

BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Teori Preeklampsia

1. Definisi

Preeklampsia adalah kondisi yang umum dialami ibu hamil tapi etiologinya masih belum banyak diketahui. Preeklampsia dimulai dengan peningkatan berat badan diikuti edema pada kaki atau tangan, kenaikan tekanan darah, dan kemudian jadi proteinuria, langkah pencegahan kejadian preeklampsia adalah dengan perbaikan pola makan, istirahat yang cukup, dan pengawasan anenatal (Manuaba dalam Ahmad, dkk., 2019)

Preeklampsia merupakan gangguan sistem organ pada masa kehamilan dan sering menjadi penyebab meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan anak terutama sebelum masa usia kehamilan aterm. Preeklampsia merupakan suatu keadaan hipertensi dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang terjadi pada masa kehamilan dengan usia kehamilan ibu ≥ 20 minggu terjadi proteinuria. Preeklampsia berat adalah kondisi ibu hamil dengan tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg disertai dengan proteinuria (Muhammad Ibnu Annafi & Budyono, 2022)

Salah satu faktor risiko kejadian preeklampsia adalah umur ibu yang berusia diatas 35 tahun dihubungkan dengan kejadian preeklampsia/eklampsia, selain itu kejadian preeklampsia juga

dikaitkan dengan ibu yang memiliki status sosial ekonomi yang kurang (Ahmad et al., 2019)

Ibu hamil dengan riwayat preeklampsia memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami preeklampsia dikehamilan selanjutnya (Mahande dalam Ahmad et al., 2019). Faktor lain yang dikaitkan dengan kejadian preeklampsia adalah paritas, keturunan, dan hipertensi (Fatmawati dalam Ahmad et al., 2019). Ibu yang memiliki riwayat hipertensi berisiko mengalami kejadian hipertensi pada masa kehamilan

Pada umumnya, ibu yang pendidikannya tinggi maupun berpendidikan rendah memiliki kesempatan yang sama untuk mengalami preeklampsia (Middendorp dalam Ahmad et al., 2019). Faktor lain berdasarkan penelitian Nur dan Ariffudin, (2017) menemukan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap kejadian preeklampsia adalah primigravida, kunjungan Antenatal Care, dan obesitas (Ahmad et al., 2019)

2. Klasifikasi Preeklampsia

Menurut (Padila, 2015), preeklampsia digolongkan menjadi 2 yaitu preeklampsia ringan dan preeklampsia berat, dijelaskan sesuai kategori sebagai berikut :

1. Preeklampsia Ringan
 - a) Ditandai dengan tekanan darah sebesar 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang atau ditandai

dengan kenaikan diatolik sebesar 15 mmHg atau lebih, ditandai dengan kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Pengukuran tekanan darah dilakukan pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak pemeriksaan 1 jam, sebaiknya dengan jarak 6 jam

- b) Edema umum pada kaki, jari tangan, dan muka atau ditandai dengan kenaikan kenaikan berat 1 kg atau lebih perminggu.
- c) Proteinuria kuantitatif 0,3 gram atau lebih

2. Preeklampsia Berat

- a) Ditandai dengan tingginya tekanan darah sebesar 160/110 mmHg
- b) Proteinuria 5 gr atau lebih perliter
- c) Oliguria, yaitu jumlah urin yang kadang dari 500 cc/24 jam
- d) Disertai gangguan serebral. Gangguan visus dan rasa nyeri pada episgastrium
- e) Terdapat edema dan paru sianosis

3. Etiologi

Penyebab preeklampsia dan eklampsia sampai sekarang belum di ketahui. Telah terdapat banyak teori yang mencoba menerangkan sebab penyakit tersebut, akan tetapi tidak ada yang memberikan jawaban yang memuaskan (Wiknjosastro dalam Andarini et al, 2016)

Terdapat banyak faktor resiko untuk terjadinya hipertensi dalam kehamilan menurut Cunningham (2012) menyatakan faktor

hipertensi dalam kehamilan adalah sebagai berikut (Andarini & Wahyuningsih, 2016):

1. Paritas
2. Hiperplasentosis (mola hidatidosa, kehamilan gand, diabetes melitus, gestasional, bayi besar)
3. Umur yang ekstrim
4. Riwayat keluarga yang pernah preeklampsia/eklampsia
5. Penyakit hipertensi yang sudah ada sebelum hamil
6. Obesitas.

4. Manifestasi Klinis

Dibawah ini adalah tanda dan gejala pada preeklampsia :

1. Hipertensi

Tekanan darah sistolik dan diastolik $\geq 140/90$ mmHg.

Pengukuran tekanan darah sekurang-kurangnya dilakukan 2 kali selang 4 jam. Kenaikan tekanan darah sistolik ≥ 30 mmHg dan kenaikan tekanan darah diastolik ≥ 15 mmHg. Sebagai parameter hipertensi sudah tidak dipakai lagi.

2. Odema

Timbulnya odema didahului oleh penambahan berat badan $\frac{1}{2}$ kg seminggu atau 3 kg dalam sebulan. Timbulnya preeklampsia harus dicurigai.

3. Proteinuria

Sering ditemukan pada preeklampsia yang kiranya karena vasospasme pembuluh darah ginjal. Proteinuria biasanya timbul lebih lambat dari hipertensi dan edema.

Terdapat manifestasi klinis preeklampsia berat yang lainnya yaitu :

- a) Sakit kepala yang berat
- b) Masalah kesehatan
- c) Pandangan kabur
- d) Nyeri epigastrium
- e) Mual atau muntah
- f) Emosi mudah marah
- g) Hingga syok dan kematian

5. Fisiologi

Perubahan fisiologi wanita hamil segala perubahan fisik yang dialami wanita selama hamil berhubungan dengan beberapa sistem yang disebabkan oleh efek khusus dari hormon. Perubahan ini terjadi dalam rangka persiapan perkembangan janin, menyiapkan tubuh ibu untuk bersalin, perkembangan payudara untuk pembentukan/produksi air susu selama nifas (Salamah dkk, 2016)

a. Uterus

Uterus akan membesar pada bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan oleh hipertrofi otot polos uterus.

Pada bulan-bulan pertama kehamilan berbentuk uterus seperti berbentuk buah advokat, agak gepeng. Pada kehamilan 4 bulan uterus berbentuk bulat dan pada akhir kehamilan kembali seperti semula, lonjong seperti telur (Wiknjosastro, 2006)

Perkiraan umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri :

- 1) Pada kehamilan 4 minggu fundus uteri belum teraba
- 2) Pada kehamilan 8 minggu, uterus membesar seperti telur bebek fundur uteri berada dibelakang simfisis
- 3) Pada kehamilan 12 minggu kira-kira sebesar telur angsa, fundus uteri 1-2 jari atas simfisis pubis.
- 4) Pada kehamilan 16 minggu fundus uteri kira-kira pertegahan simfisis dengan pusat
- 5) Kehamilan 20 minggu, fundus uteri 2-3 jari dibawah pusat
- 6) Kehamilan 24 minggu, fundus uteri kira-kira setinggi pusat
- 7) Kehamilan 28 minggu, fundus uteri 2-3 jari diatas pusat
- 8) Kehamilan 32 minggu, fundus uteri pertengahan umbilikus dan prosessus xypoideus.
- 9) Kehamilan 36-38 minggu, fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah prosessus xypoideus.
- 10) Kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun kembali kira-kira 3 jari dibawah prosessus xypoideus

b. Vagina

Vagina dan vulva mengalami perubahan akibat hormon estrogen sehingga tampak lebih merah, agak kebiru-biruan. Tanda ini disebut tanda Chadwick (Wiknjosastro, 2006)

c. Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum gradivitatis sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Namun akan mengecil setelah plasenta terbentuk, korpus luteum ini mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat laun fungsi ini akan diambil oleh plasenta (Wiknjosastro, 2006).

d. Payudara

Payudara akan mengalami perubahan, yaitu membesar dan tegang akibat hormon somatomammotropin, estrogen, dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan air susu. Areola mammapun tampak lebih gelap karena hiperpigmentasi (Wiknjosastro, 2006)

e. Sistem sirkulasi

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula. Volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidremia. Volum darah akan bertambah kira-

kira 25%, dengan puncak kehamilan 32 minggu diikuti dengan cardiac output yang meninggi kira-kira 30%.

f. Sistem Respirasi

Wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh rasa sesak nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu keatas karena usus tertekan oleh uterus yang membesar kearah diagfragma sehingga diagfarga kurang leluasa bergerak .

g. Traktus Digestivus

Pada bulan pertama kehamilan terdapat perasaan enek (nausea) karena hormon meningkat. Tonus otot traktus digestivus juga menurun. Pada bulan-bulan pertama kehamilan tidak jarang dijumpai gejala muntah pada pagi hari yang dikenal sebagai moorning sickness dan bila terlampau sering dan banyak dikeluarkan disebut hiperemesis gravidarium.

h. Traktur urinarius

Pada bulan- bulan pertama kehamilan kandung kemih tertekan oleh uterus yang membesar sehingga ibu lebih sering kencing dan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan, namun akan timbul lagi pada akhir kehamilan karena bagian terendah janin mulai turun memasuki pintu atas panggul.

i. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigment dan hiperpigmentasi karena pengaruh hormon Melanophore Stimulating Hormone

(MSH) yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi, dan hidung, dikenal sebagai striae livide.

j. Metabolisme dalam kehamilan

Pada wanita hamil Basal metabolik Rate (BMR) meningkat hingga 12-20%. Kelenjar gondok juga tamoak lebih jelas, hal ini ditemukan pada kehamila trimester akhir. Protein yang diperlukan sebanyak 1gr/kg BB perhari untuk perkembangan badan, alat kandungan, mammae, dan untuk janin serta simpan pula untuk laktasi nanti. Janin membutuhkan 30-40 gr kalsium untuk pembentukan tulang terutama pada trimester ketiga. Dengan demikian makanan ibu hamil harus mengandung kalsium, paling tidak 1,5-2,5 grperharinya sehingga diperkirakan 0,2 -0,7 gr kalsium yng tertahan untuk keperluan janin sehingga tidak akan mengganggu kalsium ibu. Wanita hamil juga memerlukan tambahan zat besi sebanyak 800 mg untuk pembentukan hemoglobin dalam dara sebagai persiapan agar tidak terjadi peredaan darah pada waktu persalinan.

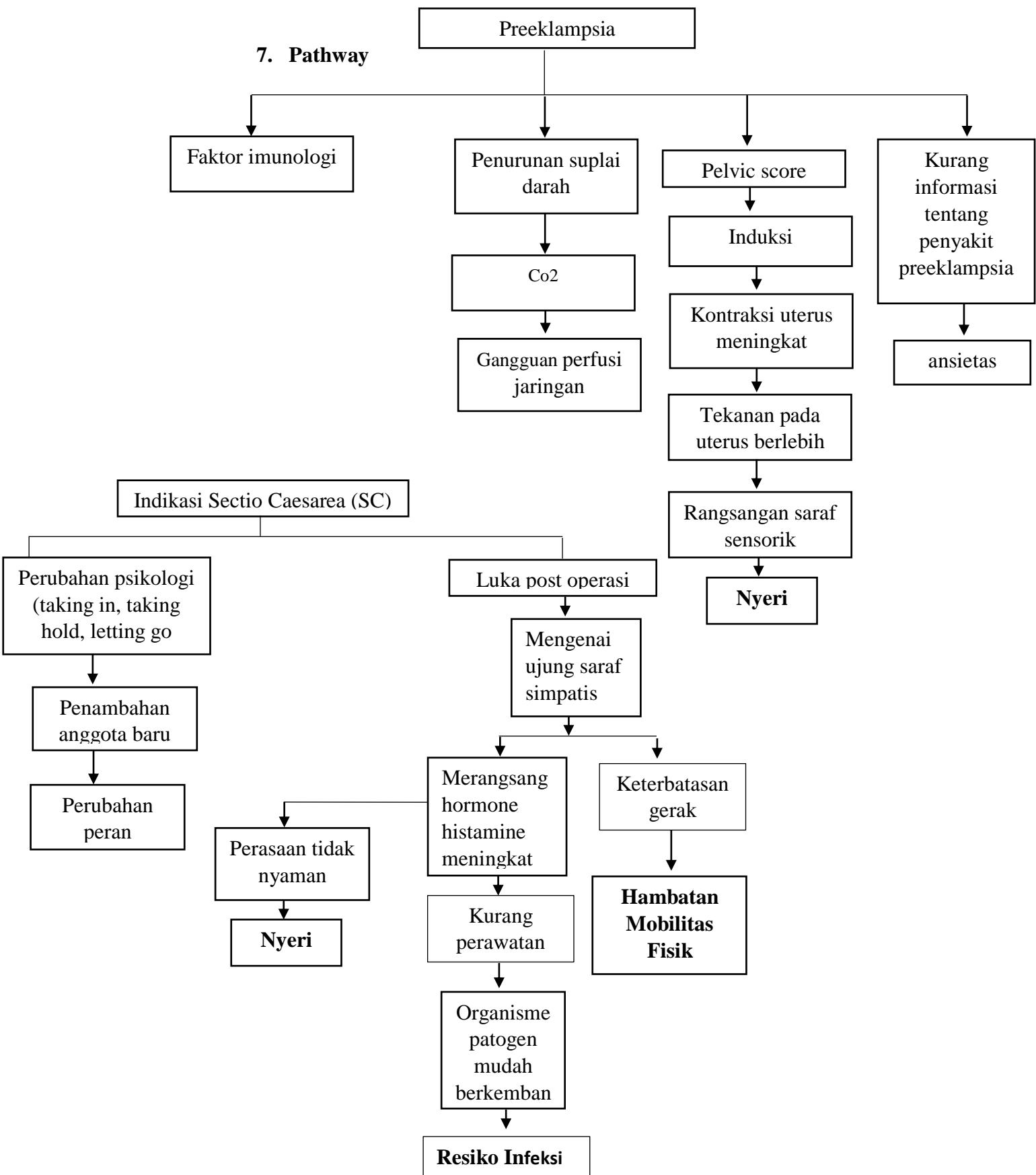
k. Kenaikan Berat Badan

Peningkatan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Perkiraan peningkatan berat badan adalah 4kg dalam kehamilan 4 minggu, dan 8,5 kg

dalam 20 minggu kedua (0,4 kg/minggu dalam trimester akhir) jadi totalnya 12,5 kg.

6. Patofisiologi

Pada beberapa wanita hamil, terjadi peningkatan sensitivitas vaskuler terhadap angiotensin II. Peningkatan ini menyebabkan hipertensi dan kerusakan vaskuler, akibat akan terjadi vasopasme. Vasopasme menurunkan diameter pembuluh darah semua organ, fungsi fungsi organ seperti plasenta, ginjal, hati, dan otak menurun sampai 40-60%. Gangguan plasenta menimbulkan degenari pada plasenta dan kemungkinan terjadi IUFD pada fetus. Aktivitas uterus dan sensitivitas terhadap oktoksin meningkat (Maryunani dalam Made Yoga Putra, 2015)



8. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada preeklampsia dapat terjadi pada ibu dan janin menurut (Sarwono dalam Kasnur dkk., 2020):

Pada ibu:

- a) Kerusakan Sistem syaraf pusat
- b) Pendarahan intrakrinal
- c) Solusio plasenta gagal jantung
- d) Gagal ginjal
- e) Gangguan fungsi hati
- f) Edema

Pada Janin :

- a) Intrauterine fetal growthrestriction
- b) Prematur
- c) Sindroma stress
- d) Kematian janin
- e) Kematian neonatal
- f) Pendarahan intraventikular

9. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan khusus berupa ECG (eko cardiografi), pemeriksaan mata, pemeriksaan USG ginjal. Pemeriksaan laboratorium lain ialah fungsi ginjal, fungsi hepar, Hb, hemaktokrit, dan trombosit.

b. Pemeriksaan Janin

Perlu dilakukan pemeriksaan ultrasonografi janin, bila dicurigai IUGR, dilakukan NST dan profil biofisik.

c. Pemeriksaan urin protein

Dilakukan untuk mendeteksi protein sampai berapa dan apakah menuju tanda tanda preeklampsia berat atau bahkan eklampsia. Proteinuria adalah adanya 300 mg protein dalam urin selama 24 jam atau sama dengan lebih besar sama dengan 1+ dipstick (Sarwono Prawiroharjo, 2008)

10. Penatalaksanaan

Menurut (Pratiwi, 2020) preeklampsia dapat dicegah yaitu dengan 3 hal yang pertama dilakukan pemeriksaan anenatal yang teratur dan bermutu secara teliti harus selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya preeklampsia jika memiliki faktor predisposisi, dan memberikan penerangan terkait manfaat istirahat dan tidur, ketenangan, serta penting dalam mengatur konsumsi rendah garam, rendah lemak, karbohidrat, serta protein dan menjaga kenaikan berat badan berlebih, selain itu penatalaksanaan pasie yang mengalami preeklampsia pada masa kehamilan perlu dillakukan penatalaksanaan secara optimal yaitu dengan mengobservasi untuk mendeteksi adanya gejala atau tanda sehingga dapat segera di diagnosis dan diberi penatalaksanaan yang sesuai. Salah satu penatalaksanaan yang dapat dilakukan yaitu dengan pemberian magnesium sulfat ($MgSO_4$) yaitu

senagai antagonis kalsium yang bekerja diotot polos pembuluh darah yang dapat menyebabkan penurunan kalsium intraselular sehingga terjadi relaksasi arteri. Meredakan vasospasme, dan menurunkan tekanan darah (Apriyana dalam Rini, 2019). Menurut (Desmawati et al, 2020) prilaku dan gaya hidup sehat berpengaruh penting dalam tingkat kesehatan ibu hamil dan janin.

Terdapat perbedaan manajemen hipertensi pada kehamilan dan luar kehamilan merupakan managemen esensial yang bersifat kronis. Terapi hipertensi diluar kehamilan ditunjukan untuk mencegah komplikasi angka panjang, seperti stroke dan infard miokard, sedangkan hipertensi pada kehamilan biasanya kembali normal saat post partum, sehingga terapi tidak di tujuhan untuk pencegahan komplikasi jangka panjang. Preeklampsia berisiko menjadi eklampsia sehingga diperlukan penurunan tekanan darah yang cepat pada preeklampsia berat. Selain itu, preeklampsia melibatkan komplikasi multisistem dan disfungsi endotel, meliputi kecenderungan protrombotik, penurunan volume intravaskuler, dan peningkatan permeabilitas endotel (Myrtha. R, 2015).

Manuaba (2009) menerangkan, dapat ditangani secara aktif atau konservatif, aktif berarti kehamilan diakhiri/diterminasi dengan pengobatan medis. Konservatif berarti kehamilan dipertahankan bersama dengan pengobatan medis. Konser0vatif berarti kehamilan

dipertahankan bersama dengan pengobatan medis. Tetap pemantauan janin dengan klinis, USG, kardiografi.

a. Penanganan aktif

- 1) Penderita harus segera dirawat, sebaiknya dirawat diruangan khusus dikamar bersalin. Penderita ditangani aktif apabila :
 - a) Ada tanda tanda impending eklampsia
 - b) Ada help syndrome
 - c) Ada kegagalan penanganan konservatif
 - d) Ada tanda-tanda gawat janin atau usia kehamilan lebih 35 tahun atau lebih

2) Pengobatan medis

- a) Diberikan obat anti kejang MgSO₄ dalam infus dextrose 5% sebanyak 500cc tiap 6 jam
- b) Obat antihipertensi diberikan bila tekanan darah sistolik lebih dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 110 mmHg
- c) Obat nifedepin dengan dosis 3-4 kali 10 mg oral. Bila dalam 2 jam belum turun dapat diberikan tambahan 10 mg lagi

b. Penanganan Konsepatif

1. Pada kehamilan kurang dari 3,5 minggu tanpa disertai tanda tanda impending eklampsi dengan janin keadaan baik dilakukan penanganan konservatif. Sama dengan pengobatan medis MgSO₄ dihentikan bila ibu sudah mencapai tanda -tanda preeklampsia ringan, selambatnya dalam waktu 24 jam. Bila

sesudah 24 jam tidak ada perbaikan makan keadaan ini dianggap sebagai kegagalan pengobatan dan segera dilakukan terminasi

2. Menjelaskan tentang manfaat istirahat dan diet berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berbaring ditempat tidur namun pekerjaan sehari-hari perlu dikurangi dan anjurkan lebih banyak duduk dan berbaring. Diet tinggi protein dan rendah lemak, karbohidrat, garam dan penambahan berat badan yang tidak berlebihan dianjurkan

Mengenal secara dini preeklampsia dan segera merawat penderita tanpa memberikan deuretik dan obat antihipertensi dan segera merawat penderita tanpa memberikan deuretik dan obat anti hipertensi, memang merupakan kemauan yang penting dari pemeriksaan anenatal yang baik.

B. Konsep Teori Sectio Caesarea

1. Definisi

Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang dioerlukan 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 (Kristensen dalam Arda dkk., 2021)

Menurut Wahyu dalam (Arda & Hartaty, 2021) bahwa sectio caesarea adalah salah satu pengeluaran fetus melalui sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (laparotomy) dan uterus (hiskotomi) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Sectio caesarea adalah suatu tindakan melahirkan bayi dengan berat diatas 5000 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh.

2. Klasifikasi Sectio Caesarea

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

1. Segmen bawah : insisi melintang

Karena cara ini memngkinkan kelahiran perabdominam yang aman sekalipun 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 extraeritoneal 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 menyelesaiakannya 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. 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

7. 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.

8. Penatalaksanaan

Cunningham, F Garry (2015) mengatakan bahwa penatalaksanan 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

C. Konsep Teori Post Partum

1. Definisi

Masa nifas atau post partum disebut juga puerperium yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “Puer” yang artinya bayi dan “Parous” berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan (Anggraeni dalam Ambarwati, 2018)

Masa nifas (puerperium) dimulai sejak plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Puerperium (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal. Jadi masa nifas adalah masa yang dimulai dari plasenta lahir sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, dan memerlukan waktu kira-kira 6 minggu. (Ambarwati, 2018)

2. Tahap-tahap Masa Nifas

Tahapan masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Puerperium Dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b. Puerperium Intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu

c. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan (Anggraeni, 2010).

3. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain (Anggraeni, 2010) :

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan

melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU).

2) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya

a) Lokhea Rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium

b) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

c) Lokhea serosa Lokhea

ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke- 14.

d) Lokhea alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum. Lokhea yang menetap pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “lokhea purulenta”. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut “lokhea statis”.

3) Perubahan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan 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 lebih menonjol.

4) Perubahan Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju.

Pada post partum hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

b. Perubahan 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 pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

c. Perubahan Sistem

Perkemihan Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang besifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Akibat peregangan selama hamil akan berakibat terjadi penurunan tonus otot abdomen dan akan tampak dinding perut lembut dan lentur, pada akhir periode post partum itu akan kembali seperti semula dengan latihan senam nifas. Sebagian besar ibu melakukan mabulasi pada 4-8 jam setelah melahirkan. Ambulasi dini dini digunakan untuk mencegah komplikasi, meningkatkan involusi, dan memperbaiki sikap emosional. Mobilitas sendi panggul dan peningkatan mobilitas terjadi dalam 68 minggu setelah melahirkan (Maryunani, 2015)

e. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompenasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain:

1) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ}\text{C}$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklampsi post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyutnadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga

akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

D. Konsep Bayi Baru Lahir

1. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan BB lahir 2500 gr sampai 4000 gr (Fatmawati, 2020).

2. APGAR Skor

Menurut Prawirohardjo (2009) 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	Biru atau oucat (Appearance)	Adan pucat, tungkai biru	Semua merah muda
Denyut Jantung (Pulse)	Tidak teraba	<100 kali	>100 kali

Respon Terhadap Rangsangan (Grimace)	Tidak ada	Meringis	Menangis
Tonus otot (aktivitiy)	Lemas	Sedikit gerakan	Bergerak aktif
Pernafasan (Respiratory effort)	Tidak ada	Lemah atau Tidak teratur	Menangis kuat, pernafasan baik, teratur

Tabel 2.1

E. Kosep Teori Mobilisasi Dini

1. Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Simanjuntak & Panjaitan, 2021). Mobilisasi dini adalah menggerakkan tubuh dari satu tempat ke tempat lain yang harus dilakukan secara bertahap dan langsung setelah melahirkan, minimal 8-24 jam setelah persalinan (Siregar, 2009).

Namun pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu post partum sangat bergantung pada kondisi pasien. Apabila pasien melakukan persalinan secara normal, mobilisasi dini bisa dilakukan 2-4 jam setelah persalinan dan ibu yang menjalani Operasi Sectio Caesarea bisa melakukan mobilisasi 8 jam setelah pembedahan. (Manuaba, 2009).

2. Rentang Gerak dalam Mobilisasi

Menurut Carpenito,(2000) mobilisasi terdapat tiga rentang gerak yaitu:

a. Rentang Gerak Pasif

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot- otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

b. Rentang Gerak Aktif

Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya.

c. Rentang Gerak Fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan

3. Hal-hal yang perlu diperhatikan

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan mobilisasi dini antara lain:

- a. Janganlah terlalu cepat untuk melakukan mobilisasi dini sebab bisa menyebabkan ibu terjatuh terutama bila kondisi ibu masih lemah atau memiliki penyakit jantung. Apabila mobilisasinya terlambat juga dapat menyebabkan terganggunya fungsi organ tubuh, aliran darah, serta terganggunya fungsi otot.

- b. Ibu post partum harus melakukan mobilisasi secara bertahap.
 - c. Kondisi ibu post partum akan segera pulih dengan cepat bila melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat, dimana sistem sirkulasi dalam tubuh bisa berfungsi normal.
 - d. Jangan melakukan mobilisasi secara berlebihan karena akan membebani jantung. Jantung perlu menyesuaikan diri, karena pembuluh darah harus bekerja keras selama masa pemulihan. Mobilisasi yang berlebihan bisa membebani kerja jantung.
 - e. Rasa kepercayaan diri untuk dapat melakukan mobilisasi dengan cepat adalah salah satucara untuk melatih mental
 - f. Gerakan tubuh saja tidak menyebabkan jahitan lepas atau rusak, buang air kecil harus dilatih karena biasanya setelah proses persalinan normal timbul rasa takut untuk buang air kecil, dan akhirnya kesulitan untuk buang air kecil
 - g. Tetap memperhatikan pola nutrisi. Sebaiknya mengkonsumsi yang berserat, supaya proses pencemakan lancar dan tidak perlu terlalu mengejan saat buang air besar.
4. Tahap-tahap mobilisasi

Penerapan tahap-tahap mobilisasi dini pada 6 jam post sectio caesarea yaitu melakukan pernafasan perut, mengangkat kedua tangan, menekuk lutut lalu mengangkat pantat, kepala diangkat sampai menyentuh dada sambil mengerutkan otot anus, tangan bergantian menjangkau lutut yang ditekuk, menekuk lutut 90 derajat ke arah perut

secara bergantian. mengangkat kedua kaki lurus secara bersamaan sambil mengkontraksikan otot perut lalu diturunkan pelan-pelan, berlatih miring kanan dan miring kiri sambil mengatur nafas. Penerapan tahap-tahap mobilisasi dini pada 24 jam pertama post sectio caesarea yang diajarkan pada pasien yaitu posisi terlentang kedua lutut ditekuk dan nafas melalui pernafasan perut. Kerutkan anus dan tahan 5-10 detik. Saat anus dikerutkan, ambil nafas kemudian keluarkan nafas pelan sambil mengendurkan anus. Setelah itu, tidur terlentang dengan kaki lurus, kedua telapak tangan diletakkan di belakang kepala, kemudian bangun sampai posisi duduk. lalu perlahan-lahan posisi tidur kembali (sit-up).

5. Keuntungan perawatan mobilisasi dini

Keuntungan perawatan mobilisasi dini menurut (Juraida Roito, 2013) antara lain:

- a. Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium
- b. Mempercepat involusi alat kandungan
- c. melancarkan fungsi alat pencernaan dan perkemihan
- d. meningkatkan kelancaran peredaraan darah sehingga mempercepat
- e. fungsi ASI dan pengetahuan sisa metabolism

Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi:

- a. Dapat menyebabkan aliran darah tersumbat, untuk mengurangi pembekuan darah pada vena dalam (deep vein) ditungkai yang dapat menyebabkan masalah mobilisasi dini dapat segera dilakukan.

- b. Dapat menyebabkan pemulihan kondisi akan lebih lama pulih.
- c. Dapat menyebabkan infeksi (Deep vein thrombosis), Karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.
- d. Dapat menyebabkan perdarahan, Perdarahan yang abnormal dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uteri keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka.
- e. Peningkatan suhu tubuh, peningkatan suhu tubuh karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi dan salah satu dari tanda infeksi adalah peningkatan suhu tubuh.

6. SOP Mobilisasi Dini

a. Pengertian

Mobilisasi dini adalah upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara mengedukasi pasien untuk berlatih beraktivitas (Karlina, 2014: 2).

b. Tujuan

- 1) Mempercepat penyembuhan luka
- 2) Mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene ibu dan bayi
- 3) Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli
- 4) Mengurangi lama rawat di Rumah sakit

c. Indikasi

Pasien dengan post sectio caesarea

d. Persiapan alat

Tidak ada

e. Persiapan pasien

- 1) Berikan salam, panggil klien dengan namanya
- 2) Jelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/ keluarga
- 3) Jelaskan tujuan tindakan kepada pasien / keluarga
- 4) Minta persetujuan pasien
- 5) Jaga privacy klien

f. Prosedur

- 1) Tahap pra interaksi
 - a) Menyiapkan SOP mobilisasi yang akan digunakan
 - b) Melihat data atau riwayat SC pasien
 - c) Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat
 - d) Mengkaji kesiapan ibu untuk melakukan mobilisasi dini
 - e) Mencuci tangan
- 2) Tahap orientasi
 - a) Memberikan salam dan memperkenalkan diri
 - b) Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu
 - c) Menjelaskan tujuan dan prosedur

- d) Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien
- 3) Tahap kerja
- Pada 6 jam pertama post SC
- a) Menjaga privasi pasien
 - b) Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang
 - c) Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit
 - d) Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama setengah menit
 - e) Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas
 - f) Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali
 - g) Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki
- Pada 6-10 jam berikutnya
- a) Latihan miring kanan dan kiri
 - b) Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit. turunkan salah satu kaki, anjurkan ibu

berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama kesisi yang lain.

Pada 24 jam post sc

- a) Posisikan semi fowler 30-40° secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan
- b) Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduknya ke sisi yang lain. Pada 24 jam post Sc

pada hari ke-2 post sc

- a) Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing. perlahan kaki diturunkan Pada hari ke 3 post SC 1. Pasien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai
- b) Jika pasien merasa kuat dibolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur

g. Evaluasi dan Tindak Lanjut

- 1) Melakukan evaluasi tindakan
- 2) Mengajurkan klien untuk melakukan kembali setiap latihan dengan pengawasan keluarga
- 3) Salam terapeutik dengan klien

- 4) Mencuci tangan
- h. Dokumentasi
 - 1) Dokumentasikan nama klien, tanggal dan jam perekaman, dan respon Pasien
 - 2) Paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien
(Sumber: Rismawati, 2015, Asuhan Keperawatan Dengan Penerapan Mobilisasi Dini Untuk Meningkatkan Kemandirian Pasien Post Sc).

F. 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 Ibu

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomer register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Pada umumnya ibu dengan post sectio caesarea mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi sectio caesarea misalnya letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagai kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasentia previa, bayi kembar (multiple pregnancy), preeklampsia-elampsia berat, ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

2) Riwayat Kesehatan Dulu

Hal yang perlu dikaji dalam riwayat penyakit dahulu adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya, penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit hipertensi, jantung, DM, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin. Ada tidaknya riwayat operasi umum/ lainya maupun operasi kandungan (sectio Caesarea, miomektomi, dn sebagainya).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari Genogram keluarga apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, Seperti penyakit jantung, hipertensi,

diabetes, serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis, dan penyakit kelamin yang mungkin penyakit tersebut diturunkan pada pasien.

d. Riwayat Perkawinan

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

e. Riwayat Obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), berapa kali ibu hamil, penolongan persalinan, cara persalinan, penyembuhan luka persalinan, keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak jika masih ingat. Riwayat menarche, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya.

f. Riwayat kontrasepsi

Hari yang dikaji dalam riwayat kontrasepsi untuk mengetahui apakah ibu pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipakai sebelumnya, apakah ada masalah dalam pemakaian kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

g. Pola Model Keperawatan (Pola Fungsional)

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.

h. 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

Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga

6) Dada

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 erektile 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 mengkompensi pembuluh darah. Pada 1-2 jam pertama intensitas kontraksi uterus berkurang jumlahnya menjadi tidak teratur karena pemberian oksitosin 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.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien Post sectio caesarea dengan indikasi Preeklampsia yang disesuaikan dengan Standar Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2016)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri bekas luka operasi
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- d. Ansietas beruhungan dengan kurang terpapar informasi
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

3. Fokus Intervensi Keperawatan

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, Arhievable, 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 Data Mayor : Subjektif 1. mengeluh nyeri Objektif 1. tampak meringis 2. bersikap protektif 3. gelisah 4. frekuensi nadi meningkat 5. sulit tidur Tanda Minor 1. tekanan darah meningkat 2. pola nafas berubah 3. nafsu makan berubah	Tingkat Nyeri (1.08238) Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari Diharapkan gangguan nyeri menurun ditandai dengan Kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri kepala menurun 2) Meringis menurun 3) Gelisah menurun 4) Sulit tidur Atur posisi senyaman mungkin Berikan teknik relaksasi nafas dalam Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri 4) Non verbal Terapeutik 1) Atur posisi senyaman mungkin 2) Berikan teknik relaksasi nafas dalam 3) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

			4. proses berpikir terganggu	4) Fasilitasi istirahat dan tidur
			5. mennarik diri	Edukasi
			6. berfokus pada diri sendiri	1) Jelaskan penyebab,periode, dan pemicu nyeri
			7. diaforesis	2) Anjurkan teknik relaksasinnafas dalam Kolaborasi
				3) Kolaborasikan pemberian analgentik
2	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Mobilitas fisik (L.05042)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari Diharapkan	Dukungan (I.05173) Observasi
	Tanda Mayor Suyektif :		1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas	1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
	Obyektif:	mobilisasi meningkat ditandai dengan kriteria hasil :	2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi	
	1. Kekuatan otot menurun	1) Pergerakan ekstremitas meningkat	3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi	
	2. Rentang gerak (ROM)	2) Kekuatan otot meningkat	4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi	
	Subyektif :	3) Rentang gerak (ROM) meningkat	Terapeutik	
	1. Nyeri saat bergerak	4) Nyeri menurun	1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan	
	2. Enggan	5) Kecemasan menurun		
		6) Kaku sendi		

	melakukan pergerakan	menurun	alat bantu (mis. tongkat, kruk)
3.	Merasa cemas saat bergerak	7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun	2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
Obyektif :	8) Gerakan terbatas menurun	3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	
1. Sendi kaku	menurun	Edukasi	
2. Gerakan tidak terkoordinasi	9) Kelemahan fisik menurun	1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	
3. Gerakan terbatas		2) Anjurkan melakukan ambulasi dini	
4. Fisik lemah		3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	
3	Resiko Infeksi Tingkat (D.0142)	Infeksi (L.14137)	Pencegahan infeksi (D.0142)
	Tanda Mayor	Setelah dilakukan	Observasi:
Subyektif :	intervensi selama 3 hari	1) Monitor tanda Diharapkan	gejala infeksi lokal

	tingkat infeksi menurun ditandai dengan Kriteria hasil :	dan sistemik Terapeutik 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Berikan perawatan kulit pada daerah edema.
	1) Kebersihan tangan meningkat 2) Kebersihan tangan meningkat 3) Nafsu makan meningkat 4) Demam menurun 5) Kemerahan menurun 6) Nyeri menurun 7) Bengkak menurun 8) Vesikel menurun 9) Cairan berbau busuk menurun	3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara memeriksa luka 2) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 3) Kolaborasi pemberian imunisasi, Jika perlu
Ansietas D.0080 Tanda Mayor.	Tingkat Ansietas (L.09093) Ekspektasi : Menurun Kriteria Hasil :	Reduksi Ansietas (I.09314) Tindakan : Observasi

Subjektif.	a. Verbalisasi kebingungan menurun	1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
1. Merasa bingung.	b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun	(mis. kondisi, waktu, stresor)
2. Merasa khawatir dengan akibat.	c. Perilaku gelisah menurun	2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Sulit berkonsentrasi.	d. Perilaku tegang menurun	3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)
Objektif.	e. Keluhan pusing menurun	Terapeutik
1. Tampak gelisah.	f. Anoreksia menurun	1. Ciptakan suasana terapeutik untuk
2. Tampak tegang.	g. Palpitasi menurun	2. menumbuhkan kepercayaan
3. Sulit tidur	h. Diaforesis menurun	3. Temani pasien
4. Tanda Minor.	i. Tremor menurun	yang mengurangi kecemasan, jika
Subjektif.	j. Pucat menurun	memungkinkan
1. Mengeluh pusing.	k. Konsentrasi membaik	5. Pahami situasi yang membuat ansietas
2. Anoreksia.	l. Pola tidur membaik	6. Dengarkan dengan penuh perhatian
3. Palpitasi.	m. Frekuensi pernapasan membaik	7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
4. Merasa tidak berdaya.	n. Frekuensi nadi membaik	8. Tempatkan barang pribadi
Objektif.	o. Muka tampak pucat.	

-
- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 7. Suara bergetar. | yang memberi |
| 8. Kontak mata buruk. | kenyamanan |
| 9. Sering berkemih. | 9. Motivasi |
| 10. Berorientasi pada | mengidentifikasi |
| masa lalu. | situasi yang memicu |
| | kecemasan |
| | 10. Diskusikan |
| | perencanaan |
| | realistik |
| | 11. tentang peristiwa |
| | yang akan datang |
| | Edukasi |
| 1. Jelaskan prosedur, | |
| termasuk sensasi | |
| yang mungkin | |
| dialami | |
| 2. Informasikan secara | |
| faktual mengenai | |
| diagnosis, | |
| pengobatan dan | |
| prognosis | |
| 3. Anjurkan keluarga | |
| untuk tetap bersama | |
| pasien, jika perlu | |
| 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
Perfusi Perifer Tidak Efektif. D.0009	Perfusi perifer meningkat L.02011	Perawatan Sirkulasi (I.02079)
Tanda Mayor –	1. Kekuatan nadi perifer meningkat	Observasi
Subjektif : (Tidak tersedia).	2. Warna kulit pucat menurun	1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema,
Objektif :	3. Pengisian kapiler membaik	pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-
1. Pengisian kapiler >3 detik.	4. Akral membaik	warna, suhu, ankle- brachial index)
2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba.	5. Turgor kulit membaik	2. Identifikasi faktor risiko gangguan
3. Akral teraba dingin.		sirkulasi (mis:
4. Warga kulit pucat.		diabetes, perokok,
5. Turgor kulit		orang tua,

menurun.	hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
Tanda Minor – Subjektif	
1. Parastesia.	3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas
2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten).	
Tanda Minor – Objektif:	Terapeutik
1. Edema.	1. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
2. Penyembuhan luka lambat.	2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
3. Indeks ankle- brachial $< 0,90$.	3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera
4. Bruit femoral.	4. Lakukan pencegahan infeksi
	5. Lakukan perawatan kaki dan kuku
	6. Lakukan hidrasi
	Edukasi
	1. Anjurkan berhenti merokok
	2. Anjurkan berolahraga rutin

-
3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
 6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)
 8. Anjurkan program rehabilitasi vaskular
 9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh,
-

minyak ikan omega 3)	10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
-------------------------	---

Tabel 2.2

4. 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)

5. 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 rsepon subjektif maupun objektif dari keluarga. Dan “P” yaitu perencanaan selanjutnya adanya tindakan oleh perawat.

G. 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 kuantitatif 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 Pada Ny. X Dengan Fokus Intervensi Mobilisasi Dini pada Pasien Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklampsia Berat Hari Ke-1 Di Rumah Sakit 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 pasien hipertensi yang menjalani perawatan inap.

3. Waktu dan Tempat

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

4. Fokus Studi

Penelitian ini berfokus pada pemberian asuhan keperawatan pada klien fokus intervensi Mobilisasi Dini dalam bentuk meyembuhkan luka post Sectio Caesarea.

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 consend 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 laporan pada hasil riset.