal, atau gangguankejiwaan yang pernah diderita oleh keluarga.

e. Pola kebutuhan dasar ( data Bio-Psiko-Sosio-Kultural-Spiritual)

1) Pola Nutrisi dan Metabolisme

pada pasien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya.

2) Pola Aktifitas

Pada pasien post Sectio Caesarea aktifitas masih terbatas, ambulasi dilakukan secara bertahap, setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan dan kiri. Kemudian ibu dapat diposisikan setengah duduk atau semi fowler. Selanjutnya ibu dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima pasca operasi.

3) Pola Eliminasi

Pada pasien post Sectio Caesarea sering terjadi adanya konstipasi sehingga pasien takut untuk melakukan BAB.

4) Istirahat dan Tidur

Pada pasien post Sectio Caesarea terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran bayi dan nyeri yang dirasakan akibat luka pembedahan.

5) Pola Sensori

Pasien merasakan nyeri pada abdomen akibat luka pembedahan yang dilakukan.

6) Pola status Mental

Pada pemeriksaan status mental meliputi kondisi emosi, orientasi pasien, proses berpikir, kemauan atau motivasi, serta persepsi pasien.

7) Pola Reproduksi dan Sosial

Pada pasien post Sectio Caesarea terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan masa nifas.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi, dan biasanya pada ibu post partum terdapat chloasma gravidarum

2) Mata

Pemeriksaan mata meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman

penglihatan. Biasanya ada keadaan dimana konjungtiva anemis karena proses persalinan yang mengalami perdarahan.

- 3) Hidung Pemeriksaan hidung meliputi talang hidung dan posisi septum nasi, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan yang mengganggu pernafasan. Mulut
- 4) Telinga

Pemeriksaan mulut meliputi ada tidaknya karies gigi, mukosa bibir kering tidak.

- 5) Leher
  - 6) Dada
- Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga

a. Jantung

Bunyi jantung I dan II regular atau irreguler, tunggal atau tidak, intensitas kuat atau tidak, apakah ada bunyi tambahan seperti murmur dan gallop.

b. Paru-paru

Bunyi pernafasan vesikuler atau tidak, apakah ada suara tambahan seperti ronchi dan wheezing. Pergerakan dada simetris, pernafasan reguler, frekuensi nafas 20x/menit.

### 7) Payudara

Pemeriksaan meliputi inspeksi warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak, dan pada hari ke-3 post partum, payudara membesar karena vaskularisasi dan engorgement (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari I-III), keras dan nyeri, adanya hiperpigmentasi areola mamae serta penonjolan dari papila mamae. Ini menandai permukaan sekresi air susu dan apabila aerola mamae dipijat, keluarlah cairan kolostrum. Pada payudara yang tidak disusui, engorgement (bengkak) akan berkurang dalam 2-3 hari, puting mudah erektil bila dirangsang. Pada ibu yang tidak menyusui akan mengecil pada 1-2 hari. Palpasi yang dilakukan untuk menilai apakah adanya benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan

### 8) Abdomen

Pemeriksaan meliputi inspeksi untuk melihat apakah luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan. Auskultasi dilakukan untuk mendengar peristaltik usus yang normalnya 5-35 kali permenit, palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak. Intensitas kontraksi uterus meningkat segera setelah bayi lahir kemudian terjadi respons uterus terhadap penurunan volume intra uterine kelenjar hipofisis yang mengeluarkan hormone oksitosin, berguna untuk memperkuat dan mengatur kontraksi uterus dan mengkrompesi

pembuluh darah. Pada 1-2 jam pertama intensitas kontraksi uterus berkurang jumlahnya menjadi tidak teratur karena pemberian oksitosis danisapan bayi

9) Genitalia

Pemeriksaan genitalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lokhea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.

10) Anus

Pada pemeriksaan anus apakah terdapat hemoroid atau tidak.

11) Integumen

Pemeriksaan integumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi.

12) Ekstermitas

Pada pemeriksaan kaki apakah ada: varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan menurut SDKI 2016 :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisik
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri bekas luka operasi
- 3) Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 4) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

5) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri

#### 4. Fokus Intervensi

Intervensi adalah suatu proses perencanaan keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi, dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Perencanaan keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga tindakan dapat terselesaikan dengan Spesifik, Mearsure, Arhieverble, Rasional, Time (SMART) selanjutnya akan dilakukan rencana asuhan keperawatan dari diagnose yang telah di tegakkan (Judith M Wilkison, 2012).

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D. 0077) Penyebab 1) Agen pencedera fisiologis (mis,inflamasi,is kemia,neoplasma ) 2) Agen pencedera	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari Diharapkan gangguan nyeri menurun ditandai dengan Kriteria hasil :	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri 4) Non verbal Terapeutik

---

kimiawi (mis,terbakar,bahan kimia iritan 3) Agen penceera fisik (mis,abse,amputasi,terbkar,terponting,mengkat berat,prosedur operasi, trauma,latihan fisik berlebihan)	1) Keluhan nyeri kepala menurun 2) Meringis menurun 3) Gelisah menurun Sulit tidur	1) Atur posisi senyaman mungkin 2) Berikan teknik relaksasi nafas dalam 3) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 4) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemici nyeri 2) Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam Kolaborasi 3) Kolaborasikan pemberian analgentik
Gejala dan tanda mayor Subjektif	1) Mengeluh nyeri	
Objektif		
1) Tanpak meringis 2) Bersikap protektif (mis,waspada, posisi menghindari nyeri)		
3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur Gejala dan tanda minor		

---

---

Subjektif ; -	
objektif	
1) Tekanan darah meningkat	
2) Pola napas berubah	
3) Proses berpikir terganggu	
4) Menarik diri	
5) Berfokus pada diri sendiri	
6) Diaforesis	
2. Resiko infeksi b.d Tingkat Infeksi	Pencegahan infeksi (I.14539)
berhubungan dengan (L.14137)	Observasi:
peningkatan paparan	Setelah dilakukan
organisme patogen	intervensi selama 3
lingkungan	hari Diharapkan
(D.0142)	tingkat infeksi
Faktor risiko	menurun ditandai
1) Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)	dengan Kriteria hasil
2) Efek prosedur invasive	:
3) Malnutrisi	1) Kebersihan
4) Peningkatan paparan organisme	tangan
	meningkat
	2) Kebersihan
	tangan
	meningkat
	3) Nafsu makan
	meningkat
	4) Demam menurun
	5) Kemerahan
	1) Jelaskan tanda dan gejala
	infeksi Ajarkan cara
	memeriksa luka

---

---

	pathogen lingkungan	menurun	2) Anjurkan 6) Nyeri menurun	meningkatkan asupan cairan Kolaborasi
5)	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer	7) Bengkak menurun	3) Kolaborasi	pemberian imunisasi, Jika perlu
a)	Gangguan peristaltic	8) Vesikel menurun 9) Cairan berbau		
b)	Kerusakan integritas kulit	busuk menurun		
c)	Perubahan sekresi pH			
d)	Penurunan kerja siliaris			
e)	Ketuban pecah lama			
f)	Ketuban pecah sebelum waktunya			
g)	Merokok			
h)	Statis cairan tubuh			
6)	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder			
a)	Penurunan hemoglobin			
b)	Imununosupresi			
c)	Leukopenia			

---

---

	d) Supresi respon inflamasi		
	e) Vaksinasi tidak adekuat		
3.	Ansietas (D.0080) Penyebab.	Tingkat Ansietas (L.09093)	Reduksi Ansietas (I.09314) Tindakan :
	1) Krisis situasional. 2) Kebutuhan tidak terpenuhi. 3) Krisis maturasional.	Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari Diharapkan tingkat ansietas menurun ditandai dengan Kriteria hasil : Kriteria Hasil : kebingungan menurun kondisi yang dihadapi menurun menurun	Observasi 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk 2) menumbuhkan kepercayaan 3) Temani pasien yang mengurangi 4) kecemasan, jika memungkinkan

---

---

7) Disfungsi sistem keluarga.	4) Perilaku tegang menurun	5) Pahami situasi yang membuat ansietas
8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan.	5) Keluhan pusing menurun	6) Dengarkan dengan penuh perhatian
9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)	6) Anoreksia menurun	7) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
10) Penyalahgunaan zat.	7) Palpitasi menurun	8) Tempatkan barang pribadi yang memberi kenyamanan
11) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain).	8) Diaforesis menurun	9) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
10) Penyalahgunaan zat.	9) Tremor menurun	10) Diskusikan perencanaan tentang peristiwa yang akan datang
11) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain).	10) Pucat menurun	11) Edukasi
12) Kurang terpapar	11) Konsentrasi membaik	12) Pola tidur membaik
	13) Frekuensi pernapasan membahayakan	1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
	14) Frekuensi nadi membaik	2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan dan prognosis
		3) Anjurkan keluarga untuk

---

---

informasi.

tetap bersama pasien, jika  
perlu

Tanda Mayor.

Subjektif.

1. Merasa bingung.
2. Merasa khawatir dengan akibat.
3. Sulit berkonsentrasi.

Objektif.

1. Tampak gelisah.
2. Tampak tegang.
3. Sulit tidur
4. Tanda Minor.

Subjektif.

1. Mengeluh pusing.
2. Anoreksia.
3. Palpitasi.
4. Merasa tidak

- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih teknik relaksasi
- Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat

- 2) antiansietas, jika perlu

---

berdaya.

Objektif.

1. Frekuensi napas

meningkat.

2. Frekuensi nadi

meningkat.

3. Tekanan darah

meningkat.

4. Diaforesis.

5. Tremos.

6. Muka tampak

pucat.

7. Suara bergetar.

8. Kontak mata

buruk.

9. Sering berkemih.

Berorientasi pada

masa lalu.

4.	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Perawatan diri (L.11103)	Dukungan dilakukan	perawtan	diri (I.11348)
	Penyebab	Setelah	Observasi		
		intervensi	selama 3	1) Identifikasi	kebisasaan
1)	Gangguan				

---

	muskuloskeletal	hari	Diharapkan	aktivitas	perawatan	diri
2)	Gangguan neuromuskuler		perawatan diri meningkat ditandai dengan Kriteria hasil		sesuai usia	
1)	Kelemahan	:		2) Monitor	tingkat kemandirian	
2)	Gangguan psikologis dan/atau psikotik		1) Kemampuan mandi meningkat	3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan		
3)	Penurunan motivasi/minat		2) Kemampuan toilet (BAB/AK) meningkat	4) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi)		
	Gejala dan Tanda Mayor		3) Minat melakukan perawatan diri meningkat	5) Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)		
	Subjektif		4) Mempertahankan kebersihan diri meningkat	6) Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri		
1)	Menolak melakukan perawatan diri			7) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri		
	Objektif			8) Jadwalkan rutinitas perawatan diri		
				Edukasi		
1)	Tidak mampu mandi/menge nakan pakaian/makan/ke toilet/berhias			1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan		

- 
- secara  
mandiri
  - 2) Minat
    - melakukan  
perawatan  
diri kurang
- Gejala dan Tanda  
Minor
- Subjektif
- 1) (tidak  
tersedia)
- Objektif
- 1) (tidak  
tersedia)
- 

**Tabel 2.3**

## **1. Implementasi Keperawatan**

Implementasi sendiri bisa dilakukan oleh banyak orang seperti klien atau keluarga klien, perawat dan anggota tim keperawatan kesehatan yang lain. Implementasi bertujuan untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan berupa peningkatan kesehatan, pengetahuan, penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelaksanaan implementasi ini berpusat pada apa yang sedang dibutuhkan oleh klien. (Siskasari, 2021)

## **2. Evaluasi Keperawatan**

Menurut Suprajitno,2016 dalam (Siskasari, 2021) evaluasi merupakan kegiatan untuk membandingkan antara hasil implementasi dengan standar kriteria yang sudah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Dalam evaluasi dapat dilakukan dengan cara evaluasi formatif dan sumatif dengan menggunakan SOAP dengan “S” yaitu dimana perasaan dan keluhan yang diungkapkan secara subjektif oleh keluarga setelah implementasi keperawatan. “O” yaitu dimana keadaan objektif yang ditemukan perawat dengan pengamatan atau pemeriksaan. “A” yaitu analisis perawat setelah adanya respon subjektif maupun objektif dari keluarga. Dan “P” yaitu perencanaan selanjutnya adanya tindakan oleh perawat.

## **H. Metode Penelitian**

Menjelaskan secara detail langkah-langkah yang akan dilakukan pada penelitian dalam dilakukan penelitian dan pengumpulan data. Dan

dapat dilakukan berinteraksi pada individu, keluarga atau subyek penelitian lainnya serta menggunakan metode atau cara yang dapat digunakan dalam pengambilan data untuk dapat mengaplikasikan dengan teori pengkajian yang dipilih. Adapun metodologinya dapat meliputi sebagai berikut.

### **1. Jenis, Rancangan, Penelitian, Pendekatan**

Dalam pembuatan rancangan dalam proposal karya tulis ilmiah ini dengan menggunakan rancangan deskriptif dengan rancangan study kasus.

Desain dari studi kasus tergantung dengan keadaan kasus tetapi masih mempertimbangkan waktu. Adanya riwayat dan pola prilaku sebelumnya dan biasanya harus dikaji secara runtut dan rinci. Keuntungan yang paling penting besar dari desain ini merupakan pengkajian secara runtut dan rinci dapat memiliki jumlah meskipun dari responden sedikit, sehingga akan mendapatkan gambaran dalam satu unit mendapatkan subjek secara jelas, misalnya studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. F Dengan Fokus Intervensi Kompres Hangat Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Oligohiramnion Hari Ke 1 Di Rs Permata Bunda Purwodadi” penelitian ini dapat mengkaji secara variable dari kasus yang ada akan

memulai penemuan masalah bio-psiko-sosial-spiritual (Nursalam, 2014)

## **2. Subyek Penelitian**

subyek dalam studi kasus ini yaitu ibu post section caesera yang menjalani perawatan inap.

## **3. Waktu dan Tempat**

Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi. Perawatan yang akan dilakukan minimal selama 3 hari dengan masalah keperawatan luka caesera

## **4. Fokus Studi**

Penelitian ini berfokus pada pemberian asuhan keperawatan pada klien fokus intervensi kompres hangat dalam bentuk meyembuhkan luka perineum

## **5. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen ini merupakan alat yang dapat digunakan dalam pengumpulan data yaitu cara peneliti untuk dapat mengumpulkan data dalam penelitian (Alimul, 2010)

Instrumen penelitian adalah alat dan fasilitas yang dapat digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaan tugasnya lebih mudah dan hasilnya lebih maksimal atau lebih baik (Saryono, 2010)

Instrument yang dapat digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

- a. Stetoskop

- b. Sphygmomanometer

## 6. Metode Pengumpulan Data

Menurut Alimul (2017) pada karya tulis ini dalam metode pengambilan data yang dapat digunakan sebagai berikut :

- a. Wawancara

Wawancara ini merupakan metode adanya pengumpulan data dapat mewawancarai dengan secara langsung dari responden yang secara mendalam serta adanya jumlah responden yang sedikit. Adanya metode tersebut wawancara ini dapat digunakan instrument, seperti adanya pedoman wawancara kemudian daftar periksa lalu checklist.

- b. Obsevasi

Observasi ini adalah adanya cara melakukan pengumpulan data penelitian dengan adanya observasi secara langsung pada responden yang dapat dilakukan penelitian yang dapat mencari perubahan atau hal hal yang akan dirancang atau diteliti. Dalam metodi ini terdapat adanya instrument yang dapat digunakan antara lain pada lembar observasi, panduan pengamatan, observasi atau Checklist.

## 7. Etika Penelitian

Etika penelitian menurut Alimun (2009), yang bertujuan dapat melindungi hak-hak subyek. Dalam penelitian ini peneliti yang dapat menekankan masalah dan etika yang dapat melindungi :

a. Informed Consent

Informed Consent adalah bentuk yang ada persetujuan antara peneliti dan adanya responden penelitian. Informed consent ini juga dapat diberikan sebelum adanya penelitian ini bisa dapat dilakukan dengan memberikan adanya lembar persetujuan untuk dapat menjadi responden. Yang bertujuan untuk agar subyek yang bisa bisa mengerti maksud dan tujuan penelitian serta dapat mengetahui dampaknya. Jika subyek sudah bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tetapi jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati responden.

b. Anonymity

Masalah keperawatan yang merupakan masalah bisa memberikan jaminan yang dapat di-pergunakan subyek peneliti dengan caratidak memberikan atau mencantumkan namaresponden pada lembar atau alat ukur dan hanya dapat menuliskan kode atau inisial pada lembar pengumpulan data atau mendapatkan hasil penelitian yang akan dapat disajikan.

c. Confidentiality

Semua informasi yang di kumpulkan di jamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya bisa mngkelompokkan data yang bisa di tentukan akan dapat di laporkan pada hasil riset.