

## **BAB II**

### **KONSEP TEORI**

#### **A. Konsep Teori *Sectio Caesarea* (SC)**

##### 1. Definisi

*Sectio caesarea* adalah sebuah prosedur bedah untuk mengeluarkan janin dengan insisi melalui dinding abdomen dan uterus untuk menyelamatkan ibu dan bayi atas beberapa indikasi seperti persalinan lama, plasenta previa, gawat janin, mal presentase janin atau letak lintang, prolaps tali pusat, preeklamsi dan panggul sempit (Handayani, 2022).

*Sectio Caesarea* (SC) merupakan proses pengeluaran bayi melalui tindakan pembedahan pada perut ibu dikarenakan ibu tidak bisa melahirkan normal karena adanya indikasi medis meliputi preeklamsia, letak janin ataupun plasenta previa (Luckyva et al., 2022).

*Sectio Caesarea* merupakan proses persalinan yang dikeluarkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding Rahim untuk mengeluarkan sebuah janin yang ada di dalam Rahim dengan syarat Rahim dalam keadaan masih utuh serta berat janin diatas 500 gram (Vinasajati, 2022)

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* (SC) yaitu proses persalinan dengan prosedur pembedahan pada dinding abdomen dan uterus untuk mengeluarkan sebuah janin dikarenakan adanya indikasi medis.

## 2. Klasifikasi

Pembedahan *Sectio Caesarea* dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Segmen bawah : Insisi melintang

Cara ini memungkinkan kelahiran per abdominal yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan apabila terdapat infeksi rongga rahim, maka insisi melintang segmen bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetric.

b. Segmen bawah : Insisi membujur

Cara ini dilakukan sama seperti insisi melintang yaitu dengan membuka abdomen dan menyingkapkan uterus. Insisi membujur dibuat dengan *scapel* (pisau bedah) dan kemudian dilebarkan dengan gunting yang berujung tumpul untuk menghindari terjadinya cedera pada bayi.

c. *Sectio Caesarea* Klasik

*Sectio Caesarea* klasik dibuat vertical pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

d. *Sectio Caesarea tranperitonel*

*Sectio caesarea tranperitonel profunda* disebut juga *low cervical* yaitu sayatan vertical pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan

jenis ini dilakukan jika bagian bawah Rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertical dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

e. *Sectio histerektomi*

*Sectio histerektomi* adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilakukan dengan *sectio caesarea*, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim. Apabila dimungkinkan *histerektomi* total harus dikerjakan. Pembedahan subtotal menjadi pilihan lain jika pasien mengalami pendarahan yang hebat dan terjadi syok dikarenakan pembedahan ini lebih mudah dan lebih cepat untuk diselesaikan.

f. *Sectio caesarea ekstraperitoneal*

*Sectio caesarea ekstraperitoneal*, yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan 11 insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara *ekstraperitoneum*.

3. Etiologi

Menurut (Fresa, 2021), menyatakan etiologi *sectio caesarea* ada dua, yaitu sebagai berikut:

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu pada kehamilan primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, ada disproporsi sefalopelvik (disproporsi janin/panggul), terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklampsia, kehamilan yang disertai penyakit (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 tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

Indikasi *Sectio Caesarea*:

a. Riwayat *sectio caesarea*

Uterus yang memiliki jaringan parut dianggap sebagai kontraindikasi untuk melahirkan karena dikhawatirkan akan terjadi rupture uteri. Resiko rupture uteri meningkat seiring dengan jumlah insisi sebelumnya, klien dengan jaringan perut melintang yang terbatas disegmen uterus bawah, kemungkinan mengalami robekan jaringan parut simtomatis pada kehamilan berikutnya. Wanita yang mengalami

rupture uteri beresiko mengalami kekambuhan, sehingga tidak menutup kemungkinan untuk dilakukan persalinan pervaginum tetapi dengan beresiko rupture uteri dengan akibat buruk bagi ibu dan janin.

b. Distosia persalinan

Distosia berarti persalinan yang sulit dan ditandai oleh terlalu lambatnya kemajuan persalinan, persalinan abnormal sering terjadi terdapat disproporsi antara bagian presentasi janin dan jalan lahir, kelainan persalinan terdiri dari:

1) Ekspulsi (kelainan gaya dorong)

Oleh karena gaya uterus yang kurang kuat, dilatasi servik (disfungsi uterus) dan kurangnya upaya otot volunter selama persalinan kala dua.

2) Panggul sempit

3) Kelainan presentasi, posisi janin

4) Kelainan jaringan lemak saluran reproduksi yang menghalangi turunnya janin.

c. Gawat janin

Keadaan gawat janin bisa mempengaruhi keadaan janin, jika penentuan waktu secti caesarea terlambat, kelainan neurologis seperti cerebral palsy dapat dihindari dengan waktu yang tepat untuk *sectio caesarea*.

d. Letak sungsang

Janin dengan presentasi bokong mengalami peningkatan resiko prolaps tali pusat dan terperangkapnya kepala apabila dilahirkan pervaginan dibandingkan dengan janin presentasi kepala.

e. CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*)

CPD adalah ukuran lingkar panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkar kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami.

f. Pre-Eklamsi

Pre-Eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan.

g. Ketuban Pecah Dini (KPD)

KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi impart. Sebagian besar KPD adalah hamil aterm diatas 37 minggu.

h. Bayi Kembar (Gemili)

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *Caesar*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadinya komplikasi tinggi dari pada kelahiran 1 bayi. Selain itu bayi kembar pun dapat mengalami sungsang. Sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

i. Kelainan letak kepala

1) Letak kepala tengadah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.

2) Presentasi muka

Letak kepala tengadah (*defleksi*), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5%.

3) Presentasi dahi

Posisi kepala antara *fleksi* dan *defleksi*, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

4. Manifestasi Klinis

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan persalinan *sectio caesarea* yaitu dengan perawatan post partu serta perawatan operatif, manifestasi klinis *sectio caesarea* meliputi :

- a. Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
- b. Adanya luka insisi di bagian abdomen
- c. Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat

- d. Aliran lokhea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- e. Ada kurang lebih 600-800 ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional
- g. Rata-rata terpasang kateter urinarius
- h. Tidak terdengarnya auskultasi bising usus
- i. Pengaruh anestesi dapat memicu mual dan muntah
- j. Status pulmonari bunyi paru jelas serta vesikuler
- k. Biasanya ada kekurangpahaman prosedur pada kelahiran *sectio caesarea* yang tidak direncanakan
- l. Pada anak yang baru lahir akan dibonding dan *attachment*

## 5. Fisiologi

### 1) Uterus

#### a) Proses involusi

Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

#### b) Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respons terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar.

c) *Afterpains*

Kondisi ini banyak terjadi pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik sering dialami multipara dan bisa menimbulkan nyeri yang bisa bertahan sepanjang awal puerperium.

2) Tempat Plasenta

Setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontraksi vaskuler dan thrombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul dan tidak teratur. Pertumbuhan endometrium ke atas menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut yang menjadi karakteristik penyembuhan luka.

3) Lokhea

Lokhea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Terbagi menjadi 3 yaitu:

a) Lokhea Rubra berwarna merah

Lokhea yang terjadi pada hari ke 1-3 setelah persalinan, warna merah terang sampai dengan merah tua. Merupakan darah segar dan terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vetriks caseora, lanugo dan meconium. Cairan ini berbau amis.

b) Lokhea Serosa

Lokhea serosa adalah pengeluaran secret berwarna merah muda sampai dengan kekuning-kuningan dan kemudian berubah menjadi kecoklatan terjadi pada hari ke 3-14 pasca persalinan.

c) Lokhea Alba

Lokhea alba adalah lokhea yang terakhir. Dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama semakin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai 1 atau 2 minggu berikutnya. Berbentuk seperti cairan putih, merupakan keluaran yang hamper tidak berwarna.

4) Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan 18 jam pasca partum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi padat dan Kembali ke bentuk semula.

5) Vagina dan Perineum

Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae vagina yang semula sangat meregang akan Kembali bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6 sampai 8 minggu setelah bayi lahir, rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu ke-4. Mukosa akan tetap atropik pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali.

6) Topangan Otot Panggul

Struktur penopang uterus dan vagina bisa mengalami cedera sewaktu melahirkan dan masalah ginekologi dapat tiba-tiba dikemudian hari.

#### 7) Payudara dan laktasi

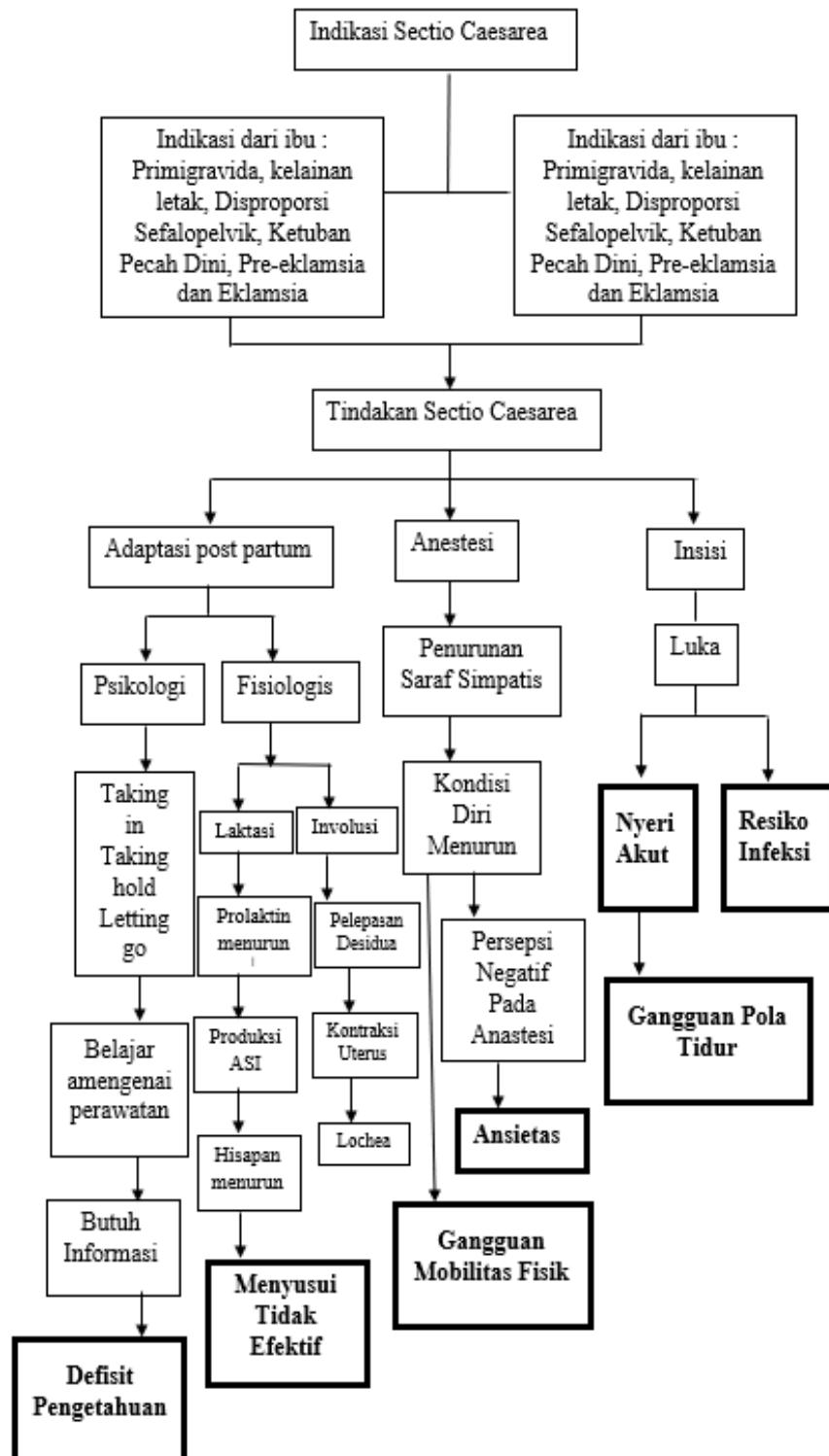
Pada masa hamil terjadi perubahan payudara, terutama mengenai besarnya. Hal ini disebabkan oleh proliferasi sel-sel ductus laktiferus. Proses proliferasi dipengaruhi hormon yang dihasilkan plasenta, yaitu lactogen, prolaktin, ktoiogonadotropin, estrogen dan progesteron. Setelah persalinan, kadar estrogen dan progesteron menurun dengan lepasnya plasenta, sedangkan prolaktin tetap tinggi sehingga tidak ada hambatan terhadap prolactin oleh estrogen. Pembuluh payudara menjadi bengkak terisi darah, menyebabkan hangat, bengkak, dan rasa sakit. Keadaan tersebut ini disebut engorgement.

### 6. Patofisiologi

Kondisi psikis ibu sangatlah penting, jika ibu mersa cemas setelah melahirkan bisa disebabkan karena ibu dan bayi belum dilakukan rawat gabung atau ibu belum bisa bertemu dengan bayinya. Selain itu kurang pengetahuan tentang pemberian ASI juga dapat menyebabkan ibu cemas. Dan kecemasan yang dialami ibu tersebut dapat juga menyebabkan kurang pengetahuan tentang perawatan payudara. Sehingga kondisi emosi ibu sangatlah memengaruhi refleks pengaliran susu. Pasalnya, refleks ini mengontrol perintah yang dikirim oleh

hipotalamus pada kelenjar bawah otak. Jika refleks pengaliran air susu berkurang dapat menyebabkan produksi hormone oksitosin berkurang. Maka bila ibu sedang dalam kondisi stress, cemas, khawatir, tegang, dan sebagainya menyebabkan ketidakefektifan pemberian ASI. Umumnya kejadian ini berlangsung pada hari-hari pertama menyusui dimana refleks pengaliran susu belum sepenuhnya berfungsi.

## 7. Pathway



(Vinasajati, 2022)

## 8. Komplikasi

Komplikasi *sectio caesarea* mencakup periode masa nifas yang normal dan komplikasi setiap prosedur pembedahan utama. Komplikasi *sectio caesarea* yang sering terjadi pada ibu post SC adalah:

a. Perdarahan

Perdarahan primer kemungkinan terjadi akibat kegagalan mencapai hemostatis ditempat insisi rahim atau akibat atonia uteri, yang dapat terjadi setelah pemanjangan masa persalinan. Saat operasi perdarahan terjadi akibat sayatan atau tertinggalnya sisa plasenta, namun perdarahan dapat terjadi lebih lanjut jika kontraksi rahim tidak baik setelah plasenta dilahirkan.

b. Sepsis sesudah pembedahan

Frekuensi dan komplikasi ini jauh lebih besar bila *sectio caesarea* dilakukan selama persalinan atau ilalang terdapat infeksi dalam rahim. Antibiotik profilaksis selama 24 jam diberikan untuk mengurangi sepsis.

c. Organ-organ sekitar rahim terlukai

Usus besar, kandung kemih dan saluran kencing bisa saja terlukai pisau bedah saat operasi *Caesar*, karena organ-organ ini letaknya berdekatan. Selain itu, syaraf juga bisa terlukai.

d. Bayi terlukai

Saat dinding Rahim dibuka, bayi bisa terlukai.

e. Infeksi

Infeksi dapat terjadi misalnya karena kurangnya sterilisasi alat-alat operasi, adanya retensi urin, luka operasi yang terkontaminasi atau melalui transfuse darah. Infeksi bakteri pada umumnya dapat ditangani baik dengan antibiotic.

f. Perlengketan

Resiko perlengketan plasenta pada rahim (plasenta akreta) meningkat pada ibu yang menjalani operasi *Caesar*. Perlengketan juga bisa terjadi jika darah, jaringan plasenta atau jaringan rahim (endometrium) tertinggal dan menempel pada usus atau organ dalam lainnya.

g. Trombus dan emboli

Obat anestesi membuat oto-otot berelaksasi selama operasi, demikian pula dengan otot-otot pembuluh darah. Hal ini membuat aliran darah melambat, konsekuensinya adalah resiko pembentukan thrombus dan emboli meningkat. Trombus adalah bekuan darah yang dapat menyumbat aliran darah. Bekuan darah ini dapat terbawa aliran darah sehingga menyumbat pembuluh darah di kaki, paru-paru, otak atau jantung. Hal ini bisa berakibat fatal, misalnya jika penyumbatan di otak dan jantung, maka dapat menimbulkan kematian.

h. Emboli air ketuban

Terjadi apabila cairan ketuban beserta komponennya masuk ke dalam aliran darah ibu dan menyumbat pembuluh darah. Emboli air ketuban dapat terjadi pada persalinan normal ataupun operasi Caesar, karena pada saat persalinan terdapat banyak pembuluh darah yang terbuka.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *sectio caesarea* menurut antara lain sebagai berikut :

a. Pemberian cairan

Karena dalam 24 jam pertama pasien puasa pasca operasi, maka dalam pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, gram fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah berikan transfusi darah sesuai dengan yang dibutuhkan.

b. Diet

Pemberian cairan per infus biasanya akan dihentikan setelah penderita flatus kemudian diberikan makanan dan minuman per oral. pemberian minuman 17 dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, biasanya berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Dilakukan secara bertahap diantaranya yaitu: miring kanan dan kiri yang dapat dimulai sejak 6-10 jam pasca operasi. Latihan pernafasan dapat dilakukan pasien dengan tidur terlentang sedini mungkin pasca sadar. Hari kedua pasca operasi penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu dihembuskan. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (*semiflower*), kemudian pasien diajari cara duduk, belajar berjalan, belajar berjalan sendiri dilakukan pada hari ke-3 sampai dengan hari ke-5 pasca operasi.

d. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh akan menimbulkan rasa nyeri pada pasien, menghalangi invprus uterus yang biasanya menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya akan terpasang selama 24-48 jam lebih tergantung jenis operasi pasien.

e. Pemberian obat-obatan

Pemberian antibiotik yang pemilihan dan dosisnya yang berbeda-beda.

f. Analgetik dan obat yang memperlancar saluran pencernaan

Obat yang dapat diberikan melalui suppositoria yang diberikan topopen sup 2x24 jam, melalui oral obat yang dapat diberikan tramadol atau paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidine 90-75 mg dierikan setiap 6 jam bila diperlukan.

g. Perawatan luka

Kondisi balutan luka biasanya akan dilihat setelah satu hari pasca operasi, bila luka basah dan berdarah maka balut harus diganti.

h. Pemeriksaan rutin

Pemeriksaan rutin yang biasanya dilakukan adalah pengecekan suhu, nadi, tekanan darah dan pernafasan.

i. Perawatan payudara

ASI dapat diberikan pada hari post operasi, bila ibu memutuskan untuk tidak memberikan ASI maka berikan balutan pada payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi untuk mengurangi rasa nyeri.

## B. Tinjauan Teori Ketuban Pecah Dini

### 1. Pengertian

Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum in partum. Ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kehamilan yang sebenarnya. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD(Anggraini, 2019).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya /rupturnya selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya atau pecahnya selaput

amnion sebelum usia kehamilan 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi.

Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan *Lag Period*. Ada beberapa perhitungan yang mengukur *Lag Period*, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka terjadi infeksi pada ibu dan juga bayi.

## 2. Etiologi

Penyebab pasti dari KPD ini belum jelas, akan tetapi ada beberapa keadaan yang berhubungan dengan terjadinya KPD ini, diantaranya adalah:

- a. Trauma : amniosintesis, pemeriksaan pelvis dan hubungan seksual, peningkatan tekanan intrauterus, kehamilan kembar dan polihidramnion.
- b. Infeksi vagina, serviks atau koriomnionitis streptokokus, serta bakteri vagina.
- c. Selaput amniom yang mempunyai struktur yang lemah/selaput terlalu tipis.
- d. Keadaan abnormal dari fetus seperti malpresentasi.

- e. Serviks yang inkompotensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan atau *curettage*).
  - f. Multipara dan peningkatan usia ibu/usia ibu yang terlalu muda.
  - g. Defisiensi nutrisi dari tembaga atau asam askorbat (vitamin c).
3. Manifestasi Klinis
- a. Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
  - b. Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat dan bergaris warna merah.
  - c. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “mengganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara.
  - d. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

4. Patofisiologi

Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya elastisitas pada daerah tepi robekan selaput ketuban. Hilangnya elastisitas selaput ketuban ini sangat erat kaitannya dengan jaringan kolagen, yang dapat terjadi karena penipisan oleh infeksi atau rendahnya kadar kolagen. Kolagen pada selaput terdapat pada amnion di daerah lapisan

kompakta, fibroblast serta pada korion di daerah lapisan retikuler atau trofoblas.

Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban mengalami kelemahan. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Pada daerah di sekitar pecahnya selaput ketuban diidentifikasi sebagaimana suatu zona “*restricted zone of extreme altered morphologi*”.

Apoptosis yang terjadi pada mekanisme terjadinya KPD dapat melalui jalur intrinsik maupun ekstrinsik, dan keduanya dapat menginduksi aktivitas dari caspase. Jalur intrinsik dari apoptosis merupakan jalur yang dominan berperan pada apoptosis selaput ketuban pada kehamilan aterm.

Degradasi dari jaringan kolagen matriks ekstraselular dimediasi oleh enzim *matriks metalloproteinase* (MMP). Degradasi kolagen oleh MMP ini dihambat oleh *tissue inhibitor matrixmetalloproteinase* (TIMP). Pada saat menjelang persalinan, terjadi ketidakseimbangan dalam interaksi antara matrix MMP dan TIMP. Peningkatan aktivitas kolagenase dan protease, peningkatan tekanan intrauterine.

## 5. Komplikasi Ibu

- a. Infeksi intrapranatal/dalam persalinan

Jika terjadi infeksi dan kontraksi ketuban pecah maka bisa menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas.

- b. Infeksi puerpuralisis/masa nifas
- c. Dry labour/ partus lama
- d. Perdarahan post partum
- e. Meningkatnya tindakan operatif obstertri (khususnya sc)
- f. Morbiditas dan mortalitas maternal

## 6. Komplikasi Janin

- a. Prematuritas

Masalah yang dapat terjadi pada persalinan prematur diantaranya adalah respiratory distres syndrome, hypothermia, neonatal feeding problem.

- b. Prolaps funiculi/penurunan tali pusat

Hipoksia dan afiksia sekunder(kekurangan oksigen pada bayi)

- c. Sindrom deformitas janin

- d. Morbiditas dan mortalitas perinatal

Komplikasi paling sering terjadi pada ketuban pecah dini (KPD) sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernafasan, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Resiko infeksi meningkat pada kejadian ketuban pecah dini (KPD). Semua ibu hamil

dengan ketuban pecah dini (KPD) premature sebaiknya dievakuasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion). Selain itu terjadi prolaps atau keluarnya di pusat dapat terjadi pada ketuban pecah dini (KPD).

Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini (KPD) preterm. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada ketuban pecah dini (KPD) kejadiannya hamper mencapai 100% apabila ketuban pecah ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu. Infeksi intrauterine, tali pusat menumbang, prematuritas, distosia.

#### 7. Pemeriksaan Penunjang

Secara klinik diagnosa ketuban pecah dini tidak sukar di buat anamnesa pada klien dengan keluarnya air seperti kencing dengan tanda-tanda yang khas sudah dapat menilai itu mengarah ke ketuban pecah dini. Untuk menentukan betul tidaknya ketuban pecah dini dapat dilakukan dengan cara:

##### a. Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa : warna, konsetrasi, bau dan PH nya. Cairan yang keluar dari vagina bisa air ketuban atau mungkin juga urine atau sekret vagina. Tes laksmus (tes nitrazin), jika kertas laksmus merah berubah menjadi biru

menunjukkan air ketuban (alkalis). PH air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif kadang palsu.

b. Mikroskopik (tes pakis)

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

c. Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidroamnion. Walaupun pendekatan diagnose KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosa dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana.

8. Pencegahan

- a. Pemeriksaan kehamilan yang teratur
- b. Kebiasaan hidup sehat, seperti mengonsumsi makanan yang sehat, minum cukup olahraga teratur dan berhenti merokok.
- c. Membiasakan diri membersihkan daerah kealuan dengan benar, yakni dari depan kebelakang, terutama setelah berkemih atau buang air besar.
- d. Memeriksakan diri ke dokter bila ada sesuatu yang tidak normal di daerah kemaluan, misalnya keputihan yang berbau atau berwarna tidak seperti biasanya.

- e. Untuk sementara waktu, berhenti melakukan hubungan seksual bila ada indikasi yang menyebabkan ketuban pecah dini, seperti mulut rahim yang lemah.

## 9. Penatalaksanaan

### 1. Konservatif

- a. Pengelolaan konservatif dilakukan baik tidak ada penyulit baik pada ibu maupun pada janin dan harus dirawat di rumah sakit.
- b. Berikan antibiotik (ampicillin 4 x 500 mg atau eritromycin bila tidak tahan ampicillin) dan metronidazole 2 x 500 mg selama 7 hari.
- c. Jika usia kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Jika usia kehamilan 32-37 minggu. Sudah in partu, tidak ada infeksi, tes buss negative beri dexametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- e. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah in partu, tidak ada infeksi, berikan antibiotic (salbutamol) dexametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- f. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotic dan lakukan indikasi.
- g. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin)

h. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memicu kematangan paru janin, dan kalua kemungkinan periksa kadar lecitin dan spingomeilin tiap minggu. Dosis betametason 12mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, dexametason IM 5mg setiap jam sebanyak 4 kali.

2. Aktif

- a. Kehamilan lebih dari 37 minggu induksi dengan oksitosin, bila gagal *sectio caesarea*. Dapat pula diberikan misoprosol 50mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- b. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri.

10. Dampak Masalah

Jika ibu dengan KPD ini tidak segera mendapatkan tindakan maka dapat menimbulkan resiko infeksi seperti bisa kemungkinan terjadi *korioamnionitis* (radang pada korion dan amnion). Namun masalah yang paling sering terjadi pada ketuban pecah dini (KPD) sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernafasan. Semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini (KPD) premature sebaiknya dievaluasi. Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjad pada ketuban pecah dini (KPD).

Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini (KPD) preterm. *Hipoplasia* paru merupakan omplikasi fatal

yang terjadi pada ketuban pecah dini (KPD), infeksi intrauterine, tali pusat menumbang, prematuritas, distosia.

### C. Konsep Dasar Masa Nifas

#### 1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas dimulai setelah 2 jam post partum dan berakhir Ketika alat-alat kandungan Kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.

#### 2. Tujuan Pemberian Asuhan Keperawatan pada masa nifas sebagai berikut:

- a. Menjaga Kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikis.
- b. Melaksanakan skrining secara komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi, baik pda ibu maupun bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi dan perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan KB
- e. Untuk mendapatkan kesehatan emosi
- f. Memperlancar pembentukan Air Susu Ibu (ASI)

g. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal.

### 3. Perubahan fisiologis nifas

#### a. Tanda vital

Semua tanda vital harus di monitor dengan hati-hati sehingga dapat melihat status Kesehatan klien. Khususnya untuk tekanan darah, setiap 15 menit pada 1 jam pertama setelah kelahiran. Apabila stabil, biasanya diulang 30 menit pada jam kedua, selanjutnya, 1 jam sekali selama 4 jam. Pengukuran tanda-tanda vital setiap 8 jam sampai dengan pulang.

#### b. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg sistol dan 10 mmHg diastol. Biasanya setelah bersalin tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada masa post partum.

#### c. Suhu badan

Satu hari (24 jam) post partum suhu badan akan naik sedikit ( $37,5^{\circ}\text{C}$ - $38^{\circ}\text{C}$ ) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena

adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis atau system lain.

d. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali permenit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

e. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

f. Sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. bila kelahiran melalui *sectio caesarea*, maka akan kehilangan darah dapat 2 kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (blood volume) dan hematokrit (haemoconcentration). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada *sectio*

*caesarea*, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

g. Sistem endokrin

Beberapa hormon hanya memengaruhi 1 atau 2 organ, sedangkan hormon yang lainnya memengaruhi seluruh tubuh. Misalnya, TSH dihasilkan oleh kelenjar hipofisa dan hanya memengaruhi kelenjar tiroid. Hormon tiroid dihasilkan oleh kelenjar tiroid, tetapi hormon ini memengaruhi sel-sel di seluruh tubuh. Insulin dihasilkan oleh sel-sel pulau pankreas dan memengaruhi metabolisme gula, protein serta lemak di seluruh tubuh.

Selama kehamilan, plasenta juga bertindak sebagai suatu kelenjar endokrin. Hipotalamus melepaskan sejumlah hormon yang merangsang hipofisa, beberapa diantaranya memicu pelepasan hormon hipofisa dan yang lainnya menekan pelepasan hormon hipofisa. Kelenjar hipofisa kadang disebut kelenjar penguasa karena hipofisa mengkoordinasikan berbagai fungsi dari kelenjar endokrin lainnya.

h. Gastrointestinal

1) Nafsu makan

Ibu biasanya merasa lapar segera setelah melahirkan, sehingga dapat mengonsumsi makanan ringan. Ibu sering kali cepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1-2 jam posprimordial dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anestesia dan keletihan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Seringkali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.

2) Motilitas

Penurunan tonus dan motilitas otot tractus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hri setelah ibu melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pasca partum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur kembali normal.

i. Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa pasca partum. Stabilisasi sendi lengkap pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8 setelah wanita melahirkan. Setelah persalinan, dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6-8 minggu. Sedangkan kulit abdomen yang melebar selama masa kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan yang dinamakan striae. Melalui latihan postnatal, otot-otot dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam beberapa minggu.

j. Sistem urinaria (perkemihan)

Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen akan menurun, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut dengan diuresis pasca partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama pasca partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (*reversal of the water of pregnancy*).

k. System reproduksi

1) Uterus

**Tabel 2.1 Perubahan uterus selama masa nifas**

Involusi Uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi cervik
Plasenta lahir	Setengah pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut / lunak
7 hari ( 1 minggu)	Pertengahan antara pusat symopsis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

*Sumber: Setyo dan Sri, 2011.*

Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik (mati/layu). Desidua yang mati akan keluar Bersama dengan sisa cairan, suatu campuram antara darah dan cairan yang disebut lochea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

2) Lochea

Pengeluaran lochea ini biasanya berakhir dalam waktu 3-6 minggu. Lochea adalah sekresi cairan rahim selama nifas. Volume total lochea bervariasi pada setiap wanita, tapi diperkirakan berjumlah 500 ml (240-270 ml). selama respons terhadap isapan bayi menyebabkan uterus berkontraksi sehingga semakin banyak lochea yang terobservasi. Adapun macam-macam lochea antara lain:

- a) Lochea rubra (cruenta), berwarna merah tua berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan meconium selama 3 hari post partum.
- b) Lochea sanguinolenta, berwarna kecoklatan berisi darah dan lender, hari 4-7 post partum.
- c) Lochea serosa, berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, pada hari ke 7-14 post partum.
- d) Lochea alba, cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2-6 minggu post partum.

Pada kondisi tertentu Adapun lochea yang terinfeksi, yaitu lochea purulenta ditandai dengan keluarnya cairan seperti nanah berbau busuk. Dan ada juga lochea statis yaitu lochea tidak lancar keluarnya atau tertahan.

### 3) Payudara

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran Air Susu Ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan bagi bayinya dan bagi si anak akan merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa puas

aman, tenteram, hangat akan kasih saying ibunya. Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang.

Ada 2 refleks yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu, yaitu :

a) Refleks prolaktin

Menjelang akhir kehamilan, terutama hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas, karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesterone yang kadarnya masih tinggi. Setelah persalinan dan lepasnya plasenta serta kurang berfungsinya korpus luteum, maka estrogen dan progesterone sangat berkurang, ditambah lagi dengan adanya isapan bayi yang merangsang putting susu dan payudara, akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptör mekanik. Kadar prolaktin pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak ada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung.

b) Refleks oksitosin (*Let Down*)

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oksitosin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot epitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas kearah ampula.

Perubahan payudara dapat meliputi :

- (1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan
  - (2) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
  - (3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.
- 4) Perawatan payudara

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Zamzara, Ernawati, dan Susanti menunjukkan bahwa adanya pengaruh pijat oksitosin terhadap waktu pengeluaran kolostrum pada ibu post partum *sectio caesarea* yaitu menstimulasi refleks oksitosin penting dalam menyusui atau memberikan ASI sebelum ASI diperah atau menggunakan pomap. Refleks oksitosin membuat aliran ASI dari payudara menjadi lancar,

sehingga menyusui semakin lancar dan mengurangi bendungan saluran ASI. Faktor yang dapat meningkatkan refleks oksitosin adalah melihat bayi, mendengar suara bayi, mencium bayi, serta memikirkan untuk menyusui, sedangkan hal yang menghambat diantaranya adalah stress karena takut atau cemas.

a) Tujuan perawatan payudara

- (1) Memperlancar sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI dengan cara menjaga agar payudara senantiasa bersih dan terawatt karena saat menyusui payudara ibu akan kontak langsung dengan mulut bayi.
- (2) Menghindari puting susu yang sakit dan infeksi payudara, serta menjaga keindahan bentuk payudara.

b) Waktu perawatan payudara

Perawatan payudara tidak hanya dilakukan pada saat hamil saja yaitu sejak kehamilan tujuh bulan, tetapi juga dilakukan setelah melahirkan. Perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin yaitu 1-2 hari setelah bayi lahir dan dilakukan dua kali sehari sebelum mandi.

Prinsip perawatan payudara adalah sebagai berikut :

- (1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering
- (2) Menggunakan bra/BH yang menyokong payudara

- (3) Bila puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting susu setiap kali selesai menyusui. Kegiatan menyusui tetap dilakukan mulai dari puting susu yang tidak lecet
- (4) Bila lecet sangat berat, dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan sendok
- (5) Untuk menghilangkan nyeri, dapat minum paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam
- (6) Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI, lakukan:
  1. Pengompresan payudara menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit
  2. Lakukan pengurutan payudara dari arah pangkal menuju puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah “Z” menuju puting
  3. Keluarkan ASI Sebagian dari bagian depan payudara, sehingga puting susu menjadi lunak
  4. Susukan bayi setiap 2-3 jam sekali. Apabila tidak dapat menghisap, seluruh ASI dikeluarkan dengan tangan.
  5. Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui
  6. Payudara dikeringkan

c) Cara menstimulasi refleks oksitosin

(1) Bantu ibu secara psikologis:

- a. Bangkitkan rasa percaya diri
- b. Coba mengurangi sumber rasa sakit atau rasa takut
- c. Bantu ibu untuk mempunyai pikiran dan perasaan baik tentang bayinya

(2) Ajak ibu untuk ikut dalam kelompok pendukung ASI sehingga ibu dapat belajar tentang cara pemberian ASI

(3) Ajarkan kontak kulit ke kulit selama memerah ASI jika memungkinkan. Bila tidak, ibu dapat memandang bayinya atau memandang foto bayinya.

(4) Tidak minum kopi

(5) Beri kompres hangat pada payudara atau mandi air hangat

(6) Stimulasi puting susu dengan cara menarik pelan-pelan dan memutar puting susu dengan jari.

(7) Mintalah seseorang menggosok punggung. Caranya yaitu:

- a. Ibu duduk, bersandar ke depan, lipat lengan di atas sandaran meja didepannya dan letakkan kepala di atas lengannya
- b. Payudara tergantung lepas, punggung tanpa baju

- c. Gosok kedua sisi tulang punggung dengan ibu jari penolong
- d. Kepal kedua tangan seperti tinju dan ibu jari menghadap ke arah atas/depan
- e. Tekan kuat, bentuk lingkaran kecil dengan kedua ibu jarinya
- f. Gosok kea rah bawah di kedua sisi tulang belakang pada saat yang sama, dari leher kea rah tulang belikat 2-3 menit

#### 5) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks post partum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, *ostium externum* dapat dilalui oleh 2 ari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikallis. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, *ostium externum* tidak serupa dengan keadaannya dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh robekan

ke sampingnya ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks.

#### 6) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi menonjol.

Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

#### 7) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

Tipe penurunan tonus otot dan motilitas traktus intestinal berlangsung hanya beberapa waktu setelah persalinan.

Penggunaan analgetik dan anestesi yang berlebihan dapat memperlambat pemulihan kontraksi dan motilitas otot.

#### 4. Adaptasi psikologi ibu post partum

Fase adaptasi menurut rubin:

a. *Taking in* (fokus pada diri sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya, segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya.

Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

Oleh karena itu, kondisi ini perlu diahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya, di samping nafsu makan yang memang sedang meningkat.

b. *Taking hold* (fokus pada bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca persalinan, ibu menjadi khawatir akan kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayinya. Selain itu, perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

c. *Letting go (interdependent phase)*

Masa ini biasanya terjadi bila ibu sudah pulang dari RS dan melibatkan keluarga. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntunan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi sosial. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

#### **D. Pijat Oksitosin**

##### 1. Definisi

Pijat oksitosin merupakan suatu tindakan pemijatan pada tulang belakang yang dimulai pada tulang belakang sampai tulang costa kelima-keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan sehingga pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat ini akan memberikan rasa nyaman dan rileks pada ibu setelah mengalami proses persalinan sehingga tidak menghambat sekresi hormon prolaktin dan oksitosin (Sulaeman et al., 2019). Pijat oksitosin dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau refleks *let down*, dilakukan dengan cara memijat pada daerah punggung sepanjang kedua sisi tulang belakang sehingga diharapkan setelah dilakukan pemijatan ini, ibu merasa rileks dan tidak kelelahan setelah

melahirkan dapat merangsang pengeluaran hormon oksitosin (Santi, 2018).

Hasil penelitian dari Young, menjelaskan bahwa adanya hubungan pemijatan yang dilakukan di daerah vetebralis terhadap system saraf otonom sehingga serum kortisol dan tingkat norepinefrin akan diturunkan dan meningkatnya hormon oksitosin.

Berdasarkan teori dan penelitian tindakan pijat oksitosin ini dapat dilakukan oleh keluarga atau suami yang sudah dilatih dan dapat dilakukan setiap pagi dan sore selama 15-20 menit. Langkah-langkah yang dilakukan untuk pijat oksitosin yaitu yang pertama ibu melepas pakaian bagian atas dan bra, pasang handuk di pangkuan ibu, kemudian posisi ibu duduk di kursi (gunakan kursi tanpa sandaran untuk memudahkan penolong atau pemijat), kemudian lengan dilipat diatas meja didepannya dan kepala diletakkan di atas lengannya, payudara tergantung lepas tanpa baju. Melumuri kedua telapak tangan menggunakan minyak atau baby oli selanjutnya penolong atau pemijat meminjat sepanjang tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepal tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan dan menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk Gerakan-gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jari. Pada saat bersamaan, pijat kea rah bawah pada kedua sisi tulang belakang, dari leher kea rah tulang belikat.

Dari hasil beberapa penelitian menunjukkan pijat oksitosin merupakan salah satu intervensi mandiri bidan/perawat dan dapat dengan mudah dipilih dalam penatalaksanaannya untuk merangsang produksi ASI. Mekanisme kerja dalam pelaksanaan pijat oksitosin ini dapat merangsang saraf dikirim ke otak sehingga hormone oksitosin dapat keluar dan mengalir ke dalam darah kemudian masuk ke payudara dan menyebabkan otot-otot sekitar alveoli berkontraksi dan membuat ASI mengalir.

Manfaat pijat oksitosin bagi ibu nifas dan ibu menyusui, diantaranya:

- a. Mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta
- b. Mencegah terjadinya perdarahan post partum
- c. Dapat mempercepat terjadinya proses involusi uterus
- d. Meningkatkan produksi ASI
- e. Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui
- f. Meningkatkan hubungan psikologis antar ibu dan keluarga

## 2. Prosedur

**Tabel 2.2 Prosedur Pijat Oksitosin**

Pengertian	Pijat Oksitosin adalah tindakan yang dilakukan oleh suami pada ibu menyusui yang berupa back massage pada punggung ibu untuk meningkatkan pengeluaran hormon oksitosin.
Tujuan	Untuk memberikan kenyamanan pada ibu melalui pemijatan pada sepanjang tulang belakang sampai costae kelima dan keenam untuk merangsang refleks oksitosin atau reflak let down
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kursi</li> <li>2. Meja</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Minyak (minyak kelapa, minyak zaitun, baby oil)</li> <li>4. Dua buah handuk besar bersih</li> <li>5. Dua buah washlap</li> <li>6. Air hangat dalam baskom</li> </ol>
Prosedur	<p>Fase orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan</li> <li>3. Menanyakan kesiapan dan kontrak waktu</li> </ol> <p>Fase kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Meminta ibu untuk melepaskan pakaian bagian atas</li> <li>3. Memposisikan ibu duduk di kursi dan membungkuk dengan memeluk bantal atau dapat menopang diatas lengan pada meja</li> <li>4. Memasang handuk diatas pangkuhan ibu, biarkan payudara bebas tanpa bra</li> <li>5. Melumuri telapak tangan dengan minyak</li> <li>6. Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan dan ibu jari menunjuk kearah depan</li> <li>7. Menekan kedua ibu jari pada kedua sisi tulang belakang dengan membentuk Gerakan memutar kecil</li> <li>8. Pada saat bersamaan, pijat kedua sisi tulang belakang ke arah bawah leher dari leher ke arah tulang belikat selama 3-5 menit</li> <li>9. Mengulangi pemijatan hingga 3 kali</li> <li>10. Membersihkan punggung ibu dengan washlap air hangat</li> <li>11. Merapikan pasien dan alat</li> </ol> <p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi respon pasien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> <li>3. Dokumentasi</li> </ol>

Sumber : Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI 2021

## E. Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

### 1. Pengkajian

Adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

#### 1. Identitas Klien

Melibuti nama, umur, ras/suku, gravida/para, alamat dan nomor telepon, agama, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal anamnesa.

#### 2. Identitas Penanggung jawab

Melibuti nama, umur, jenis kelamin, Pendidikan, pekerjaan, agama, alamat dan hubungan dengan klien.

#### 3. Alasan datang

Alasan klien datang ke rumah sakit, yang diungkapkan dengan kata-kata sendiri.

#### 4. Riwayat Kesehatan

##### a. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Mengenai keluhan yang pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien di bawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan saat di rumah sakit.

##### b. Riwayat Kesehatan dahulu

Melibuti apakah klien pernah masuk rumah sakit dan pernah mengalami riwayat pembedahan.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi, penyakit jantung, dan sebagainya ataupun memiliki penyakit menular seperti TB.

5. Riwayat ginekologi dan obstetri

a. Riwayat ginekologi

1) Riwayat menstruasi

Umur menarche, frekuensi jarak atau siklus, jumlah darah keluar, karakteristik darah, HPHT, dismenorea penggunaan produk sanitari.

2) Riwayat perkawinan

Nikah atau tidak, berapa kali nikah, berapa lama nikah.

3) Riwayat keluarga berencana

Pola hidup seksual, frekuensi berhubungan , kelainan dan masalah seksual, dan lain-lain.

b. Riwayat obstetri

1) Riwayat kehamilan dahulu

Tanggal terminasi, usia gestasi, tempat lahir, bentuk Salinannan, masalah obstetric, jalannya persalinan yang lampau.

2) Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, Gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan

berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksa kehamilannya.

3) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

4) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan yang keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama.

5) Riwayat Nifas Dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

6) Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus setinggi pusat.

6. Pengkajian pola fungsional

a. Pola nutrisi

Mencakup makan: frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, Riwayat alergi terhadap makanan dan minuman: jumlah, jenis minuman dan frekuensi.

Pada ibu post section caesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat section caesarea.

b. Pola eliminasi

Mencakup kebiasaan BAB: frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK: frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hypotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

c. Pola istirahat dan tidur

Mencakup tidur malam: waktu dan lama, tidur siang: waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan sectio caesarea.

d. Personal hygiene

Mencakup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan section caesarea

yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

e. Aktifitas dan latihan

Merupakan kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit.

7. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan fisik ibu

1) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post SC biasanya kesadaran komposmentis, dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

2) Tanda-tanda vital

Pada tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu, yaitu mencapai 36-37°C, dengan frekuensi nadi 65-80 kali/menit pada hari pertama dan normal kembali pada hari ketiga tekanan darah dan respirasi normal.

3) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan.

4) Pemeriksaan fisik ibu

a) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.

b) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum.

c) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan pada sistem penglihatan, fungsi penglihatan.

d) Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pada fungsi pendengaran.

e) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, warna mukosa, dan fungsi penciuman.

f) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil, dan nyeri pada saat menelan.

g) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidak peningkatan vena jugularis, ada tidak kaku duduk.

h) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan.

i) Abdomen

Pada hari pertama, tinggi fundud uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi section caesarea.

j) Punggung dan bokong

Bentuk, ada tidaknya lesi, ada tidak kelainan tulang belakang.

k) Genitalia

Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.

l) Anus

Hemoroid (varises anus) umum ditemui. Hemoroid interna dapat terbuka saat ibu mengejan ketika melahirkan.

m) Ekstermitas

Adaptasi sistem musculokeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravid ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar. Serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

5) Pemeriksaan Fisik Bayi

a) Keadaan umum

Melibuti tampilan, dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR Score.

b) Antropometri

Meliputi pengukuran berat badan, Panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar lengan atas.

8. Data psikologis

Pada hari pertama sampai kedua merupakan fase ibu lebih mudah tersinggung, untuk itu perlu dipahami dengan menjaga pesan ibu dan menjaga komunikasi dengan baik.

9. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemantauan janin terhadap Kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
- d. Golongan darah
- e. Urinalisis
- f. Utrasonografi

10. Analisa Data

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisa sehingga dapat menentukan masalah keperawatan klien. Langkah awal dari perumusan diagnose atau masalah adalah pengolahan data dan analisa data dengan menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada post section caesarea menurut buku SDKI 2017:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi (D.0142)
- d. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- f. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflek oksitosin (D.0054)
- g. Defisit pengetahuan tentang Teknik menyusui (D.0111)

## 3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah sesuai diagnose yang telah ditegakkan untuk memenuhi kebutuhan klien.

### a. Nyeri Akut (D.0077)

#### 1. Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2. Penyebab:

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3. Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

4. Gejala dan tanda minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Obyektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

5. Luaran

Tingkat nyeri (L.08066) yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan

berintensitas ringan hingga berat dan konstan, dengan kriteria hasil:

1. Keluhan nyeri menurun
  2. Meringis menurun
  3. Sikap protektif menurun
  4. Gelisah menurun
  5. Kesulitan tidur menurun
  6. Perineum terasa tertekan menurun
  7. Uterus teraba membulat menurun
  8. Ketegangan otot menurun
  9. Pola nafas membaik
  10. Tekanan darah membaik
  11. Fungsi berkemih membaik
  12. Nafsu makan membaik
  13. Pola tidur membaik
6. Intervensi

Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal

d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

c) Fasilitasi istirahat dan tidur

d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

d) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat

- e) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian anaestetik, jika perlu

**b. Gangguan Pola Tidur (D.0055)**

1. Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

2. Penyebab:

- a. Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)

- b. Kurang kontrol tidur

- c. Kurang privasi

- d. Restraint fisik

- e. Ketiadaan teman tidur

- f. Tidak familiar dengan peralatan tidur

3. Gejala dan tanda mayor

Subyektif : Mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif : (tidak tersedia)

4. Gejala dan tanda minor

Subyektif : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif: (tidak tersedia)

5. Luaran

Pola tidur (L.05045) yaitu keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur, dengan kriteria hasil:

- a. Keluhan sulit tidur membaik
- b. Keluhan sering terjaga membaik
- c. Keluhan tidak puas tidur membaik
- d. Keluhan pola tidur berubah membaik
- e. Keluhan istirahat tidak cukup membaik

6. Intervensi

Dukungan tidur (I.09265)

Observasi :

- a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- d) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik :

- a) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- b) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- c) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- d) Tetapkan jadwal tidur rutin
- e) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
- f) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

#### Edukasi

- a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- b) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- c) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- d) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
- e) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
- f) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya).

**c. Resiko Infeksi (D.0142)**

## 1. Definisi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

## 2. Faktor risiko

- a) Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasive
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
  - 1) Gangguan peristaltik
  - 2) Kerusakan integritas kulit
  - 3) Perubahan sekresi pH
  - 4) Penurunan kerja siliaris
  - 5) Ketuban pecah lama
  - 6) Ketuban pecah sebelum waktunya
  - 7) Merokok
  - 8) Statis cairan tubuh
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:
  - 1) Penurunan hemoglobin
  - 2) Imununosupresi
  - 3) Leukopenia
  - 4) Supresi respon inflamasi

5) Vaksinasi tidak adekuat

3. Luaran

Tingkat infeksi (L.14137) yaitu derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi, dengan kriteria hasil:

- a. Demam menurun
- b. Kemerahan menurun
- c. Nyeri menurun
- d. Bengkak menurun
- e. Vesikel menurun
- f. Cairan berbau busuk menurun
- g. Kadar sel darah putih membaik
- h. Kultur darah membaik
- i. Kultur area luka membaik

4. Intervensi

Pencegahan infeksi (I.14539)

Observasi :

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

Terapeutik :

- a) Batasi jumlah pengunjung
- b) Berikan perawatan kulit pada area edema
- c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d) Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi

Edukasi :

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- c) Ajarkan etika batuk
- d) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

**d. Ansietas (D.0080)**

1. Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

2. Penyebab:

- a. Krisis situasional
- b. Kebutuhan tidak terpenuhi
- c. Krisis maturasional
- d. Ancaman terhadap konsep diri
- e. Ancaman terhadap kematian
- f. Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g. Disfungsi sistem keluarga

- h. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
  - i. Kurang terpapar informasi
3. Gejala dan tanda mayor
- Subyektif : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi
- Obyektif : tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur
4. Gejala dan tanda minor
- Subyektif : mengeluh pusing, anoreksiam palpitasi, mersa tidak berdaya
- Obyektif : frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu
5. Luaran
- Tingkat Ansietas (L.09093) yaitu kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman, dengan kriteria hasil:
- a. Verbalisasi kebingungan menurun
  - b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
  - c. Perilaku gelisah menurun
  - d. Perilaku tegang menurun

- e. Frekuensi pernapasan menurun
  - f. Frekuensi nadi menurun
  - g. Tekanan darah menurun
  - h. Konsentrasi membaik
  - i. Pola tidur membaik
  - j. Perasaan keberdayaan membaik
  - k. Kontak mata membaik
  - l. Orientasi membaik
6. Intervensi

#### Reduksi Ansietas (I.09314)

Observasi :

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)
- b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik :

- a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas
- d) Dengarkan dengan penuh perhatian
- e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

- f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- g) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- h) Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi :

- a) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- b) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- c) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
- d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- e) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- h) Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

#### **e. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)**

##### 1. Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

##### 2. Penyebab:

- a. Kerusakan integritas struktur tulang

- b. Perubahan metabolisme
  - c. Ketidakbugaran fisik
  - d. Penurunan kendali otot
  - e. Penurunan massa otot
  - f. Penurunan kekuatan otot
  - g. Kekakuan sendi
  - h. Nyeri
3. Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas  
Objektif : kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun
  4. Gejala dan tanda minor

Subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak  
Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, fisik lemah
  5. Luaran

Mobilitas Fisik (L.05042) yaitu kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri, dengan kriteria hasil:

    - a. Pergerakan ekstermitas meningkat
    - b. Kekuatan otot meningkat
    - c. Rentang gerak (ROM) meningkat

- d. Nyeri menurun
- e. Kecemasan menurun
- f. Kaku sendi menurun
- g. Kelemahan fisik menurun

#### 6. Intervensi

Dukungan ambulasi (I.06171)

Observasi :

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik :

- a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)
- b) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
- c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi :

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- b) Anjurkan melakukan ambulasi dini

c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.

Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

**f. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)**

1. Definisi

Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui.

2. Penyebab

Fisiologis

- a. Ketidakadekuatan suplai ASI
- b. Hambatan pada neonatus (mis. Prematuritas, sumbing)
- c. Anomali payudara ibu (mis. Putting yang masuk ke dalam)
- d. Ketidakadekuatan refleks oksitosin
- e. Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi
- f. Payudara bengkak
- g. Riwayat operasi payudara
- h. Kelahiran kembar

Situasional

- a. Tidak rawat gabung
- b. Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui
- c. Kurangnya dukungan keluarga
- d. Faktor budaya

### 3. Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Kelelahan maternal, kecemasan maternal

Objektif : Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes/memancar, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

### 4. Gejala dan tanda minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Intake bayi tidak adekuat, Bayi menghisap tidak terus menerus, Bayi menangis saat disusui, Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui, Menolak menghisap.

Kondisi klinis terkait:

- a. Abses payudara
- b. Mastitis
- c. *Carpal tunnel syndrome*

### 5. Luaran

Status menyusui (L.03039) yaitu Kemampuan memberikan ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, dengan kriteria hasil:

- a. Perlekatan bayi pada payudara ibu membaik
- b. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar membaik

- c. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam membaik
  - d. Berat badan bayi meningkat
  - e. Tetesan/pancaran ASI meningkat
  - f. Suplai ASI adekuat meningkat
  - g. Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat
  - h. Kepercayaan diri ibu meningkat
  - i. Bayi tidur setelah menyusui meningkat
  - j. Payudara ibu kosong selelah menyusui meningkat
  - k. Intake bayi meningkat
  - l. Hisapan bayi meningkat
6. Intervensi

Edukasi Menyusui (I. 12393)

Observasi :

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
  - b) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui
- Terapeutik
- a) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
  - b) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
  - c) Berikan kesempatan untuk bertanya
  - d) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
  - e) Berikan teknik pijat Oksitosin untuk meningkatkan menyusui efektif

f) Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat

Edukasi :

- a) Berikan konseling menyusui
- b) Jelaskan manfaat menyusui pada ibu dan bayi
- c) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar
- d) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
- e) Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)

**g. Defisit pengetahuan (D.0111)**

1. Definisi

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

2. Penyebab

- a. Keteratasan kognitif
- b. Gangguan fungsi kognitif
- c. Kekeliruan mengikuti anjuran
- d. Kurang terpapar informasi
- e. Kurang minat dalam belajar
- f. Kurang mampu mengingat

g. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

3. Gejala dan tanda mayor

Subjektif : menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif : menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

4. Gejala dan tanda minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria)

5. Luaran

Tingkat pengetahuan (L12111) yaitu kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, dengan kriteria hasil:

- a. Perilaku sesuai anjuran membaik
- b. Verbalisasi minat dalam belajar membaik
- c. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik membaik
- d. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik membaik
- e. Perilaku sesuai dengan pengetahuan membaik
- f. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun
- g. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat membaik

## 6. Intervensi

Edukasi Kesehatan (I. 12383)

Observasi :

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik :

- a) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
- b) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

- a) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
- b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

## 4. Implementasi

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.

## 5. Evaluasi

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.

## F. Metodologi

### 1. Jenis, rancangan penelitian dan pendekatan

Jenis penelitian yang digunakan dalam karya tulis ini yaitu Kuantitatif research. Pada pendekatan kuantitatif ini menekankan pada Analisa pada proses penyimpulan deduktif dan induktif.

Penelitian pendekatan menggunakan studi kasus karena peneliti akan menerapkan intervensi, melakukan pengamatan kepada klien dengan masalah menyusui tidak efektif post section caesarea.

### 2. Subjek penelitian

Subjek penelitian ini yaitu Ny.X yang tengah mengalami menyusui tidak efektif post section caesarea.

### 3. Waktu dan tempat

Peneliti berencana akan melakukan penelitian di Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi selama 3 hari minimal perawatan dengan waktu yang belum ditentukan.

### 4. Fokus studi

Karya Tulis Ilmiah ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan maternitas dengan focus intervensi pijat oksitosin terhadap peningkatan menyusui tidak efektif pada post section caesarea.

### 5. Instrument pengumpulan data

Instrument penelitian ini berupa kuesioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir lainnya yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya. Apabila data yang dikumpulkan ini adalah berupa data yang menyangkut pemeriksaan fisik maka instrument penelitian ini dapat berupa stetoskop, tensi meter, timbangan, meteran atau alat antropometri lainnya untuk mengukur gizi dan sebagainya.

Seluruh instrument yang digunakan dalam pengumpulan data di sesuaikan dengan rencana atau konsep penelitian yang akan dilakukan dalam penelitian. Adapun instrument lain yang akan dilakukan pengumpulan data yaitu, skala nyeri dan lain sebagainya.

## 6. Metode pengumpulan data

Pengambilan data dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan metode sebagai berikut:

- a. Wawancara, merupakan kegiatan menanyai secara langsung kepada responden yang akan diteliti dengan instrument yang dapat digunakan berupa pedoman wawancara, checklist atau daftar periksa.
- b. Observasi merupakan pengamatan secara langsung kepada responden untuk mengetahui perubahan atau hal yang akan diteliti dengan instrument yang dapat digunakan berupa lembar observasi dan panduan pengamatan.
- c. Studi dokumen atau teks merupakan pengkajian dari dokumen tertulis seperti buku, jurnal dan catatan kasus. Teknik pengkajian dalam penulisan karya tulis ilmiah yaitu dengan menggunakan data yang diperoleh secara langsung dari klien dan data yang didapatkan dari catatan, buku, laporan pemerintah.

## 7. Etika penelitian

Etika penelitian yang digunakan untuk melindungi hak-hak calon responden yang akan menjadi bagian penelitian sebagai berikut:

- a. *Informed consent*, bentuk persetujuan responden agar mengetahui maksud dan tujuan penelitian
- b. *Anonymity*, bentuk untuk menjaga kerahasiaan responden dengan tidak mencantumkan identitas responden secara lengkap mulai dari

nama, alamat tetapi cukup memberikan inisial yang menunjukkan identitas responden tersebut.

- c. *Confidential*, usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi yang telah diberikan responden dengan menyimpan dalam bentuk file dan diberikan password dan data bentuk laporan asuhan keperawatan.
- d. Disimpan di ruang rekam medis rumah sakit.