

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Section caesarea

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Persalinan *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Citrawati et al., 2021)

Sectio caesarea yaitu salah satu tindakan operasi yang digunakan untuk mengeluarkan bayi dengan cara melakukan insisi atau pemotongan pada kulit, otot perut, serta rahim ibu. *Sectio caesarea* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena adanya indikasi medis maupun non-medis. (Nadiya, 2018).

Sectio caesarea atau SC adalah suatu metode bedah persalinan yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim dengan saraf rahim dengan keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Indanah et al., 2021).

2. Indikasi *Sectio Caesarea*

Indikasi *sectio caesarea* menurut (Maakh Djen Tivanny, 2019).

- a. Gawat janin
- b. Cacat atau kematian janin sebelumnya
- c. Insufisiensi plasenta
- d. Diabetes militus

- e. Inkompatibilitas rhesus
 - f. Infeksi virus herpes pada traktus genitalis
 - g. Primigravida usia lanjut
 - h. Bekas jahitan pada vagina
 - i. Plasenta previa
 - j. Anomali uteri kongenital
 - k. Riwayat obsterik jelek
 - l. Forceps section caesaria
3. Jenis-jenis *sectio caesarea*
- a. Abdomen (*sectio caesarea* transperitonealis)
 - 1) *Sectio caesarea* transperitonealis.
 - 2) *Sectio caesarea* klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uterus.
 - 3) *Sectio caesarea* ismika atau profunda atau *low servical* dengan insisi pada segmen bawah rahim.
 - 4) *Sectio caesarea* ekstraperitonealis yaitu *sectio caesarea* tanpa membuka peritonium perietal dengan demikian tidak membuka cavum abdominalis.
 - 5) Vaginan (*sectio caesarea vaginalis*)
 - 6) menurut arah sayatan pada rahim *sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut :
 - 7) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut kroning.
 - 8) Sayatan melintang (transversal) menurut kerr.

9) Sayatan huruf T (T-incision).

B. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini (KPD) adalah ketuban yang pecah sebelum waktunya. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. hal ini dapat terjadi pada kehamilan aterm (Rohmawati & Fibriana, 2017).

Ketuban pecah dini (premature rupture of membrane) merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan dimulai. Selaput ketuban yang pecah sebelum sebelum usia kehamilan 37 minggu, disebut dengan ketuban pecah dini preterm (preterm premature rupture of membrane) (Negara, 2021).

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam ditunggu belum ada tanda-tanda persalinan (Kennedy et al., 2019).

Jadi kesimpulannya yaitu Ketuban pecah dini adalah kondisi saat kantung ketuban pecah lebih awal sebelum proses persalinan atau ketika usia kandungan belum mencapai 37 minggu. Kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi bahkan membahayakan nyawa ibu maupun janin. Normalnya, kantung ketuban pecah dalam waktu kurang lebih 24 jam sebelum kelahiran.

2. Klasifikasi ketuban pecah dini

Klasifikasi ketuban pecah dini dibagi atas usia kehamilan yaitu: (Ernawati, 2020)

- a. Ketuban pecah dini atau disebut juga Premature Rupture of Membrane atau Prelabour Rupture of Membrane (PROM), adalah pecahnya selaput ketuban pada saat usia kehamilan aterm.
- 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 ketuban pecah dini

Faktor yang menyebabkan kejadian ketuban pecah dini antara lain:
(Aspiani & Reny, 2017)

- a. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban yang bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.
- b. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka karena kelainan pada servik uteri akibat persalinan atau curetage.
- c. Tekanan intra uterin yang meningkat secara berlebihan Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya:
 - 1) Trauma: saat berhubungan badan, pemeriksaan yang dilakukan saat kehamilan untuk memeriksa sampel air ketuban untuk mengetahui ada atau tidaknya kelainan pada janin (amniosintesis), trauma saat berkendara.

- 2) Gemelli: Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan Gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan, hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.
- d. Kelainan letak Hubungan: Adalah kelainan letak sungsang karena pada letak sungsang posisi janin berbalik, kepala berada dalam ruangan yang besar yaitu di fundus uteri sedangkan bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar di paksa untuk menepati ruang yang kecil yaitu disegmen bawah rahim, sehingga dapat membuat ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri dan ketegangan rahim meningkat, sedangkan letak lintang bagian terendah adalah bahu sehingga tidak dapat menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah maupun pembukaan servik (Arif & Kurnia, 2021).
- e. Faktor golongan darah Inkompatibilitas rhesus dapat terjadi jika ibu yang bergolongan darah rhesus negatif mengandung janin yang bergolongan darah rhesus positif, perbedaan golongan darah ini terjadi akibat ayah memiliki golongan darah rhesus positif. Inkompatibilitas rhesus jarang terjadi pada kehamilan pertama. Hal ini karena ibu hamil dengan rhesus negatif baru membentuk antibodi terhadap rhesus positif

setelah kehamilan pertama. Oleh karena itu, anak pertama ibu dengan kondisi ini umumnya terlahir normal. Sedangkan pada kehamilan kedua dan seterusnya, antibodi yang sudah terbentuk dalam tubuh ibu akan menyerang darah bayi dengan golongan rhesus positif, hal ini menyebabkan sel-sel darah bayi hancur (Kids Health, 2018).

- f. Infeksi lokal pada saluran kelamin: infeksi saluran kemih (Arif & Kurnia, 2021).
- g. Faktor sosial seperti: peminum minuman keras dan keadaan sosial ekonomi rendah (Arif & Kurnia, 2021).
- h. Terdapat sefalopelvik disproporsi yaitu, kepala janin belum masuk pintu atas panggul dan kelainan letak janin, sehingga ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri yang dominan (Arif & Kurnia, 2021).

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala ketuban pecah dini menurut (Sunarti, 2017):

- a. Keluarnya cairan yang berisi meconium. Cairan dapat keluar saat tidur, duduk, berdiri atau saat berjalan. Cairan berwarna putih, keruh, jernih dan hijau.
- b. Demam Apabila ketuban telah lama pecah dan terjadi infeksi, maka pasien akan demam.
- c. Bercak darah vagina yang banyak Plasenta previa: kondisi ini terjadi apabila plasenta berada di bagian bawah saluran vagina dan menyebabkan jalan lahir bayi terhalang Pelepasan plasenta: kondisi ini terjadi apabila plasenta

terlepas dari dinding uterus sebelum atau pada saat melahirkan dan darah mengumpul di antara plasenta dan uterus.

- d. Nyeri perut Ketuban pecah dini menyebabkan kontraksi yang mengakibatkan nyeri atau kram pada perut.
- e. Denyut jantung janin bertambah cepat DJJ bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi.

5. Patofisiologi

Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya elastisitas pada daerah tepi robekan selaput ketuban. Hilangnya elastisitas selaput ketuban ini sangat erat kaitannya dengan jaringan kolagen, yang dapat terjadi karena penipisan oleh infeksi atau rendahnya kadar kolagen. Kolagen pada selaput terdapat pada amnion di daerah lapisan kompakta, fibroblas serta pada korion di daerah lapisan retikuler atau trofoblas (Mamede dkk, 2015). Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban mengalami kelemahan. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Pada daerah di sekitar pecahnya selaput ketuban diidentifikasi sebagai suatu zona “restriced zone of exteme altered morphologi (ZAM)” (Rangaswamy, 2016).

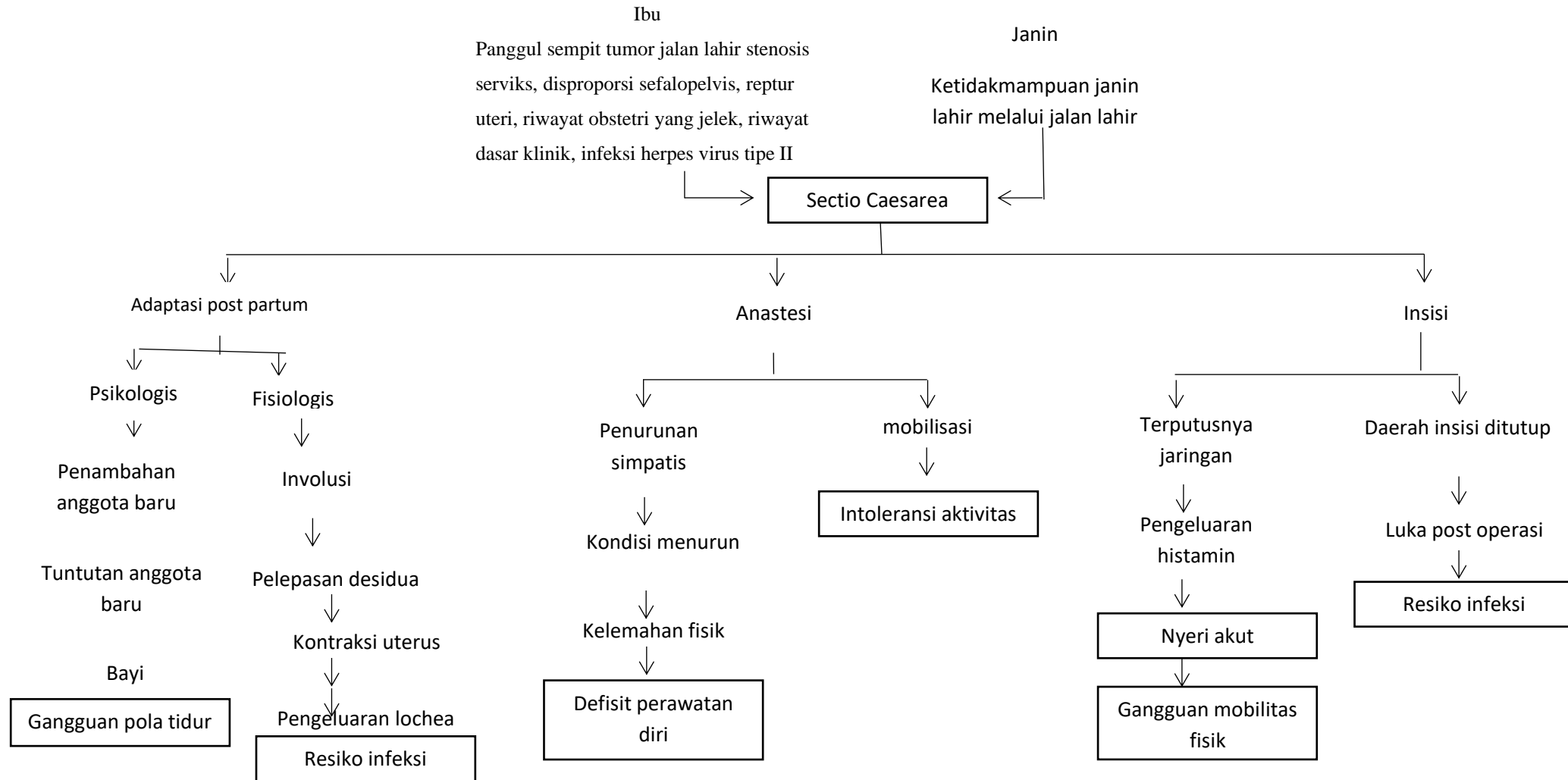
Mekanisme terjadinya KPD dimulai dengan terjadi pembukaan premature serviks, lalu kulit ketuban mengalami devaskularisasi. Setelah kulit ketuban mengalami devaskularisasi selanjutnya kulit ketuban mengalami nekrosis sehingga jaringan ikat yang menyangga ketuban makin berkurang, melemahnya

daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim yaitu enzim proteolitik dan kolagenase yang diikuti oleh ketuban pecah spontan (Manuaba, 2014).

Selaput ketuban yang pecah saat persalinan disebabkan oleh melemahnya selaput ketuban karena kontraksi uterus dan peregangan yang berulang. Biasanya kontraksi pada uterus yang menyebabkan KPD, namun 10% kejadian KPD muncul sebelum terjadi kontraksi pada uterus pada kehamilan aterm dan sebanyak 40% pada kehamilan preterm. Hal itu menunjukkan bahwa kekuatan kontraksi yang menyebabkan peregangan bukan satu-satunya faktor yang menyebabkan pecahnya selaput ketuban (Nagara, 2021).

KPD juga dapat terjadi karena adanya penurunan jumlah kolagen yang menyebabkan kekuatan membran selaput ketuban menjadi lemah atau terjadinya peningkatan tekanan intraamniotik dan pada kasus infeksi terjadi respon inflamasi dan pelepasan bakterial protease dan kolagenase yang menyebabkan penurunan kekuatan kolagen di dalam selaput ketuban (Amrini & Yunitasari, 2016).

1. Pathway



Sumber : (Nurarif, Dkk 2016 dan Mitayani,2012)

2. **Komplikasi**

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin menurut (Sunarti, 2017) yaitu:

- a. Prognosis Ibu Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi intrapartal/ dalam persalinan, infeksi puerperalis/ masa nifas, dry labour/ partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal.
- b. Prognosis Janin Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematurit, perdarahan intraventrikular, enterocolitis necrotizing, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps funiculli/ penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan), dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal (Marmi dkk, 2016)

8. **Pemeriksaan penunjang**

Menurut (Azza, 2019) pemeriksaan penunjang pada ketuban pecah dini (KPD) antara lain sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapussn darah.

- a) Penurunan hemoglobin (nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita normal hemoglobin wanita hakil adalah 12-14gr%)
- b) Hematocrit meningkat (nilai rujukan 37-43 vol%)
- c) Trombosit menurun (nilai rujukan 150-450 ribu/mm³)

2) Urinalisis

Ditemukan protein dalam urine

b. Pemeriksaan fungsi hati.

- 1) Bilirubin meningkat ($N < 1 \text{ mg/dl}$)
- 2) LDH (Laktat dehidrogenase) meningkat
- 3) Aspartat aminomatransferase (AST) $> 960 \text{ ul}$
- 4) Serum glutamat pirufat transaminase (SPGP) meningkat ($N 15-45 \text{ u/ml}$)
- 5) Serum glutamat oxaloacetic transminase (SGOT) meningkat ($N < 31 \text{ u/l}$)
- 6) Total protein serum menurun ($N 6,7-8,7 \text{ g/dl}$)

c. Radiologi

1) Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intrauterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktifitas janin lambat dan volume cairan, kebutuhan sedikit.

2) Kardiotografi

Pre-Eklamsi Berat lebih banyak terjadi pada wanita dan golongan ekonomi rendah, karena mengkonsumsi makanan yang mengandung protein dan juga kurang melakukan perawatan antenatal yang teratur.

3) Data psikologis

Biasanya ibu Pre-Eklamsi ini berada dalam kondisi yang diambal dan mudah marah, ibu merasa khawatir akan keadaan dirinya, keadaan dirinya dan keadaan janin dalam kandungannya, dia takut anaknya nanti lahir cacat atau meninggal dunia, sehingga dia takut untuk melahirkan

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis ketuban pecah dini, yaitu: (Ratnawati, 2017).

- a. Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit.
- b. Bila janin hidup dan terdapat prolaps di tali pusat, ibu dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi bersujud.
- c. Jika perlu kepala janin didorong ke atas dengan dua jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin
- d. Jika ada demam atau dikhawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau KPD lebih dari 6 jam, berikan antibiotik.
- e. Bila keluarga ibu menolak dirujuk, ibu diharuskan beristirahat dengan

posisi berbaring miring, berikan antibiotik.

- f. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik dan tokolisis.
- g. Pada kehamilan 33-35 minggu dilakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan.
- h. Pada kehamilan lebih 36 minggu, bila ada his, pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri.
- i. 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.
- j. Bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan. Mengakhiri kehamilan dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu:
 - 1) Induksi Induksi adalah proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, dengan tujuan untuk mempercepat proses persalinan.
 - 2) 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.
 - 3) *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

C. KONSEP DASAR POST PARTUM

1. Nifas

Masa puerperium atau masa nifas mulai setelah partus selesai dan terakhir setelah kira 6 minggu akan tetapi seluruh alat genetalia baru oulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 minggu.

Masa nifas dibagi menjadi 3 yaitu :

- a. *peurperium dini* : kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- b. *Peurperium intermedial* : kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. *Remote pueperium* : waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan, tahunan(Rachman, 2018).

2. Perubahan fisiologis

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

Genetalia eksterna 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 postpartum dapat dilihat dibawah ini :

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara

- b. Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm setiap hari.
- c. Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm dibawah 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 involusi disebut dengan subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta atau pendarahan lanjut (post partum hemorrhage).

3. 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 itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelviks m. 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 berhubungan erat dengan perubahan-perubahan pada miometrium terjadi perubahan-perubahan yang bersifat proteolisis. Hasil dari proses ini dialirkan melalui pembuluh darah getah bening.

Decidua tertinggal dalam uterus setelah selparasi dan ekspulsin plasenta dan membrane yang terdiri dari lapisan zona basalis dan suatu bagian lapisan zona spongiosa 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 pembuangan lochia dan lapisan dalam dekat miometrium.
- b. Lapisan yang terdiri dari sisa-sisa endometrium di lapisan basalis.

Endometrium akan diperbarui oleh proliferasi epithelium endometrium. Regenerasi endometrium diselesaikan selama pertengahan atau akhir dari postpartum 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).

4. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan 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 dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks.

5. Lochea

a. Lochea Rubra/merah (kruenta)

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

b. Lochea Sanguinolent

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum.

c. Lochea Seros

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

d. Lochea Alba/putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba biasanya berlangsung selama 2- minggu post partum.

6. Sistem Gastrointestinal

Biasanya ibu mengalami obstipasi 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, haemorrhoid, 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)

7. Payudara

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

- a. Produk susu
- b. 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 laktogenik). 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 acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, refles syaraf merangsang lobus posterior pituitari untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang refleks let down (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).

8. Sistem kardiovaskuler dan hematology

Leukositosis adalah meningkatkannya jumlah sel-sel darah putih sampai sebanyak 15.000 selama persalinan, leukositosis 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 dikatakan 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).

9. 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 diuresis dari pengeluaran cairan ekstra seluler yang dimaklumi sekama kehamilan (Rasmi et al., 2018).

10. 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)

11. Adaptasi psikologis post partum

Menurut Machotar, adaptasi psikologis post partum sebagai berikut :

a. *Taking in*

Berakhir kira-kira 2 hari senang mengizinkan orang lain yang membua 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 Mobilisasi

1. Pengertian

Mobilisasi dini adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan aktifitas atau kegiatan. Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat pemulihan pasca bedah, mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal ini esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dengan demikian

mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Bahwa mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk selekas mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbing selekas mungkin berjalan (Citrawati et al., 2021).

Mobilisasi dini post *sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *caesarea* . Untuk mencegah komplikasi post operasi *sectio caesarea* ibu harus segera dilakukan mobilisasi sesuai dengan tahapannya . Oleh karena setelah mengalami *sectio saesarea* , seorang ibu tidak di sarankan tidak malas untuk bergerak pasca operasi *sectio caesarea*, ibu harus mobilisasi cepat. Semakin cepat bergerak itu semakin baik, namun mobilisasi dini harus tetap dilakukan secara hati-hati (Citrawati et al., 2021).

Mobilisasi dini dapat dilakukan pada kondisi pasien yang membaik. Pada pasien post operasi *sectio caesarea* 6 jam pertama dianjurkan untuk segera menggerakkan anggota tubuhnya. Gerak tubuh yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan ,tangan, kaki dan jari-jarinya agar kerja organ pencernaan segera kembali normal (Sholikha, 2019).

2. Tujuan Mobilisasi

Menurut (Citrawati et al., 2021) tujuan dari mobilisasi adalah untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, Memperlancar eliminasi urin,

mengembalikan aktifitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian, memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau komunikasi.

Menurut (Sholikha, 2019) Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan, Mengancarkan pengeluaran lochea , mengurangi infeksi puerperium, mempercepat involusi uteri, melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin, meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme, Kesempatan yang baik untuk mengajar ibu melihat/merawat anaknya .

3. Manfaat Mobilisasi

Pada sistem kardiovaskuler dapat meningkatkan curah jantung, memperbaiki kontraksi miokardial, kemudian menguatkan otot jantung, menurunkan tekanan darah, memperbaiki aliran balik vena , pada sistem respirator meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernafasan, meningkatkan ventilasi alveolar, menurunkan kerja pernafasan, meningkatkan pengembangan diafragma pada sistem metabolik dapat meningkatkan laju metabolisme basal, meningkatkan penggunaan glukosa dan asam lemak, meningkatkan pemecahan trigliseril, meningkatkan mobilisasi lemak, meningkatkan produksi panas tubuh, pada sistem muskuloskeletal memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendiri. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan , mungkin meningkatkan masa otot pada sistem toleransi otot, meningkatkan toleransi, mengurangi

kelemahan, meningkatkan toleransi terhadap stres, perasaan lebih baik, dan berkurangnya penyakit (Nadiya, 2018)

4. Tahap-tahap Mobilisasi

Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap-tahap mobilisasi dini pada ibu post partum operasi *sectio caesarea* (Citrawati et al., 2021) 6 jam pertama ibu post *sectio caesarea* istirahat tirah baring, mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegakkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.

a. 6-10 jam

Ibu diharuskan untuk dapat mirin h ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan trombo emboli, Makan dan minum di bantu, mengangkat tangan, mengangkat kaki, menekuk lutut, menggeser badan.

b. Setelah 24 jam

Dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk. Dapat mengangkat tangan setinggi mungkin, balik ke kiri dan ke kanan tanpa bantuan, latihan pernafasan serta makan dan minum tanpa dibantu

c. Setelah ibu dapat duduk, dianjurkan ibu belajar berjalan.

5. Pelaksanaan Mobilisasi

Menurut (Nadiya, 2018) pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu postpartum *sectio caesarea* terdiri dari :

a. Hari ke 1

- 1) Berbaring miring kekanan dan kekiri yang dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah ibu sadar.
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan inu sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.

b. Hari ke 2 :

- 1) ibu dapat duduk 5 menit dan minta untuk bermafas dalam dalam lalu menghembuskannya disertai batuk-batuk kecil yang gunanya untuk melonggarkan pernafasan dan sekaligus menumbuhkan kepercayaan pada diri ibu bahwa dia mulai pulih.
- 2) kemudian posisi tidur terlentang dirubah menjadi setengah duduk
- 3) selanjutkan secara berturut-turut , hari demi hari ibu yang sudah melahirkan dianjurkan belajar duduk selama sehari

c. Hari ke 3 sampai 5

- 1) belajar berjalan kemudian berjalan sendiri pada hari setelah oprasi.
- 2) mobolisasi secara teratur dan bertahap serta diikuti dengan istirahat dapat membantu penyembuhan luka.

Sedangkan menurut (Sholikha, 2019) prosedur pelaksanaan mobilisasi terdiri dari :

a. Hari 1- 4

- 1) Membentuk lingkaran dan meregangkan telapak tangan

Ibu berbaring di tempat tidur, kemudian bentuk gerak lingkaran dengan telapak tangan dan kaki satu persatu. Gerakan ini seperti sedang menggambar sebuah lingkaran dengan ibu jari kaki

ke satu arah, lalu ke arah lainnya, kemudian regangkan masing masing telapak kaki dengan cara menarik jari jari kaki ibu ke arah betis,lalu balikan ujung telapak kaki kearah sebaliknya sehingga ibu merasakan otot betisnya berkontraksi, lakukan gerakan ini dua atau tiga kali sehari.

2) Bernafas dalam dalam

Berbaring dan tekukan kaki sedikit, tempatkan kedua tangan ibu, lalu tekanlah dada saat ibu menghembus nafas, kemudian tarik nafas sedikit lebih dalam, tempatkan kedua tangan di atas tulang rusuk, sehingga ibu dapat merasakan paru-paru mengembang, lalu hembuskan nafas seperti sebelumnya, cobalah untuk bernafas lebih dalam sehingga mencapai perut, hal ini akan merangsang jaringan-jaringan di sekitar bekas luka, sanggah insisi ibu dengan cara menempatkan kedua tangan secara lembut di atas daerah tersebut,kemudian tarik dan hembuskan nafas yang lebih dalam lagi beberapa kali. Ulangi sebanyak tiga atau empat kali (Sholikha, 2019).

3) Duduk tegak

Tekuk lutut dan miring kesamping,putar kepala ibu dan gunakan tangan-tangan ibu untuk membantu dirinya ke posisi duduk ,saat melakukan gerakan yang pertama, luka akan tertarik dan terasa tidak nyaman, namun teruslah berusaha dengan bantuan lengan sampai ibu berhasil duduk, pertahankan posisi itu selama

beberapa saat, kemudian, mulailah memindahkan berat tubuh ke tangan, sehingga ibu dapat menggoyangkan pinggul ke arah belakang, duduk setegak mungkin dan tarik nafas dalam-dalam beberapa kali, luruskan tulang punggung dengan cara mengangkat tulang-tulang rusuk, gunakan tangan ibu untuk menyangga insisi, cobalah batuk 2 atau 3 kali (Sholikha, 2019).

4) Bangkit dari tempat tidur

Gerakan tubuh ke posisi duduk, kemudian gerakan kaki pelan-pelan kesisi tempat tidur, gunakan tangan ibu untuk mendorong ke depan dan perlahan turunkan telapak kaki ke lantai, tekanlah sebuah bantal dengan ketat di atas bekas luka ibu untuk menyangga, kemudian cobalah bagian atas tubuh ibu, cobalah meluruskan seluruh tubuh lalu luruskan kaki-kaki ibu (Nadiya, 2018).

5) Berjalan

Dengan bantal tetap tertekan di atas bekas luka berjalanlah kedepan, saat berjalan usahakan kepala tetap tegak, bernafas lewat mulut, teruslah berjalan selama beberapa menit sebelum kembali ke tempat tidur (Sholikha, 2019).

6) Berdiri dan meraih 4

Duduklah di bagian tepi tempat tidur, angkat tubuh hingga berdiri, pertimbangkanlah untuk mengontraksikan otot-otot punggung agar dada mengembang dan merenggang, cobalah untuk

mengangkat tubuh, mulai dari pinggang perlahan-lahan, melawan dorongan alamiah untuk membungkuk, lemaskan tubuh kedepan selama satu menit (Sholikha, 2019).

7) Menarik perut

Berbaringlah di tempat tidur dan kontraksikan otot-otot dasar pelvis, dan cobalah untuk menarik perut, perlahan-lahan letakan kedua tangan di atas bekas luka dan berkontraksikan untuk menarik perut menjauhi tangan ibu, lakukanlah 5 kali tarikan dan lakukan 2 kali sehari.

8) Saat menyusui

Tarik perut sembari menyusui, kontraksikan otot-otot perut selama beberapa detik lalu lemaskan, lakukan 5 sampai 10 kali setiap kali ibu menyusui (Nadiya, 2018).

b. Hari 4-7

1) Menekuk pelvis

Kontraksikan abdomen dan tekan punggung bagian bawah ketempat tidur, jika dilakukan dengan benar pelvis akan menekuk, lakukan 4 hingga 8 tekukan selama 2 detik.

2) Meluncurkan kaki

Berbaring dengan lutut ditekuk dan bernafaslah secara normal, lalu luncurkan kaki diatas tempat tidur, menjauhi tubuh, seraya mendorong tumit, ulurkan kaki, sehingga ibu akan

merasakan sedikit denyutan di sekitar insisi, lakukan 4 kali dorongan untuk satu kaki.

3) Sentakan pinggul

Berbaringlah diatas tempat tidur, tekukan kaki ke atas dan rentangkan kaki yang satu lagi, lakukan gerakan menunjuk ke arah jari-jari kaki yang tertekuk ke arah bahu, lalu lemaskan, dorong kaki menjauhi kaki menjauhi tubuh dengan lurus, lakukan 6 hingga 8 pengulangan untuk masing-masing tubuh.

4) Menggulingkan lutut

Berbaring di tempat tidur, kemudian letakkan tangan di samping tubuh untuk menjaga keseimbangan, perlahan-lahan gerakan kedua lutut ke satu sisi, gerakan lutut hingga bisa merasakan tubuh ikut berputar, lakukan 3 kali ayunan lutut kemasing-masing sisi, akhiri dengan meluruskan kaki.

5) Posisi jembatan

Berbaringlah diatas tempat tidur dengan kedua lutut tertekuk, bentangkan kedua tangan ke bagian samping untuk keseimbangan, tekan telapak kaki kebawah dan perlahan-lahan angkat pinggul dari tempat tidur, rasakan tulang tungging terangkat, lakukan gerakan ini lima kali sehari.

6) Posisi merangkak

Perlahan-lahan angkat tubuh dengan bertopang kedua tangan dan kaki diatas tempat tidur. Saat ibu mempertahankan posisi

merangkak tanpa merasa tidak nyaman sedikitpun ibu dapat menambah beberapa gerakan dalam rangkaian ini. Tekan tangan dan kaki ditempat tidur dan cobalah untuk melakukan gerakan yang sama dengan sentakan pinggul, sehingga pinggul terdorong ke arah bahu. Jika melakukan gerakan ini dengan benar, ibu akan merasa seolah-olah menggoyangkan ekor. Lakukan gerakan ini 5.kali sehari.

E. 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. Perawat harus memiliki pengetahuan dan ketrampilan untuk mengkaji kebutuhan klien. 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 (Kartikasari et al., 2020).

2. Langkah – langkah penerapan Asuhan Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada ibu post partum meliputi biodata klien, riwayat obstetrik, riwayat haid, riwayat perkawinan, riwayat KB dan pemeriksaan fisik.

a. Biodata klien

Biodata yang mencakup identitas klien tentang : nama, umur, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, agama, alamat, no *medical record*, nama suami, umur suami, pekerjaan suami, suku/bangsa suami, alamat dan tanggal pengkajian.

b. Keluhan utama

Keluhan utama diperlukan untuk mengetahui masalah yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya klien merasa mulas, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan yang lalu

Data yang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti : jantung, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi masa nifas ibu.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Data – data kesehatan sekarang pada ibu nifas diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

d. Riwayat haid

Umur *minarche* pertama kali, lama haid, jumlah darah yang keluar, siklus haid, haid pertama haid terakhir, perkiraan tanggal partus.

e. Riwayat perkawinan

Berapa kali menikah? Status menikah syah atau tidak?

f. Riwayat obstetrik

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

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

2) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi panjang badan, berat badan, penolong persalinan.

3) Riwayat KB

Kaji pengetahuan klien dan pasanganya 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.

4) Data pengetahuan

Untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan selama masa nifas.

5) Pola pemenuhan kebutuhan sehari – hari

a) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum yang meliputi nafsu makan, frekuensi, banyak, jenis makanan dan juga makanan pantangan.

b) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar (BAB) dan kebiasaan buang air kecil (BAK) meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, warna, dan apakah terjadi diuresis setelah melahirkan, apakah terjadi retensi urine karena taku luka episiotomi, apakah perlu bantuan, dan kebiasaan menggunakan toilet.

c) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur klien, berapa jam klien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang.

d) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genetalia, karena padamas nifas mengeluarkan *lochea*.

e) Aktivitas

Pada pola ini dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya.

Apakah ibu melakukan ambulansi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri.

3. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : tingkat kesadaran
- b. BB, TB, LILA, tanda vital normal (RR konsisten, nadi cenderung bradikardi, suhu 36,5 – 37,5 derajat celsius, respirasi 16 – 24 x/menit)
- c. Kepala : rambut, wajah, mata (*conjunctiva*), hidung, mulut, fungsi pengecap, pendengaran dan leher
- d. Payudara : pembesaran, simetris, pigmentasi, warna kulit, keadaan areola dan puting susu, *stimulation nepple erexi*, kepenuhan atau pembengkakan, benjolan, nyeri, produksi laktasi atau kolostrum, perabaan pembesaran kelenjar getah bening di ketiak.
- e. Abdomen : teraba lembut, kenyal, muskulus rektus abdominal utuh atau terdapat diastasis, distensi, striae, tinggi fundus uteri, konsistensi, lokasi, kontraksi uterus, nyeri, perabaan distensi blas.
- f. Anogenital : lihat struktur, regangan, edema vagina, keadaan liang vagina (licin, kencur), apakah hematom, nyeri, tegang, perineum : keadaan luka episiotomi, ekimosis, edema, kemerahan, eritema, drainage. Lochia (warna, jumlah, bau, bekuan darah atau konsistensi) anus: hemoroid dan trombosis pada anus.

- g. Muskuloskeletal : tanda humam, edema, tekstur kulit, nyeri bila dipalpasi, dan kekuatan otot.

4. Fokus intervensi

a. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

1) Nyeri Akut (D.0077)

kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan

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

Penyebab :

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

Gejala dan Tanda Mayor :

Sujektif :

- 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 napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesisi

Kondisi klinis terkait :

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

Kondisi Klinis Terkait

- a) Pengkajian nyeri dapat menggunakan instrumen skala 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 aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Ekspektasi : Menurun

Kriteria Hasil :

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Gelisah menurun
- d) Kesulitan tidur menurun
- e) Ketegangan otot menurun
- f) Muntah menurun
- g) Mual menurun
- h) Frekuensi nadi membaik
- i) Pola napas membaik
- j) Tekanan darah membaik
- k) Nafsu makan membaik
- l) Pola tidur membaik

3) Manajemen Nyeri (I.08238)

Standar Intervensi 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 konstan.

Tindakan :

Observasi :

- a) Identifikasi
lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri
- b) identifikasi skala nyeri
- c) identifikasi respons nyeri non verbal
- d) identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan
- i) monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
(mis,tens ,hipnosis,akupresur,terapi musik,biofeedback,terapi pijat,aromaterapi,teknik imajinasi terbimbing,kompres

hangat/dingin ,terapi bermain)

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

Edukasi :

- a) jelaskan penyebab m, periode, dan pemicu nyeri
- b) jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Kolaborasi :

- a) kolaborasi pemberian analgetik. Jika perlu

b. Gangguan Mobilitas fisik (D.0054)

1) Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Aktivitas/istirahat

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

Penyebab :

- a) Ketidakbugaran fisik
- b) Pemurunan massa otot
- c) Penurunan kekuatan otot
- d) Kekakuan sendi

- e) Gangguan muskuloskeletal
- f) Gangguan neuromuskular
- g) Efek agen farmakologis
- h) Nyeri
- i) 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 terkait klinis :

- a) Stroke

- b) Cedera medula spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis

2) Mobilias Fisik (L.05042)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

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

Ekspektasi : Meningkatkan

Kriteria Hasil :

- a) pergerakan ekstermitas meningkat
- b) Kekuatan otot meningkat
- c) Rentang gerak (ROM) meningkat
- d) kaku sendi menurun
- e) Gerakan terbatas menurun
- f) Kecemasan menurun
- g) Nyeri menurun

3) Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Definisi : Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktifitas pergerakan fisik.

Tindakan :

Observasi :

- a) identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b) identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c) monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d) monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik :

- a) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu(mis.pagar tempat tidur)
- b) fasilitasi melakukan pergerakan ,jika perlu
- c) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi :

- a) jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b) anjurkan melakukan mobilisasi dini
- c) ajarkan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan (mis. Duduk di tempat tidur,duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

c. Risiko Infeksi (D.0142)

1) Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor Risiko :

- a) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - 1) Ketuban pecah sebelum waktunya

Kondisi klinis terkait :

- a) AIDS
- b) Diabetes melitus
- c) Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)
- d) Imunosupresi
- e) *Lymphedema*

2) Tingkat Infeksi (L.14137)**Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)**

Definisi : Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi

Ekspektasi : Menurun

Kriteria Hasil :

- a) Demam menurun
- b) Kemerahan menurun
- c) Nyeri menurun
- d) Bengkak menurun

3) Pencegahan Infeksi (I.14539)

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Dfinisi : Mengidentifikasi dan menurunkan resiko terserang organisme patogenik.

Tindakan

Observasi :

- a) monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik :

- a) batasi jumlah pengunjung
- b) berikan perawatan kulit pada area edema
- c) cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d) pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi :

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

Kolaborasi :

- a) kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

d. Gangguan pola tidur (D.0055)

1) Diagnosa keperawat (SDKI)

Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Penyebab :

- a) hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- b) kurang kontrol tidur
- c) kurang privasi
- d) restraint fisik
- e) ketiadaan teman tidur
- f) tidak familiar dengan peralatan tidur

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh pola tidur berubah.

Objektif : tidak ada

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

Objektif : tidak ada

Kondisi klinis terkait :

- a) nyeri/kolik
- b) kecemasan

- c) hipertiroidisme
- d) penyakit paru obstruktif kronis
- e) kehamilan
- f) periode pasca partum
- g) kondisi pasca operasi

2) Standar Luaran Keperawatan (SLKI)

Pola Tidur (L.05045)

Definisi : keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur

Ekspektasi : membaik

Kriteria Hasil :

- a) Keluhan sulit tidur menurun (1)
- b) Keluhan pola tidur berubah menurun (1)
- c) Keluhan istirahat tidak cukup menurun (1)
- d) Keluhan pola tidur berubah menurun (1)
- e) Kemampuan beraktivitas meningkat

3) SIKI

Dukungan Tidur (05174)

Definisi : memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur

Tindakan :

Observasi:

- a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)

c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, the, alkohol, makan mendekati tidur, minum banyak air sebelum tidur)

d) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik:

a) Modifikasi lingkungan (mis pencahayaan, kebisingan, suhu matras, dan tempat tidur)

b) Batasi waktu tidur siang, jika perlu

c) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur

d) Tetapkan jadwal rutin tidur

e) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

f) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga

Edukasi:

a) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

b) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

c) Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur

d) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah *shift* bekerja)

- e) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau nonfarmakologi lainnya.

e. Defisit perawatan diri (D.0109)

1) Diagnosa keperawatan (SDKI)

Definisi : tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab :

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

Gelaja dan tanda mayor

Subjektif : menolak melakukan perawatan diri

Objektif :

- a) Tidak mampu mandi, mengenakan pakaia, maka, ketoilet, berhias secara mandiri.
- b) Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan tanda minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : tidak tersedia

Kondisi klinis terkait :

- a) Stroke
- b) Cedera medula spinalis

- c) Depresi
- d) Arthritis reumathoid
- e) Retardasi mental
- f) Delirium
- g) Demensia
- h) Gangguan amnestik
- i) Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- j) Fungsi penilaian terganggu

Keterangan

diagnosa ini dispesifikan menjadi salah satu atau lebih dari mandi,berpakaian,makan,toileting,berhias.

2) Perawatan diri (L.11103)

Definisi : kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Ekspektasi : meningkat

Kriteria hasil :

- a) Kemampuan mandi meningkat
- b) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- c) Kemampuan makan meningkat
- d) Kemampuan ketoilet meningkat
- e) Mempertahankan kebersihan diri meningkat
- f) Mempertahankan kebersihan mulut meningkat

3) Dukungan perawatan diri (I.11348)

Definisi : memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri

Tindakan :

Observasi

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

Terapeutik

- a) Sediakan 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) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

f. Intoleransi aktifitas (D.0056)

1) SDKI

Definisi : ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab :

- a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b) Tirah baring
- c) Kelemahan
- d) Imonilitas
- e) Gaya hidup monoton

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh lelah

Objektif : frekuensi jantung >20 persen dari kondisi istirahat

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- a) Dispnea saat/setelah aktifitas
- b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- c) Merasa lemah

Objektif :

- a) Tekanan darah berubah > 20 persen dari kondisi istirahat
- b) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
- c) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- d) Sianosis

Kondisi klinis terkait

- a) Anemia
- b) Gagal jantung kongestif
- c) Penyakit jantung koroner
- d) Penyakit katup jantung
- e) Aritmia
- f) Penyakit paru obstruktif kronis (ppok)
- g) Gangguan metabolik
- h) Gangguan muskuloskeletal

2) Toleransi aktifitas (L.05047)

Definisi : respon fisiologis terhadap aktifitas yang membutuhkan tenaga

Ekspektasi : meningkat

Kriteria hasil :

- a) Frekuensi nadi meningkat
- b) Saturasi oksigen meningkat
- c) Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat
- d) Kecepatan berjalan meningkat (5)
- e) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat (5)
- f) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat (5)
- g) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat (5)
- h) Keluhan lelah menurun (5)
- i) Perasaan lemah menurun (5)

- j) Warna kulit membaik (5)
- k) Tekanan darah membaik (5)
- l) EKG iskemia membaik (5)

3) Manajemen energi (I.05178)

Definisi : mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan

Tindakan :

Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b) Monitor kelelahan fisik
- c) Monitor pola dan jam tidur
- d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)
- b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring
 - b) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
 - c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
 - d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
- Kolaborasi
- a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Safitri, 2019)

6. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui

pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Sitanggang, 2019)

g. Metodologi penelitian

Metodologi menjelaskan secara konsep dan rencana pengumpulan data yang akan dilakukan oleh peneliti. Bagian ini menjelaskan secara detail langkah-langkah yang akan dilakukan peneliti dalam melakukan pengumpulan data, berinteraksi dengan klien, keluarga atau subjek penelitian lainnya serta metode/cara yang digunakan dalam pengambilan data untuk mengaplikasikan teori pengkajian yang telah dipilih. Adapun bagian dari metodologi antara lain :

1. Jenis rancangan penelitian serta pendekatan

Jenis pendekatan ini yang digunakan penelitian adalah penelitian kuantitatif . Dan pendekatan yang digunakan dalam pendekatan Karya Tulis Ilmiah adalah menggunakan pendekatan studi kasus (Fitri Hastuti, 2019)

Rancangan yang digunakan dalam penelitian yaitu studi kasus. Studi kasus adalah studi dengan cara meneliti satu permasalahan melalui unit kasus yang terdiri dari satu orang/sekelompok. Pemilihan pendekatan studi kasus karena peneliti akan menerapkan intervensi, melakukan pengukuran skala nyeri pada pasien post *sectio caesarea*.

2. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini yaitu pasien post operasi *sectio caesarea* yang mengalami nyeri <48 jam pertama, pasien dalam kondisi sadar penuh dan berada di ruang terbuka, pasien tidak menalami gangguan pendengaran , pasien yang diberikan terapi standar ruangan.

3. Waktu dan tempat

Pada tanggal Juni 2024 tempat pelaksana studi kasus yaitu di Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi

4. Fokus Studi

Karya Tulis Ilmiah ini berfokus pada pengelolaan ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Y DENGAN G2P1A0 POST SECTIO CAESAREA (SC) DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI HARI KE-1 DENGAN FOKUS INTERVENSI MOBILISASI DINI DI RUMAH SAKIT PERMATA BUNDA PURWODADI

5. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian merupakan peralatan yang digunakan untuk memudahkan dalam pencapai hasil baik pada saat mengumpulkan data. Instrumen dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah headphone, tensi meter, format pengkajian, dan pengukuran skala nyeri menggunakan *Visual Analogue Scale* (VAS) sebagai alat pengukuran instensitas atau tingkat nyeri.

6. Metode Pengumpulan Data

Menurut (Siskasari, 2021) pengambilan data dalam karya tulis ilmiah menggunakan metode sebagai berikut :

a. Wawancara

Kegiatan secara langsung kepada responden yang akan diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa pedoman wawancara, checklist atau daftar periksa.

b. Observasi

Pengamatan secara langsung kepada responden untuk mengetahui perubahan atau hal yang akan diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa lembar observasi dan panduan pengamatan.

c. Studi Dokumen atau Teks

Pengkajian dari dokumen tertulis seperti buku, jurnal dan catatan kasus. Teknik pengkajian dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah yaitu dengan menggunakan data yang diperoleh secara langsung dari klien (data primer) dan data yang didapatkan dari catatan, buku, dan laporan pemerintah (data skunder).

7. Etika Penelitian

Menurut Hidayat dalam (Siskasari, 2021) Etika penelitian yang digunakan untuk melindungi hak-hak calon responden yang akan menjadi bagian peneliti antara lain :

a. *Infomed Consent*

Bentuk persetujuan responden agar mengetahui maksud dan tujuan penelitian.

b. Anonymity

Salah satu bentuk untuk menjaga kerahasiaan responden dengan tidak mencantumkan identitas responden secara lengkap mulai dari nama, alamat cukup memberi inisial yang menunjukkan identitas responden.

c. Confidentialy

Usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi yang telah diberikan responden dalam menyimpan dalam bentuk file dan diberikan password dan data bentuk laporan asuhan keperawatan yang disimpan di rekam medis rumah sakit.