

BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Sectio Caesarea (SC) adalah melahirkan janin melalui insisi dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerotomi). Tindakan ini dilakukan untuk mencegah kematian ibu dan bayi karena kemungkinan-kemungkinan yang dapat timbul bila persalinan tersebut berlangsung pervaginaan. (Batara, 2021)

2. Klasifikasi

Klasifikasi *sectio caesarea* menurut (Ramadhanty, 2022), sebagai berikut :

a. Sayatan klasik

Sayatan klasik yaitu dengan sayatan vertikal agar jalan keluar bayi memiliki banyak ruang. Seringkali diperlukan luka insisi yang lebih besar karena bayi dilahirkan dengan bokong terlebih dahulu.

b. Sayatan mendatar

Sayatan mendatar dibuat dengan membuat sayatan kecil secara horizontal di bawah rahim , kemudian diperluas dengan jari dan dihentikan setinggi pembuluh darah rahim. Cara ini sangat umum digunakan saat ini karena membantu meminimalkan risiko pendarahan dan mempercepat proses penyembuhan luka.

c. Operasi berulang (Repeat caesarean section)

Ibu yang pernah menjalani operasi caesar sebelumnya dan kehamilan berikutnya telah menjalani operasi caesar berulang. Biasanya, sayatan dibuat pada luka operasi sebelumnya.

d. Sectio caesarea histerektomi (pengangkatan rahim)

Pembedahan yang dilakukan setelah janin dilahirkan melalui operasi caesar, dilanjutkan dengan histerektomi. Hal ini dilakukan bila perdarahan sulit dihentikan atau bila plasenta tidak dapat lepas dari rahim .

e. Operasi porro

Pembedahan pada janin yang mati dalam kandungan tanpa mengeluarkan janin dari rongga rahim dan tanpa segera melakukan histerektomi, misalnya pada kasus infeksi rahim yang parah.

3. Etiologi

a. Etiologi berasal dari ibu

yaitu ketuban pecah dini preeklamsia, eklamsia, atas permintaan,, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, diabetes melitus), gangguan perjalanan persalinan. Sedangkan pada *prigmigravida* dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak, *disproporsi sefalo pelvik* (disproporsi janin/panggul), persalinan buruk, terdapat kesempitan panggul, plesenta previa terutama pada *primigravida*, *solutio plasenta* tingkat I–II (Mega, 2021).

b. Etiologi berasal dari janin

Letak sungsang, *Fetal disstres* atau gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusar dengan pembukaaan kecil, plasenta previa, plasenta lepas (*solution plasenta*) kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Mega, 2021).

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dengan sectio caesarea (Nora, 2023) , yaitu :

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600–800ml
- b. Terpasang Kateter : Urine bening dan pucat
- c. Abdomen lunak,tidak ada disentri
- d. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru
- e. Balutan abdomen tampak sedikit noda
- f. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak

5. Patofisiologi

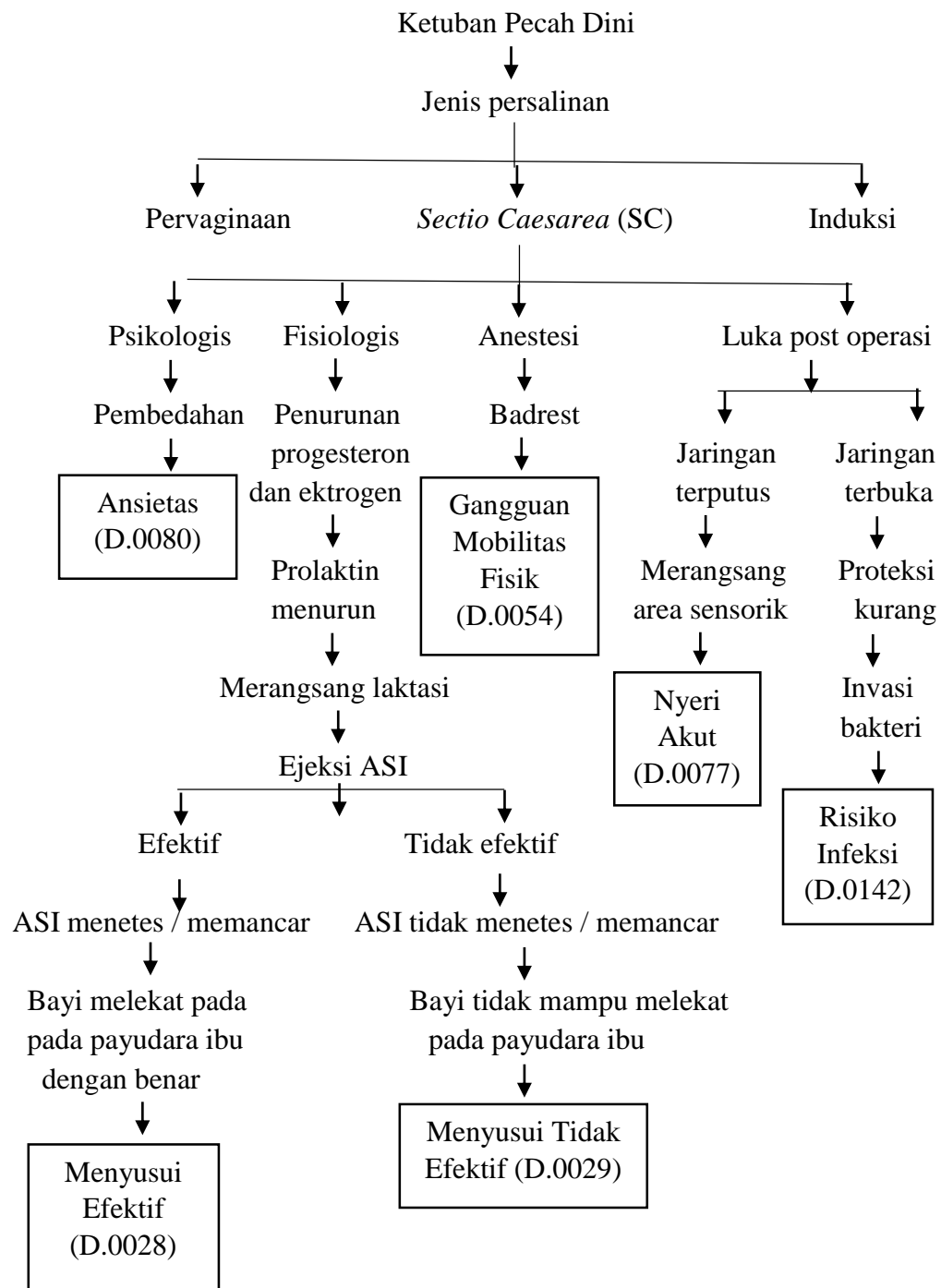
Sectio caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh.Indikasi tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baikdari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi

dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu, perlu penggunaan antibiotik dan pengobatan luka sesuai prinsip aseptik. Nyeri merupakan penyebab utama ketidaknyamanan luka operasi.

Sebelum operasi, pasien harus mendapat anestesi regional dan umum. Namun anestesi umum mempunyai dampak yang lebih besar pada janin dan ibu, sehingga terkadang bayi terlahir dengan apnea yang tidak mudah diobati. Akibatnya janin bisa mati, dan pada saat yang sama, efek anestesi pada ibu itu sendiri mempengaruhi tonus uterus berupa atonia uteri, sehingga terjadi banyak pendarahan. Dampaknya terhadap pernafasan yaitu tidak efektifnya saluran pernafasan akibat keluarnya cairan yang berlebihan akibat efek penutupan otot pernafasan siliaris. Obat bius ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan mengurangi motilitas usus.

Seperti diketahui, setelah makanan masuk ke lambung, terjadi proses penghancuran dengan bantuan motilitas usus. Kemudian diserap melalui metabolisme sehingga tubuh mendapat energi. Karena penurunan angka kematian, motilitas usus juga menurun. Makanan di perut akan menumpuk dan refleks batuk juga menurun. Oleh karena itu, pasien berisiko tinggi mengalami aspirasi sehingga memerlukan intubasi endotrakeal. Selain itu, berkurangnya mobilitas juga menyebabkan perubahan pola ekskresi, termasuk sembelit (Saifuddin, 2023).

6. Pathway



Sumber : Uswatun, (2020)

7. Komplikasi

Komplikasi yang umum terjadi pada ibu yang menjalani operasi caesar menurut (Mochtar, 2023) adalah :

a. Infeksi plrural nifas

1. Ringan, demam hanya meningkat beberapa hari saja.
2. Sedang, suhu tinggi, disertai dehidrasi dan kembung
3. Berat, disertai peritonitis, sepsis, dan ileus paralitik.

Hal ini biasa terjadi pada keguguran yang sebelumnya pernah mengalami infeksi pada tubuhnya akibat pecahnya selaput ketuban terlalu lama. Perawatan termasuk memberikan cairan, elektrolit, dan antibiotik yang tepat.

b. Pendarahan akibat :

1. Banyak pembuluh darah yang terpotong dan terbuka.
2. Antonia uterus.
3. Perdarahan pada plasenta.

c. Kerusakan kandung kemih, emboli paru, dan keluhan kandung kemih jika reperitonealisasi terlalu tinggi.

d. Kemungkinan reptura uteri spontan pada kehamilan berikutnya.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah operasi caesar (Prawirohardjo, 2023) yaitu:

a. Perdarahan vagina harus dipantau secara hati-hati.

- b. Fundus uteri harus dipalpasi secara teratur untuk memastikan uterus terus berkontraksi dengan kuat.
- c. Memberikan obat pereda nyeri dan antibiotik.
- d. Periksa aliran darah uterus minimal 30 ml/jam.
- e. Pemberian cairan intravaskular, 3 liter cairan biasanya cukup untuk 24 jam pertama setelah operasi.
- f. Ambulasi sehari setelah operasi, klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain.
- g. Perawatan luka: insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit dilepas pada hari ke 4 setelah operasi.
- h. Pemeriksaan Hematokrit diukur pada pagi hari setelah operasi untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau menunjukkan hipovolemia.

B. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

1. Definisi

Ketuban pecah dini adalah kondisi kantung ketuban pecah sebelum waktunya menjelang persalinan atau saat usia kehamilan 34 minggu dan sebelum usia 36 minggu. Kondisi ini dapat menimbulkan komplikasi dan membahayakan nyawa ibu dan janin. Pecahnya ketuban terjadi 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 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

2. Klasifikasi

Menurut (Amalia Yunia Rahmawati, 2020) klasifikasi ketuban pecah dini dibagi menjadi dua, yaitu :

- a. Pecahnya selaput ketuban pada saat usia kehamilan aterm disebut juga *Premature Rupture of Membrane* atau *Prelabour Rupture of Membrane* (PROM).
- b. Ketuban pecah prematur yaitu pecahnya membran korioamniotik sebelum usia kehamilan yaitu kurang dari 37 minggu atau disebut juga *Preterm Premature Rupture of Membrane* atau *Preterm Prelabour Rupture of Membrane* (PPROM).

3. Etiologi

Penyebab pasti terjadinya ketuban pecah dini masih belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa kondisi yang berhubungan dengan terjadinya ketuban pecah dini menurut (Diffa, 2022), antara lain:

- a. Trauma: amniosentesis, pemeriksaan panggul, dan hubungan seksual.
- b. Peningkatan tekanan intrauterus, kehamilan ganda dan polihidramion.
- c. Infeksi vagina, serviks atau kariomnionitis streptokokus, serta bakteri vagina.

- d. Selaput amnion yang memiliki struktur yang lemah atau selaputnya terlalu tipis.
- e. Kondisi abnormal dari fetus seperti malpresentasi .
- f. Serviks yang inkompetensia ,kanalika servikalis yang selalu terbuka karena kelainan serviks uteri (akibat persalinan atau curettage).
- g. Multipara dan usia ibu terlalu muda.
- h. Defisiensi nutrisi dan tembaga atau asam askorbat (vitamin C).

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang terjadi pada kasus ketuban pecah dini (Diffa, 2022) adalah sebagai berikut:

- a. Keluarnya cairan merembes melalui vagina.
- b. Cairan ketuban berbau amis, tampak pucat dan bergaris warna merah.
- c. Cairan ini tidak akan berhenti atau mengering karena terus diproduksi hingga kelahiran. Namun jika duduk atau berdiri, sering kali kepala janin di bawah menghalangi atau menghalangi kebocoran tersebut untuk sementara.
- d. Demam, keputihan yang banyak, nyeri perut, dan detak jantung janin yang cepat merupakan tanda-tanda infeksi.

5. Patofisiologi

Ketuban pecah dini biasanya terjadi karena berkurangnya kekuatan membran atau peningkatan tekanan intrauterin atau kedua-duanya. Ada kemungkinan bahwa tekanan intrauterin yang tinggi merupakan

penyebab independen dari ketuban pecah dini dan lemahnya selaput ketuban akibat kurangnya jaringan ikat yang mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. Pecahnya ketuban saat persalinan seringkali disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Pecahnya selaput ketuban terjadi karena terjadi perubahan biokimia pada area tertentu yang melemahkan selaput ketuban, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan pecahnya selaput ketuban. Melemahnya resistensi selaput ketuban berhubungan dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester terakhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban sehingga menyebabkan pecahnya selaput ketuban (Diffa, 2022).

6. Komplikasi

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, 2022).

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

7. Pemeriksaan Penunjang

Untuk membantu dalam penegakkan diagnosa ketuban pecah dini diperlukan pemeriksaan penunjang (Diffa, 2022), 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.

8. 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 antibiotik.
 - 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 *sectio caesarea*.
- 11) Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginaan.

C. Konsep Dasar Masa Nifas

1. Definisi

Masa nifas atau masa *puerperium* adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut *involutus* (Zahroh, 2021).

2. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap (Zahroh, 2021), yaitu :

a. *Puerperium* dini

Puerperium dini merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan pervagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

b. *Puerperium intermedial*

Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

c. *Remote puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu *remote puerperium* berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan- perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut (Zahroh, 2021), yaitu :

a. Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan

berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8 cm, lebar sekitar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2, 5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terbagi dari 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri.

Pemeriksaan uterus meliputi mencatat lokasi, ukuran dan konsistensi antara lain:

1) Penentuan lokasi uterus

Dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada digaris tengah abdomen/ bergeser ke salah satu sisi.

2) Penentuan ukuran uterus

Dilakukan melalui palpasi dan mengukur TFU pada puncak fundus dengan jumlah lebar jari dari umbilikus atas atau bawah.

3) Penentuan konsistensi uterus

Ada 2 ciri konsistensi uterus yaitu uterus kerasa teraba sekeras batu dan uterus lunak.

b. Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dan uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Segera setelah persalinan, bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang

berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak.

Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

c. Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang $\pm 6,5$ cm dan ± 9 cm. Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vagina tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali.

Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak dan jalan lahir dan merupakan saluran yang menghubungkan cavum uteri dengan tubuh bagian luar, vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut *lochea*.

Karakteristik *lochea* dalam masa nifas adalah sebagai berikut :

1) *Lochea rubra*

Timbul pada hari 1- 2 *post partum*, terdiri dari darah segar bercampur sisa- sisa selaput ketuban, sel- sel desidua, sisa- sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum.

2) *Lochea sanguinolenta*

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 *post partum*, karakteristik *lochea sanguinolenta* berupa darah bercampur lendir.

3) *Lochea serosa*

Merupakan cairan berwarna *agak* kuning, timbul setelah 1 minggu *post partum*.

4) *Lochea alba*

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih, normalnya *lochea* agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi berbau busuk.

d. Vulva

Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

e. Payudara

Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu sata diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas ASI adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan \pm 12 minggu.

Perubahan payudara dapat meliputi:

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

4. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Perubahan fase-fase psikologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut (Zahroh, 2021), yaitu :

a. Fase *taking in*

Fase *taking in* merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan, merupakan hal yang sering dikeluhkan ibu. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

b. Fase *taking hold*

Fase *taking hold* merupakan fase yang berlangsung antara 3- 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan

pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

c. Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap diri dan bayinya semakin meningkat. Rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya. Kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

5. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Kebutuhan dasar pada ibu masa nifas menurut (Zahroh, 2021), yaitu:

a. Kebutuhan nutrisi

Ibu nifas harus mengonsumsi makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi. Ibu nifas harus mengonsumsi makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu

pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi. Kebutuhan kalori wanita dewasa yang sehat dengan berat badan 47 kg diperkirakan sekitar 2200 kalori/ hari. Ibu yang berada dalam masa nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan 500 kalori pada bulan ke tujuh dan selanjutnya.

b. Kebutuhan cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minumlah cairan cukup untuk membuat tubuh ibu tidak dehidrasi. Ibu dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui dan menjaga kebutuhan hidrasi sedikitnya 3 liter setiap hari. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari *post partum*. Minum kapsul Vit A (200.000 unit).

c. Kebutuhan ambulasi

Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah melakukan mobilisasi. Dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. Dapat dilakukan dengan miring kanan atau kiri terlebih dahulu dan berangsur-angsur untuk berdiri dan jalan.

Mobilisasi dini bermanfaat untuk :

- 1) Melancarkan pengeluaran lochia, mengurangi infeksi puerperium.
- 2) Ibu merasa lebih sehat dan kuat.
- 3) Mempercepat involusi alat kandungan.
- 4) Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik.
- 5) Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.
- 6) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu.
- 7) Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai.

6. Komplikasi

Komplikasi dan penyakit yang terjadi pada ibu masa nifas menurut (Zahroh, 2021), yaitu :

a. Infeksi nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Masuknya kuman-kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Morbiditas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38° C atau lebih selama 2 hari dari dalam 10 hari postpartum. Kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral.

b. Infeksi saluran kemih

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma

persalinan atau analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan, terutama saat infus oksitosin dihentikan, terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urin dan distensi kandung kemih. Over distensi yang disertai katektasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

c. Metritis

Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvis yang menahun, peritonitis, syok septik, trombosis yang dalam, emboli pulmonal, infeksi pelvis yang menahun dispareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas.

d. Bendungan payudara

Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Bendungan terjadi akibat bendungan berlebihan pada limfatik dan vena sebelum laktasi. Payudara bengkak disebabkan karena menyusui yang tidak kontinu, sehingga sisa ASI terkumpul pada daerah ductus. Hal ini dapat terjadi pada hari ke tiga setelah

melahirkan. Penggunaan bra yang keras serta keadaan puting susu yang tidak bersih dapat menyebabkan sumbatan pada ductus

e. Infeksi payudara

Mastitis termasuk salah satu infeksi payudara. Mastitis adalah peradangan pada payudara yang dapat disertai infeksi atau tidak, yang disebabkan oleh kuman terutama *Staphylococcus aureus* melalui luka pada puting susu atau melalui peredaran darah.

f. Abses payudara

Abses payudara merupakan komplikasi akibat peradangan payudara / mastitis yang sering timbul pada minggu ke dua postpartum (setelah melahirkan), karena adanya pembengkakan payudara akibat tidak menyusui dan lecet pada puting susu.

g. Abses pelvis

Penyakit ini merupakan komplikasi yang umum terjadi pada penyakit- penyakit meluar seksual (*sexually transmitted disease/* STD), utamanya yang disebabkan oleh *chlamydia* dan *gonorrhea*.

h. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum yang merupakan pembungkus visera dalam rongga perut. Peritoneum adalah selaput tipis dan jernih yang membungkus organ perut dan dinding perut sebelah dalam.

i. Infeksi luka perineum dan luka abdominal

Luka perineum adalah luka perineum karena adanya robekan jalan lahir baik karena rupture maupun karena episiotomy pada waktu melahirkan janin. Rupture perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan.

j. Perdarahan pervagina

Perdarahan pervagina atau perdarahan postpartum adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. *Hemoragi postpartum primer* mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran.

D. Konsep Dasar Teknik Menyusui *Cradle Hold*

1. Definisi

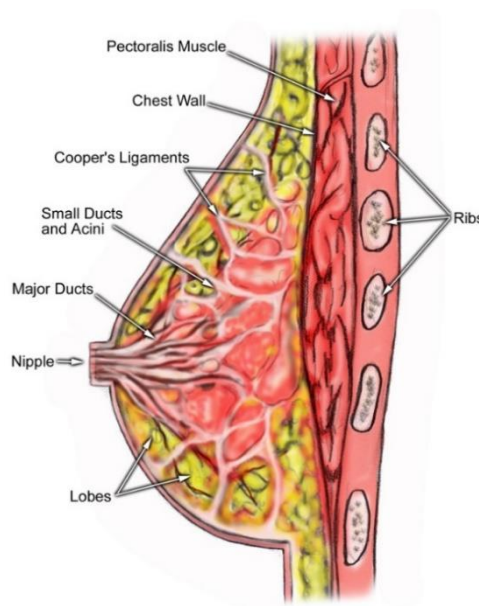
Teknik menyusui yang benar yaitu pemberian ASI pada bayi dengan pelekatan posisi ibu dan bayi yang tepat. Teknik menyusui yang benar merupakan kegiatan yang menyenangkan bagi ibu sekaligus memberikan manfaat yang tiada habisnya bagi anak dengan cara yang benar. Tujuan pemberian ASI yaitu untuk merangsang produksi ASI dan memperkuat refleks menghisap bayi. Oleh karena itu, teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI bayi dengan posisi yang benar, sehingga membantu bayi untuk lebih mudah menyusui (Widoyoko, 2020).

Teknik *cradle hold* adalah teknik menyusui yang sering dilaksanakan oleh masyarakat, dengan posisi duduk tegak yang nyaman bagi ibu,

dengan punggung dan lengan ditopang oleh bantal. Menyusui dengan teknik yang benar akan memenuhi kebutuhan ASI bayi (Amalia, 2022).

2. Anatomi Payudara

Konstituen utama payudara adalah sel kelenjar disertai duktus terkait serta jaringan lemak dan jaringan ikat dalam jumlah bervariasi.



Gambar 2.1 Anatomi Payudara

Sumber : Khuzaimatul (2021)

Secara makroskopik ada tiga bagian umum payudara, yaitu :

- a. Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar pada payudara
- b. Areola, yaitu bagian yang kehitaman di tengah yang merupakan daerah lingkaran yang terdiri dari kulit yang longgar dan mengalami pigmentasi. Ukurannya bermacam – macam dengan diameter 2,5 cm. Areola berwarna merah muda pada wanita yang berkulit coklat dan warna tersebut menjadi gelap pada waktu hamil.

c. Papilla atau puting, yaitu bagian yang menonjol di puncak areola payudara dengan panjang ± 6 mm. Papilla tersusun atas jaringan erektile berpigmen dan merupakan bangunan yang sangat peka. Papilla terletak di pusat areola mammae setinggi tiga keempat, serta mempunyai warna dan tekstur yang berbeda dari kulit disekelilingnya. Warnanya bermacam – macam dari merah muda pucat sampai hitam dan gelap selama masa kehamilan dan menyusui.

d. Lobus

Payudara wanita normalnya memiliki sekitar 15 hingga 20 lobus. Setiap lobus terdiri atas bagian-bagian kecil yang disebut lobulus. Lobulus atau kelenjar payudara merupakan tempat ASI dihasilkan. Berbeda dengan kelenjar payudara wanita, kelenjar payudara pada pria tidak memiliki lobulus, sehingga tidak bisa menghasilkan ASI.

e. Duktus (saluran ASI)

Lobulus pada kelenjar payudara terhubung dengan saluran ASI atau duktus. Saat menyusui, ASI yang diproduksi oleh lobulus akan mengalir melalui saluran tersebut dan bermuara di puting.

f. Kelenjar dan pembuluh limfa

Hampir di setiap bagian tubuh terdapat kelenjar dan pembuluh getah bening yang berfungsi untuk menghasilkan dan membawa cairan getah bening (limfa), tak terkecuali payudara. Cairan limfa pada payudara dihasilkan oleh kelenjar getah bening yang terletak di ketiak, bagian atas tulang selangka, dan dada. Cairan getah bening tersebut mengandung

sel-sel pembentuk kekebalan tubuh yang berfungsi untuk membantu tubuh melawan infeksi.

g. Jaringan lemak / jaringan adiposa

Payudara berisi jaringan lemak yang berfungsi untuk membantu jaringan ikat dan penyambung payudara dalam menyangga dan menopang struktur payudara. Semakin banyak jaringan lemak pada payudara, semakin besar ukuran payudara seseorang. Selain itu, payudara juga terdiri dari pembuluh darah dan saraf. Pembuluh darah berfungsi untuk mengalirkan oksigen dan nutrisi ke kelenjar payudara, sedangkan saraf memungkinkan payudara untuk merasakan sensasi dan menunjang proses menyusui.

3. Posisi dan pelekatan menyusui *cradle hold*

Cradle hold adalah posisi paling umum dilakukan oleh ibu yang baru menyusui. Keunggulan posisi ini adalah dianggap paling mudah untuk dilakukan. Berikut tahapan melakukan posisi ini:



Gambar 2.2 Teknik Menyusui *Cradle hold*

Sumber : (Septiana, 2020)

- a. Ibu perlu mencari posisi duduk dengan nyaman. Misalnya, duduk pada kursi yang memiliki penopang tangan, untuk membantu menopang tubuh bayi.
- b. Kemudian gendong bayi dan posisikan kepala bayi di lekukan salah satu lengan ibu, bisa menyandarkan lengan pada bagian kursi, sementara bagian telapak tangan menopang bagian bokong bayi.
- c. Posisikan hidung bayi berhadapan langsung dengan payudara. Jika ibu menggendongnya menggunakan tangan kanan, maka hadapkan pada payudara sebelah kanan.

4. Standar Operasional Proses Menyusui Dengan Benar

Tabel 2.1 SOP Teknik Menyusui *Cradle Hold*

No	Tindakan	Keterangan
A	FASE PRA INTERKASI	
1	Melakukan verifikasi program pengobatan klien	
2	Persiapan alat : <ol style="list-style-type: none"> a. Kursi yang rendah agar kaki tidak menggantung b. Bantal c. Lap bersih/tissue 	
3	Menyiapkan alat didekat klien dengan benar	
B	FASE ORIENTASI	
1	Memberikan salam dan perkenalan	
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga	
3	Memberi kesempatan bertanya	
4	Menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan	
C	FASE KERJA	
1	Mencuci tangan	
2	Memasang sampiran/menjaga privacy klien	
3	Mengatur posisi duduk klien sehingga merasa aman dan nyaman	
4	Membantu klien melepaskan baju atas,meletakkan bantal di pangkuan klien	
5	Peras sedikit ASI dan oleskan disekitar putting	

6	Posisikan kepala bayi di lekukan salah satu lengan ibu dan bagian telapak tangan menopang bagian bokong bayi.
7	Posisikan bayi berhadapan langsung dengan payudara biarkan bibir bayi menyentuh puting susu ibu hingga terbuka lebar
8	Segera dekatkan bayi kepayudara dengan bibir bawah bayi terletak dibawah puting susu
9	Bayi disusui secara bergantian dari payudara sebelah kiri lalu kesebelah kanan sampai bayi merasa kenyang
10	Setelah selesai menyusui, mulut bayi dan kedua pipi bayi dibersihkan dengan lap bersih atau tissue
11	Sebelum ditidurkan, bayi harus disendawakan dulu supaya udara yang terhisap bisa keluar
12	Tahan puting susu dengan kain jika ASI masih keluar
13	Membantu klien memakai baju
12	Membereskan alat-alat
13	Mencuci tangan
D	FASE TERMINASI
1	Mengevaluasi hasil tindakan
2	Menjelaskan rencana tindak lanjut
3	Berpamitan dengan klien dan keluarga
4	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

Sumber : (Widoyoko, 2020)

5. Cara mengamati teknik menyusui yang benar

Menyusui dengan teknik yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet dan ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI selanjut nya atau bayi enggan menyusui. Apabila bayi telah menyusui dengan benar, maka akan memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut:

- a. Bayi tampak tenang.
- b. Badan bayi menempel pada perut ibu.
- c. Mulut bayi terbuka lebar.
- d. Dagubayi menemelpada payudara ibu.

- e. Sebagian aerola masuk ke dalam mulut bayi, aerola bawah lebih banyak yang masuk.
- f. Hidung bayi mendekati dan kadang-kadang menyentuh payudara ibu.
- g. Mulut bayi mencakup sebanyak mungkin aerola (tidak hanya putting saja), lingkaran
- h. aerola atas terlihat lebih banyak bila dibandingkan dengan lingkaran aerola bawah.
- i. Lidah bayi menopang putting dan aerola bagian bawah .
- j. Bibir bawah bayi melengkung keluar.
- k. Bayi tampak menghisap kuat dengan irama perlahan.
- l. Puting susu tidak terasa nyeri.
- m. Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- n. Kepala bayi agak menengadah.
- o. Bayi menghisap kuat dan dalam secara perlahan dan kadang disertai dengan berhenti sesaat.

E. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan kegiatan menganalisis informasi, yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menilai suatu keadaan normal atau abnormal, kemudian nantinya akan digunakan sebagai pertimbangan tindakan keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (informasi subjektif maupun objektif) (Nanda, 2017).

a. Identitas

1) Identitas pasien

Meliputi : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik. Didalam identitas yang beresiko tinggi meliputi umur yaitu ibu yang mengalami kehamilan pertama dengan indikasi Ketuban pecah dini primipara.

2) Identitas penanggung jawab

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

b. Keluhan Utama

Keluhan yang paling dirasakan pasien saat ini pada post sectio caesarea adalah nyeri bagian abdomen, pusing, dan sakit pada

bagian pinggang karena nyeri, biasanya bertambah jika pasien bergerak (Benjamin, 2019).

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan setelah pasien operasi.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien sudah pernah melakukan operasi sebelumnya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat penyakit keluarga seperti penyakit DM, jantung, asma dari komplikasi tersebut akan dilakukan operasi sesar karena jika terjadi DM, jantung dan asma pasien akan mengalami.

d. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

1) Riwayat obstetri

Meliputi riwayat kehamilan dan persalinan, apabila kehamilan pertama, maka seorang ibu sering kali mengalami kurang pengetahuan mengenai cara perawatan payudara, mengalami bendungan ASI dan ketidaktahuan mengenai cara menyusui yang benar.

2) Riwayat haid atau menstruasi

Umur menarche pertama kali, lama haid, jumlah darah yang keluar, siklus haid, hari pertama haid terakhir, perkiraan tanggal partus (Nugroho, 2014).

3) Riwayat perkawinan

Pada ibu, yang perlu ditanyakan adalah usia perkawinan, perkawinan beberapa, dan usia pertama kali menikah.

4) Riwayat kehamilan

Riwayat kehamilan sekarang persalinan ini adalah persalinan yang status obserti GPA dengan hamil ke berapa minggu, HPHT, hasil USG menunjukkan pasien hamil aterm. ANC dilakukan ya atau tidak, tempat di lakukan ANC. Jumlah pemeriksaan ANC sebanyak berapa kali kontrol. Riwayat kesehatan dengan cara mengumpulkan data-data tentang respon pasien terhadap kelahiran bayinya serta penyesuaian selama masa post partum. Pengkajian awal mulai dengan review prenatal dan intranatal meliputi :

- a) Lamanya proses persalinan dan jenis persalinan.
- b) Lamanya ketuban pecah dini.
- c) Adanya episiotomi dan laserasi.
- d) Respon janin pada saat persalinan dan kondisi bayi baru lahir (nilai APGAR).
- e) Pemberian anestesi selama proses persalinan dan kelahiran.

f) Medikasi lain yang diterima selama persalinan atau periode immediate post partum.

g) Komplikasi yang terjadi pada periode immediate post partum seperti atonia uteri, retensi plasenta.

5) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi panjang badan, berat badan, penolong persalinan. Tanggal persalinan yang dimana biasanya terjadi bendungan ASI yaitu pada hari kedua dan ketiga pasca persalinan.

6) Riwayat persalinan dahulu

Pada ibu, yang perlu ditanyakan adalah pernah melahirkan berapa kali, dengan persalinan apa, komplikasi nifas, jumlah anak dan jenis kelamin anak.

7) Riwayat KB

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, keluhan yang dirasakan ketika menggunakan kontrasepsi, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga dimasa mendatang. Mengetahui apakah ibu melakukan KB yang mengandung progesteron dan estrogen atau KB suntik bulan, dimana akan berpengaruh pada berkurangnya pasokan ASI.

e. Data Psikososial

Respon ibu maupun keluarga kepada bayi yang baru lahir, meliputi:

- 1) Respon keluarga terhadap ibu dan bayinya
- 2) Respon ibu terhadap dirinya sendiri
- 3) Respon ibu terhadap bayinya

f. Data Pengetahuan

Pengkajian untuk mengetahui pengetahuan ibu mengenai perawatan untuk bayi dan ibu pasca persalinan.

g. Pengkajian Pola Fungsional

Pengkajian pola kesehatan fungsional menurut Gordon, sebagai berikut :

- 1) Pola persepsi dan penanganan kesehatan
- 2) Pola nutrisi dan metabolik
- 3) Pola eliminasi
- 4) Pola aktivitas dan latihan
- 5) Pola istirahat dan tidur
- 6) Pola kognitif dan persepsi
- 7) Pola persepsi diri dan konsep diri
- 8) Pola peran dan hubungan
- 9) Pola seksualitas dan reproduksi
- 10) Pola koping dan toleransi stress
- 11) Pola nilai dan kepercayaan

Pengkajian ini digunakan untuk mengidentifikasi faktor resiko yang signifikan yang merupakan faktor predisposisi terjadinya komplikasi *post partum*. Pengkajian status fisiologis maternal. Untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian post partum, banyak perawat menggunakan istilah *BUBBLE-LE* yaitu termasuk *Breast* (payudara), *Uterus* (rahim), *Bowel* (fungsi usus), *Bladder* (kandung kemih), *Lochia* (lokia), *Episiotomy* (episiotomi/perinium), *Lower Extremity* (ekstremitas bawah), dan *Emotion* (emosi).

h. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital

Kaji tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu pada Ibu. Periksa tanda-tanda vital tersebut setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan atau sampai stabil, kemudian periksa setiap 30 menit untuk jam-jam berikutnya.

a) Tekanan darah

Tekanan darah, normal yaitu <140/90 mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari *post partum*. Setelah persalinan sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah sementara waktu. Keadaan ini akan kembali normal selama beberapa hari. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan *post partum*. Sebaliknya bila tekanan darah

tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas. Namun hal ini seperti itu jarang terjadi.

b) Suhu

Suhu tubuh normal yaitu kurang dari 38 °C, pada hari ke 4 setelah persalinan suhu ibu bisa naik sedikit kemungkinan disebabkan dari aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai lebih dari 38°C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas.

c) Nadi

Nadi normal pada Ibu nifas adalah 60-100 denyut nadi ibu akan melambat sampai sekitar 60 x/menit yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama post partum. Pada ibu yang cemas nadinya bisa cepat, kira-kira 110x/menit bisa juga terjadi gejala syok karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh.

d) Pernafasan

pernafasan normal yaitu 16- 20 x/menit. Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Mengapa demikian, tidak lain karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila ada respirasi cepat post partum (>30 x/mnt) karena adanya ikutan dari tanda-tanda syok.

2) Pemeriksaan kepala dan wajah

a) Kepala dan wajah

Inspeksi : mengamati kesimetrisan wajah, amati ada tidaknya hiper pigmentasi wajah, amati warna, keadaan dan kebersihan rambut, amati apakah terdapat edema, lesi atau bekas luka dikepala dan wajah.

Palpasi : kaji kerontokkan dan kebersihan rambut, kaji pembengkakkan pada wajah.

b) Mata

Inspeksi : mengamati kelopak mata mengalami peradangan atau tidak, kesimetrisan kanan dan kiri, reflek berkedip baik/tidak, konjungtiva dan sklera merah/konjungtivitis, anemis atau tidak, sklera ikterik sebagai indikasi adanya hiperbilirubin atau gangguan yang terjadi pada hepar, pupil isokor kanan dan kiri (normal), reflek pupil terhadap cahaya miosis/mengecil.

Palpasi : mengkaji adanya nyeri tekan atau peningkatan tekanan intraokuler pada kedua bola mata.

c) Hidung

Inspeksi : mengamati keberadaan septum apakah tepat ditengah, kaji adanya masa abnormal dalam hidung dan adanya sekret.

Palpasi : mengkaji adanya nyeri tekan pada hidung.

d) Mulut dan gigi

Inspeksi : mengamati bibir apakah ada kelainan (bibir sumbing), warna mulut, kesimetrisan, kelembaban, sianosis atau tidak, pembengkakkan, lesi, amati adanya stomatitis pada mulut, mengamati jumlah dan bentuk gigi, ada atau tidaknya gigi berlubang atau karies gigi, warna gigi, adanya plak, dan kebersihan gigi.

Palpasi : mengkaji terdapat nyeri tekan pada pipi dan mulut bagian dalam.

e) Leher

Inspeksi : mengamati adanya luka, kesimetrisan, masa abnormal.

Palpasi : mengkaji adanya distensi vena jugularis, pembesaran kelenjar tiroid.

f) Telinga

Kaji apakah ibu menderita infeksi atau ada peradangan pada telinga.

3) Pemeriksaan Thorak

a) Paru-paru

Inspeksi : kesimetrisan dada, bentuk dari rongga dada, pergerakan nafas (meliputi frekuensi nafas, iramanya, kedalaman pernafasan, dan upaya pernafasan/penggunaan otot bantu pernafasan), warna kulit dada, adakah lesi, edema, maupun penonjolan.

Auskultasi : normalnya terdengar vasikuler pada kedua paru-paru.

Palpasi : simetris, pergerakan dada, massa dan lesi, nyeri, tactile fremitus apakah normal kanan dan kiri.

b) Jantung

Inspeksi : mengamati pulsasi di ictus cordis.

Palpasi : teraba atau tidaknya pulsasi.

Perkusi : normalnya terdengar pekak.

Auskultasi: normalnya terdengar tunggal suara jantung pertama dan suara jantung kedua.

4) Payudara

Inspeksi : mengamati kesimetrisan payudara, hiperpigmentasi pada aerola, kemerahan pada puting, bentuk puting apakah terbenam menjadi rata, amati kulit apakah mengkilap dan memerah pada payudara, dan payudara tampak bengkak.

Palpasi : payudara keras bila mengalami bendungan ASI, kaji apakah kolostrum keluar atau belum, kaji apakah teraba keras karena adanya bendungan ASI, nyeri saat ditekan.

5) Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : mengkaji ada tidaknya luka bekas melahirkan, adanya linia nigra atau alba, adanya striae atau stretch mark.

Auskultasi: dengarkan bising usus apakah normal 5-20x/menit.

Palpasi : letak tinggi fundus uteri, konsistensi rahim, kontraksi uterus. Fundus uteri tinggi segera setelah persalinan TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari. Hari kedua post partum TFU 1 cm dibawah pusat Hari ke 3-4 post partum TFU 2 cm dibawah pusat Hari ke 5-7 post partum

TFU pertengahan pusat-symfisis. Hari ke 10 post partum TFU tidak teraba lagi.

Perkusi : kaji suara apakah timpani.

6) Pemeriksaan ekstermitas

a) Atas :

Inspeksi : mengkaji kesimetrisan dan pergerakan ekstermitas atas, integritas ROM (*Range Of Motion*), kekuatan dan tonus otot.

Palpasi : mengkaji ada tidaknya edema.

b) Bawah :

Inspeksi : mengkaji kesimetrisan dan pergerakan ekstermitas bawah, integritas ROM (*Range Of Motion*), kekuatan dan tonus otot.

Palpasi : ada tidaknya edema, arises, edema, *reflek patella* positif atau negatif.

7) Pemeriksaan integritas kulit

Inspeksi : warna kulit, kelembapan, akral hangat atau tidak

Palpasi : integritas kulit, CRT (*Capillary Refil Time*) pada jari normalnya < 2 detik.

8) Pemeriksaan genetalia

Inspeksi : mengamati persebaran rambut pubis, adanya luka episiotomi dan jahitan, keadaan luka, personal hygien mengganti pembalut berapa kali dalam

sehari, varises pada vagina, warna lochea, bau dan ada tidaknya gumpalan, amati ada tidaknya hemoroid.

Palpasi : mengkaji adakah masa abnormal.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus *post partum sectio caesarea* yaitu :

- a. Nyeri akut (D.0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- c. Menyusui efektif (D.0028)
- d. Menyusui tidak efektif (D.0029)
- e. Ansietas (D.0080)
- f. Risiko infeksi (D.0142)

Berikut adalah uraian dari diagnosa yang timbul pada ibu post partum. Dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- a. Nyeri Akut (D.0077)
 - 1) Pengertian

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

2) Penyebab

Agen pencedera fisik (luka episiotomi *post sectio caesarea*).

3) Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria Mayor

- a) Subjektif : Mengeluh nyeri
- b) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi, menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Kriteria Minor

- a) Subjektif : (tidak tersedia)
- b) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

b. 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

c. Menyusui Efektif (D.0028)

1) Pengertian

Pemberian ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.

2) Penyebab

Fisiologis :

- a) Hormon oksitosin dan prolaktin adekuat
- b) Payudara membesar, alveoli mulai terisi ASI
- c) Tidak ada kelainan pada struktur payudara
- d) Puting menonjol
- e) Bayi aterm
- f) Tidak ada kelainan bentuk pada mulut bayi

Situasional

- a) Rawat gabung
- b) Dukungan keluarga dan tenaga kesehatan adekuat
- c) Faktor budaya

3) Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria Mayor

- a) Subjektif : Ibu merasa percaya diri selama proses menyusui
- b) Objektif : Bayi melekat pada payudara ibu dengan benar, ibu mampu memposisikan bayi dengan benar, miksi bayi lebih dari 8 kali dalam 24 jam, ASI menetes / memancar, suplai ASI adekuat, puting tidak lecet setelah minggu kedua.

Kriteria Minor

- a) Subjektif : (tidak tersedia)
- b) Objektif : Bayi tidur setelah menyusui, payudara ibu kosong setelah menyusui, bayi tidak rewel dan menangis setelah menyusui.

d. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

1) Pengertian

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

2) Penyebab situasional

Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan teknik menyusui.

3) Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria Mayor

- a) Subjektif : Kelelahan maternal, kecemasan maternal.
- b) Objektif : Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes/memancar, nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua.

Kriteria Minor

- a) Subjektif : (tidak tersedia)
- b) Objektif : Intake bayi tidak adekuat, bayi menghisap tidak terus-menerus, bayi menangis saat disusui.

e. Ansietas (D.0080)

1) Pengertian

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

2) Penyebab

Krisis situasional, tanggung jawab menjadi orang tua.

3) Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria Mayor

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

b) Objektif : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

Kriteria Minor

a) Subjektif : Mengeluh pusing, merasa tidak berdaya.

b) Objektif : Frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, muka tampak pucat, kontak mata buruk.

f. Risiko Infeksi (D.0142)

1) Pengertian

Berisiko mengalami peningkatan organisme patogenik.

2) Faktor risiko

Efek prosedur invasif (luka episiotomi *post sectio caesarea*).

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan penyusunannya diawali dengan melakukan pembuatan tujuan dari asuhan keperawatan. Tujuan tersebut dibuat dari tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Didalam perencanaan juga terdapat kriteria hasil (Khuzaimatul, 2021).

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka episiotomi *post sectio caesarea*) (D.0077).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.

Dengan kriteria hasil (L.08066) :

1) Keluhan nyeri menurun

- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Kesulitan tidur menurun

Intervensi manajemen nyeri (I.08238)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri.
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal.
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

Terapeutik

- 1) Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri.

Edukasi

- 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan

Dengan kriteria hasil (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

Intervensi 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).

- c. Menyusui efektif berhubungan dengan tidak ada kelainan pada struktur payudara (D.0028)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik.

Dengan kriteria hasil (L. 03029) :

- 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat.
- 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat.
- 3) Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam.
- 4) Tetesan/pancaran ASI meningkat.
- 5) Berat badan bayi meningkat.
- 6) Kepercayaan diri ibu meningkat
- 7) Bayi tidur setelah menyusu meningkat.
- 8) Hisapan bayi meningkat.
- 9) Kecemasan maternal menurun.
- 10) Bayi rewel menurun.

Intervensi Promosi ASI Eksklusif (I.03135)

Observasi

- 1) Identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu pada antenatal, intranatal, dan postnatal

Terapeutik

- 1) Fasilitasi ibu melakukan IMD (Inisiasi menyusui dini)
- 2) Dukung ibu menyusui dengan mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung.

- 3) Diskusikan dengan keluarga tentang ASI eksklusif.

Edukasi

- 1) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
 - 2) Jelaskan pentingnya menyusui dimalam hari untuk mempertahankan dan meningkatkan produksi ASI
 - 3) Jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI (mis, berat badan meningkat, BAK lebih dari 10 kali/hari, warna urine tidak pekat)
 - 4) Anjurkan ibu menyusui sesegera mungkin setelah melahirkan
 - 5) Anjurkan ibu memberikan nutrisi kepada bayi hanya dengan ASI
 - 6) Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin setelah melahirkan sesuai kebutuhan bayi
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui atau teknik menyusui (D.0029).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik.

Dengan kriteria hasil (L.03029) :

- 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
- 2) Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat
- 3) Tetesan atau pancaran asi meningkat.
- 4) Hisapan bayi meningkat.
- 5) Bayi rewel menurun.
- 6) Kelelahan maternal menurun

7) Kecemasan maternal menurun

Intervensi Edukasi Menyusui I.12393

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
- 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui.

Tindakan

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya.
- 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.
- 5) Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat.

Edukasi

- 1) Berikan konseling menyusui.
- 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi.
- 3) Ajarkan posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar.
- 4) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa atau baby oil.
- 5) Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. Breast care, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin).

e. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun.

Dengan kriteria hasil (L.09093) :

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun.
- 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun.
- 3) Perilaku gelisah menurun
- 4) Tekanan darah menurun.
- 5) Pucat menurun.
- 6) Keluhan pusing menurun.

Intervensi Reduksi Ansietas (I.09314)

Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah.
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.
- 3) Monitor tanda-tanda ansietas.

Terapeutik

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan.
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas.
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian.
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.
- 6) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.
- 7) Diskusi perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang.

Edukasi

- 1) Informasi secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosisi.
 - 2) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu.
 - 3) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.
 - 4) Latihan melakukan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.
 - 5) Latih teknik relaksasi.
- f. Risiko infeksi Efek prosedur invasif (luka episiotomi *post sectio caesarea*) (D.0142)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun.

Dengan kriteria hasil (L. 14137) :

- 1) Demam menurun.
- 2) Kemerahan menurun.
- 3) Nyeri menurun.
- 4) Bengkak menurun.
- 5) Kultur area luka membaik.

Intervensi keperawatan Perawatan Luka (I.14564)

Observasi

- 1) Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau).
- 2) Monitor tanda-tanda infeksi.

Terapeutik

- 1) Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan.
- 2) Bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan.
- 3) Bersihkan jaringan nekrotik.
- 4) Berikan salep yang sesuai kekulit/lesi, jika perlu.
- 5) Pasang balutan sesuai jenis luka.
- 6) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.
- 7) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase.
- 8) Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, vitamin C, zinc, asam amino) sesuai kondisi.

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.
- 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik oleh perawat dikerjakan untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya merupakan membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Maharani, 2020).

F. Metodologi Penelitian

Data yang dikumpulkan dalam proposal karya tulis ilmiah ini terdiri dari beberapa bagian yaitu jenis penelitian, rancangan penelitian dan pendekatan, subjek penelitian, waktu dan tempat, fokus studi, instrumen pengumpulan data, metode pengambilan data, dan etika penelitian.

Penjelasan metode pengumpulan data sebagai berikut :

1. Jenis, Rancangan Penelitian dan Pendekatan

Jenis penelitian yang digunakan yaitu kualitatif research. Penelitian kuantitatif merupakan menganalisa pada proses penyimpulan serta dinamika hubungan situasi yang ada dan bagaimana proses hubungan yang terjadi dari suatu dengan fenomena yang diteliti dan diamati menggunakan logika ilmiah. Rancangan yang digunakan dalam penelitian karta tulis ilmiah ini yaitu studi kasus.

Studi kasus merupakan studi dengan cara meneliti satu permasalahan melalui unit kasus yang terdiri dari satu atau beberapa responden. Karya tulis ini menggambarkan studi kasus tentang asuhan keperawatan maternitas dengan fokus intervensi edukasi teknik menyusui *cradle*

hold. Pendekatan penelitian studi kasus dengan menerapkan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan (Zahroh, 2021).

2. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah pasien ibu *primipara* dengan *post sectio caesaera* (SC) indikasi ketuban pecah dini hari ke-1.

3. Waktu dan Tempat

Peneliti berencana akan melakukan penelitian di RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi pada bulan April 2024.

4. Fokus Studi

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan maternitas dengan fokus intervensi edukasi teknik menyusui *cradle hold* pada *post sectio caesarea*.

5. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian ini yaitu peralatan atau fasilitas dalam memudahkan pekerjaan dan untuk mencapai hasil baik saat mengumpulkan data oleh peneliti. Instrumen yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini yaitu format pengkajian

6. Metode Pengumpulan Data

Metode pengambilan data yang dipakai adalah data primer, sekunder, dan tersier. Data primer diperoleh dari pasien, data sekunder diperoleh dari pihak lain misalnya keluarga dan data penunjang sedangkan data

tersier yang diperoleh dari hasil pemeriksaan terdahulu atau ringkasan perjalanan penyakit pasien.

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

- a. Wawancara, yaitu kegiatan bertanya secara langsung kepada responden yang diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa pedoman wawancara, daftar periksa atau check list.
- b. Observasi, yaitu pengamatan secara langsung pada responden untuk mengetahui perubahan atau hal-hal yang akan diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa lembar observasi dan panduan pengamatan.
- c. Studi dokumen atau teks, yaitu pengkajian dari dokumen tertulis seperti buku teks, majalah, surat kabar, surat-surat, laporan dinas, dan catatan kasus.

7. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan hal wajib yang dilakukan oleh peneliti untuk melindungi hak-hak calon responden yang akan menjadi bagian dari penelitian. Ada 3 jenis etika penelitian yang harus diperhatikan oleh peneliti, antara lain :

a. *Informed Consent*

Merupakan persetujuan responden untuk ikut serta sebagai bagian dalam penelitian. Lembar persetujuan ini bertujuan agar responden

mengetahui maksud tujuan dari penelitian, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-haknya sebagai responden.

b. *Anonymity*

Merupakan bentuk menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak mencantumkan 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. Selain itu, data yang berbentuk *hardcopy* (laporan asuhan keperawatan) akan di simpan di ruang rekam medis rumah sakit atau di simpan dalam bentuk dokumen oleh peneliti.