

BAB II

PENDAHULUAN

A. Konsep Dasar *sectio caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan melahirkan dengan metode operasi dengan melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus untuk mengeluarkan bayi dan menyelamatkan bayi beserta ibunya . Persalinan *sectio caesarea* di lakukan saat persalinan lama, gawat janin. Plasenta previa, mal presentase janin, panggul sempit, dan *pre eklamsia* berat (PEB).tindakan persalinan dengan *section caesarea* banyak di lakukan dan semakin tinggi tingkat keberhasilan menyelamatkan bayi dan ibu walaupun dipandang sebagai suatu upaya terahir. Operasi *section caesarea* saat ini menjadi suatu yang umum (Anggrayeni Purba, 2021).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu persalinan bedah dengan membuka dinding perut dan dinding rahim untuk mengeluarkan bayi yang memiliki berat lebih diatas 500 gram (Indah et al., 2021).

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya

atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervagina (Juliathi et al., 2021).

Faktor hambatan jalan lahir, Penyebab dari faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Juliathi et al., 2021)

2. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Menurut (Sagita, 2019) terdiri 3 klasifikasi *sectio caesarea* yaitu :

a. *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Yaitu teknik pembedahan dengan posisi melintang tau memanjang di bawah uterus.

b. *Sectio caesarea corporal / klasik*

Yaitu tindakan pembedahan dengan membuat insisi di tengah korpus uteri sekitar 10-12cm di ujung bawah atas batas plika vasio uterine.

c. *Sectio caesarea ekstra peritoneal*

Yaitu proses *sectio caesarea* di lakukan untuk mengurangi bahaya infeksi peurpureal, pembedahan ini sekarang jarang di lakukan, karena proses pembedahannya sulit.

3. Indikasi *sectio caesarea*

Indikasi *sectio caesarea* menurut (Sung et al., 2020) yaitu :

a. Persalinan *sectio caesarea* sebelumnya : riwayat operasi terdahulu saat melahirkan.

- b. Permintaan ibu : tindakan operasi *sectio caesarea* yang di inginkan oleh ibu itu sendiri.
- c. Deformitas panggul atau disproporsi sefalopelvis : kegagalan kemajuan persalinan, fleksi kepala yang buruk.
- d. Trauma perineum sebelumnya : adanya robekkan pada jalan lahir
- e. Sebelumnya operasi rekonstruksi panggul atau anal atau rektal : riwayat operasi anal/rektal.
- f. Herpes simpleks atau infeksi HIV
- g. Penyakit jantung atau paru

4. Kontra indikasi *sectio caesarea*

Kontra indikasi di lakukanya operasi *sectio caesarea* menurut (Sung et al., 2020) yaitu :

- a. Janin mati : janin yang mati di dalam kandungan
- b. Syock : Kondisi yang menyebabkan plasenta terlepas dari dinding rahim sehingga menyebabkan pendarahan hebat atau syok saat persalinan
- c. Anemia berat : kekurangan sel darah merah yang bisa menyebabkan pre eklamsia.
- d. Kelainan kongenital berat : kelainan anatomi dan fungsi organ tubuh yang dialami bayi neonatal atau baru lahir sehingga mengakibatkan cacat lahir atau cacat bawaan

5. Komplikasi *sectio caesarea*

Komplikasi *sectio caesarea* yang sering titemui menurut (Dila et al., 2022) sebagai berikut :

- a. Perdarahan pada ibu selama proses operasi : keluarnya darah dari jalan lahir melebihi 500 cc dalam 24 jam setelah melahirkan.
- b. Komplikasi penyulit : ketuban pecah dini, pre eklamsia berat, bayi sungsang, terlilit tali pusar.
- c. *Endometritis* (radang endometrium) : peradangan pada lapisan rahim (endometrium) yang biasanya disebabkan oleh infeksi.
- d. *Tromboplebitis* (pembekuan darah pembuluh balik) : peradangan yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan pada vena (pembuluh darah balik)
- e. *Embolisme* (penyumbatan pembuluh darah) : masuk atau menerobosnya air ketuban ke dalam pembuluh darah.

B. Konsep Dasar *Pre Eklamsia Berat*

1. Definisi *pre eklamsia* berat

Pre eklamsia merupakan penyakit yang di sebabkan oleh kehamilan hingga kini penyebabnya belum diketahui yang sampai saat ini belum di ketahui, yang ditandai dengan hipertensi atau tekanan darah tinggi, edema dan proteinuria yang masih menjadi penyebab utama kematian ibu dan bayi dalam kandungan. Beberapa faktor resiko yang dapat mendorong berkembangnya *pre eklamsia*, riwayat keluarga, dan

penyakit bawaan kehamilan seperti ginjal dan diabetes (Between et al.2021).

Pre eklamsia adalah sindrom hipertensi spesifik kehamilan yang ditandai dengan berbagai etiologi , dan berhubungan dengan morbiditas dan mortalitas ibu, dan perinatal yang signifikan (Safitri, 2019).

Pre eklamsia merupakan salah satu jenis HDK yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu disertai kelainan fisik (Yuliani et al., 2018).

Pre Eklampsia merupakan suatu kondisi heterogen yang dapat menantang untuk mendiagnosa, mengingat spektrumnya yang luas dan kurangnya tes diagnostik yang kuat. Fitur utama dari *pre eklampsia* adalah onset baru hipertensi (didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mm Hg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mm Hg) dan proteinuria (300 mg atau lebih besar dalam spesimen 24 jam urin) (Indra, 2021).

Eklampsia merupakan keadaan dimana ditemukan serangan kejang tiba-tiba yang dapat disusul dengan koma pada wanita hamil, persalinan atau masa nifas yang menunjukkan gejala *pre eklampsia* sebelumnya (Ayu, 2020).

2. Klasifikasi

Menurut (Sukarni, 2017) hipertensi dalam kehamilan di bagi menjadi 2 yakni :

a. *Pre eklamsia* ringan

Keadaan dimana tekanan darah meningkat 140/90 MmHg, jika tekanan darah ibu meningkat diukur dengan cara berbaring atau duduk. Edema pada ekstermitas dan muka serta diikuti kenaikan berat badan >1 kg/ minggu.

b. *Pre eklamsia* berat

Peningkatan tekanan darah ibu mencapai 160/110 atau lebih tinggi, adanya edema pada paru serta *cyanosis*.

3. Etiologi

Menurut (Purniawati, 2019), indikasi operasi *sectio caesarea* meliputi ibu dan janin :

a. Indikasi pada ibu

Indikasi ibu pada disproporsi janin/panggul, riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk terdahulu, panggul sempit, tekanan darah tinggi (*pre eklamsia* berat), permintaan pasien atau keluarga, mempunyai penyakit jantung,diabetes, gangguan persalinan seperti kista ovarium, mioma uteri,.

b. Indikasi dari janin

Mal presentasi atau mal posisi kedudukan janin, gawat janin, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

4. Patofisiologi

Menurut Sofian, 2011. Pada preeklampsi terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan

spasme hebat arteriola glomerolus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerolus. Perubahan pada organ-organ ibu hamil dengan *preeklampsi* berat (PEB) adalah sebagai berikut :

a. Otak

Pada *preeklampsi* aliran darah dan pemakaian oksigen tetap dalam batas-batas normal. Pada *eklampsia*, retensi pembuluh darah meninggi, ini terjadi pula pada pembuluh darah otak. Edema yang terjadi pada otak dapat menimbulkan kelainan serebral dan gangguan visus, bahkan pada keadaan lanjut dapat terjadi perdarahan.

b. Plasenta dan Rahim

Aliran darah menurun ke plasenta dan menyebabkan gangguan plasenta, sehingga terjadi gangguan pertumbuhan janin dan arena kekurangan oksigen terjadi gawat janin. Pada *preeklampsi - eklampsia* sering terjadi peningkatan tonus rahim dan kepekaannya terhadap rangsang, sehingga terjadi *partus prematurus*.

c. Ginjal

Filtrasi glomerulus berkurang oleh karena aliran ke ginjal menurun. Hal ini menyebabkan filtrasi natrium melalui glomerulus menurun, sebagai akibatnya terjadilah retensi garam dan air. Filtrasi glomerulus dapat turun sampai 50 % dari normal sehingga pada keadaan lanjut dapat terjadi oliguria dan anuria.

d. Paru-paru

Kematian ibu pada *preeklampsi - eklampsia* biasanya disebabkan oleh edema paru yang menimbulkan dekompensasi kordis. Bisa pula karena terjadinya aspirasi pneumonia, atau abses paru.

e. Mata

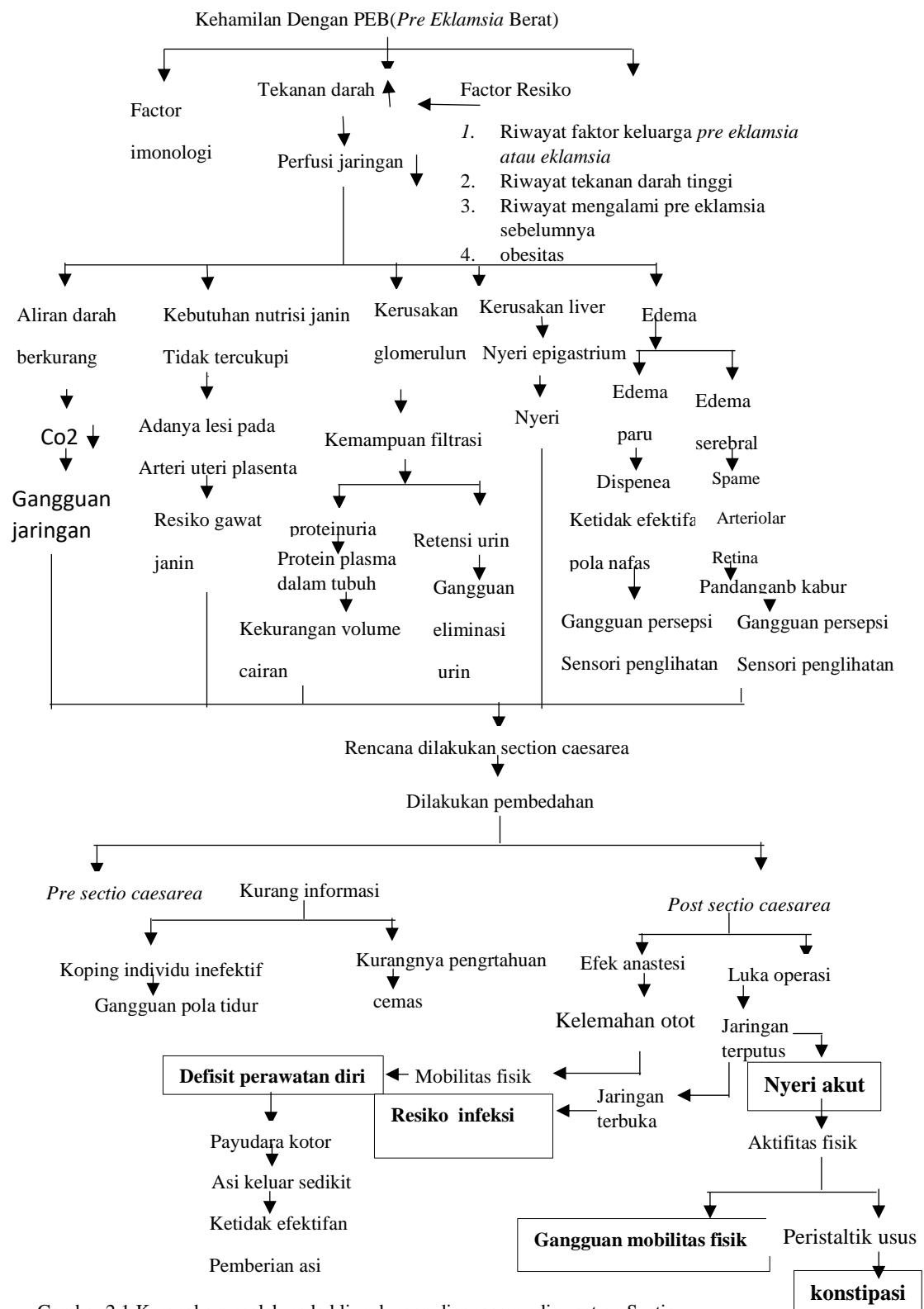
Dapat dijumpai adanya edema retina dan spasme pembuluh darah. Bila terdapat hal-hal tersebut, maka harus dicurigai terjadinya *preeklampsi* berat. Pada *preeklampsi* dapat terjadi ablasio retina yang diisebabkan edema intraokuler dan merupakan salah satu indikasi untuk melakukan terminasi kehamilan. Gejala lain yang dapat menunjukkan tanda *preeklampsi* berat yang mengarah pada *eklampsia* adalah adanya skotoma, diplopia, dan ambliopia. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks serebri atau di dalam retina.

f. Keseimbangan air dan elektrolit

Pada *preeklampsi* ringan biasanya tidak dijumpai perubahan yang nyata pada metabolisme air, elektrolit, kristaloid, dan protein serum.

Jadi tidak terjadi gangguan keseimbangan elektrolit, gula darah, kadar natrium bikarbonat, dan pH darah berada pada batas normal. Pada *preeklampsi* berat dan eklampsi, kadar gula darah naik sementara, asam laktat dan asam organik lainnya naik, sehingga cadangan alkali akan turun. Keadaan ini biasanya disebabkan oleh kejang-kejang. Setelah konvulsi selesai zat-zat organik dioksidasi, dan dilepaskan natrium yang lalu bereaksi dengan karbonik sehingga terbentuk natrium bikarbonat. Dengan demikian cadangan alkali dapat pulih normal.

5. Pathway



Sumber : Nanda, 2015

6. Penatalaksanaan

a. *Pre eklamsia*

Tujuan utama penanganan *pre eklamsia* adalah mencegah terjadinya *eklamsia*, melahirkan bayi tanpa asfiksia dan mencegah terjadinya mortalitas maternal dan parintal (Nurarif, 2015)

b. *Pre eklamsia* ringan

Istilah di tempat tidur merupakan terapi utama dalam penanganan *pre eklamsia* ringan. Istilah dengan berbaring pada sisi tubuh menyebabkan aliran darah ke plasenta dan aliran darah ke ginjal meningkat , tekanan vena pada ektermitas bawah menurun dan reapsobsi cairan bertambah. Selain itu dengan istilah di tempat tidur mengurangi kebutuhan volume darah yang beredar dan juga dapat menurunkan tekanan darah. Apabila *pre eklamsia* tersebut tidak membaik dengan penanganan konsepatif, dan hal kelainan harus di terminasi jika mengancam nyawa maternal (Nurarif, 2015).

c. *Pre eklamsia* berat

Pada pasien *pre eklamsia* berat segera harus memberi obat sedative kuat untuk mencegah timbulnya kejang. Apabila sesudah 12-24 jam bahaya akut yang sudah diatasi, tindakan terbaik adalah menghentikan kehamilan. Sebagai pengobatan mencegah timbulnya kejang dapat diberikan larutan magnesium sulfat (mgSO₄) 20% dengan 4 gram secara intravena loading dosis 4-5 menit. Kemudian

dilanjut dengan MgSO₄ 40% sebanyak 12 gram dalam 500 cc ringer laktat (RL) dengan 12 tetes/menit (Nurarif, 2015).

C. Konsep Dasar *Post Partum*

1. Definisi

Masa nifas (*Post partum*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir pada saat Rahim kembali keadaan normal seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan, ibu akan banyak mengalami perubahan fisik dan fisiologis dan menimbulkan banyak ketidaknyamanan pada awal nifas, kemungkinan menjadi patologis tidak bisa dikesampingkan jika tidak dirawat dengan baik (Yuliana & Hakim, 2020).

Post partum merupakan masa pemulihan yang dimulai ketika selesai persalinan sampai alat-alat kandungan kembali sebelum hamil, lama masa nifas sekitar 6-8 minggu (Zubaidah et al, 2021).

Post partum atau disebut juga masa *puerperium* merupakan waktu yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ reproduksinya seperti saat sebelum hamil atau disebut involusi terhitung dari selesai persalinan hingga dalam jangka waktu kurang lebih 6 minggu atau 42 hari, dalam bahasa latin, waktu setelah melahirkan anak disebut dengan *puerperium* yang berasal dari kata *puer* yang artinya bayi dan *parous* yang artinya melahirkan, jadi *puerperium* merupakan masa setelah melahirkan bayi dan masa pulih kembali mulai kala IV selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. (Ayu Putri, 2019).

Post partum atau masa nifas adalah masa dimulai dari beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai enam minggu setelah melahirkan atau masa yang digunakan seorang ibu yang telah melahirkan yang digunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu enam sampai dua belas minggu (Nugroho T., 2014).

Menurut Marni (2012) masa nifas adalah beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat dan berakhirnya ketika alat-alat kandungan kembali pada masa sebelum hamil, yang berlangsung kira-kira enam minggu setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu sistem reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil.

2. Tahap – Tahap Masa Nifas

Menurut wulandari (2020), perempuan melalui banyak tahapan pada masa nifas yaitu :

- a. *Immediate puerperium*, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan, ibu diperbolehkan jalan – jalan atau berdiri.
- b. *Early puerperium*, yaitu waktu 1-7 minggu setelah lahiran, pemulihan organ reproduksi secara menyeluruh memerlukan waktu 6 minggu. Masa nifas berikutnya yaitu 1-6 minggu setelah melahirkan, adalah masa dimana ibu memerlukan pemulihan dan kesehatan yang sempurna. Masa sehat bisa berlangsung berminggu-minggu, berbulan-bulan, dan bertahun-tahun.

3. Kebutuhan Masa Nifas

Menurut (Elisabeth Siwi Walyani, 2017) kebutuhan masa nifas yaitu :

Gizi dan cairan

Masalah gizi memerlukan perhatian khusus, karena gizi yang baik dapat mempercepat proses penyumbuhan ibu dan sangat mempengaruhi komposisi asi. Kebutuhan gizi ibu selama menyusui sebagai berikut :

- a. Mengkomsumsi 500 kalori ekstra per hari.
- b. Pola makan seimbang dengan protein, meneral, dan vitamin.
- c. Minum minuman 2 liter per hari (+8 gelas).
- d. Zat besi / suplemen tambah darah sampai dengan 40 hari setelah lahir.
- e. Kapsul Vit. A200.000 unit

4. Perubahan Fisiologis

Perubahan fisiologis dalam masa post partum (Khumaidi et al., 2019).

Genitalia ekterna dan interna

a. *Involusi uterus*

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Khumaidi et al., 2019). Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum dapat dilihat di bawah ini :

Involsi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri.

- b. Setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat, 12 cm jam kemudian kembali 1 cm setiap hari.
- c. Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1cm di bawah pusat. Pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simpisis. Pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba. Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses *involsi* disebut dengan *subinvolsi* dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta atau pendarahan lanjut (*post partum hemorrhage*).

5. Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplay darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi pendarahan.

Penurunan ukuran uterus yang cepat dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvik. segera setelah proses persalinan puncak fundus kira-kira dua pertiga hingga tiga perempat naik ke tingkat umbilicus dalam beberapa jam dan bertahan hingga satu atau dua hari dan kemudian secara berangsur-angsur turun ke pelvik yang secara besar abdominal tidak terpalpasi diatas simfisis setelah sepuluh hari.

Perubahan uterus ini berhungan erat dengan perubahan-perubahan pada miometrium terjadi perubahan-perubahan yang bersifat proteolisis. Hasil proses ini dialirkan malalui pembeluh darah getah bening.

Decidua tertinggal dalam uterus setelah selparasi dan ekslpusin plasenta dan membrane yang terdiri dari lapisan zona basalis dan suatu bagian lapisan zona spongios pada decidua bersalis (tempat implantasi plasenta). Decidua yang tersisa ini menyusun kembali menjadi dua lapisan sebagai hasil invasi leukosit yaitu :

- a. Suatu degenerasi nekrosis lapisan superficial yang akan terpakai lagi sebagai bagian dari pembuahan lochia dan lapisan dalam dekat miometrium.
- b. Lapisan yang terjadi dari sisa-sisa endometrium dilapisi basalis.

Endometrium akan diperbarui oleh proliferasi epithelium endometrium. Regenerasi endometrium diselesaikan selama pertengahan atau akhir dari post partum minggu ketiga kecuali ditempat implementasi plasenta.

Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari decidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Decidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan, suatu campuran antara darah yang dinamakan lochia, yang biasanya berwarna merah muda dan putih pucat. Pengeluaran lochia biasanya berakhir dalam waktu 3-6 minggu (Khumaidi et al., 2019).

6. Serviks

Serviks mengalami inovasi bersama-sama dengan uterus warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak akan kembali pada keadaan sebelum hamil. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga Rahim, setelah 2 jam dapat dimasukkan 2-3 jari, pada minggu ke 6 post partum serviks (Ambarwati, 2010)

7. *Lochea*

a. *Lochea rubra*/merah (kruenta)

Lochea ini muncul pda hari ke 1 sampai hari ke 4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo(rambut bayi), dan meconium.

b. *Lochea Sanguinolenst*

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir berlangsung dari hari ke4 sampai ke7 post partum.

c. *Lochea Seros*

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekkan/laserasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 post paertum.

d. *Lochea Alba*/putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selapaut lender serviks dan serabut jaringan yang mati. *Lochea alba* biasanya berlangsung selama 2-6 minggu post partum (Ambarwati, 2010).

8. Sistem Gastrointestinal

Biasanya ibu mengalami obtipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebih pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau pemberian obat laksan yang lain (Arif et al.,2019).

9. Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut:

a. Sekresi susu atau *let down*

Selama 9 bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan oleh plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitari akan

mengeluarkan prolaktin (hormon lagtogenik). Sampai hari ke 3 setelah kelahiran, efek prolaktin bagi payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh payudara menjadi membengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak, dan rasa sakit. Sel-sel aciki yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, refles syaraf merangsang lobus posterior pituitari untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang refleks let dwon (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan pompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak. Refleks ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama (Suciawati, 2019).

10. Sistem Kardiovaskuler dan Hematology

Leukositosis adalah meningkatkannya jumlah sel-sel darah putih sampai sebanyak 15.000 selama persalinan, leukositasis akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel-sel darah putih tersebut masih bisa naik lebih tinggi lagi hingga 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Akan tetapi, beberapa jenis kemungkinan infeksi harus dikesampingkan pada penemuan semacam itu. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah. Sering

dikstakan bahwa jika hematokrit hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2% atau lebih tinggi daripada saat memasuki persalinan awal, maka klien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2% tersebut kurang lebih sama dengan kehilangan 500 ml darah. Biasanya terdapat suatu penurunan besar kurang lebih 1.500 ml dalam jumlah darah keseluruhan selama kelahiran dan masa nifas Rincian jumlah darah yang terbuang pada klien ini kira-kira 200-500 ml hilang selama masa persalinan, 500-800 ml hilang selama minggu pertama post partum dan terakhir 500 ml selama sisa masa nifas (Arif et al., 2019).

11. Sistem Endokrin

penurunan kadar estrogen dan progesteron mengikuti pengeluaran plasenta untuk mencapai kadar yang paling rendah. Pada periode post partum kadar estrogen dihubungkan dengan perawatan payudara dan dengan deuresis dari pengeluaran cairan ekstra seluler yang dimaklumi sekama kehamilan (Rasmi et al., 2018).

12. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37, C. Sesudah partus dapat naik 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 38°C. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38°C, mungkin terjadi infeksi pada klien (Arif et al, 2019).

13. Adaptasi Psikologis *Post Partum*

Menurut Machotar, adaptasi psikologis post partum sebagai berikut :

a. *Tuking in*

Berakhir kira-kira 2 hari senang mengizinkan orang lain yang membuat keputusan ini mengungkapkan pengalaman untuk mengunjungi dan berusaha menceritakan kelahiran atau persalinan.

b. *Taking hold*

Ibu menjadi lebih mandiri, selama fase ini, ibu memerlukan perhatian tentang mendapatkan fungsi tubuhnya dan pengambilan tanggung jawab untuk mendapatkan perawatan diri, ibu merubah perhatiannya dari dia ke bayinya..

c. *Latting Go*

Fase *latting go* adalah waktu penerimaan untuk ibu dan ayah, banyak kelahiran, penerimaan bayi sebagai bagian dirinya (Rasmi et al., 2018).

D. KONSEP BAYI BARU LAHIR

1. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir antara usia kahamilan minggu 37 sampai 42 minggu dengan berat badan lahir 2500 gram sampai 4000 gram dan tanpa tanda-tanda afiksia maupun penyakit pnyerta lain (Noordiati, 2018).

Bayi baru lahir merupakan hasil pembuahan telur dan sperma dengan masa kehamilan yang memungkinkan adanya kehidupan di luar

rahim. Tahapan bayi baru lahir yaitu 0-7 hari disebut early newborn dan 8-28 hari disebut late neonates (Maternity, Anjany & Evrianasari, 2018).

2. Ciri-ciri bayi baru lahir

Menurut Maternity, Anjany dan Evrianasari(2018) ciri-ciri bayi baru lahir normal antara lain :

- a. Berat badan
- b. Panjang badan lahir
- c. Lingkar kepala
- d. Lingkar dada
- e. Bunyi jantung
- f. Pernafasan
- g. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan dan diikuti vernik caseosa.
- h. Rambut lanugo terlihat, rambut kepala biasanya sudah sempurna.
- i. Kuku telah agak panjang dan lepas.
- j. Genitalia jika perempuan labia mayora telah menutupi labia monora, jika laki-laki testis telah turun, skrotum sudah ada.
- k. Reflek hisap dan menelan telah terbentuk dengan baik.
- l. Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- m. Reflek graps atau menggenggam sudah baik.
- n. Eliminasi baik dan urin mekonium akan keluar dalam 24 jam.
- o. Mukonium berwarna hitam kecoklattan.

3. Kebutuhan dasar bayi baru lahir

Kebutuhan dasar bayi baru lahir menurut Legawati (2018) antara lain:

a. Cairan elektrolit

Bayi baru lahir memenuhi cairannya melalui asi. Seluruh kebutuhan nutrisi dan cairan dipenuhi dari asi.

b. Nutrisi

Bayi yang diberi makan sesuai permintaan dapat menyusu 12 hingga 15 kali dalam 24 jam.

c. Personal hygiene

Kebersihan memandikan bayi baru lahir merupakan ajari ibu jika ibu masih ragu untuk memandikkan bayinya karena tali pusarnya belum putus, memandikan bayi dapat dilakukan dengan cara mengelap seluruh badan hanya dengan sarung tangan, menyiapkan air hangat dan menepatkan anak di ruangan yang hangat dan tidak berangin.

Usap lembut pada wajah, terutama di sekitar mata dan seluruh tubuh.

E. Konsep Dasar *Guided Imagery* (Teknik Imajinasi)

1. Definisi

Guided imagery adalah suatu metode relaksasi berimajinasi atau membayangkan tempat dan peristiwa yang berhubungan dengan perasaan yang menyenangkan untuk mengurangi stres agar mendapatkan pengaruh fisik, emosional dan spiritual, dengan cara perawat meminta pasien dengan perlahan untuk menutup mata dan memfokuskan nafas, pasien diminta untuk rileks, mengkosongkan

pikiran dengan hal-hal atau kejadian yang menurut pasien menyenangkan dan dapat membuat rasa tenang (Amir & Rantesigi, 2021).

Guided imagery merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheeveer, 2010 dalam Patasik, 2013).

Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta kepada klien perlahan-lahan menutup matanya dan focus pada nafas mereka, klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang. (Rahmayati, 2010 dalam Patasik, 2013).

Guided imagey (imajinasi terbimbing) adalah sebuah teknik yang memanfaatkan cerita atau narasi untuk mempengaruhi pikiran sering dikombinasi dengan latar belakang musik . *Guided imagery* dapat berfungsi sebagai pengalih perhatian sebagai dari yang menyakitkan dengan demikian dapat mengurangi respon nyeri (Kusyati, 2012) .

Guided imagery merupakan salah satu metode yang dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan dengan cara membayangkan suatu keadaan atau serangkaian pengalaman yang menyenangkan secara terbimbing dengan melibatkan indera (Purnama, 2015: 2)

2. Manfaat *Guided Imagery*.

Manfaat terapi *guided imagery* adalah untuk membantu mengatasi nyeri, kecemasan dan stess, yang nanti pikiran pasien akan dipusatkan ke

suatu hal atau kejadian yang menyenangkan. Manfaat terapi guided imagery menurut (Handayani & Rahmayati, 2018) :

- a. *Guided imagery* bisa digunakan untuk metode mengurangi tingkat kecemasan dan nyeri yang sedang dialami pasien.
- b. Memberikan rasa nyaman pada pasien.
- c. Menurunkan tekanan darah tinggi dan gula darah.
- d. Mengurangi pusing karena sakit kepala.
- e. Mempercepat proses penyembuhan luka dan tulang.
- f. Memperlancar masalah pernafasan.
- g. Tidak ada efek samping sama sekali bagi pasien.

3. Tujuan *Guided Imagery*

Tujuan penerapan *Guided Imagery* menurut (Darmadi et al., 2020) sebagai berikut :

- a. Menjaga kesehatan tubuh agar tetap rileks dengan cara melakukan komunikasi dari dalam tubuh yang melibatkan seluruh indera, sehingga terbentuk keseimbangan antara pikiran, tubuh, dan jiwa.
- b. Mempercepat proses penyembuhan yang efektif dan mencegah tubuh dari berbagai macam penyakit seperti stress.
- c. Mengurangi stress dan memberikan perasaan yang tenang dan nyaman.
- d. Mencegah pasien terkena depresi.

4. Standar operasi Prosedur *Guided Imagery*

Terapi ini digunakan kepada pasien dengan cara, perawat meminta pasien untuk menutup matanya dengan perlahan dan memfokuskan nafas.

Pasien di minta untuk tetap tenang dan rileks, mengkosongkan pikiran dan mengisi pikiran dengan hal-hal atau kejadian yang menurut pasien menyenangkan dan dapat membuat tenang (Safitri & Agustin, 2020).

Teknik guided imagery dapat dilakukan dengan intensitas 3 kali dalam satu minggu dalam waktu 10-15 menit (Saputri & Rahayu, 2020).

Berikut ini prosedur teknik relaksasi Guided Imagery :

No	Tindakan	Keterangan
1	FASE PRAINTERAKSI Melakukan verifikasi program <i>Guided Imagery</i>	
2	Persiapan alat : Lembar persiapan operasional prosedur <i>Guided Imagery</i> Tempat tidur atau ruangan yang nyaman.	
3	Fase orientasi : 1. Baca status dan data pasien untuk memastikan tindakan yang akan dilakukan 2. Cek alat yang akan digunakan	

-
3. Mengucapkan
salam, memperkenalkan diri,
dan menjelaskan prosedur
yang akan dilakukan
 4. Menjelaskan tujuan dan beri
kesempatan pasien untuk
bertanya
 5. Tanyakan keluhan saat ini, dan
kaji skala nyeri
 6. Kontrak waktu, menjelaskan
tujuan, dan prosedur tindakan
 7. Menanyakan kesediaan
pasien.

4 **Tahap kerja :**

1. Mengatur posisi pasien
dengan nyaman.
 2. Siapkan lingkungan yang sepi
dan tenang.
 3. Mengintruksi pasien untuk
menutup mata dan menarik
nafas dalam kemudian
meminta pasien
membayangkan hal-hal yang
-

menyenangkan seperti pergi ke suatu tempat yang menyenangkan.

4. Bimbing pasien dan tanyakan tentang suara, benda, dan bau-bau yang dirasakan .
5. Minta pasien untuk membayangkan dengan lebih terperinci.
6. Mengalihkan kosentrasi pasien pada imajinasi .
7. Lakukan hingga pasien tampak rileks dan pasien mersakan kecemasannya menurun.

4 **Tahap terminasi :**

1. Kaji kembali skala nyeri dengan alat ukur
 2. Catat hal-hal yang terjadi selama latihan
 3. Beri reinforcemen untuk melakukan latihan mandiri
-

-
- ketika tidak di damping
perawat
4. Beri kesempatan pasien
mengungkapkan
perasaannya setelah di
lakukan latihan
5. Beri tahu tindakan sudah
selesai dan ucapan salam.

(Saputri & Rahayu, 2020).

F. Konsep Dasar Nyeri

1. Definisi

Nyeri merupakan pengalaman sensori serta emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu serta menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Sasrianty, 2018). Nyeri persalinan suatu perasaan tidak menyenangkan yang merupakan respon individu yang menyertai dalam proses persalinan oleh karena adanya perubahan fisiologis dari jalan lahir dan rahim. Nyeri

persalinan disebabkan oleh proses dilatasi servik, hipoksia otot uterus saat kontraksi.

2. Klasifikasi

Klasifikasi nyeri antara lain sebagai berikut:

a) Berdasarkan sumbernya

1. *Visceral* (organ dalam) merupakan stimulasi reseptor nyeri dalam rongga badan, kranium dan thoraks. Biasanya terjadi karena spasme otot, peregangan jaringan dan iskemia.
2. Nyeri Alihan (*Referred Pain*), merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri, karena nyeri dapat terasa dibagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri. Contohnya nyeri yang terjadi pada infark miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, batu empedu, yang menyalihkan nyeri selangkangan.
3. *Cutaneus/ superfisial*, merupakan nyeri yang mengenai kulit atau jaringan subkutan yang biasanya rasanya seperti terbakar (Hartiningsih, 2020).

b) Berdasarkan Durasi

Secara umum nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis

1. Nyeri Akut, merupakan nyeri yang timbul mendadak dan cepat dan menghilang, yang biasanya terjadi selama 6 bulan atau kurang dari 6 bulan.
2. Nyeri Kronis, merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama lebih dari 6 bulan.

c) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

1. Nyeri Nosiseptif, merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus naceous. Nyeri ini biasanya terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang sendi, otot, jaringan ikat (Hartiningsih, 2020).
2. Nyeri Neuropatik, merupakan hasil suatu cedera atau normalitas yang didapatkan pada struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri ini lebih sulit untuk diobati (Hartiningsih, 2020).

3. Etiologi

Menurut (Hartiningsih, 2020) nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri yaitu:

- a) Fisik (ternal, mekanin, elektrik)
- b) Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, sehingga zat-zat kimia ini menimbulkan rasa nyeri.

4. Fisiologi

Nyeri mempunyai 4 proses tersendiri dalam menstimulus cedera jaringan dan penurunan pengalaman subjektif Transduksi, transmisi, modulasi dan presepsi.

a) Transduksi

Transdukasi merupakan suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya luka sayatan) ke impuls nosiseptif, ada tiga serabut syaraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulus non noksious dikelompokkan antara lain serabut pengantar nyeri atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Sillent Nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulus eksternal tanpa adanya mediatoif inflamasi.

b) Transmisi

Tranmisi merupakan suatu rposes dimana impuls disalurkan menuju kornu sordalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinya elektrik dan kimiawi.

Aksonya berakhir dikornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

c) Modulasi

Modulasi merupakan proses pembesaran sinyal neural nyeri (pain related neural signals). Proses ini biasanya terjadi diornu dorsalis medula spinalis. Sistem nosiseotf juga mempunyai jalur desending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, yang kemudian menuju ke medula spinalis. Yang dihasilkan dari proses ini adalah penguatan atau bahkan hambatan (blok) sinyal nosiseptif dikornu dorsakus.

d) Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan kesadaran dan pengalaman nyeri. Presepsi merupakan salah satu hasil dari interaksi proses trensdusi, transmisi, modulasi, aspek psikologis dan karakter individu lainnya. Reseptor nyeri merupakan organ tubuh yang berfungsi menerima rangsangan nyeri. Ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak merupakan organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri. Reseptor nyeri biasanya disebut inociseptor.

e) Respon Terhadap Nyeri

Respon tubuh terhadap nyeri adalah sebuah proses kompleks dan bukan sebuah kerja spesifik. Respon tubuh terhadap nyeri

memiliki aspek fisiologis dan psikososial. Pada awalnya, sistem saraf simpatik berespon, menyebabkan respon melawan atau menghindar. Apabila nyeri terus berlanjut, tubuh beradaptasi ketika sistem saraf parasympatik mengambil alih, membalik banyak respons fisilogis awal. Adaptasi terhadap nyeri ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari mengalami nyeri.

Reseptor nyeri aktual sangat sedikit beradaptasi dan terus mentransmisikan pesan nyeri. Seseorang dapat belajar tentang nyeri melalui aktifitas kognitif dan perilaku, seperti pengalihan, imajinasi, dan banyak tidur. Individu dapat berespon terhadap nyeri dengan mencariintervensi fisik untuk mengatasi nyeri seperti, analgetik, pijat dan olahraga. Sebuah refleks propriozeptif juga terjadi dengan stimulus reseptor nyeri. impuls berjalan menelusuri serabut nyeri sensor ke medula spinalis. Di medula spinalis impuls bersinapsis dengan neuron motorik dan impuls berjalan kembali melalui keserabut motorik otot didekat tempat nyeri. Kemudian otot berkontraksi dalam upaya protektif, misalnya saat seseorang menyentuh kompor panas, secara reflex tangan ditarik dari kompor panas bukan sebelumnya orang tersebut menyadari adanya nyeri (Praghlapati, 2020).

5. Pengkajian Nyeri

Pengkajian pada masalah nyeri dapat dilakukan dengan adanya riwayat nyeri yang dimiliki oleh pasien/ penderita, keluhan nyeri seperti lokasi

nyeri, intenstas nyeri, kualitas dan waktu serangan dapat dilakukan dengan metode mnemonic PQRST (Metasari & Sianipar, 2018)

- a) P (*Provokatif*) ialah faktor yang dapat mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri
- b) Q (*Quality*) dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul atau tersayat
- c) R (*Region*) merupakan daerah perjalanan nyeri
- d) S (*Severity*) ialah keparahan atau intensitas nyeri
- e) T (*Time*) yaitu lama / waktu serangan nyeri

6. Pengukuran Skala Nyeri

Menurut (Tanra, 2020) Pengukuran skala nyeri perlu dilakukan untuk mengetahui tingkat nyeri yang di rasakan, banyak cara untuk menentukan intensitas nyeri namun yang paling sederhana ada 3 yaitu:

- a) *Visual Analog Scale (VAS) Skala Analog Visual*
Skala ini bersifat satu dimensi yang banyak dilakukan pada orang dewasa untuk mengukur intensitas nyeri pascabedah, bentuknya seperti penggaris yang panjangnya 10 cm atau 100 mm, pada titik 0 ialah tidak nyeri dan titik 100 jika nyerinya tidak tertahankan, disebut tidak nyeri jika pasien menunjuk pada skala 0-4 mm, nyeri ringan 5-44mm, nyeri sedang 45-74 mm, nyeri berat 75-100 mm. Sisi yang berkala pada pemeriksa sedang tidak berangka pada sisi penderita.

b) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata - kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

c) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.

d) *Wong Baker Pain Rating Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka. Multidimensional

1. Mengukur intensitas dan afektif (*unpleasantness*) nyeri
2. Diaplikasikan untuk nyeri kronis
3. Dapat dipakai untuk penilaian klinis

7. Intensitas Skala Nyeri

Skala apapun yang digunakan tujuannya untuk menentukan intensitas atau level nyeri pada pasien, menurut (Tanra, 2020) menyatakan secara umum level nyeri dibagi menjadi 3 bagian yaitu:

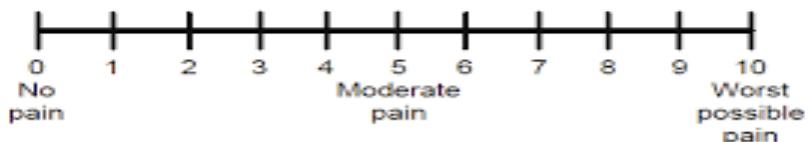
- a) Nyeri ringan
- b) Nyeri sedang
- c) Nyeri berat

8. Skala Nyeri Yang Di Gunakan Untuk Guided Imagery

Numeric Rating Scale (NRS) adalah skala sederhana yang digunakan secara linier dan umumnya digunakan untuk mengukur intensitas nyeri dalam praktik klinis. NRS ditandai dengan garis angka 0 sampai 10 dengan interval yang sama dimana 0 menunjukkan tidak ada nyeri, 5 menunjukkan nyeri sedang, dan 10 menunjukkan nyeri berat. . NRS dapat digunakan untuk penelitian analgesik yang sesuai untuk penilaian nyeri secara klinis. Bukti mendukung validitas dan

kemampuan dari alat NRS dapat digunakan pada pasien dewasa dan tua (Yudiyanta, Khoirunnisa and Novitasari, 2015).

0–10 Numeric Pain Rating Scale



- a) Tidak nyeri : 0
- b) Nyeri ringan : 1-3
- c) Nyeri sedang : 4-6
- d) Nyeri berat : 7-10

G. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta dan kondisi yang ada pada klien sangat penting. Pengkajian yang tidak akurat akan mengarah pada identifikasi kebutuhan klien tidak lengkap dan akurat akan mengarah kepada identifikasi diagnosa keperawatan yang tidak tepat mengakibatkan kesalahan tindakan dan mengancam keselamatan klien (Kartika et al., 2020).

a. Identitas pasien

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan nama, umur, Pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, nomer rekam, medis (RM), tanggal masuk rumah sakit (MRS), dan tanggal pengkajian, dan kaji identitas penanggung jawab atas pasien.

b. Data riwayat kesehatan

Melakukan pengkajian keluhan utama pada pasien, keluhan yang paling dirasakan pada pasien saat dilakukan pengkajian.

c. Riwayat kesehatan dahulu

- 1) Kemungkinan ibu menderita penyakit hipertensi sebelum hamil.
- 2) Kemungkinan ibu mempunyai riwayat preeklamsia pada kehamilan terdahulu.
- 3) Biasanya mudah terjadi pada ibu dengan obesitas.
- 4) Ibu mungkin pernah menderita penyakit ginjal kronis.

d. Riwayat kesehatan sekarang

- 1) Ibu merasa sakit kepala di daerah frontal.
- 2) Terasa sakit di ulu hati/nyeri epigastrium.
- 3) Gangguan virus: penglihatan kabur, scotoma, dan diplopia.
- 4) Mual dan muntah, tidak ada nafsu makan.
- 5) Gangguan serebral lainnya: terhuyung-huyung, reflex tinggi, dan tidak tenang
- 6) Edema pada ekstremitas.

- 7) Tengkuk terasa berat.
 - 8) Kenaikan berat badan mencapai 1 kg seminggu.
- e. Riwayat kesehatan keluarga

Mengkaji riwayat penyakit pada pasien dan keluarganya, apakah pasien dan keluarga memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, atau diabetes melitus (DM) serta kemungkinan memiliki riwayat preeklamsia serta eklamsia dalam keluarga.

- f. Riwayat obstetrik dan ginekologi

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu, riwayat kehamilannya saat ini, dan riwayat keluarga berencana.

2. Pola Fungsional

Pola fungsional menurut GORDON, deswani (2009) yaitu :

- a. Pola manajemen kesehatan

Persepsi tentang kesehatan, menguraikan pola yang dirasakan klien tentang kesehatan, kesejahteraan dan bagaimana kesehatan, kesejahteraan,dan bagaimana kesehatan itu dikelola. Kurangnya pengetahuan tentang *pre eklamsia* berat, dan cara pencegahan, penanganan, dan perawatan serta kurangnya menjaga kebersihan akan menimbulkan masalah dalam perawatan dirinya.

b. Pola metabolism nutrisi

Menguraikan tentang pola makanan dan minuman untuk kebutuhan metabolisme dan pola yang menunjukkan suplay nutrisi. Pola nutrisi metabolisme pada klien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena keinginan menyusui bayi.

c. Pola eliminasi dan latihan

Menguraikan pola fungsi pengeluaran (urin dan feses), menguraikan frekuensi, waran, bau, dan konsistensinya. Pada pasien post partum sering terjadi adanya perasaan sering atau susah kencing selama masa nifas yang ditumbulkan karena terjadinya odema dari trigono, yang menimbulkan infeksi dari uretra sehingga sering konstipasi karena penderita takut untuk melakukan buang air besar.

d. Pola aktifitas dan latihan

Menguraikan aktifitas, dan kesenangan dan rekreasi serta cara menigi waktu senggang. Pada pasien post partum klien dapat melakukan aktifitas seperti biasanya, terbatas pada aktifitas ringan tidak membutuhkan tenaga banyak, cepat lelah. Pada klien nifas didapatkan keterbatasan aktifitas karena mengalmi kelemahan dan nyeri. Adapun tahapan mobilisasi untuk ibu *SC*.

1. 6 jam pertama ibu *post SC*

Istirahat tiraj baring, mobilasi dini yang dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki, dan memutar

pergelangan kaki, mengkat tumit, menegakkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki.

2. 6-10 jam

Ibu diharuskan untuk dapat miring kekiri dan kekanan. Untuk mencegah thrombosis dan tromboemboli.

3. Setelah 24 jam

Ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar duduk. Ibu dapat dapat duduk selama 5 menit dan meminta bernafas dalam, lalu dihembuskannya disertai batuk kecil yang fungsinya untuk melonggarkan pernafasan.

4. Kemudian posisi tidur telentang diubah menjadi setengah duduk.

5. Selanjutnya ibu yang sudah melahirkan dianjurkan belajar duduk selama sehari.

6. Hari ke 3-5 post SC

a. Belajar berjalan, kemudian belajar sendiri.

b. Mobilisasi secara teratur dan bertahap serta diikuti dengan istirahat dapat membantu penyembuhan ibu.

e. Pola persepsi-kognitif

Pola persepsi, sensori-kognitif merupakan kedekatan sensori (melihat, mendengar, merasa, dan mencium), pelaporan mengenai persepsi dan kemampuan kognitif. Pola sensori yang biasanya dirasakan pada ibu *post SC* yaitu mengatakan nyeri pada perinum akibat luka jahitan dan nyeri perut akibat involasi uteri, pada pola

kognitif klien nifas pada klien primipara terjadi kurangnya pengetahuan merawat bayinya. Pola persepsi pada ibu *post sc*, biasanya terjadi kecemasan terhadap keadaan kramilannya terlebih saat menjelang persalinan.

f. Pola istirahat dan tidur

Pola istirahat tidur dan rileksasi mengenai tentang frekuensi dan berapa lama beristirahat. Pada klien nifas terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri epis setelah persalinan.

g. Pola konsep diri

Persepsi diri, pola konsep diri, persepsi tentang diri, kenyamanan fisik, gambaran diri, dan perasaan tenang. Dampak psikologid klien terjadi perubahan konsep diri, anatara lain body image, dan ideal diri.

h. Pola hubungan dan peran.

Peran klien dalam keluarga meliputi hubungan klien dengan keluarga dan orang lain.

i. Poal reproduksi dan seksualitas

Pola klien terhadap kepuasan dan ketidakpuasan dalam seksualitas dan pola reproduksi. Terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas.

j. Pola toleransi, stress, dan kopping

Pola kopping secara umum dan efektifitasnya dalam menolereansi stress. Pada ibu *post partum* biasanya sering melamun dan sering merasa cemas.

k. Pola kepercayaan dan nilai-nilai

Nilai-nilai dan kepercayaan (spiritual dan tujuan-tujuan yang dapat membimbing dalam memilih).

3. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan fisik

1. Kepala dan leher

- a) Mata : sclera, konjungtiva.
- b) Hidung : ada tidaknya pembekakan konka nasalis, ada tidaknya hipersekresi mukosa.
- c) Mulut dan gigi : ada tidaknya karies gigi, mukosa bibir kering tidak, warna mukosa.
- d) Leher berupa pemeriksaan JVP, KGB, dan tiroid.

2. Dada

a) Thorak

- 1) Inspeksi kesimetrisaan dada, jenis pernafasan torakoadbominal,dan tidak ada retraksi interkosa, frekuensi pernafasan normal 16x-24x/menit. Ictus cordis terlihat atau tidak.

- 2) Palpasi payudara bengkak atau tidak, stimulus produksi asi.
 - 3) Perkusi seluruh lapang dada, terdengar suara paru sonor atau tidak dan suara jantung.
 - 4) Auskultasi terdengar BJ 1 dan 11 di IC kiri/kanan. Bunyi nafas normal vesikuler.
- b) Abdomen
- 1) Inspeksi : adanya lesi atau tidak, kaji adanya linea (garis yang mucul setelah melahirkan).
 - 2) Auskultasi : DJJ atau tidak.
 - 3) Palpasi TFU : kontraksi atau tidak, posisi kandung kemih penuh atau tidak.
 - (a) Fudus uteri : tinggi, kontraksi dan posisi (pada saat melakukan pemeriksaan ini, posisi kaki litotomi, kaji posisi uterus, apakah ditengah, mengarah kek kiri atau kanan) (TFU post partum, biasanya TFU berkurang 1cm setiap harinya, fudus uteri biasanya tidak teraba setelah 9 hari), kontraksi yang normal bagaimana kontraksi yang dapat menyebabkan resiko pendarahan.
 - (b) Diastasis rectus abdominis (pemisahan otot-otot abdomen, dilakukan dengan cara menekukkan kepala

ibu-dagu menyentuh dada). Kaji jaraknya ke TFU, kedalamannya normalnya.

- (c) Keadaan kandung kemih (penuh atau tidak, jika penuh : distensi).

3. Genitalia

- a) Inpeksi : kebersihan genitalia, ada atau tidaknya REED (red, edema, discharge, and approximately), indikasi tanda-tanda infeksi, lochea (terbagi atas 3 macam : yaitu ruba-darah, sitosel terdiri dari desidua dan tromblast keluar pada hari 1-3 post partum : serosa-darah gelap/kecoklatan, biasanya keluar pada hari 4-10 post partum : alba-berwarna kuning sampai putih sampai hilang. Varises.
- b) Palpasi : pembukaan serviks (0-4).
- c) Ektermitas : edema, varises ada atau tidak.
- d) Satusa kesehatan umum

Keadaan atau penampilan umum : lemah, ringan, sakit berat, gelisah.

- e) Kesadaran : GCS, compos mentis, apatis, somnolen, spoor, dan coma.

4. Pemeriksaan vital sign

- a) Tekanan darah (TD) : tekanan sistol dan distol diukur dengan mmHg.
- b) Nadi : frekuensi permenit, denyutan kuat atau tidak.

- c) Suhu : temperatur tubuh normal dengan rentang 35C-37C.
- d) Pernafasan : pernafasan diukur frekuensi permenit.

4. Fokus Intervensi

a. Nyeri Akut (D.0077)

1) Diagnosa keperawatan (SDKI)

Kategori : Psikologis

Subkategori : nyeri dan kenyamanan

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

Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b) Agen pendera kiamawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan).
- c) Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gelaja dan tanda mayor :

Sujekstif :

- a) Mengeluh nyeri

Objektif :

- a) Tampak meringis

- b) Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri).
- c) Gelisah.
- d) Frekuensi nadi meningkat.
- e) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Objektif :

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola nafas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berfikir terganggu
- e) Marik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

Kondisi klinis terjadi :

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom korener akut
- e) Glaukoma

Kondisi klinis terkait :

- a) Pengkajian nyeri dapat menggunakan instrument alat skla nyeri, seperti :

(1).FLACC Behavioral Pain Scale untuk usia kurang dari 3 tahun.

(2).Baker-Wong-FACES scale untuk usia 3-7 tahun.

(3).Visual analogue scale atau numeric rating scale untuk usia diatas 7 tahun.

2) Tingkat Nyeri (L.08066)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan kostan.

Ekspektasi : Menurun

Kriteria hasil :

- a) Kamampuan menuntaskan aktivitas meningkat
- b) Keluhan nyeri menurun
- c) Meringis menurun
- d) Kesulitan tidur menurun
- e) Ketegangan otot menurun
- f) Tekanan darah mambaih
- g) Frekuensi nadi membaik
- h) Pola tidut membaik

3) Manajemen Nyeri (I.08238)

Standar Intrervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Definisi : mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konsisten.

Obsevasi :

- a) Identifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identitas skala nyeri.
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal.
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri.
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- h) Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik.

Tarapeutik :

- a) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, tens, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback,

terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain).

- b) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitas istirahat dan tidur.
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi :

- a) Jaelakan penyebab, periode dan pemicu nyeri.
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandarin.
- d) Anjurkan penggunaan analgetik secara tepat.
- e) Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi :

- a) Kolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu.

b. Konstipasi (D.0149)

1. Diagnosa keperawatan (SDKI)

Kategori : fisiologis

Subkategori : eliminasi

Definisi : Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

Penyebab :

Fisiologis :

- a) Penurunan motilitas gastrointestinal
- b) Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi
- c) Ketidakcukupan diet
- d) Ketidakcukupan asupan serat
- e) Ketidakcukupan asupan cairan
- f) Aganglionik (mis. penyakit Hirschsprung)
- g) Kelemahan otot abdomen

Psikologis :

- a) Konfusi
- b) Depresi
- c) Gangguan emosional

Situasional:

- a) Perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan).
- b) Ketidakadekuatan toileting.
- c) Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan.
- d) Penyalahgunaan laksatif.
- e) Efek agen farmakologis.
- f) Ketidakteraturan kebiasaan defekasi.
- g) Kebiasaan menahan dorongan defekasi.
- h) Perubahan lingkungan

Gejala dan tanda mayor :**Subjektif:**

- a) Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
- b) Pengeluaran feses lama dan sulit

Objektif :

- a) Feses keras
- b) Peristaltik usus menurun

Gejala dan tanda minor :

- a) Mengejan saat defekasi

Objektif :

- a) Distensi abdomen
- b) Kelemahan umum
- c) Teraba massa pada rektal

2. Eliminasi fekal (L.04033)**Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)**

Definisi : Proses defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses mudah dan konsistensi, frekuensi serta bentuk feses normal.

Ekspektasi : membaik

Kriteria hasil :

- a) Kontrol pengeluaran feses menurun
- b) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
- c) Mengejan saat defekasi menurun

- d) Distensi abdomen menurun
- e) Nyeri abdomen menurun
- f) Kram abdomen menurun
- g) Konsistensi feses membaik
- h) Frekuensi defekasi membaik
- i) Peristaltik usus membaik

3. Manajemen elektrolit fekal(I. 04151)

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola gangguan pola eliminasi fekal.

Tindakan :

Obsevasi :

- a) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar
- b) Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal
- c) Monitor buang air besar (mis., wama, frekuensi, konsistensi, volume) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi

Terapeutik :

- a) Berikan air hangat setelah makan.
- b) Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien
- c) Sediakan makanan tinggi serat

Edukasi :

- a) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses.
- b) Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi.
- c) Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas.
- d) Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat.
- e) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

Kolaborasi:

- a) Kolaborasi pemberian cbat suppositoria anal, jika perlu.

c. Gangguan Mobilasi Fisik (D.0054)**1. Diagnosa keperawatan (SDKI)****Kategori :** fisiologis**Subkategori :** aktifitas/istirahat

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

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik

- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan musculoskeletal
- l) Gangguan neuromuscular
- m) Indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktifitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensoripersepsi

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

- a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas

Objektif :

- a) Kekuatan otot menurun

- b) Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :

- a) Nyeri saat bergerak
- b) Enggan melakukan pergerakan
- c) Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

- a) Sendi kaku
- b) Gerakan tidak terkoordinasi
- c) Gerakan terbatas
- d) Fisik lemah

Kondisi klinis terkait :

- a) Stroke
- b) Cedera medula spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Ostemalasia
- g) Keganasan

2. Mobilisasi fisik (L.05042)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Ekspektasi : meningkat

Kriteria hasil :

- a) Pergerakan estermitas meningkat
- b) Kekuatan otot meningkat
- c) Nyeri menurun
- d) Kecemasan menurun
- e) Kaku sendi menurun
- f) Gerakkan tidak terkoordinasi menurun
- g) Gerakkan terbatas menurun
- h) Kelemahan fisik menurun

3. Dukungan Ambulasi (I.06171)

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Definisi : Menfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah.

Tindakan :

Obsevasi :

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

Terapeutik :

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

Edukadsi :

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- b) Anjurkan melakukan ambulasi dini
- c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

d. Resiko Infeksi (D.0142)

1 Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Kategori : lingkungan

Subkategori : keamanan dan proteksi

Definisi : beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Factor resiko

- a) Penyebab kronis (mis, diabetis mellitus)
- b) Efek prosedur infansi
- c) Malnutrisi
- d) Peningkattan paparan organisme pathogen lingkungan

e) Ketidak adekuattan pertahanan tubuh primer

(1). Gangguan peristaltik

(2). Kerusakan integritas kulit

(3). Perubahan sekresi pH

(4). Penurunan kerja siliaris

(5). Ketuban pecah lama

(6). Ketuban pecah sebelum waktunya

(7). Merokok

(8). Statis cairan tubuh

f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder.

(1). Penurunan hemoglobin

(2). Imununosupresi

(3). Leukopenia

(4). Supresi respon inflamasi

(5). Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi klinis terkait :

a) AIDS

b) Luka bakar

c) Penyakit paru obstruktif kronis

d) Diabetes mellitus

e) Tindakan invasive

f) Kondisi penggunaan terapi steroid

g) Penyalahgunaan obat

h) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)

i) Kanker

j) Gagal ginjal

k) Imunosupresi

l) Lymphedema

m) Leukositopenia

n) Gangguan fungsi hati

2 Tingkat Infeski (L.14137)

Satabdar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

Definsi : derajat infeksi berdasarkan obsevasi atau simber informasi.

Ekspektasi : menurun

Kriteria hasil :

Demam menurun

Kemerahan menurun

Nyeri menurun

Bengkak menurun

3 Pencegahan Infeksi (I.14539)

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Definisi : mengidentifikasi dan menurunkan resiko terserang organisme patogenik.

Tindakan :**Obsevasi :**

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.

Terapeutik :

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

Edukasi :

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

Kolaborasi :

- a) Kolaborasikan pemberian imunisasi

e. Defisit perawatan diri (D.0109)**1. Diagnosa Keperawatan (SDKI)**

Kategori : perilaku

Subkategori : kebersihan diri

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- a) Gangguan musculoskeletal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi/minat

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

- a) Menolak melakukan perawatan diri

Objektif :

- a) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
- b) Minat melakukan perawajan diri kurang

Kondisi klinis terkait :

- a) Stroke
- b) Cedera medula spinalis
- c) Depresi
- d) Arthritis rheumatoid
- e) Retardasi mental
- f) Delirium
- g) Demensia

- h) Gangguan amnestic
- i) Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- j) Fungsi penilalan terganggu

Keterangan :

Diagnosis ini dispesifikkan menjadi salah satu atau lebih dari:

- a) Mandi
- b) Berpakaian
- c) Makan
- d) Toileting
- e) Berhias

2. Eliminasi Fekal (L.04033)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

Definsi : kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri

Ekspektasi : meningkat

Kriteria hasil :

- a) Kemampuan mandi meningkat
- b) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- c) Kemampuan makan meningkat
- d) Kemampuan ketoilet(BAB/BAK) meningkat
- e) Verbalitas keinginan meningkatkan perawatan diri meningkat
- f) Minat melakukan perawatan diri meningkat

- g) Kemampuan mempertahankan kebersihan diri meningkat
- h) Mempertahankan kebersihan mulut meningkat

3. Dukungan perawatan diri (I.11348)

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Definisi : Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

Tindakan :

Observasi :

- a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b) Monitor tingkat kemandirian
- c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

Terapeutik :

- a) Sedlakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi)
- b) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
- c) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- d) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- e) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi :

- a) Anjukan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

5. Implementasi Keperawatan

Menurut safitri (2019) imlementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang baik yang mengambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk dimodifikasi fakto-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakkan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Sitanggang, 2019).

H. Metodologi Penelitian**1. Jenis, rancangan dan pendekatan penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif *reseach*. Penelitian dengan pendekatan kuantitatif

lebih menekankan analisanya pada proses penyimpulannya deduktatif dan induktif serta pada analisa terhadap dinamika hubungan antar fenomena yang diamati dengan menggunakan logika ilmiah (Hidayat, 2019).

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian mengenai manusia (dapat suatu kelompok, organisasi, maupun individu) peristiwa, latar mendalam tujuan dari penelitian ini mendapatkan gambaran yang mendalam tentang satu kasus yang sedang diteliti. Pengumpulan data diperoleh dengan wawancara, observasi, dan juga dokumentasi (Hidayat, 2019).

Pada karya ilmiah ini menggunakan metode pendekatan penelitian *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* adalah penelitian yang dilakukan dengan mengambil waktu tertentu yang relative pendek dan tempat tertentu. Dilakukan beberapa obyek yang berbeda taraf. Cara pengambilan data variabel bebas dan variabel tergantung dilakukan sekali waktu pada saat yang bersamaan. Populasinya adalah semua responden baik yang mempunyai kriteria variabel tergantung maupun tidak (Harys, 2020).

2. Fokus Penelitian

Karya tulis ilmiah ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan maternitas *post sectio caesarea* dengan focus intervensi *guided imagery* (teknik imajinasi) untuk memberikan pengetahuan pada ibu *post section caesarea*.

3. Instrumen Pengambilan Data

Instrumen penelitian yaitu peralatan atau fasilitas dalam memudahkan pekerjaan dan untuk mencapai hasil baik saat mengumpulkan data oleh peneliti.

4. Metode Pengambilan Data

1. Data Primer

Data primer pada penelitian ini akan didapatkan dengan cara wawancara pada klien dan keluarga secara langsung dengan cara Tanya jawab secara tatap muka antara peneliti dengan pasien melalui wawancara, mengobsevasi dengan melakukan pengamatan menyeluruh pada sebuah kondisi tertentu dan dengan studi dokumen tertulis berupa asuhan keperawatan, menurut (Mahesa, 2022) data primer yang dalam bahasa inggris disebut *primary* data juga sebagai data mentah yaitu dengan pengumpulan data dilakukan melalui berbagai metode seperti survei, observasi, penguji fisik, kuesioner yang dikirim melalui pos, kuesioner yang diisi dan dikirim oleh enumerator, wawancara pribadi, wawancara telepon, kelompok focus, studi kasus, dan lain sebagainya.

2. Data Sekunder

Data sekunder dari penelitian ini akan didapatkan dari data rumah sakit, keluarga dan Dinas Kesehatan Purwodadi (Dinkes). Data sekunder adalah data yang didapat dari catatan, buku, jurnal, web, dan lain sebagainya. Data yang diperoleh dari data sekunder ini tidak

peril diolah sumber yang tidak langsung memberikan data pada pengumpulan data.

5. Etika Penelitian

Etika dalam penelitian untuk melindungi hak-hak calon respon yang akan menjadi bagian penelitian. Data dari (Kurniawan, 2021) etika penelitian sebagai berikut :

a. *Informed consent*

Merupakan sebuah persetujuan responden untuk ikut serta sebagai dalam penelitian. Lembar persetujuan ini bertujuan agar responden mengetahui maksud tujuan dari peneliti. Apabila responden menolak untuk menjadi bagian dari penelitian, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-haknya sebagai responden.

b. *Anonymity*

Merupakan bentuk menjaga rahasia responden dengan cara tidak mencatatumkan identitas responden secara lengkap mulai dari nama responden, nomer CM, alamat dan lain sebagainya tetapi peneliti akan memberikan inisial responden.

c. *Confidentiality*

Yaitu sebuah usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi responden yang telah diberikan. Cara ini dilakukan dengan cara menyimpan dalam bentuk file dan diberikan password. Selain itu, data yang berbentuk *hardcopy* (laporan askek) akan disimpan di

ruang rekam medis rumah sakit atau disimpan dalam bentuk dokumen peneliti.