

BAB II

KONSEP TEORI

A 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 atu suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam 11ecti (Kristensen dalam Arda dkk., 2021)

Menurut Wahyu dalam (Arda and Hartaty 2021) bahwa 11 section 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 Caearea

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 12 ecti 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 12 ectio sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan 12ection caesarea klasik. Satu-satunya indikasi untk prosedur segmen diatas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah.

4. *Sectio caesarea Extraperitoneal*

Pembedahan extraoeritoneal 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 Ekxtraperitoneal*, seperti mode waters, latzko, dan 12ectio, T. Teknik pada prosedur

ini relatif lebih sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam 13 sectio 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 13 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 menyelesaikannya 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, 14ection14s taki pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau 14ection 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 lochea 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/hematokrit
- 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 penatalaksanaan dan perawatan setelah dilakukan sectio caesarea

- a. Perawatan awal
 - 1) Letakan pasien dalam posisi pemulihan
 - 2) Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa 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 didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas lalu menghembuskannya

4) Kemudian posisi terlentang dapat diubah menjadi setengah duduk.

d. Pemberian Cairan

e. Pemberian obat-obatan

f. Penanganan konservatif

B. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

1. Definisi

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37

minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak. Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum inpartu atau sebelum terdapat tanda persalinan yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan sebelum pembukaan 5 cm (Handari, 2022).

2. Etiologi

Penyebab pasti dari ketuban pecah dini ini belum jelas, akan tetapi ada beberapa keadaan yang berhubungan dengan terjadinya ketuban pecah dini ini menurut (Diffa, 2020), diantaranya adalah :

- a. Trauma : amniosintesis, pemeriksaan pelvis dan hubungan seksual.
- b. Peningkatan tekanan intrauterus, kehamilan kembar dan polihidramion.
- c. Infeksi vagina, serviks atau kariomnionitis streptokokus, serta bakteri vagina
- d. Selaput amnion yang mempunyai struktur yang lemah atau selaput terlalu tipis
- e. Keadaan abnormal dari fetus seperti malpresentasi
- f. Serviks yang inkompetensia, kanalia servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan atau curettage).
- g. Multipara dan peningkatan usia ibu yang terlalu muda
- h. Defisiensi nutrisi dan tembaga atau asam askorbat (vitamin C).

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang terjadi pada ketuban pecah dini (Diffa, 2020), sebagai berikut :

- a. Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
- b. Aroma ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna merah.
- c. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus di produksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda 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

Ketuban Pecah Dini biasanya terjadi karena berkurangnya kekuatan membran atau penambahan tekanan intrauteri ataupun oleh sebab kedua-duanya. Kemungkinan tekanan intrauteri yang kuat adalah penyebab independen dari Ketuban Pecah Dini dan selaput ketuban yang tidak kuat akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi akan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan

biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester akhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban sehingga terjadi pecah ketuban (Diffa, 2020).

5. Komplikasi

Komplikasi paling sering terjadi pada Ketuban Pecah Dini (KPD) sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom *distress* pernapasa yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Resiko infeksi meningkat pada kejadian ketuban pecah dini. Semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini (KPD) premature sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya *kariomnionitis* (radang pada karion dan amnion). Selain itu, kejadian *propels* atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada ketuban pecah dini (KPD).

Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini aterm. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada ketuban pecah dini kejadiannya mencapai hamper 100% apabila ketuban pecah ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu, infeksi *intrauterine*, tali pusat menumbang, *rematuritas*, *distosia* (Diffa, 2020).

a. Komplikasi pada ibu

1) Infeksi intrapranatal dalam persalinan

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

2) Infeksi *peurperalis* / masa nifas

3) *Dry labour* / partus lama

4) Perdarahan post partum

5) Meningkatkan tindakan operatif obstetric khususnya *sectio caesarea*

6) Morbiditas dan mortalitas maternal

b. Komplikasi pada janin

1) *Prematuritas*

Masalah yang dapat terjadi pada persalinan premature diantaranya adalah *respiratori distress sindrom*, *hipotermia*, *neonatal feeding problem*.

2) *Prolaps funiculli* / penurunan tali pusat

Hipoksia dan afiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi)

3) Sindrom deformitas janin

4) Morbiditas dan morbiditas perinatal

6. Pemeriksaan Penunjang

Untuk membantu dalam penegakkan diagnosa ketuban pecah dini diperlukan pemeriksaan penunjang (Diffa, 2020), yaitu:

a. Pemeriksaan Leukosit Darah

Bila jumlah leukosit $>15.000/\text{mm}$ mungkin sudah terjadi infeksi

b. Pemeriksaan ultraviolet

c. Membantu dalam penentuan usia kehamilan, letak anak, berat janin, letak plasenta dan serta jumlah air ketuban

d. Nilai bunyi jantung dengan cardiografi

e. Bila ada infeksi urin, suhu tubuh ibu dan bunyi jantung janin akan meningkat.

7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan ketuban pecah dini secara non farmakologis menurut (Handari, 2022), yaitu:

- 1) Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit.
- 2) Bila janin hidup dan terdapat prolaps di tali pusat, ibu dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi bersujud.
- 3) Jika perlu kepala janin didorong ke atas dengan dua jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin
- 4) Jika Tali pusat di vulva maka di bungkus kain hangat yang dilapisi plastik
- 5) Jika ada demam atau di khawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau KPD lebih dari 6 jam, berikan antibiotic

- 6) Bila keluarga ibu menolak dirujuk, ibu diharuskan beristirahat dengan posisi berbaring miring, berikan antibiotik.
- 7) Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik dan tokolisis.
- 8) Pada kehamilan 33-35 minggu dilakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan.
- 9) Pada kehamilan lebih 36 minggu, bila ada his, pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri.
- 10) Bila tidak ada his, lakukan tindakan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah dini lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari 5.
- 11) Bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan. Mengakhiri kehamilan dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu:

a) Induksi

Induksi adalah proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, dengan tujuan untuk mempercepat proses persalinan.

b) Persalinan secara normal / pervaginam

Persalinan normal adalah proses persalinan melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi.

c) *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

b. Penatalaksanaan ketuban pecah dini secara farmakologis menurut (Handari, 2022), yaitu :

- 1) Berikan antibiotika (ampicilin 4 x 500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampicilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
- 2) Jika kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- 3) Jika kehamilan usia 32-37 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes buss negative beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- 4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- 6) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin).
- 7) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memicu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar

lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

- 8) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- 9) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi. Dan persalinan diakhiri.
- 10) Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan servik, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea
- 11) Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginam

C. Konsep Post Partum (Masa Nifas)

1. Definisi

Post partum atau bisa disebut periode nifas merupakan masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) dan berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Akan tetapi seluruh alat genital baru pulih kembali seperti semula sebelum kehamilan dalam waktu 3 bulan. Batasan waktu nifas yang paling singkat tidak ada batas waktunya, bahkan bisa jadi dalam waktu relative pendek darah sudah keluar sedangkan batasan maksimumnya adalah 42 hari (Ariana 2016).

Masa nifas (puerperium) didefinisikan sebagai masa persalinan selama dan segera setelah kelahiran, masa ini juga meliputi minggu-

minggu berikutnya pada waktu saluran reproduktif kembali ke keadaan tiak hamil yang normal. Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Reni H, 2013).

2. Etiologi Post Partum

Menurut Reni Heryani, 2013 masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan yaitu:

a. Perperium dini

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

b. Puerperium intermedial

Suatu masa kepulihan ibu dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

c. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk ibu pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

3. Perubahan Fisiologis Post Partum

a. Involusio Uterus

Involusio uterus adalah suatu proses dimana uterus Kembali ke kondisi sebelum hamil. Perubahan involusio tinggi fundus uteri dan ukuran uterus selama 10 hari pasca persalinan.

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi, karena alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan usus menjadi kosong, dehidrasi, kurang makan, leserasi jalan lahir. Penanganan konsumsi makanan serat dan cairan cukup.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Kandungan kencing masa nifas kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah. Sehingga BAK masih tertinggal kurang lebih 15cc, poliuri terjadi antara hari ke 2-5. Dilatasi ureter normal setelah 2 minggu.

d. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Jumlah sel darah merah dan hemoglobin Kembali normal pada hari ke 5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap lebih tinggi daripada normal.

e. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi musculoskeletal terjadi saat UK makin bertambah.

f. Perubahan Tanda tanda Vital

Suhu 24 jam post partum suhu naik 37,5-38 derajat Celsius dan Kembali normal hari ke 3. Denyut nadi normal 60-90 x/menit. Tekanan darah biasanya tidak berubah kecuali pada pendarahan. Pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi (Wardani 2018).

4. Manifestasi Klinis Post Partum

Tanda dan Gejala Masa Nifas, Demam dalam nifas sebagian besar disebabkan oleh infeksi nifas, Oleh karena itu demam menjadi gejala yang penting untuk diwaspadai apabila terjadi pada ibu post partum. Demam pada masa nifas sering disebut morbiditas nifas dan merupakan indeks kejadian infeksi nifas. Morbiditas nifas ini ditandai dengan suhu 38°C atau lebih yang terjadi selama 2 hari berturut-turut. Kenaikan suhu ini terjadi sesudah 24 jam postpartum dalam 10 hari pertama masa nifas.

5. Kebutuhan Masa Post Partum

a. Nutrisi dan Cairan, Masalah nutrisi perlu mendapat perhatian karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah sebagai berikut:

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari
- 2) Diet berimbang protein, mineral dan vitamin
- 3) Minum sedikitnya 2 liter tiap hari (+8 gelas)
- 4) Fe/tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan
- 5) Kapsul Vit. A 200.000 unit.

b. Ambulasi

Ambulasi dini (early ambulation) adalah kebijaksanaan agar secepatnya tenaga kesehatan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidur membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24 - 48

jam postpartum. Hal ini dilakukan bertahap. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung penyakit paru-paru, demam dan sebagainya. Keuntungan dari ambulasi dini:

- 1) Ibu merasa lebih sehat
- 2) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik.
- 3) Memungkinkan kita mengajarkan ibu untuk merawat bayinya.
- 4) Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses pasca persalinan, tidak memengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan perdarahan, tidak memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri.

c. Eliminasi

Setelah 6 jam post partum diharapkan ibu dapat berkemih, jika kandung kemih penuh atau lebih dari 8 jam belum berkemih disarankan melakukan kateterisasi. Hal-hal yang menyebabkan kesulitan berkemih (predlo urine) pada post partum.

d. Kebersihan Diri

Pada masa postpartum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu kebersihan tubuh pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum.
- 2) Mengajarkan ibu cara memberikan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang.

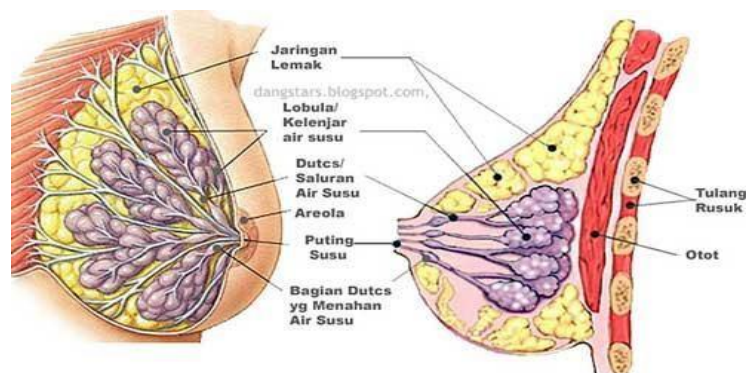
- 3) Sarankan ibu ganti pembalut setidaknya dua kali sehari.
- 4) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.
- 5) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi luka jahit pada alat kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut (Elisabeth Siwi Walyani, 2017).

D. Konsep Payudara

1. Definisi

Payudara (*mammæ*) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram, dan saat menyusui 800 gram. (Andina, 2019)

2. Anatomi Payudara



Gambar 2.1 Struktur payudara

Sumber: (Sahara 2018)

Payudara merupakan sepasang kelenjar mammae yang terletak diantara tulang iga kedua dan keenam. Payudara merupakan kelenjar kulit khusus yang terdiri atas lemak, kelenjar, dan jaringan ikat (Moffat, 2013). Payudara terdiri dari bagian luar (Eksternal) dan bagian dalam (internal). Bagian luar terdiri dari sepasang buah dada yang terletak di dada. Putting susu, dan daerah kecoklatan di sekitar putting susu (*areola mammae*). Bagian dalam terdiri dari empat jaringan utama, yaitu kelenjar susu (*mammary alveoli*) merupakan pabrik susu atau pembuat ASI, gudang susu (*sinus lactiferous*) yang berfungsi menampung ASI yang terletak dibawah daerah kecoklatan di sekitar putting susu, saluran susu (*ductus lactiferous*) yang mengalirkan susu dari “pabrik susu ke gudang susu”.

3. Fisiologi Payudara

- a. Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar
- b. Lobus , yaitu beberapa lobulus yang berkumpul menjadi 15-20 lobus pada tiap payudara.
- c. Lobulus, yaitu kumpulan Kumpulan dari alveolus (10-100 alveolus).
- d. Alveolus, yaitu unit terkecil yang memproduksi susu yang terdiri dari sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos (bila berkontraksi dapat memompa ASI keluar), dan pembuluh darah.
- e. Duktus, yaitu saluran kecil penyalur ASI dari lobulus.
- f. Duktus Laktiferus yaitu gabungan duktus yang membentuk saluran lebih besar.

g. Areola, yaitu bagian yang kehitaman di tengah. Letaknya mengelilingi puting susu atau papilla. Memiliki warna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulit. Perubahan warna akan tergantung pada corak kulit dan adanya kehamilan. Wanita yang corak kulitnya kuning langsung akan berwarna jingga kemerahan, bila kulitnya kehitaman maka warnanya akan lebih gelap.

h. Sinus Laktiferus, yaitu saluran di bawah areola yang besar melebar, akhirnya memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar

i. Papila atau Puting, yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara.

Terdapat lubang-lubang kecil yang menjadi tempat bermuaranya duktus laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening dan serat-serat otot polos yang tersusun secara sirkuler. Ketika ada kontraksi, serat-serat otot polos tersebut menyebabkan duktus laktiferus akan memadat dan puting susu ereksi, sedangkan seerat-serat otot yang longitudinal akan menarik puting susu tersebut (Andina, 2019).

E. Konsep Pembengkakan Payudara

1. Definisi

Pembengkakan merupakan edema local yang dihasilkan oleh cairan dan beberapa sel yang berpindah dari aliran darah ke jaringan interstitial. Pembengkakan adalah salah satu tanda adanya inflamasi, inflamasi merupakan reaksi pertahanan tubuh dan jaringan terhadap kerusakan, tujuannya untuk memperbaiki kerusakan atau paling tidak membatasinya

serta menghilangkan penyebab kerusakan seperti bakteri pada benda asing (Andina 2019).

2. Etiologi pembengkakan payudara

Selama 24 jam hingga 48 jam pertama terlihat sekresi lakteral, payudara sering mengalami distensi menjadi keras dan berbenjol benjol. Keadaan ini menggambarkan aliran darah vena normal yang berlebihan dan pembengkakan limfatik dalam payudara yang merupakan *prekusor regular* untuk terjadinya laktasi. Keadaan ini bukan merupakan overdistensi sistem lakteal oleh air susu (Ratih, 2019).

Dampak Pembengkakan payudara dapat berdampak pada kegagalan untuk ibu dapat memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Menurut Sihombing, (2018) disarankan kepada ibu yang memiliki bayi dapat menambah pengetahuan dan informasi dari berbagai sumber tentang pentingnya ASI Eksklusif sehingga menumbuhkan motivasi ibu untuk berperilaku baik dalam memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya. Faktor pengetahuan merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI (Prbasiwi, Fikawati, dan Syafiq, 2015).

Pembengkakan payudara terjadi karena ASI tidak disusui dengan adekuat, sehingga sisa ASI terkumpul pada sistem duktus yang mengakibatkan terjadi pada hari ketiga atau keempat sesudah melahirkan. Statis pada pembuluh darah atau limfe akan mengakibatkan meningkatnya tekanan intrakudal, yang akan mempengaruhi segmen payudara, sehingga

tekanan seluruh payudara meningkat. Akibatnya payudara sering terasa penuh, tegang, serta nyeri dan sakit (Sahara, 2018).

Penyebab terjadinya pembengkakan payudara menurut Ratih (2019) antara lain :

- a. Posisi menyusui yang tidak benar
- b. Pengosongan payudara yang tidak baik.
- c. Pemakaian BH yang terlalu ketat
- d. Tekanan jari ibu pada menyusui
- e. Kurangnya pengetahuan cara perawatan payudara dan cara pencegahan pembengkakan payudara (bendungan ASI).

3. Manifestasi klinis Pembengkakan Payudara

Payudara bengkak ditandai dengan nyeri sekitar payudara, edema, tegang, dan mengkilap, tanpa kemerahan, ASI tidak mengalir, dapat ditemui demam selama 24 jam dengan suhu kurang 38°C (WHO, 2006). Perlu dibedakan antara payudara bengkak dengan payudara penuh. Pada payudara bengkak yaitu: payudara edema sakit, putting susu kencang, kulit mengkilap walau tidak merah, dan ASI tidak keluar, badan menjadi demam pada 24 jam. Sedangkan pada payudara penuh yaitu: payudara ibu akan terasa berat, panas, dan keras. Bila ASI dikeluarkan tidak ada demam (Marmi, 2015).

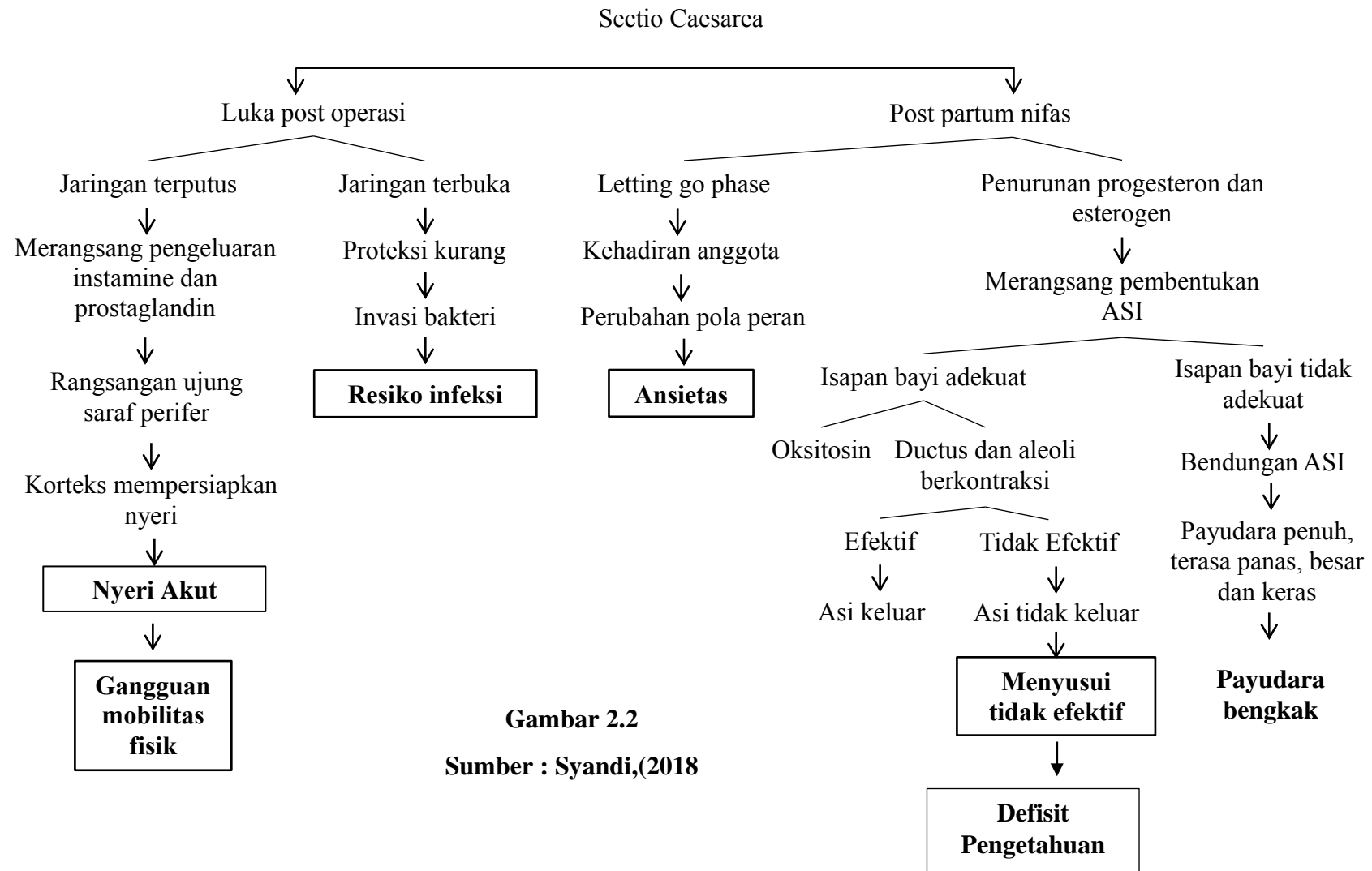
4. Patofisiologi Pembengkakan Payudara

Section Caesarea jadi salah satu opsi persalinan karena bayi tidak

bisa dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa, panggul kecil, partus lama, preeklamsi, keadaan tersebut menimbulkan tindakan operasi section caesarea (SC) Setelah bayi lahir dan plasenta keluar, kadar estrogen dan progesteron turun dalam 2-3 hari. Hormon ini menyebabkan alveolus-alveolus kelenjar payudara terisi dengan air susu, tetapi untuk mengeluarkannya dibutuhkan refleks yang menyebabkan kontraksi.

Refleks ini timbul bila bayi menyusui, apabila bayi tidak menyusui dengan baik, atau jika tidak dikosongkan dengan sempurna, maka terjadi pembengkakan payudara. Gejala yang biasa terjadi pada pembengkakan payudara antara lain payudara penuh terasa panas, berat dan keras, terlihat mengkilat meski tidak kemerahan ASI biasanya mengalir tidak lancar, namun ada pula payudara yang terbungkus membesar, membengkak dan sangat nyeri, putting susu teregang menjadi rata. (Syandi 2017).

5. Pathway



6. Komplikasi Pembengkakan Payudara

Kompikasi pembengkakan payudara menurut (Bahiyatun, 2016)

- a. Infeksi akut kelenjar susu
- b. Masitis
- c. Abses payudara sampai dengan septicemia

7. Pencegahan Pembengkakan Payudara

Menurut Yanti (2017) untuk mencegah pembengkakan payudara maka diperlukan menyusui dini, perlekatan yang baik, menyusui “*on demand*” bayi lebih sering disusui, apabila payudara terasa tegang atau bayi tidak dapat menyusui maka sebaiknya ASI dikeluarkan terlebih dahulu sebelum menyusui, agar ketegangan menurun.

Sedangkan pencegahan yang dapat dilakukan agar tidak terjadi pembengkakan payudara adalah: (Zuhana, 2017).

- a. Bila memungkinkan, susui bayi segera setelah lahir.
- b. Susui bayi tanpa dijadwal.
- c. Keluarkan ASI secara manual atau dengan pompa, bila produksi ASI melebihi kebutuhan bayi.
- d. Lakukan perawatan payudara masa nifas secara teratur.

Menurut Varney untuk mencegah pembengkakan payudara, ibu harus dianjurkan untuk menyusui bayinya menurut isyarat bayi, dengan posisi yang nyaman.

8. Penatalaksanaan Pembengkakan Payudara

Penanganan pembengkakan payudara dapat dilakukan dengan cara farmakologis dan non farmakologis. Penanganan secara farmakologis

dapat dilakukan seperti berikut: (Ratih, 2019).

- a. Terapi somtomatis untuk mengurangi rasa sakitnya (analgetik)
- b. Paracetamol
- c. Ibuprofen
- d. Lynoral tablet 3x sehari selama 2-3 hari
- e. Obat anti inflamasi 10 mg 3x sehari
- d. Bromelain 2500 unit

sedangkan penanganan non farmakologis seperti berikut : (Amru, 2017)

- a. Akupuntur
- b. Perawatan payudara tradisional
- c. Kompres panas atau kompres dingin
- d. Kompres Daun Kubis

F. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Menurut Judha dkk (2015), bahwa nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subyektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Nyeri adalah suatu ketidaknyamanan, bersifat subyektif, sensori, dan pengalaman emosional yang dihubungkan dengan aktual dan potensial untuk merusak jaringan atau digambarkan sebagai sesuatu yang merugikan (Solehati dan Kosasih 2015).

2. Klasifikasi Nyeri

Menurut Maryunani (2015) klasifikasi nyeri umumnya dibagi 2, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

- a. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.
- b. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis dan psikosomatik.

Terdapat klasifikasi nyeri yang spesifik di antaranya:

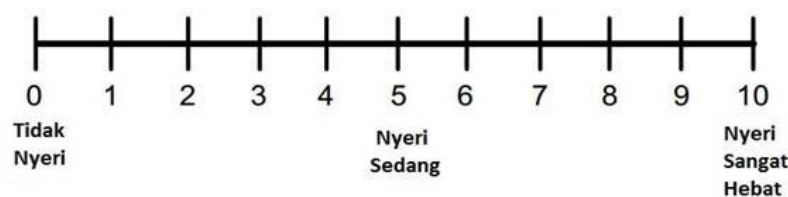
- a. Nyeri somatic dan visceral yaitu bersumber dari kulit dan jaringan di bawah kulit (supervisial) pada otot dan tulang. Nyeri somatic dan visceral berbeda karakteristiknya terutama kualitas nyeri, lokalisasi, sebabsebabnya, dan gejala yang menyertainya.
- b. Nyeri menjalar (*Referrent pain*) dimana nyeri terasa pada daerah lain daripada yang mendapat ransang, misalnya pada serangan jantung akan mengeluh nyeri yang menjalar kebawah lengan kiri sedangkan jaringan yang rusak terjadi pada miokardium.
- c. Nyeri psikogenik yaitu nyeri yang tidak diketahui secara fisik, biasanya timbul dari pikiran pasien atau psikologis.

- d. Nyeri phantom dari ekstremitas yaitu nyeri pada salah satu ekstremitas yang telah diamputasi.
- e. Nyeri neurologis yang timbul dalam berbagai bentuk, dimana neuralgia adalah nyeri yang tajam (Prawirohardjo, 2014).

3. Intensitas Nyeri dan Pengukuran Skala Nyeri

Menurut Maryunani (2015) indikator adanya dan intensitas nyeri yang paling penting adalah laporan ibu tentang nyeri itu sendiri. Salah satunya adalah dengan menanyakan pada ibu untuk menggambarkan nyeri atau tidak nyamannya.

a. Numeric Rating Scale









Gambar 2.3. Numeric Rating Scale (NRS).

Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri yang ringan, angka 4-6 termasuk dalam nyeri sedang, sedangkan angka 7-10 merupakan kategori nyeri berat. Oleh karena itu, skala NRS akan digunakan sebagai instrument penelitian (Potter & Perry, 2006).

Menurut Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

- 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.
- 1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.

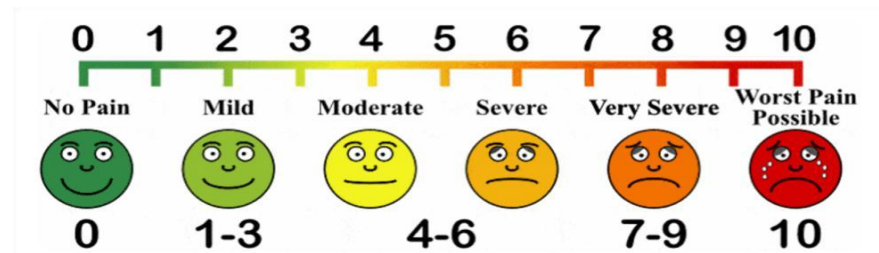
Anxiety Category	Patient Evaluation	Anesthesiologist Evaluation
Mild	VRS Mean: 2.46 Median: 2 Range: 0-7 SD: ± 1.71	VRS Mean: 2.43 Median: 2 Range: 0-6 SD: ± 1.49
	VFAS Most common face: 	VFAS Most common face: 
Moderate	VRS: Mean: 5.61 Median: 5 Range: 2-8 SD: ± 1.52	VRS: Mean: 5.82 Median: 6 Range: 3-9 SD: ± 1.30
	VFAS Most common face: 	VFAS Most common face: 
Severe	VRS: Mean: 8.82 Median: 9 Range: 6-10 SD: ± 1.33	VRS: Mean: 9 Median: 9 Range: 7-10 SD: ± 0.93
	VFAS Most common face: 	VFAS Most common face: 

SD = Standard deviation

Gambar 2.5. Verbal Rating Scale (VRS)

d. Skala Wajah dan Barker

Skala nyeri enam wajah dengan ekspresi yang berbeda, menampilkan wajah bahagia hingga wajah sedih. Digunakan untuk mengekspresikan rasa nyeri pada anak mulai usia 3 (tiga) tahun (Handayani, 2015).



Gambar 2.6. Wong-Baker Pain Rating Scale

4. Komponen-komponen Nyeri

Menurut Maryunani (2015) komponen-komponen nyeri yang penting dinilai adalah PAIN yaitu:

- a. Pola Nyeri (*Pattern of pain*) Pola nyeri meliputi waktu terjadinya nyeri, durasi, dan interval tanpa nyeri. Pola nyeri diukur dengan menggunakan kata-kata (verbal).
- b. Area Nyeri (*Area of pain*) Area nyeri adalah tempat pada tubuh dimana nyeri terasa.
- c. Intensitas Nyeri (*Intensity of pain*) Intensitas nyeri adalah jumlah nyeri yang terasa. Intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan angka 0 sampai 10 pada skala nyeri.
- d. Nature/sifat Nyeri (*Nature of pain*) adalah bagaimana nyeri terasa pada pasien. Sifat nyeri/kualitas nyeri dengan menggunakan kata-kata

G. Konsep Kompres Daun Kubis

1. Definisi Daun Kubis

Kubis adalah salah satu sayuran dari keluarga *cruciferae* (*brassicaceae*) yang dapat menjadi pilihan makanan yang baik karena memberikan serat dan vitamin dasar namun rendah kalori. Daun kubis atau kol mempunyai nama ilmiah *Brassica Oleracea* var *Capitata*. Dengan nama daerah kol, kubis kubis telur, kubis krop. Bagian yang digunakan adalah daun (Astuti, 2019).

2. Ciri-Ciri Umum Daun Kubis

Daunnya bulat, oval sampai lonjong, membentuk roset akar yang besar tebal, warna daun bermacam-macam, antara lain putih (forma *alba*), hijau dan merah keunguan (forma *rubra*). Awalnya daunnya yang berlapis lilin tumbuh lurus, daun-daun berikutnya tumbuh membengkok, menutupi daun muda yang terakhir tumbuh. Pertumbuhan daun terhenti ditandai

dengan terbentuknya krop atau telur (kepala) dan krop samping kubis tunas (*Brussel sprouts*).

Selanjutnya, krop akan pecah dan keluar malai bunga yang bertangkai panjang, bercabang-cabang, berdaun kecil-kecil, mahkota tegak, berwarna kuning. Buahnya buah polong berbantuk silindris, panjang 5-10 cm, berbiji banyak. Biji berdiameter 2-4 mm, berwarna coklat kelabu. Umur panennya berbeda-beda, berkisar 90 sampai 150 hari. Daun kubis segar rasanya renyah dan garing sehingga dapat dimakan sebagai lalap mentah dan matang, campuran salad, disayur atau dibuat urap. Kubis dapat diperbanyak dengan biji atau stek tunas (Noer Soraya, 2016).

3. Kandungan Daun Kubis

Kubis segar mengandung air, protein, lemak, karbohidrat, serat, kalsium, fosfor, besi, natrium, kalium, vitamin A, C, E, tiamin, riblovin, nicotinamide, kalsium dan beta karoten. Selain itu juga mengandung senyawa sianohidrosibutena (CHB), sulfofarin dan iberin yang merangsang pembentukan glutathione, suatu enzim yang bekerja dengan cara menguraikan dan membuang zat-zat beracun yang beredar didalam tubuh. Tingginya kandungan vitamin C dalam kubis dapat mencegah timbulnya skorbut (*scurvy*). Adanya zat anthocyanin menyebabkan warna kubis dapat berubah menjadi merah. Kandungan zat aktifnya, sulfofarin dan histidine dapat menghambat pertumbuhan tumor, mencegah kanker kolon rektum, detoksikasi senyawa kimia berbahaya, seperti kobalt, nikel dan tembaga yang berlebihan di dalam tubuh, serta meningkatkan daya tahan tubuh

untuk melawan kanker. Kandungan asam amino dalam sulfurnya juga berkhasiat menurunkan kadar kolestrol yang tinggi, pamenang saraf dan membangkitkan semangat (Noer Soraya, 2016).

4. Manfaat Daun Kubis

Mandi air hangat, pengurutan secara lembut dan pemberian obat-obat analgesik ketika payudara bengkak terasa sangat sakit akan membantu meredakan keluhan seperti halnya kompres dingin, khususnya memakai daun kubis. Daun kubis dingin ternyata mengandung bahan obat yang dapat mengurangi pembengkakan payudara. Biasanya kompres daun kubis menunjukkan khasiatnya dalam waktu yang cukup cepat yaitu dalam beberapa jam (Artigo, 2014).

Kubis merupakan sayuran ekonomis dan serbaguna yang mudah ditemukan. Kubis memberikan nilai gizi yang sangat besar dan memberikan banyak manfaat kesehatan. Bahkan, kubis kaya akan fitonutrien dan berbagai vitamin A, C & K. ini semua adalah antioksidan alami, yang yang membantu mencegah kanker. Kubis juga merupakan sumber yang baik dari asam amino glutamine dan diyakini untuk mengobati semua jenis peradangan salahsatunya radang payudara. Untuk pemakaian luar, daun kubis dapat digunakan untuk mengompres bagaian tubuh yang memar, membengkak nyeri sendi. (Komala Sari 2020).

Kubis dapat digunakan untuk terapi pembengkakan. Kubis (*Brassica Oleracea Var Capitata*) diketahui mengandung asam amino metionin yang berfungsi sebagai antibiotic dan kandungan lain seperti sinigrin

(Allylisothiocyanate), minyak mustard magnesium, Oxylate heterosides belerang, hal ini dapat membantu memperlebar pembuluh darah kapiler sehingga meningkatkan aliran darah untuk keluar masuk dari daerah tersebut, sehingga memungkinkan tubuh untuk menyerap kembali cairan yang terbungkus dalam payudara tersebut. Selain itu daun kubis juga mengeluarkan gel dingin yang dapat menyerap panas yang ditandai dari klien merasa lebih nyaman dan daun kubis menjadi layu/matang setelah 30 menit penempelan. Didalam banyak kasus, ilmu pengetahuan tentang obat bahwa anti oksidaasi alami yang dimiliki oleh daun kubis tidak dapat digandakan di laboratorium sehingga ini yang menjadi alasan bahwa gel yang terbuat dari ekstrak daun kubis kurang efektif untuk mengurangi pembengkakan (Khiranmalancanu, 2016).

Beberapa wanita menemukan bahwa daun kubis yang telah didinginkan dapat membantu memberi rasa nyaman, jika diselipkan di balik bra. Biarkan selama setengah jam sampai mencapai suhu tubuh.

Penanganan dengan menggunakan kompres daun kubis:

- a. Pilih daun kubis yang masih segar
- b. Daun kubis hijau diambil secara utuh perlembar, usahakan tidak robek
- c. Cuci bersih daun kubis
- d. Daun kubis didinginkan dalam freezer sekitar 20-30 menit
- e. Tutupi semua area payudara bengkak dan kulit yang sehat
- f. Kompres payudara berlangsung selama 20-30 menit atau sampai daun kol layu. (Dapat dilakukan didalam bra).

g. Lakukan dua kali sehari selama 3 hari.

Berdasarkan bukti ilmiah bahwa daun kubis dapat mengurangi pembengkakan payudara tanpa efek samping dan dapat meningkatkan durasi pemberian ASI. Namun beberapa literatur menunjukkan jika terlalu sering menggunakan kompres daun kubis dapat mengurangi produksi ASI. Daun kubis juga tidak boleh dikompreskan pada daerah kulit yang rusak seperti puting lecet. Jika puting susu lecet maka menempatkan daun kubis disekitar payudara tanpa menutupi kulit yang rusak tersebut (Mangesi, 2016).



Gambar 2.7.

Sumber : (Pratiwi et al. 2019)

Kompres daun kubis dingin selalu digabungkan perawatan rutin untuk pembengkakan misal perawatan payudara, kubis juga tidak disarankan untuk individu yang alergi terhadap sulfa atau kubis. Kubis

mengandung senyawa sulfur, sebaiknya disarankan sebelum dikompres dengan daun kubis pada payudaranya dilakukan tes alergi terhadap sulfa, sebaiknya disarankan sebelum dikompres dengan daun kubis pada payudaranya dilakukan tes alergi terlebih dahulu (Utami and Meriyanti, 2020).

5. Tujuan Kompres Daun Kubis

Menurunkan jaringan yang mengalami pembengkakan dengan membuka (vasodilatasi) pembuluh darah kapiler, dimana dapat menimbulkan aliran darah yang masuk maupun yang keluar, seperti cairan yang terjebak didalam payudara (Santy, Gupty, and Chloranyta 2022).

6. Mekanisme kerja Daun Kubis

Daun kol mengandung asam amino glutamine yang berfungsi sebagai antiinflamasi, daun kol dapat menurunkan jaringan yang mengalami pembengkakan dengan membuka (vasodilatasi) pembuluh darah kapiler, dimana dapat meningkatkan aliran darah yang masuk maupun yang keluar, seperti cairan yang terjebak didalam payudara (Darwitri, 2016)

7. Standart Operasional Prosedur (SOP) Daun Kubis

Pilih daun kol yang masih segar, ambil lembaran daun kol secara utuh, usahakan tidak robek, cuci bersih daun kol, daun kol didinginkan dalam freezer sekitar 15-30 menit, tutupi semua area payudara, kemudian ditutupi bra melakukan pengompresan daun kol dingin selama 30 menit sampai daun kol layu, lakukan dua kali sehari selama tiga hari (Darwitri, 2016).

H. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian (pengumpulan data dasar)

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan data semua yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber berkaitan dengan kondisi pasien.

a. Data Subjektif

Adalah suatu data yang diperoleh dengan melakukan wawancara, baik secara langsung pada ibu maupun keluarganya. Data subjektif ini terdiri dari identitas, status perkawinan, keluhan utama, riwayat maternitas, hingga data sosial budaya.

- 1) Nama: untuk memudahkan ibu dalam berkomunikasi
- 2) Umur: Untuk mengetahui apakah ibu memiliki faktor resiko terhadap terjadinya infertile.
- 3) Agama: Untuk mengetahui kepercayaan ibu
- 4) Pendidikan: untuk memudahkan petugas dalam memberi konseling
- 5) Suku/Bangsa: untuk memudahkan dalam komunikasi terutama penggunaan bahasa
- 6) Pekerjaan: Untuk mengetahui status sosial ekonomi sebagai dasar konseling dan pengobatan yang diterima.

b. Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan pembengkakan payudara post partum, seperti nyeri pembengkakan payudara, bendungan ASI, tidak lancarnya ASI keluar.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis, seperti: jantung, DM, hipertensi, asma dll.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa post partum. Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

3) Riwayat maternitas

Data ini digunakan untuk mengetahui bagaimana riwayat menstruasinya, sudah pernah hamil apa belum, jika pernah hamil bagaimana riwayatnya, ada penyulit atau tidak.

4) Riwayat KB

Data ini digunakan untuk mengetahui kegiatan apakah ibu sebelumnya pernah menggunakan alat kontrasepsi.

5) Pola Kebiasaan Sehari-hari

Data ini digunakan untuk mengetahui kegiatan ibu sehari-hari di rumah seperti pola makan, eliminasi, istirahat, aktivitas dan personal hygiene

6) Data Psikososial

Data ini digunakan untuk mengetahui suasana emosial ibu saat ini.

7) Data Sosial Budaya

Data ini digunakan mengetahui adat istiadat disekitar lingkungan tempat tinggal ibu.

8) Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong bersalin, keadaan nifas yang lalu.

9) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini.

2. Penggunaan model keperawatan (pola fungsional)

Penulis menggunakan pola pengkajian fungsional menurut Gordon karena berguna sebagai salah satu cara untuk mengfokuskan atau mengatur pendekatan untuk mengumpulkan pengkajian keperawatan. Pengumpulan data harus berhubungan salah kesehatan dengan kata lain pengkajian harus relevan. Formal dirancang untuk memmberikan

tanggung gugat minimal dari profesi keperawatan kepada public. Format tersebut untuk memastikan pengkajian dalam tingkat komprehensif, namun perawat tidak menjadi budak dari format pengkajian. Adapun pengkajian fungsional:

a. Persepsi kesehatan-pola manajemen kesehatan

Menggambarkan pola pemahaman pasien tentang kesehatan kesejahteraan dan bagaimana kesehatan mereka diatur.

b. Pola metabolic-nutrisi

Menggambarkan konsumsi relatif terhadap kebutuhan metabolic dan suplay gizi, meliputi pola komunikasi makanan dan cairan, keadaan kulit, rambut, kuku dan membran mukosa, suhu tubuh, tinggi dan berat badan.

c. Pola eliminasi

Menggambarkan pola ekresi (usus besar, kandung kemih, kulit) termasuk pola individu sehari-hari, perubahan atau gangguan dan metode yang digunakan untuk mengendalikan ekresi.

d. Pola aktivitas-olahraga

Menggambarkan pola olahraga, aktivitas mengisi waktu senggang dan rekreasi.

e. Pola istirahat-tidur

Menggambarkan pola istirahat tidur dan relaksasi dan setiap bantu dan untuk merubah bantuan tersebut.

f. Pola persepsi

Menggambarkan pola persepsi sensori dan pola kognitif meliputi keadekuatsn bentuk sensori.

g. Pola persepsi diri-konsep diri

Menggambarkan bagaimana seorang memandang dirinya sendiri kemampuan mereka, gambaran diri dan perasaan.

h. Pola reproduksi seksualitas

Menggambarkan kepuasan dan ketidakpuasan dalam seksualitas termasuk reproduksi wanita.

i. Pola hubungan peran

Menggambarkan pola keterlibatan peran dengan hubungan.

j. Pola koping-toleransi stress

Menggambarkan pola koping umum dan keefektifan keterampilan koping.

k. Pola nilai kepercayaan

Menggambarkan pola nilai dan tujuan atau kepercayaan (termasuk kepercayaan spiritual) untuk mengarahkan pilihan dan keputusan gaya hidup.

3. Pengkajian Fisik

a. Status Kesehatan Fisik

b. Keadaan atau penampilan umum: lemas, sakit ringan, sakit berat, gelisah.

c. Pemeriksaan fisik khusus

Pemeriksaan fisik khusus dilakukan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi yang dimulai dari ujung rambut sampai ujung kaki

1) Kepala

- a) Rambut: Warna, distribusi, kebersihan, ketombe
- b) Muka: Raut muka, warna, luka
- c) Mata: Kelopak mata, konjuntiva, pupil, sklera, bola mata, ketajaman penglihatan.
- d) Mulut: Bibir, mukosa mulut, lidah, dan tonsil.
- e) Gigi: Jumlah, cairan gusi dan kebersihan
- f) Mulut: Kebersihan, sekresi, dan pemeriksaan pendengaran

2) Leher

- a) Pembesaran kelenjar dan thyroid
- b) Distensi vena jugularis

3) Dada

- a) Inspeksi: Diameter anterior posterior dalam proporsi terhadap diameter lateral (bentuk dada), ekspansi dada, gerakan dada (frekuensi, irama, kedalaman) *ictus cordis*, penggunaan alat bantu pernafasan.
- b) Palpasi: Massa otot dan tulang thoraks meliputi bengkak, nyeri, massa krepitasi, ekspansi, dinding dada, fremitus teraba.
- c) Perkusi: Dengarkan bunyi yang dihasilkan.
- d) Aukultasi: Frekuensi, nada, dan intensitas bising usus.

4) Ektremitas

- a) Kekuatan otot
- b) Perabaan akral
- c) CTR (normal < 3 detik)
- d) Edema

5) Genetalia

- a) Lochea
- b) Keadaan perineum: oedema, bekas luka episiotomy, robekan hetting.
- c) Keadaan anus : hemoroid

- 6) Kesadaran: dapat diisi dengan tingkat kesadaran secara kualitatif atau kuantitatif dapat dilakukan dengan pengukuran Glassgow Coma Scale (GCS). Sedangkan secara kuantitatif tingkat kesadran dimulai dari composmentis, apatis, somnolen, spoor, dan coma.

Tanda-tanda vital:

Tensi : Tekanan systole atau tekanan diastole mmHg

Nadi : Frekuensi permennit, denyut kuat atau tidak

Suhu : Temperatur suhu normal 36°C- 37°C

7) Integumen secara umum

Diisi dengan warna dan perubahan kulit.

5. Fokus Intervensi

Diagnosa Keperawatan menurut Standart Diagnosa Keperawatan
Indonesia **SDKI** tahun 2017

a. Nyeri Akut (D.0077)

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan
kerusakan jaringan actual atau fungsional.

2) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif : Tampak meringis, Bersikap protektif,(mis waspada
posisi menghindari nyeri),Gelisah, frekuensi nadi
meningkat, Sulit tidur

3) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :-

Objektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu
makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus
pada diri sendiri, diaphoresis.

Standart Luaran Keperawatan Indonesia (**SLKI**) tahun 2019

Tingkat Nyeri: (L.08066)

1. Keluhan nyeri meringis menurun
2. Gelisah menurun
3. Kesulitan tidur menurun

Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (**SIKI**) tahun 2018

Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respons nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

Teraupetik

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. akupresur , terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain.)
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

3. Fasilitas istirahat tidur
4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgesic, *jika perlu*
- b. Menyusui tidak efektif (D.0029)
- 1) Definisi :
Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui.
 - 2) Gejala dan Tanda Mayor
Objektif : Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes/memancar, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, Nyeri/lecet terus menerus setelah minggu kedua.
Subjektif : Kelelahan maternal, kecemasan maternal.

3) Gejala dan Tanda Minor

Objektif : Intake bayi tidak adekuat, bayi menghisap tidak terus menerus, bayi menangis saat disusui.

Subjektif : -

Status Menyusui (L.03029)

1. Perlekaan bayi pada payudara ibu meningkat
2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat
3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/jam meningkat
4. Suplai ASI adekuat

Konseling Laktasi (I.03093)

Definisi: Memberikan bimbingan teknik menyusui yang tepat dalam pemberian makanan bayi

Observasi

1. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui.
2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui
3. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui

Terapeutik

1. Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis.duduk sama tinggi,dengarkan permasalahan ibu)
2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar

Edukasi

1. Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu.

c. Ansietas (D. 0080)

1) Definisi:

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

2) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.

Objektif: Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

3) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.

Objektif: Frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih.

Tingkat Ansietas (L.09093)

1. Verbalisasi kebingungan(5)
2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun(5)
3. Perilaku gelisah menurun(5)

4. Perilaku tegang menurun(5)

Reduksi Ansietas (I.09314)

Observasi

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, *jika memungkinkan*
3. Pahami situasi yang membuat ansietas
4. Dengarkan dengan penuh perhatian
5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.

Edukasi

1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

2. Informasikan secara factual mengenai diagnos , 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 antiansietas, *jika perlu*

d. Resiko Infeksi (D.0142)

- 1) Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
- 2) Faktor Resiko :
 1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
 2. Efek prosedur
 3. Malnutrisi
 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - a) Gangguan peristaltik
 - b) Kerusakan integritas kulit

- c) Perubahan sekresi PH
 - d) Penurunan kerja siliaris
 - e) Ketuban pecah lama
 - f) *Ketuban pecah sebelum waktunya*
 - g) Merokok
 - h) Statis cairan tubuh
6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
- a) Penurunan hemoglobin
 - b) Imunosupresi
 - c) Leukopenia
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinasi tidak adekuat

Tingkat Infeksi (L.14137)

- 1. Kemerahan menurun (5)
- 2. Nyeri menurun (5)
- 3. Bengkak menurun (5)

Perawatan Pasca Seksio Sesaria (I.14567)

Definsi :

Mengidentifikasi dan memberikan asuhan pada pasca persalinan seksio sesaria

Observasi

- 1. Identifikasi Riwayat kehamilan dan persalinan
- 2. Monitor tanda-tanda vital ibu

3. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lochea)
4. Monitor kondisi luka dan balutan

Teraupetik

1. Motivasi mobilisasi dini 6 jam
2. Fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi
3. Berikan dukungan menyusui memadai

Edukasi

1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi
2. Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan napas dalam.
3. Anjurkan ibu cara menyusui
4. Anjurkan ibu mengkonsumsi nutrisi TKTP

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

e. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

1) Pengertian

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

2) Penyebab

Nyeri

3) Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria Mayor

- a) Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas
- b) Objektif : kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun

Kriteria Minor

- a) Subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak.
- b) Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah

Mobilitas Fisik (L.05042)

- 1. Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2. Rentang gerak atau *Range of Motion* (ROM) meningkat
- 3. Nyeri menurun
- 4. Gerakan terbatas menurun
- 5. Kelemahan fisik menurun

Dukungan Ambulasi I.06171

Observasi

- 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi

4. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik

1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (misalnya tongkat, kruk)
2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
2. Anjurkan melakukan ambulasi dini
3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).

f. Defisit Pengetahuan (D.0111)

1) Definisi:

Ketidaktahuan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

2) Gejala dan tanda mayor

Subjektif: Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif:

- a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

3) Gejala dan tanda minor

Subjektif: tidak tersedia

Objektif:

- a) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
- b) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis, apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

4) SLKI (Tingkat pengetahuan L. 12111)

- a) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- b) Perilaku sesuai anjuran verbalisasi minat dalam belajar meningkat
- c) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat

5) SIKI (I . 12383)

Observasi:

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b) identifikasi factor-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 factor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan

- b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- c) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis, apatis, bermusuhan, agistasi, histeria)

6. Implementasi

Pelaksanaan dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama – sama dengan klien atau anggota tim kesehatan. Bila tindakan kesehatan dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan lain, perawat tetap memegang tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya.kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan. Evaluasi didasarkan pada harapan pada pasien yang diidentifikasi saat merencanakan asuhan keperawatan. Untuk mengetahui keberhasilan asuhan, perawat mempunyai pertimbangan tertentu antara lain tujuan asuhan keperawatan, efektifitas tindakan untuk mengatasi masalah, asuhan keperawatan.

I. Metodologi Penelitian

Menurut Alfiyanti Yanti (2014) metodologi pengumpulan data:

1. Jenis,rancangan penelitian dan pendekatan

Jenis penelitian yang digunakan dalam karya tulis ini yaitu Kuantitaif research dengan rancangan studi kasus. Subjek penelitian ini yaitu Ny.P yang tengah mengalami nyeri pembengkakan payudara *postpartum sectio caesarea*. Instrument penelitian ini berupa kuesioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir lainnya yang berkaitan dengan pencatatan data, lembar Standar Operasional Posedur Keperawatan (SOP), dan konsep pola

fungsional menurut Gordon yang dilakukan dengan metode pengumpulan data melalui pengkajian, penentuan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi tindakan. Subjek dalam penelitian ini menggunakan satu subjek yaitu ibu *postpartum Sectio Caesarea* ketuban pecah dini yang mengalami masalah keperawatan nyeri pembengkakan payudara dengan kriteri inklusi sebagai berikut:

- a. Ibu *postpartum Sectio Caesarea* ketuban pecah dini yang mengalami pembengkakan payudara
- b. Ibu *postpartum Sectio Caesarea* ketuban pecah dini yang merasakan nyeri pada area payudara dengan skala nyeri ringan sampai nyeri berat.
- c. Ibu *postpartum Sectio Caesarea* ketuban pecah dini yang sedang menyusui
- d. Responden yang setuju dilakukan tindakan kompres daun kubis dari awal tindakan sampai selesai.

2. Subjek penelitian

Subjek penelitian ini yaitu Ny.P yang tengah mengalami pembengkakan payudara pada ibu *postpartum Sectio Caesarea* indikasi ketuban pecah dini

3. Waktu dan Tempat

Peneliti berencana akan melakukan penelitian Rumah Sakit Permata Bunda selama 2 hari minimal perawatan dengan waktu yang belum ditentukan.

4. Fokus Studi

Penelitian ini berfokus Asuhan Keperawatan pada pasien Ibu *postpartum Sectio Caesarea* ketuban pecah dini dengan nyeri Pembengkakan Payudara

dengan fokus intervensi pemberian kompres daun kubis agar pasien dapat mengontrol nyeri yang dialaminya.

5. Instrumen pengumpulan data

Penelitian ini menggunakan instrumen yaitu lembar observasi, Standar Operasional Prosedur kompres daun kubis dan *Numeric Rating Scale* (NRS) untuk mengukur skala nyeri.

6. Metode Penelitian

a. Jenis Pengumpulan data

1) Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung dari sumber tersebut. Sumber data primer diperoleh langsung dari sumber data tersebut. Sumber data primer diperoleh memberikan pertanyaan-pertanyaan yang nanti akan ditanyakan oleh perawat secara langsung mengenai keadaan yang saat itu dirasakan.

2) Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumber lain. Adapun prosedur pengumpulan data melalui tahapan-tahapan sebagai berikut:

- a) Peneliti meminta persetujuan dari pihak akademik untuk menjalankan sebuah penelitian.
- b) Peneliti meminta persetujuan dari kepala puskesmas Purwodadi I untuk melakukan penelitian dengan memberikan izin sebagai tempat dilakukan penelitian.

- c) Peneliti mendapatkan surat izin untuk melakukan sebuah penelitian di Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi
- d) Peneliti meminta surat izin kepada data Bidan Rs untuk meminta data klien.
- e) Penelitian menemui responden dan menjelaskan penelitian.
- f) Penelitian meminta persetujuan untuk menjadi responden dengan mengisi *informed consent*.
- g) Penelitian kemudian mulai mengajukan pertanyaan yang digunakan sebagai bahan penelitian.

7. Etika Penelitian

Menurut Etika penelitian merupakan hal yang wajib dilakukan oleh peneliti untuk melindungi hak –hak calon responden yang akan menjadi

Menurut Hidayat (2011)bagian penelitian:

a. *Informed consent*

Merupakan lembar persetujuan sebagai responden,lembar ini bertujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan dari penelitian. Jika responden menolak maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghormati hak haknya sebagai responden.

b. *Anonymity*

Merupakan bentuk menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak menyantumkan identitas responden secara lengkap mulai dari nama responden,nomor CM,alamat responden, dan lain sebagainya

tetapi peneliti akan memberikan inisial responden yang menunjukkan identitas dari responden tersebut.

c. Confidentiality

Merupakan sebuah usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi responden yang telah diberikan. Cara ini dilakukan dengan cara menyimpan dalam bentuk file dan berikan password. Selain itu, data yang berbentuk *hardcopy* (laporan askep) akan disimpan di ruang rekam medis rumah sakit/disimpan dalam bentuk dokumen oleh peneliti. Ketiga etika ini wajib dilakukan oleh peneliti sebagai bentuk perlindungan responden sebagai subjek penelitian dan agar tetap menjaga hak-hak klien sebagai responden dalam penelitian.