

BAB II

KONSEP TEORI

A. Post partum

1. Definisi Post Partum

Post partum merupakan masa setelah 6 minggu persalinan yang sering disebut dengan masa nifas atau masa memelukan pulihnya alat kandungan (reproduksi) seperti sebelum hamil(DiPietro et al., 2019)

2. Tahapan Masa Post Partum

a. Plasenta Lahir 24 jam atau *Immediate Postpartum*

Yaitu masa plasenta lahir 24 jam, masalah yang sering terjadi yaitu perdarahan yang disebabkan atonia uteri, maka dari itu harus melakukan pemeriksaan terhadap pengeluaran lochea, kontraksi uterus, suhu dan juga tekanan darah(RISKA, 2022)

b. Waktu 24 jam – 1 minggu atau *Early Postpartum*

Memastikan tidak adanya perdarahan, involusi uteri normal, tidak demam, lochea tidak berbau busuk, ibu dapat menyusui dengan baik dan mendapatkan asupan makanan dan cairan yang cukup(Azizah et al., 2023)

c. Waktu 1 minggu-6 minggu atau *Late Postpartum*

Melakukan pemeriksaan sehari-hari dan tetap melakukan perawatan juga atau Pendidikan Kesehatan Keluarga Berencana (KB) (W, 2019)

3. Kebutuhan Masa Post Partum

a. Cairan dan Nutrisi

Terkait nutrisi dan cairan menjadi sangat penting untuk ibu karena jika ibu mendapatkan nutrisi yang baik dan cukup maka akan mempengaruhi susunan air susu selain untuk mempercepat penyembuhan. Dibawah ini beberapa gizi yang dibutuhkan ibu saat menyusui :

- 1) Diet seimbang, protein, mineral, dan vitamin
- 2) Konsumsi tambahan kalori sebanyak 500 kalori setiap hari
- 3) Vitamin A
- 4) Minum mineral 2 liter setiap hari (< 8 liter)
- 5) Fe/tablet penambah darah sampai 40 hari setelah pesalinan

b. Ambulasi

Early Ambulation atau ambulasi dini yaitu dimana tenaga kesehatan membimbing ibu post partum untuk belajar bangun dari tempat tidur secepat mungkin hingga berjalan. Pada waktu 24-48 jam post partum, ibu post partum sudah diperolehkan untuk bangun dari tempat tidur. Hal ini diperlakukan secara bertahap (Merlin, 2020)

Namun ambulasi ini bagi ibu post partum yang memiliki penyakit seperti anemia, penyakit jantung, demam, penyakit paru-paru atau penyakit lainnya tidak dibenarkan untuk dilakukan. Dibawah ini ada beberapa keuntungan dari ambulasi,diantaranya :

- 1) Fungsi usus dan kandung kemih akan lebih baik
- 2) Ibu akan mersa lebih sehat
- 3) Mengajarkan ibu untuk merawat bayinya
- 4) Tidak mempengaruhi dan memperburuk proses setelah melahirkan, tidak memperburuk penyembuhan luka,tidak menyebabkan pwrdarahan, dan tidak menyebabkan pembesaran kemungkinan prolapsus atau retrotexto

c. Eliminasi

Setelah 6 jam ibu post partum diharapkan sudah dapat berkemih, jika setelah 8 jam kandung kemih penuh atau bahkan belum juga berkemih disarankan untuk menggunakan keteterisasi. Dibawah ini ada beberapa hal yang menyebabkan sulit berkemih retensio urine pada post partum,Diantaranya :

- 1) Dinding kandung kemih kurang sensitif
- 2) Otot-otot perut masih lemah
- 3) Untuk ibu post partum diharapkan sudah bisa defekasi atau BAB pada hari kedua setelah melahirkan,untuk memperlancar BAB dapat di berikan rektal atau pelancar

4. Kebersihan Diri

Pada ibu post partum kebersihan diri sangatlah penting, karena pada ibu post partum sangat rentan terkenainfeksi, maka dari itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur juga lingkungan harus tetap

dijaga kebersihannya. Dibawah ini ada beberapa langkah yang harus dilakukan, antaranya (L. P. Sari, 2022) :

- a. Anjurkan untuk kebersihan tubuh khususnya perineum
- b. Anjurkan kepada klien teknik membaersihkan alat kelamin menggunakan sabun dan air dari depan ke belakang
- c. Memberikan saran klien mengganti pembalut minimal 2 kali dalam sehari
- d. Membersihkan tangan atau mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin
- e. Jika klien luka eposiotomi/ luka jahit atau laserasi pada alat kelamin, disarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut

5. Istirahat dan Tidur

Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan dapat melakukan aktivitas rumah secara bertahap. Kurang istirahat tidur sangat berpengaruh terhadap produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi setelah persalinan. Alat-alat interna dan alat-alat eksterna akan kembali ke masa sebelum hamil yaitu pada masa post partum (Hamang & Nurhayati, 2023)

6. Perubahan fisiologis Pada Masa Post Partum

- a. Uterus

Setelah plsenta lahir, uterus akan mengeras karena adanya reaksi pada otot dan kontraksi, uterus akan bertahap mengecil pada keadaan sebelum hamil.

b. Lochea

Lochea atau cairan Secret merupakan cairan yang berasal dari vagina dan kavum uteri selama masa post partum. Dibawah ini beberapa jenis lochea, antaranya:

1) Lochea Rubra

Lochea rubra yaitu lochea yang berwarna merah karena berisi darah merah yang segar dan sisa-sisa selaput ketuban, lanugo, desidua, verniks kaseosa dan mekonium berlangsung 2 hari setelah persalinan.

2) Lochea Sanguilenta

Lochea sanguilenta yaitu lochea yang berwarna merah kekuningan karena berisi darah dan lendir yang secara berlangsung di hari ke 3-7 setelah persalinan

3) Lochea Serosa

Lochea serosa yaitu lochea yang berwarna kuning, karena mengandung jaringan desidua, serum, eritrosit dan leukit dan berlangsung pada 7-14 hari setelah persalinan.

4) Lochea Alba

Lochea alba yaitu lochea yang sudah berwarna putih, karena terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua dan berlangsung 14 hari – 2 minggu berikutnya.

c. Servik

Serviks yaitu membuka setelah persalinan, kemudian dapat dilalui 1 jari setelah 7 hari, bagian luar akan kembali normal setelah 4 minggu.

d. Endrometrium

Endrometrium merupakan timbulnya trombosit yang menyebabkan terjadinya perubahan, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena adanya kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, pada hari pertama endrometrum tebal 5 mm, setelah hari ke 3 endrometrium akan merata.

e. Vagina dan Perineum

Secara berangsur luasnya vagina berkurang akan tetapi sangat jarang ukuran kembali seperti ukuran multipara, hymen tampak seperti tonjolan jaringan kecil dan akan berubah menjadi *karunkula mitiformis*. Rugae vagina kembali pada minggu ke 3. Laserasi atau jahitan dan udem yang terdapat pada perineum akan berangsur pulih sampai 6-7 hari tanpa infeksi. Maka dari itu vulva hygine perlu dilakukan.

f. Mamae atau Payudara

Proses laktasi terjadi secara alami bagi semua wanita yang telah melahirkan. Terdapat 2 mekanisme, yaitu: produksi susu, sekresi susu atau let down. Jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan

fungsinya yaitu mempersiapkan makanan bagi bayi selama kehamilan. Efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan pada hari ke3 setelah melahirkan, selacini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi.

g. Sistem Pencernaan

Setelah 2 jam persalinan ibu akan merasa lapar, kecuali terdapat komplikasi persalinan, tidak ada alasan menunda makan, Mkontipasi terjadi karena psikis yang menyebabkan takut BAB karena adanya luka jahit perineum

h. Sistem Perkemihan

Pada akhir minggu ke 4 setelah melahirkan pelvisginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan akan kembali normal. Wanita setelah melahirkan akan memngalami proteinuri non patofisiologis yang berjumlah kurang dari 40% kecuali pada kasus preeklamsia.

i. Sistem Muskuloskeletal

Merupakan fasia, ligamen dan diafragma pelvis merenggang pada saat kehamilan, namun akan berangsur mengecil seperti semula.

j. Sistem Endrokin

Beberapa hormon yang berperan dalam sistem endrokin (Manurung, 2017) :

1) Oksitosin

Oksitosin merupakan peran berbagai pencegah perdarahan dalam kontraksi uterus, membantu uterus untuk kembali normal. Produksi ASI dan sekresi oksitosin dapat dirangsang oleh isapan bayi

2) Prolaktin

Prolaktin merupakan keluarnya kelenjar yang dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produk ASI, jika ibu setelah melahirkan tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi

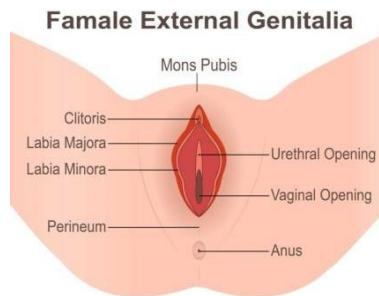
3) Estrogen dan Progesteron

Setelah melahirkan Estrogen akan menurun, sedangkan Progestoran akan meningkat

7. Anatomi dan Fisiologi

Sistem reproduksi wanita terdiri dari organ interna, yang letaknya di dalam rongga pelvis dan di topang oleh lantai pelvis, dan genetalia eksterna, yang terletak di peritoneum. Struktur reproduksi interna dan eksterna berkembang menjadi matur akibat rangsang hormon estrogen dan progestoran (Nurhidayati, n.d.)

a. Struktur Eksterna



Gambar 2.1:Female External Genetalia
(Sumber :Chen I Chun,2019)

1) Vulva

Nama yang fiberikan untuk struktur genetalia eksterna, kata ini berarti penutup atau pembungkus yang berbentuk lonjong, berukuran panjang, mulai klitosis, kanan kiri dibatasi bibir kecil sampai ke belakang dibatasi perineum

2) Mons Pubis

Jaringan lemak subkutan berbentuk bulat yang lunak dan padat serta merupakan jaringan ikat jarang diatas simfisis pubis

3) Labia mayora

Dua lipatan kulit panjang melengkung yang menutupi lemak dan jaringan kulit yang menyatu dengan mons pubis

4) Labia minora

Terletak diantara dua labia mayora, merupakan lipatan kulit yang panjang, sempit, dan tidak bertumbuh rambut kemaluan, memanjang ke arah bawah dari bawah klitosis san menyatu dengan fourchett. Pembuluh darah yang sangat banyak

membuat labia berwarna merah kemerahan dan memungkikan labia minora membengkak, bila ada stimulus emosional atau stimulus fisik. Kelenjar di labia minora juga melumasi vulva

5) Klitoris

Organ pendek berbentuk silinder dan yang terletak di tepat di bawah arkus pubis

6) Vestibulum

Suatu daerah yang terbentuk seperti perahu atau lonjong, terletak di antara labia minora, klitoris dan fourchette

7) Fourchette

Lipatan jaringan transversal yang pipih dan tipis, dan terletak pada pertemuan ujung bawah labia mayora dan minora

8) Parineum

Daerah mukular yang ditutupi kulit antara introitus vagina dan anus

b. Struktur Interna



Gambar 2.2: Gambar struktur interna (struktur interna, 2019, p. fiona amelia)

1) Ovarium

Ovarium terletak disetiap sisi uterus, dibawah dandibelakang tuba falopi. Dua fungsi ovarium adalah menyelenggarakan ovulasi dan memproduksi hormon, saat lahir,ovarium wanita normal mengandung banyak ovum primordial

2) Tuba falopi

Merupakan jalan bagi ovum didorong di sepanjang tuba, sebagian oleh silia,tetapi terutama oleh gerakan paristaltis lapisan otot. Esterogen dan proslandin mempengaruhi pergerakan peristaltis

3) Uterus

Organ dinding tebal, muskular, pipih, cekung yang tampak mirip buah pir yang terbalik. Tiga fungsi uterus adalah siklus menstruasi dengan peremajaan endometrium, kehamilan dan persalinan

4) Vagina

Yaitu tuba dinding tipis yang dapat melipat dan mampu meregang secara luas. Cairan vagina berasal dari traktus genitatis atas atau genitalis bawah, cairan sedikit asam

8. Perubahan Tanda-tanda Vital

a. Suhu tubuh

Setelah melahirkan suhu tubuh dapat meningkat kurang lebihnya 0,5C dan akan kembalinoormal setelah 2 jam post partum normal.

b. Tekanan Darah

Tekanan darah dapat meningkat dan kembali normal setelah beberapa hari jika tidak ada penyakit penyerta. Biasanya juga BB menuru rata-rata 4,5kg

c. Nadi

Nadi dapat terjadi bradikardi, namun takikardi harus waspada mungkin saja bisa terjadinya perdarahan

d. Pernafasan

Pernafasan setelah melahirkan bisa sedikit meningkat namun tidak lama akan kembali normal.

9. Perubahan Psikologis Pada Masa Post Partum

a. Taking in yaitu tahap ketergantungan

Pada tahap ini biasanya ibu bisa berorientasi pada kebutuhan diri sendiri, tahap ini berlangsung selama 1-2 hari, untuk tingkah laku klien hanya berdiam diri atau pasif juga tergantung pada orang lain. Klien juga bisa bersifat pasif terhadap lingkungan dikarenakan kekelahan dan klien juga mudah tersinggung, perhatian klien tertuju pada perubahan tubuhnya. Nafsu makan bertambah makan

membutuhkan peningkatan nutrisi, dan klien juga masih membutuhkan orang lain untuk aktivitasnya yaitu contohnya makan dan istirahat. Pada tahap ini maka klien akan mengalami beberapa proses mengetahui (Rasmi et al., 2018), diantaranya :

1) Identifikasi

Mengidentifikasi bagian-bagian dari tubuh bayi untuk menyesuaikan dengan harapannya

2) Menghubungkan

Menghubungkan kemiripan bayi dengan anggota keluarga yang lain

3) Menginterpretasikan

Merupakan mengartikan tingkah laku bayi dan kebutuhan yang dirasakan. Pada tahap ini dikenal dengan istilah “finger tie touch”

b. *Taxing Hold* atau Tahap antara Ketergantungan dan Mandiri

Pada tahap ini terjadi perpindahan ke tahap mandiri. Tahap ini terjadi selama hari ke 3 sampai hari ke 10 pada masa nifas, klien memulai munculnya rasa nyaman, dan juga berfokus pada bayinya. Klien mulai mandiri, dan akhirnya memiliki inisiatif untuk merawat dirinya dan sering merasa khawatir terhadap fungsi tubuhnya. Klien mulai mampu mengendalikan fungsi eliminasi dan memperhatikan aktivitas yang dilakukannya setiap harinya. Jika klien merawat

bayidan klien juga harus memperhatikan kualitas dan kuantitas ASI, dan klien mulai terampil untuk merawat bayi yang baeu lahir

c. Letting Go atau tahap Penerimaan Peran Baru

Pada tahap ini semua akan terjadi setelah klien sudah kembali ke rumah. Maka klien menerima tanggung jawab terhadap bayinya, untuk merawatnya, atas ketergantungan bayinya dan beradaptasi terhadap penurunan otonomi, kemandiriannya dan in teraksi sosial.

Pada tahap ini klien akan mengalami 2 perpisahan, yaitu:

- 1) Menerima dan mengerti bentuk fisik dan bayinya
- 2) Menjadi ibu yang merawat dan melepaskan peran ibu sebelum memiliki anak

B. Sectio Caesaria

1. Definisi Sectio Caesaria

Sectio Caesaria adalah tindakan pembedahan pada dinding rahim melalui dinding nterior perut atau histerektomi untuk mengeluarkan janin dari dalam rahim(Lina Zaqiyyah, 2022).

Sectio Caesaria (SC) membuka dinding perut dengan cara bedah pengangkatan janin pada ibu sectio caesaria adalah persalinan buatan atau pembedahan yang dilakukan dalam keadaan utuh rahim dan berat janin lebih dari 500 gram,bila janin dilahirkan melalui sayatan pada dinding perut dan dinding rahim(Puspitasari & Sumarsih, 2011)

Sectio caesarea adalah prosedur pembedahan yang melibatkan pemotongan dinding perut dan dinding rahim untuk mengeluarkan

janin dari rongga viseral rahim. *Sectio Caesarea* adalah dimana janin dilahirkan melalui lambung, di dinding perut dan dinding rahim sehingga anak lahir utuh dan sehat dengan melakukan pembedahan pada perut dan rahim untuk kelahiran buatan (R. M. Sari & Absari, 2017)

Sectio Caesarea oleh laparotomi dan sayatan dibuat secara longitudinal atau medial dari kulit hingga fasia dinding perut dan rahim. Dilakukan sayatan pada dinding rahim melalui dinding perut atau vagina dan proses persalinan dilakukan dengan cara melahirkan janin (Puspitasari & Sumarsih, 2011)

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* merupakan suatu yang dilakukan dengan melakukan pembedahan pada dinding dan uterus untuk mengeluarkan janin didalam rahim

2. Jenis *Sectio Caesaria*

Terdapat beberapa jenis tindakan *Sectio Caesarea* yaitu:

a. *Sectio caesarea* Klasik

Operasi caesaria klasik merupakan operasi caesaria dilakukan secara vertikal diatas rahim. Prosedur pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada badan rahim kira-kira sepanjang 10cm. Persalinan pervaginam tidak dianjurkan pada kehamilan berikutnya jika prosedur pembedahan ini telah dilakukan

b. *Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda*

Sectio Caesaria Transperitoneal Profunda disebut juga dengan serviks bagian bawah,khusunya sayatan vertikal pada segmen bawah rahim.Jenis sayatan ini dibuat jika bagian bawah rahim belum berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dilakukannya sayatan melintang beberapa sayatan memanjang dibuat hingga ke otot bagian bawah Rahim

c. *Sectio Caesarea Histerektomi*

Sectio Caesaria Histerektomi merupakan operasi caesaria histerektomi melalui operasi caesaria adalah prosedur pembedahan dimana janin dilahirkan melalui operasi yang diikuti dengan penjepitan janin

d. *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

Sectio Caesarea Ekstraperitoneal merupakan khususnya sectio caesaria yang diulangi pada pasien yang telah menjalani sectio caesaria ,biasanya dilakukan pada sayatan lama,prosedur ini dilakukan dengan menyayat dinding perut dan fasia ,sedangkan peritoneum dipotong ke arah kepala agar segmen bawah rahim terlihat sehingga rahim dapat dibuka hingga ke peritoneum

3. Anatomi Fisiologi abdomen

a. Kulit

1) Lapisan Epidermis

Epidermis atau lapisan luar yang terdiri dari epitel skuamosa bertingkat. Lapisan luar yang terdiri dari keratin, protein bertanduk, jaringan ini tidak memiliki pembuluh darah dan sel selnya. Sel sel yang terbentuk melalui lapisan germinal di epitel kolumnar dan skuamosa saat sel sel baru mendorong kepermukaan tempat kulit terkikis oleh gesekan

2) Lapisan Dermis

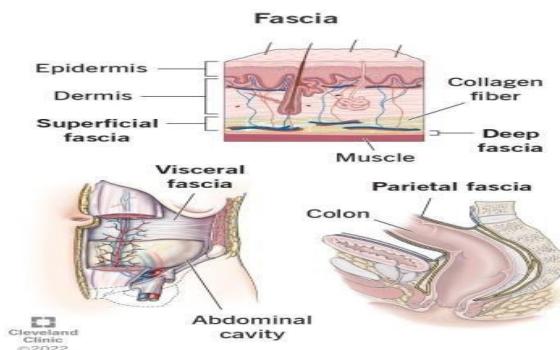
Lapisan dermis adalah lapisan yang terdiri dari kolagen fibrosa dan elastin. Lapisan permukaan mendorong kedalam epidermis terdiri dari beberapa palipa kecil. Dilapisan ini banyak terdapat pembuluh darah, pembuluh limfe dan saraf, lapisan ini terletak didalam jaringan

3) Lapisan Subkutan

Lapisan Subkutan merupakan lapisan yang banyak mengandung sel lemak, pembuluh darah dan ujung saraf, organ dibagian bawah ini akan berubah menjadi penghubung secara longgar. Dalam hubungan tindakan SC, bagian kulit ini akan menjadi penghubung antar organ di rongga perut terutama pada rahim. Organ yang ada di abdomen dilapisi

dengan selaput tipis yang disebut peritoneum dilakukan drainase pada lapisan luar kulit (Epidermis) sampai dinding uterus pada saat melakukan SC.

b. Fasia



Gambar 2.3:Fasia (williams, 2020)

Fasia terletak dibawah kulit ,fasia seperfisial terbagi menjadi lapisan lemak dangkal,camper's fasia,dan lapisan fibrosa yang lebih dalam.Kedalamannya terletak pada otot perut.menyatu dengan fasia profunda paha.Susunan ini membentuk pesawat antara scarpa's fasia dan perut dalam fasia membentang dari bagian atas perut dalam fasia membentang dari bagian atas perut

Di bawah dalam otot, terdapat otot abdominis transverses, terletak fasia transversalis. Para fasia transversalis dipisahkan dari peritoneum perietas variabel lapisan lemak. Fasia meliputi struktur tubuh lembar jaringan ikat atau mengikat bersama-sama.

1) Otot Perut

a) Otot dinding perut anterior dan lateral

Rectus abdominis meluas dari bagian depan margo costalis diatas dan publis dibagian bawah. Otot tersebut disilang oleh beberapa pita fibrosa dan berada didalam selubung. Linea alba merupakan pita jaringan yang membantang pada garis tengah dari provcecess xiphodius sternum ke simpisis pubis, memisahkan rectus abdominis. Obliquus extenus, obliquus internus dan transverses yaitu otot pipih yang membentuk dinding abdomen

b) Otot dinding perut posterior

Quadrateslombulus merupakan otot pendek persegi pada bagian belakang abdomen, dari costa kedua belas keatas ke crista iliaca

4. Etiologi Sectio Caesaria

Etiologi Sectio Caesaria yaitu dengan adanya sectio caesaria terdapat beberapa indikasi yaitu ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distres dan janin besar melenihi 4.000 gram(Lina Zaqiyah, 2022).

Dari beberapa faktor sectio caesaria diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio caesaria sebagai berikut :

a. CPD (Chepalo Pelvik Disproportion)

Merupakan ukuran lingkar dibagian tulang panggul ibu tidak sama dengan ukuran pada bagian lingkar kepala janin yang bisa berakibat ibu tidak bisa melahirkan secara normal. Tulang panggul merupakan tempat jalan lahir yang akan di lewati janin ketika akan melahirkan secara normal. Beberapa tulang yang seperti

rongga panggul merupakan jalan yang akan dilewati ketika lahir secara normal. Bentuk panggul dalam keadaan patologis tersebut berakibat adanya kesusahan melahirkan secara norma sehingga dilakukan tindakan pembedahan sectio caesaria . Keadaan patologis yang berakibat besar bidang pada tulang-tulang panggul menjadi tidak normal dan bentuk organ tulang panggul menjadi asimetris

b. PEB (Pre Eklamsia Berat)

Merupakan suatu penyakit yang terjadi pada saat kehamilan, setelah perdarahan dan infeksi,pre ekslamsia merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal. Seta mampu mengetahui agar tidak terus menjadi eklamsi karna untuk mengetahui masalah awal sangatlah penting

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini merupakan kehamilan dibawah 37 minggu. Ketuban pecah dini yaitu pecahnya selaput ketuban pecah sebelum tiba waktunya persalinan tanpa adanya kontraksi

d. Bayi Kembar

Tidak semua bayi kembar dilahirkan secara tindakan operasi. Dilakukan tindakan operasi pada kondisi yang memiliki resiko atau komplikasi tertentu. Selain itu, bayi kembar pernah ditemukan lataknnya melintang sehingga sulit dilakukan pada persalinan normal dan mengalami sungsang

e. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Adanya hambatan jalan lahir karna adanya masalah yang tidak memungkinkan dan adanya pembukaan adanya gangguan atau masalah seperti tumor dan kelainan pada jalan lahir, tali pusat pendek, ibu sulit bernafas merupakan gangguan terjadi pada kelahiran.

1) Kelainan Letak Janin

a) Kelainan pada kepala

(a) Letak kepala tengadah

Pada pemeriksaan teraba Ubun ubun Bayi (UUB) yang paling rendah dan bagian bawah merupakan puncak kepala. Faktor penyebab yaitu kelainan

panggul, kepala bentuknya bundar, kerusakan dasar panggul,janin kecil

(b) Presentasi Muka

Hal ini jarang terjadi, kira kira 0,27-0,5 % yaitu letak kepala tengadah (deflaksi),sehingga kepala bayi letak di bagian terendah seperti muka

(c) Presentasi Dahi

Yaitu posisi kepala antara fleksi dan defleksi, posisi terendah dan tetap paling depan yaitu dahi. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan kembali menjadi letak muka atau letak belakang kepala

(d) Letak sungsang

Merupakan keadaan janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah vakum uteri. Letak sungsang dikenal dari beberapa jenis letak sungsang yakni presentasi bokong,presentasi bokong kaki sempurna, dan presentasi bokong kaki tidak sempurna

(e) Indikasi dilakukan Sectio Caesaria

Sectio caesaria dilakukan atas 3 indikasi yaitu : faktor janin, kondisi fetus atau janin dalam kandungan menunjukan kondisi yang mengarah pada sectio

caesaria, yaitu infusiensi plasenta, maka dari itu keputusan persalinan dengan jalan sectio caesaria dapat diambil sebelum terjadinya persalinan. Berbeda dengan terjadinya kelainan denyut janting pada tes stres oktitosis dan pada perawatan mekonium dalam cairain omnion merupakan indikator yang sangat penting

C. Ketuban Pecah Dini

1. Definisi Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya, pecahnya selaput amnion sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu tanpa kontraksi. Ketuban pecah dini yaitu pecahnya ketuban spontan sebelum awatan persalinan(Barokah & Agustina, 2022)

Ketuban pecah dini atau spontaneous/early premature of the membrane (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu atau sebelum terdapat tanda persalinan yaitu jika pembukaan pada primi kurang dari 3 cm sedangkan multipara kurang dari 5 cm.(Haryanti, 2020)

Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan atern

lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak

2. **Anatomi Fisiologi**

Didalam amnio yang diliputi oleh sebagian selaput janin yang terdiri dari lapisan selaput ketuban (amnio) dan selaput pembungkus (chorion) terdapat air ketuban (loquor amnio). Volume air ketuban pada masa kehamilan cukup 1000-1500 ml : warna agak keruh, serta mempunyai bau khas, amis. Cairan ini dengan berat jenis 1,007-1,008 terdiri atas 97-98% air. Sisanya terdiri garam anorganik serta bahan organik bila diteliti benar, terdapat rambut lanugo (rambut halus berasal dari bayi). Protein ditemukan rata-rata 6% perliter, sebagian besar sebagai alnumin.(Adi Pramono, 2009)

Warna ketuban pecah dini menjadi kehijau-hijauan karena adanya campuran meconeum (kotoran pertama yang dikeluarkan bayi dan mengeluarkan empedu). Umumnya pada kehamilan minggu ke 14 hingga minggu ke 16 dengan ultra sonografi ditentukan sebelum letak plasenta, untuk menghindari plasenta ditembus. Fungsi melalui plasenta dapat menimbulkan perdarahan dan pencemaran liquir amnio oleh darah, mengadakan analisis kimiawi dan sitotrauma pada janin. Plasenta bercampur darah antara lain janin dan ibu dengan kemungkinan sensitive (sensitization), dan abortus, meskipun jarang terjadi, maka hal itu amniocentesis henyaknya di kerjakan bila ada indikasi yang tepat. Air ketuban mempunyai fungsi(Rahmadhanti, 2023):

- a. Melindungi janin terhadap trauma luar
- b. Memungkinkan janin bergerak dengan bebas
- c. Melindungi suhu tubuh janin
- d. Meratakan tekanan didalam uterus pada saat partus, sehingga serviks membuka
- e. Membersihkan jalan lahir jika ketuban pecah dengan cairan steril, dan akan mempengaruhi keadaan di dalam vagina, sehingga bayi tidak mengalami infeksi
- f. Untuk menambah suplai cairan janin, dengan cara ditlan/diminum yang kemudian di keluarkan melalui kencing

3. Etiologi

Penyebab ketuban pecah dini (KPD) yang masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secarapasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor yang berhubungan dengan erat KPD, namun faktor yang lebih berperan sulit diketahui. Yang menjadi faktor predisposisinya yaitu:

- a. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi dari cairan biasanya menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini
- b. Serviks inkompetensi, kanalis servikalis yang selalu terbuka karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan dan kuretase)
- c. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat dapat menyebatkan (ovendistensi uterus) misalnya trauma, hidromnian, dan gemelli

- d. Truma yang didapatkan misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintesis yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini (KPD) karena biasanya disertai serviks
- e. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan membran bagian bawah
- f. Keadaan sosial ekonomi
- g. Faktor lain :
 - 1) Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai yang dapat menimbulkan kelainan
 - 2) Termasuk jaringan kulit ketuban
 - 3) Faktor disproporsi antara kepala janin dan panggul ibu
 - 4) Faktor multi graviditas, merokok dan perdarahan anterpartum
 - 5) Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat/vitamin C

4. Mekanisme Pecahnya Selaput Ketuban

Ketuban pecah disalam persalinan secara umum dapat disebabkan kontraksi uterus dan peradangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sistensis dan degradasi ekstraseluler matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen yang menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan

menyebabkan selaput ketuban pecah. Berikut faktor resiko untuk terjadinya ketuban pecah dini (KPD) yaitu:

- a. Berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen
- b. Kekurangan tembaga dan asam askrobik yang berkaitan pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok dan alkohol

5. Manifestasi Klinis

Tanda yang terjadi yaitu keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air berbau amis, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karenan terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat, kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda infeksi

6. Patofisiologi

Plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, repture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin adalah beberapa gangguan atau penghambat dari proses melahirkan dapat mengakibatkan bayi tidak bisa lahir secara normal. Maka dari itu mengakibatkan harus dilakukan operasi pembedahan sectio caesaria (SC).

Dalam hal ini setelah dilakukan pembedahan klien akan mengalami gangguan pada mobilisasi seperti gangguan untuk bisa beraktivitas

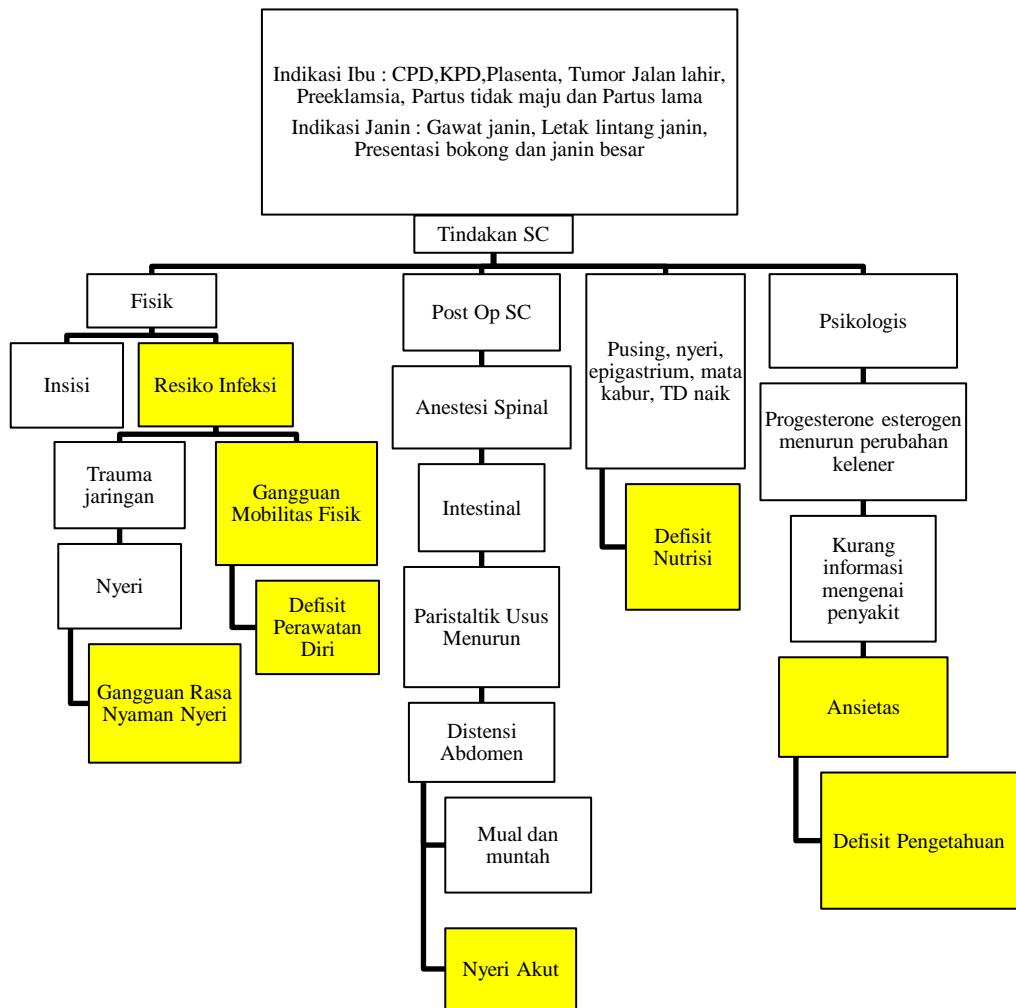
seperti sebelumnya. Defisit perawatan diri juga dapat terjadi karena ketidakmampuan klien untuk bisa melakukan perawatan diri secara mandiri.

Anisietas dapat terjadi karena setelah dilakukannya pembedahan klien akan merasa takut terjadinya infeksi pada luka jahitan operai dana danya kecemasan tentang bagaimana harus melakukan perawatan pada bayinya.

Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan protaglandin yang kan menimbulkan rasa tidak nyaman pada ibu. Setelah proses pembedahan brakhir, masalah resiko infeksi dapat terjadi pada daerah insisi yang ditutup akibat luka post operasi apabila tidak dirawat dengan baik(Samiun, 2019)

7. Phatway

Phatway Sectio Caesaria Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini



Sumber : (Samiun, 2019)

8. Penatalaksanaan

a. Pemberian cairan

Karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan DS 10%, garam fisiologis dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfuse darah sesuai kebutuhan.(Wulandari et al., 2019)

b. Diet

Pemberian cairan intravena biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yg sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih dan the (Padang, n.d.)

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-8 jam setelah operasi, latihan pernapasan dapat dilakukan sambil tidur terlentang dsedini mungkin setelah sadar. Hari pertama post operasi pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi semifowler dan selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari,

pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri dan pada hari ke-3 pasca operasi pasien dapat dipulangkan(Yahya, 2023)

d. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpaang 24-48 jam / lebih lama tergantung jenis operasi

e. Pemberian obat-obatan

1) Antibiotic

Cara pemilihan dan pemberian sangat berbeda disetiap institusi dan berdasarkan resep dokter.

2) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan suppositoria (ketoprofen sup 2x / 24 jam), oral (tramadol tipa 6 jam / paracetamol), Injeksi pentidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

3) Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum pasien dapat diberikan caboransia seperti Neurobion I vit.C

D. Nyeri

1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah ketidaknyamanan yang bersifat objektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan

kerusakan jaringan yang dirasakan pada saat terjadi kerusakan (Andarmoyo, 2013)

2 Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri akut yang terjadi dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berumur pendek dengan pengobatan setelah kondisi yang yang rusak. Kebanyakan orang yang mengalami jenis nyeriini seperti, sakit kepala, sakit gigi, tertusuk duri, pasca persalinan,pasca pembedahan, dan akan mengeluarkan ekspresi seperti menangis, meringis kesakitan, dan mengerutkan wajah(Batmomolin & Saudah, 2022)

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri yang menetap dan berlangsung lama biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik ini juga berintensitas yang bervariasi (ringan sampai berat)(Rospond, 2009)

3 Efek Membahayakan Dari Nyeri

Efek nyeri ini dapat berpengaruh terhadap fisik, perilaku, dan pengaruh pada aktivitas sehari-hari(Samiun, 2019), yaitu:

a. Efek fisik

1) Nyeri Akut

Nyeri akut mempunyai efek ketidak nyamanan dan sangat menganggu. Selain ketidak nyamanan nyeri akut yang tidak

kunjung reda dapat mempengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskular,gastrointestinal, endrokin, dan imunologik.

2) Nyeri Kronik

Nyeri kronik mempunyai efek samping yang negatif, dan merugikan, adanya penanganan yang terlalu lama pada fungsi imun yang berkaitan dengan nyeri kronik dapat meningkatkan pertumbuhan tumor. Nyeri kronik ini dapat berlangsung lama, yang dapat menyebabkan depresi, ketidak mampuan untuk melakukan aktivitas, atau ketidak berdayaan , seperti makan,minum, dan berpakaian

b. Efek Perilaku

Seseorang yang merasakan nyeri akan menunjukkan respon yang abnormal. Respon abnormal ini dapat dilihat dari ekspresi wajah, gerakan tubuh, respon vocal, dan interaksi social

c. Pengaruh aktivitas sehari-hari

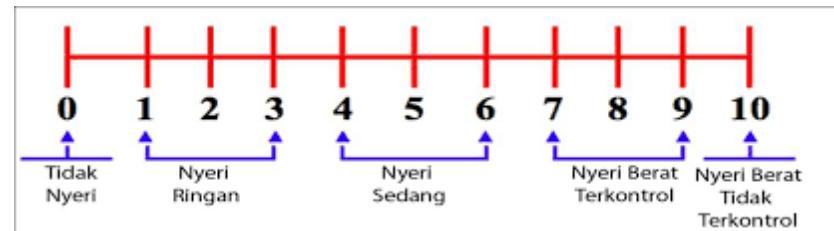
Individu yang mengalami nyeri akan susah berpartisipasi dalam aktivitas sehari-hari. Susahnya mobilisasi, kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya sendiri seperti mandi,berpakaian, mencuci rambut,dan lain-lain

d. Intensitas nyeri

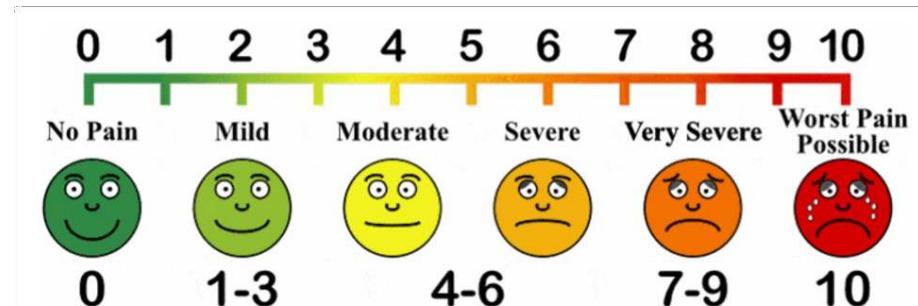
Intensitas nyeri merupakan gambaran seberapa besar nyeri yang dirasakan seseorang. Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

1) Numeric Rating Scale (NRS)

2) Visual Analouge Scale (VAS)



3) Verbal Descriptor/Rater Scale (VRS)



Gambar 2.4 :Skala Nyeri Numeric (Andarmoyo, 2019)

Gambar 2.5: Skala Visual (Andarmoyo, Skala Visual, 2020)

Penggunaan nemonik PQRST jika akan membantu untuk mengumpulkan informasi vital dengan proses nyeri pasien.

P :*Paliative* atau penyebab nyeri

Q :*Quality* atau kualitas nyeri

R :*Region* atau lokasi nyeri

S :*Skala* nyeri

T :*Time* atau periode yang berkaitan dengan nyeri

4. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri :

a. Usia

Usia merupakan faktor terpenting yang mempengaruhi nyeri pada individu, terutama pada bayi yang masih sulit ditangani. Orang tua dengan rasa sakit dan sering mersakan sakit

b. Jenis kelamin

Pada dasarnya, tidak ada perbedaan rasa nyeri antara laki-laki dan wanita

c. Kebudayaan

Orang-orang dari budaya mereka bagaimana menangani rasa sakit dengan benar

d. Makna nyeri

Bagi individu, pengertian nyeri suatu sensasi yang mempengaruhi pengalaman nyeri bagaimana individu tersebut beradaptasi

e. Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

Rasa sakit yang dirasakan biasanya bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan dan berbeda-beda setiap orang

f. Perhatian

Tingkat perhatian individu terhadap rasa nyeri mempengaruhi rasa nyeri

g. Kecemasan

Kecemasan mempunyai hubungan yang kompleks dengan nyeri antara rasa skit dan rasa takut dapat meningkatnya rasa nyeri

h. Keletihan

Keletihan yang dirasakan seseorang dapat meningkatkan rasa sakit

i. Pengalaman sebelumnya

Individu yang biasa merasakan nyeri kan lebih siap untuk mengantisipasi nyeri dari individu dari individu yang belum pernah merasakan nyeri nyeri

j. Dukungan keluarga dan social

Orang yang merasakan sakit membutuhkan dukungan, kehadiran orang terdekat dapat menghilangkan rasa kecemasan

5. Upaya dalam mengatasi nyeri

Menurut (Fitrianingrum et al., 2018), ada 2 upaya untuk menghilangkan rasa nyeri, dengan farmakologi dan nonfarmakologi yaitu:

a. Farmakologi

Metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri adalah analgesik, ada 3 jenis analgesik yang digunakan untuk meredakan nyeri :

- 1) Analgesik non-narkotik dan obat anti inflamsi nonsteroid (NSAID) Analgesik jenis NSAID terdiri dari aspirin, ibuprofen (Motrin) dan nproksen Naprosyn, Aleve). NSAID ini biasanya ditunjukan untuk meredakan rasa nyeri ringan dan sedang

2) Analgesik narkotik atau opiate

Analgesik jenis ini digunakan dengan resep dokter dan biasanya digunakan untuk nyeri sedang hingga berat

3) Obat tambahan (Adjuvan)

Obat tambahan ini seperti sedatif, anti cemas, dan relaksasi otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghalangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual dan muntah.

b. Non-Farmakologi

Manajemen nyeri nonfarmakologi ini merupakan intervensi yang dilakukan perawat secara mandiri dalam mengatasi rasa nyeri. Ada beberapa tindakan nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri antara lain(Agnesia & Aryanti, 2022):

1) Distraksi

Distraksi merupakan pengarahan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, dengan harapan tidak terfokus pada nyeri yang dirasakan

2) Relaksasi

Relaksasi merupakan relaksasi otot, yang dapat meredakan ketegangan dari nyeri otot. Teknik ini dilakukan dengan mengambil nafas dalam secara teratur dengan menghirup udara melalui hidung dan kemudian menghembuskan perlahan melalui mulut.

3) Stimulasi Saraf Elektis Transkutan/TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

TENS merupakan alat yang digunakan pada plastik yang frekuensi rendah atau frekuensi tinggi. TENS yaitu pengobatan non-invasif untuk nyeri yang merupakan salah satu cara teraman untuk meredakan nyeri akut dan nyeri kronis

E. Teknik Relaksasi Genggam jari (*Holding Finger*)

1. Teknik Relaksasi Genggam jari (*Holding Finger*)

Tenik relaksasi ganggam jari (*Holding Finger*) merupakan tindakan non farmakologi dalam manajemen nyeri, teknik ini bisa dilakukan oleh siapapun atau dimanapun. Teknik genggam jari merupakan kombinasi antara relaksasi nafas dalam dan genggam jari-jari tangan menggunakan waktu yang relative singkat. Sensasi yang dirasakan ketika melakukan teknik genggam jari memberikan perasaan yang nyaman, lebih rileks sehingga mampu mebebaskan mental dan fisik dari ketegangan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri(Cahyani et al., 2022)

2. Manfaat Teknik Relaksasi Genggam Jari (*Holding Finger*)

a. Relaksasi

Teknik relaksasi genggam jari dapat membantu tubuh dalam mencapai relaksasi. Ketika sudah dalam keadaan relaksasi secara alami tubuh akan mengeluarkan hormon endrofin, hormon ini

merupakan analgesik alami dari tubuh yang dapat mengurangi rasa nyeri(Nurlestari, 2022)

b. Nyeri berkurang

Melakukan metode relaksasi genggam jari dapat merespon serabut *aferen non-nesiptor* yang menyebabkan rangsangan nyeri menjadi terhambat serta berkurang. *Teori two gate control* menjelaskan adanya salah satu “pintu gerbang” disaraf thalamus mengontrol rangsangan nyeri dari safaf trigeminus dan menyebabkan rangsangan yang mengarah ke kortek serebi menjadi terhalang sehingga nyeri berkurang

c. Memperbaiki aspek emosi

Disepanjang jari-jari tangan ada aliran yang berkaitan dengan beberapa organ serta emosi. Titik—titik rileks pada bagian tangan dapat memberikan rangsangan dengan cara otomatis saat menggenggam. Rangsangan itu dapat menyalurkan semacam gelombang listrik yang menuju ke otak. Gelombang tersebut diterima otak serta diproses cepat kemudian mengarah pada saraf yang ada pada organ yang menderita gangguan. Metode relaksasi tersebut juga bisa membuat tubuh menjadi rileks dan dalam kondisi rileks menyebabkan keluarnya hormone endorfin yang merupakan analgesik alami terdapat di tubuh sehingga nyeri berkurang

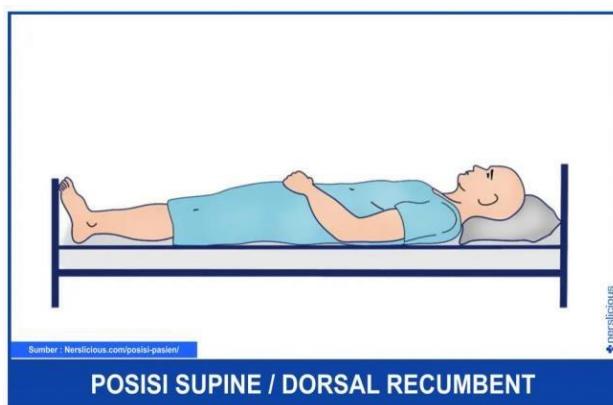
3. Mekanisme Teknik Genggam Jari (*Holding Finger*)

Adanya luka akibat pembedahan menstimulasi transmisi implus saraf aferen non-nosiseptor yang mengakibatkan nyeri. Intensitas nyeri akan mengalami penyesesuaian yang diakibatkan oleh rangsangan relaksasi genggam jari lebih dulu sampai keotak. Metode terapi genggam jari (*Holding Finger*) dapat mengontrol emosi yang dapat menciptakan tubuh menjadi keadaan santai dengan relaksasi genggam jari mengeluarkan impuls yang dikirim melewati serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf aferen non-nosiseptor menyebabkan gerbang tertutup sehingga rangsangan pada kortek serbi menjadi terhambat(Harahap et al., 2023)

4. Prosedur Teknik Relaksasi Genggam Jari(*Holding Finger*)

Teknik ini dilaksanakan selama 15 menit dari satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentan waktu yang sama menurut (Harahap et al., 2023) antara lain:

- Posisi duduk atau berbaring



Gambar 2.6: Posisi Supinasi/berbaring (Andarmoyo, posisi supinasi, 2019)

- 1) Dimulai dengan menggenggam ibu jari
- 2) Lalu dilanjutkan dengan menggenggam jari telunjuk
- 3) Berikutnya berpindah kejari tengah
- 4) Selanjutnya pindah kejari manis
- 5) Yang terakhir pindah genggaman ke jari kelingking
- 6) Pada saat teknik dilakukan, ikuti dengan menutup mata, fokus, tarik nafas, dengan hidung, kemudian keluarkan dari mulut
- 7) Jika sudah merasa rileks bisa dilakukan dengan memberi kalimat motivasi kepada diri sendiri. Seperti saya pasti bisa melakukannya
- 8) Lalu lepaskan genggaman jari dan membuka mata serta usahakan menjadi lebih santai

**LEMBAR STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL GENGGAM JARI
(HOLDING FINGER)**

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A. FASE ORIENTASI				
1.	Mengucapkan salam	2		
2.	Memperkenalkan diri	3		
3.	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4.	Menjelaskan prosedur tindakan	3		
5.	Menanyakan kesiapan klien	3		
6.	Mencuci tangan	3		
B. FASE KERJA				
1.	Menyiapkan posisi klien : berbaring dengan posisi supine	10		
2.	Meminta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot.	10		
3.	Relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari pasien dengan tenakan lembut, genggam hingga nadi pasien terasa berdenut	10		
4.	Meminta pasien untuk mengatur nafas dengan lembut dan tutup mata fokus	10		
5.	Genggam ibu jari selama 2-3 menit,dengan nafas teratur dan kemudian seterusnya satu persatu beralih kejari berikutnya dengan rentan waktu yang sama	10		
6.	Setelah kurang lebih 10-15 menit, alihan tindakan untuk tangan yang lain	5		
7.	Berikan reinforcement positif kepada pasien setelah melakukan teknik relaksasi genggam jari	5		
8.	Berikan reinforcement positif kepada pasien setelah melakukan teknik relaksasi genggam jari	5		

9.	Catat dan dokumentasikan hasil observasi yang dilakukan	5
C. FASE TERMINSI		
1.	Melakukan evaluasi tindakan	3
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2
3.	Merapikan alat	2
4.	Mencuci tangan	2
5.	Berpamitan	2
TOTAL		100

Sumber :(Yulyana et al., 2020)

F. Kompres Hangat

1. Definisi Kompres hangat

Kompres hangat merupakan upaya salah satu mengatasi pada kondisi fisik dengan cara memanipulasi suhu tubuh atau dengan memblokir rasa sakit, kompres hangat selain menurunkan sensasi nyeri juga dapat meningkatkan proses penyembuhan jaringan yang mengalami kerusakan(Haryati & Hamidah, 2023). Penggunaan kompres hangat ini selain memberi efek mengatasi atau dapat menghilangkan sensasi nyeri, teknik ini juga memberikan reaksi fisiologis antara lain meningkatkan aliran dalam jaringan dan meningkatkan pembentukan edema(Op et al., 2023) . Kompres hangat merupakan metode non-farmakologis yang dapat digunakan untuk meredakan nyeri seperti pada pasien pos sectio caesaria. Kompres hangat terdampak pada peningkatan aliran darah sehingga dapat menurunkannya dan mempercepat penyembuhan.

2. Tujuan Kompres Hangat

Tujuan dalam kompres hangat yaitu dapat memperbaiki sirkulasi dalam tubuh pasien, menghilangkan edema pada pasien, meningkatkan drainase pus pada pasien, mengurangi rasa nyeri dalam tubuh pasien, meningkatkan pengiriman leukosit dan antibiotic ke daerah luka, meningkatkan relaksasi otot dan mengurangi akibat spasme otot atau kekakuan otot(Op et al., 2023)

3. Prosedur kompres hangat

- a. Kompres hangat dengan buli-buli (panas kering)
 - 1) Siapkan botol air panas atau buli-buli
 - 2) Suhu air 52°C untuk orang dewasa normal
 - 3) Suhu air 40.5°C-46°C untuk orang yang lemah atau pasien yang tidak sadar
 - 4) Isi 2/3 buli-buli dengan air panas
 - 5) Keluarkan udara yang tersisa dan tutup rapat-rapat ujungnya
 - 6) Keringkan buli-buli dan pegang buli-buli secara terbalik untuk memeriksa kebocoran
 - 7) Bungkus buli-buli dengan handuk atau penutup dan tempatkan pada daerah sekitar luka operasi
 - 8) Angkat setelah 15 menit
 - 9) Catat respons klien selama tindakan, serta kondisi area-area yang dikompres Cuci tangan setelah seluruh prosedur dilaksanakan

b. Kompres Panas Basah

- 1) Persiapkan alat
- 2) Cuci tangan
- 3) Atur posisi klien yang nyaman
- 4) Pasang pengalas di bawah daerah yang akan dikompres
- 5) Kompres panas dengan waslap direndam air panas bersuhu 40° - 46° C
- 6) Ganti lokasi waslap dengan sering
- 7) Setelah selesai bereskan alat
- 8) Cuci tangan

4. Mekanisme Kompres Hangat

Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan memberikan suhu rasa hangat dengan suhu 40° - 46° C disekitar area insisi sectio caesaria selama 5-15 menit dengan menggunakan buli-buli yang berisi air hangat atau menggunakan handuk. Kompres hangat bertujuan untuk melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan sirkulasi darah kebagian yang nyeri, menurunkan ketegangan otot sehingga mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan otot, karena teknik nonfarmakologi ini sangat mudah dilakukan dan teknik kompres hangat nonfarmakologi ini dapat diterapkan di rumah sakit dan dirumah (Wahyu & Lina, 2019)

Penggunaan dari kompres hangat dapat membuat aliran darah lancar, vaskularisasi lancar dan terjadi vasodilatasi atau pemberian pembuluh

darah yang membuat relaksasi pada otot karena otot mendapat nutrisi yang dibawa oleh darah sehingga kontraksi otot menurun (Wahyu & Lina, 2019). Kompres hangat digunakan untuk meningkatkan aliran darah yang dapat meningkatkan suplai oksigen dan nutrisi pada jaringan. Panas juga meningkatkan elastisitas otot sehingga mengurangi kekakuan otot (Dwiningrum et al., 2020)

LEMBAR STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL KOMPRES

HANGAT DENGAN BULI BULI

Alat:WWZ dan sarungnya, Perlak dan alasnya, Termos berisi air panas, Thermometer air, Lap

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A. FASE ORIENTASI				
1.	Mengucapkan salam	2		
2.	Memperkenalkan diri	3		
3.	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4.	Menjelaskan prosedur tindakan	3		
5.	Menanyakan kesiapan klien	3		
6.	Mencuci tangan	3		
B. FASE KERJA				
1.	Menjaga privacy	10		
2.	Mengatur pasien dalam posisis senyaman mungkin.	10		

3. Mengisi WWZ dengan air panas : 1/2 - 3/4 (saat mengisi air, WWZ diletakkan rata dengan kepala, WWZ ditekukkan sampai permukaan air kelihatan agar udara tidak masuk)	10
4. Menutup dengan rapat dan membalik kepaka WWZ dibawah untuk memungkinkan bahwa air tidak tumpah	10
5. Mengeringkan WWZ dengan lap agar tidak basah, lalu bungkus dengan sarung WWZ	10
6. Meletakan pengalas dibawah daerah yang akan dipasang WWZ	5
7. Meletakan WWZ pada bagian tubuh yang akan dikompres dengan kepala WWZ pengarah keluar tempat tidur	5
8. Memantau respon pasien	5
9. Merapikan pasien	5
C. FASE TERMINSI	
1. Melakukan evaluasi tindakan	3
2. Menyampaikan rencana tindak lanjut	2
3. Merapikan alat	2
4. Mencuci tangan	2
5. Berpamitan	2
TOTAL	100

Sumber (Nuur, 2021)

G. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan awal dari proses keperawatan, data dikumpulkan secara sistematis yang digunakan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilaksanakan secara

komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Astuti et al., 2022)

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan , agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, Medikal reko , diagnosa medis,tanggal masuk, tanggal pengkajian, tanggal operasi, serta penanggung jawab.

b. Alasan Masuk Klien

Alasan masuk dikumpulkan untuk menentukan prioritas intervensikeperawatan dan juga untuk mengkaji bagaimana tingkat pemahaman klien tentang kondisi kesehatan

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien mengeluh nyeri atau tidak nyaman dari berbagai sumber misalnya trauma bedah/ insisi, nyeri distensi kantung kemih meliputi keluhan atau berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi(anwar, 2011).

2) Riwayat Kesehaatan Dahulu

Didapatkan data klien pernah riwayat SC sebelumnya, panggul ibu sempit, serta letak bayi sungsang. Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga ada yang mengalami riwayat SC dengan indikasi letak sungsang, panggul sempit, gemili dan sudah riwayat SC sebelumnya.

4) Riwayat Menstruasi

Kaji menarche, siklus haid, lama haid, ganti duk, masalah dalam menstruasi, dan tafsiran persalinan

5) Riwayat kehamilan dan Persalinan Sekarang

Pada saat dikaji klien melahirkan pada kehamilan ke berapa, lama masa kehamilan, dan kelainan selama hamil, kaji tanggal persalinan, jenis persalinan, penyulit persalinan, keadaan anak, apgar score dan lain-lain.

d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

(a) Rambut

Bagaimana kebersihan rambut klien apakah bersih, berminyak, atau berketombe. Biasanya pada pasien postSC keadaan rambut kurang bersih atau berminyak, karna pasien post SC tidak dianjurkan untuk manditerlebih dahulu yang tujuannya untuk menghindariterjadinya luka basah (infeksi) pada luka post SC pada klien.

(b) Mata

Biasanya mata tampak simetris kanan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor dan fungsi penglihatan baik. Kecuali pada klien yang terjadi penurunan kesedaran, maka pasti akan ditemukan hasil pemeriksaan yang abnormal pada mata klien.

(c) Hidung

Biasanya hidung tampak simetris, bersih atau tidak adacairan berupa sekret, tidak ada pembengkakan, tidak ditemukan adanya lesi, tidak ada polip dan fungsi penciuman baik

(d) Mulut dan Gigi

Biasanya mulut klien tampak simetris/ tidak, mukosamulut lembab/kering dan apakah gigi tampak lengkap, bersih atau terkadang ditemukan ada karies/ tidak.

(e) Telinga

Biasanya telinga tampak simetris kanan kiri, tidak adaserumen, tidak ada oedema, tidak ada lesi dan fungsi pendengaran baik, kecuali pada klien yang mengalami gangguan pendengaran akan ditemukan hasil pemeriksaan yang abnormal

2) Leher

Biasanya leher tampak tidak ada oedema atau tidak, ada lesiatau tidak dan apakah ada ditemukan getah bening, kelenjertyroid saat dilakukan palpasi dileher klien.

3) Thorak

a) Payudara

Saat nifas biasanya payudara tampak simetris kirikanan (kecuali ada kelainan), aerola akan bewarnahitam kecoklatan (Hiperpigmentasi), produksi ASI biasanya akan banyak pada 2 kali 24 jam atau harikedua setelah kelahiran bayi melainkan saat bayi lahirhanya ASI pekat atau kolostrum dapat keluar dengancara memijat payudara, dan saat ASI sudah banyak payudara akan terasa padat, putting akan menonjol dikedua payudara namun biasanya juga ditemukan klienyang puting payudaranya tidak menonjol/ datar, namunhal tersebut bisa diatasi dengan (Tahan payudara padatepi bagian aerola dengan ibu jari atau telunjuk, lalutekan sekitar 1 inci di belakang puting atau juga bisa dengan cara tekan bagian kulit yang bewarna hitam pada payudara sebelum memasukkan putting

b) Paru-paru

I :Pergerakan paru kanan kiri sama

P :Tidak ada rasa sakit saat ditekan dan pembengkakkan

P :Sonor dikedua lapang paru

A :Suara nafas vesikuler dan tidak ada bunyi suara nafas tambahan (Kecuali pada klien yang menderita gangguan di paru-paru akan ditemukan hasil pemeriksaan yang abnormal).

c) Jantung

I :Pergerakan jantung normal

P :Tidak ada rasa sakit saat dilakukan tekanan dan tidak ada pembengkakkan

P :Suara jantung redup

A :Bunyi jantung normal (Lup Dup), (Kecuali pada pasien yang mengalami gangguan di jantung akan ditemukan hasil pemeriksaan yang abnormal).

4) Abdomen

I :Warna kulit abdomen tampak kecoklatan, diabdomen tampak luka post SC berbentuk horizontalatau vertikal dengan diameter \pm 10 cm dan biasanyaada striae gravidarum (garis-garis yang terlihat di kulit perut).

A :Biasanya bising usus akan kembali normal 24 jam setelah post SC, karena sebelum dilakukan SC kliendipuaskan

P : Tympani

5) Ekstermitas

a) Ekstremitas Atas

Biasanya ekstremitas atas klien tampak tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak ada kelemahan (Kecuali pada klien yang ada kelainan akan ditemukan pemeriksaan yang abnormal) biasanya klien terpasang infus yang tujuannya untuk mengganti cairan yang hilang, memasukkan obat-obatan, memasukkan zat makanan dalam bentuk cairan glukosa dan elektrolit, namun setelah alat pencernaan pulih semua atau tidak ada gangguan tambahan infus akan dibuka dalam waktu 24 jam

b) Ekstremitas Bawah

Ekstremitas bawah klien tampak tidak ada pembekakan, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelemahan danapakah Homan signs / Trombosis Vena (-) atau (+) (Cara pemeriksaan Homan Signs adalah : Letakan satu tangan padalutut ibu lakukan tekanan

ringan agar lutut lurus, bila ibumerasakan nyeri pada betis maka Human Signs (+)

c) Genetalia

Biasanya genetalia klien tampak ada keluar lochea dan biasanya klien ditemukan terpasang kateter yang tujuannya untuk melihat atau memantau warna dan jumlah cairan urine yang keluar, dan kateter akan dilepas 24 jam post partum ataupun klien tidak lagi terpasang infus dan sudah bisa BAK secara spontan

d) Lochea

Biasanya lochea pada ibu post SC hari 1-2 berjenis rubra, 3-7 hari berjenis (sangiolenta), 7-14 hari berjenis (serosa), 2 minggu berjenis (alba). Dan biasanya lochea masih bercampur sisa-sisa dari air ketuban

e) Perinium

Biasanya perinium klien tampak bersih, utuh, tidak adarobek, tidak luka ada episiotomy dan ada tidak varices (pembengkakan pembuluh darah vena). Dan perhatikan apakah adanya:

- (1) Redness (Kemerahan)
- (2) Edema (Bengkak)
- (3) Ecchymosis (Bercak perdarahan)
- (4) Discharge (Pengeluaran darah dari luka)

(5) Approximatio (Perekatan/ Jahitan)

f) Integument

Kulit klien tampak bewarna sawo matang, ada/ tidak chloasma gravidarum, turgor kulit bagus/ jelek dan apakahada/ tidak oedema, lesi, nyeri tekan.

e. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Biasanya pada klien nifas terjadi penambahan nafsu makan karenadari keadaan agar bisa untuk menyusui bayinya. Dan biasanya keinginan untuk mengkonsumsi makanan dua kali dari jumlah biasamakan.

2) Pola Eliminasi

Pada saat ini perlu di kaji warna urine, jumlah dan bau urine. Padaklien post SC terutama kandung kemih dapat terletak di bagian blassyang berdempetan dengan uterus sehingga pada saat pengosongankandung kemih sering dilakukan dan biasanya klien akan dipasangfolly kateter selama pembedahan bahkan sampai 2 hari setelah postSC. Dengan demikian kemungkinan dapat terjadi gangguan pada polauntukbuang air kecil, sehingga klien dilakukan blader training.

3) Pola Istirahat dan Tidur

Pada klien post SC biasanya karena kelahiran si bayi dan adanya nyeriluka post SC makan akan terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur.

4) Pola Personal Hygiene

Pada klien post SC biasanya terjadi defisit perawatan diri, karena klien post SC terutama tidak dianjurkan untuk mandi untuk mencegah terjadinya basah pada luka operasi yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi.

5) Riwayat Alergi

Biasanya klien post SC akan dilakukan skin test antibiotik tujuan untuk melihat apakah klien ada alergi obat atau tidak, jika tidak ditemukan ada alergi obat makan terapi akan dilanjutkan sesuai dengan dosis dokter(Ambarwati 2008)

6) Riwayat Psikologis

Biasanya adaptasi psikologis ibu masa nifas terdiri dari (Ambarwati 2008):

- a) Fase taking in adalah fase ini berlangsung pada 2 kali 24 jam setelah melahirkan yaitu merupakan fase ketergantungan.
- b) Fase taking hold adalah fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu

merasa untuk tidak mampu bertanggung jawab sebagai seorang ibu pada bayinya.

c) Fase letting go adalah fase ini merupakan fase menyesuaikan danmenerima atas kehadiran bayinya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

7) Riwayat Sosial Ekonomi

Biasanya membahas tentang pekerjaan dari, suami dari ibu dan bagaimanadengan penghasilan sehari-hari. Kemudian apakah ibu menggunakan BPJSatau umum dalam menjalani perawatan selama di rumah sakit (Ambarwati 2020).

8) Data Spiritual

Biasa masalah dalam beribadah setelah persalinan klien akan terganggu karna klien harus bedres total (Ambarwati 2020).

9) Pengetahuan Ibu

Menurut Ambarwati, 2008 :

a) Perawatan Bayi

Biasanya pada klien primigravida pengetahuan klien tentang perawat bayi masih sedikit karena masih belum memiliki pengalamansebelumnya, namun berbeda dengan klien multigravida yang sudah mengetahui tentang bagaimana perawatan bayi terutama septimeemandikan, membedong dan menggendong bayi.

b) ASI Ekslusif

Biasanya klien primigravida pengetahuan tentang ASI Ekslusif atau pemberian ASI selama 6 bulan pada bayi mungkin sudah mengetahui, terutama pada klien yang rajin melakukan pemeriksaan kehamilannya saat hamil ke petugas baik di puskesmas maupun bidan. Begitu pula pada klien multigravida yang pasti sudah mengetahui banyak tentang ASI Ekslusif karena sudah banyak memiliki pengalaman sebelumnya.

c) Perawatan Payudara

Biasanya pada klien primigravida pengetahuan klien tentang perawatan payudara masih sedikit karena masih belum memiliki pengalaman sebelumnya, namun berbeda dengan klien multigravida yang sudah mengetahui tentang bagaimana perawatan payudara terutama seperti mengompres, pemijatan dan perawatan puting payudara

d) Teknik Menyusui

Biasanya pada klien primigravida pengetahuan klien tentang cara menyusui masih sedikit karena belum memiliki pengalaman sebelumnya, namun berbeda dengan klien multigravida yang sudah mengetahui tentang bagaimana cara menyusui yang benar seperti posisi tangan saat memberikan ASI.

f. Data Penunjang

Biasanya pemeriksaan laboratorium beruba Hb, Leukosit dan USG menentukan usia kehamilan, indek cairan amnion

g. Data Pengobatan

Biasanya obat yang diberikan untuk pasien post SC adalah untuk memberikan rasa nyaman nyeri dan obat yang mengandung zat besi yang diperlukan untuk produksi sel darah merah.(Ambarwati 2008)

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen pencera fisik
- b. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d Keluhan fisik (Post Sc)
- d. Defisit Nutrisi b.d gangguan persepsi makanan
- e. Ansietas b.d Kurangnya terpaparnya informasi
- f. Defisit perawatan diri b.d tidak mampu berhias secara mandi
- g. Defisit Pengetahuan b.d Kurang informasi mengenai penyakit
- h. Gangguan rasa nyaman nyeri b.d Gangguan adaptasi

3. Intervensi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)
1.	Nyeri akut (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066)	Manajemen Nyeri
	Tanda Mayor	Setelah dilakukan	Observasi :
	Subjektif:	intervensi	1) Identifikasi
	1. Mengeluh nyeri	diharapkan tingkat	lokasi,
	Objektif:	nyeri menurun	karakteristik,
	1. Tampak meringis	ditandai dengan	durasi,
		kriteria hasil :	frekuensi,kualitas,
	2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)		intensitas nyeri
	3. Gelisah		2) Identifikasi respon nyeri non verbal
	4. Frekuensi nadi meningkat		3) Identifikasi faktor yang memperberat
	5. Sulit tidur		dan memperingan nyeri
	Tanda Minor		4) Identifikasi
	Subjektif :		pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
	(tidak tersedia)		5) Identifikasi
	Objektif :		pengaruh nyeri
	1. Tekanan darah meningkat		pada kualitas hidup
	2. Pola nafas berubah		6) Monitor keberhasilan terapi

3. Nafsu makan berubah	komplomenter yang sudah
4. Proses berfikir terganggu	diberikan
5. Menarik diri	7) Monitor
6. Berfokus pada diri sendiri	efeksamping penggunaan analgesik
7. Diaforesis	Terapeutik :
	1) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnotis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
	2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
	3) Fasilitasi istirahat

dan tidur

- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

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

Kolaborasi :

- 1) Anjurkan menggunakan analgetik, *jika*

Perlu

2.	Resiko Infeksi (D.0142)	Tingkat Infeksi (L.14137)	Pencegahan Infeksi (I.14539)
----	----------------------------	------------------------------	---------------------------------

Faktor resiko : Setelah dilakukan Observasi :

intervensi	1) Monitor tanda dan diharapkan tingkat infeksi menurun ditandai dengan kriteria hasil :	gejala infeksi lokal dan sistematik Terapeutik :
1) Demam	1) Batasi jumlah menurun	pengunjung
2) Kemerahan	2) Berikan perawatan	kulit area edema
3) Nyeri menurun	3) Cuci tangan	sebelum dan
4) Bengkak	4) Perhatikan teknik	sesudah kontak menurun dengan pasien dan Vesikel lingkungan pasien
5) Cairan berbau	5) Aseptikpada pasien	busuk menurun beresiko tinggi
6) Sputum	6) Edukasi :	
berwarna hijau	berwarna hijau	1) Jelaskan tanda dan menurun gejala infeksi
7) Drainase	7) Drainase	2) Ajarkan cara pururen menurun mencuci tangan dengan benar
8) Pluria menurun	8) Pluria menurun	3) Ajarkan etika
9) Periode malaise	9) Periode malaise	batuk menurun
10) Periode	10) Periode	4) Ajarkan cara menggigil menurun memeriksa kondisi luka atau luka operasi
11) Letargi	11) Letargi	5) Anjurkan menurun meningkatkan
12) Gangguan	12) Gangguan	asupan nutrisi

		kognitif menurun	6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika</i> <i>perlu</i>
3.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakan ekstermitas Objektif : 1. Kekuatan otot hasil : menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Tanda Minor Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif : 1. Sendi kaku	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi diharapkan mobilitas fisik meningkat ditandai dengan kriteria 1) Pergerakan 2) Kekuatan otot meningkat 2) Rentang gerak (ROM) 3) Rentang gerak (ROM) 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 1. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis,	Dukungan Mobilisasi Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 1. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis,

2. Gerakan tidak koordinasi	pagar tempat tidur)
3. Gerakan terbatas	2. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i>
4. Fisik lemah	3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi
	Edukasi:
	1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
	2. Anjurkan mobilisasi dini
	3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
4. Defisit nutrisi (D.0019)	Status Nutrisi (L.03030)
Tanda Mayor	Setelah dilakukan
Subjektif : <i>(Tidak tersedia)</i>	intervensi diharapkan
	status
	Mangemen Nutrisi (I.03119)
	Observasi:
	1) Identifikasi status nutrisi

Objektif :	nutrisi membaik	2) Identifikasi alegi
1. Berat badan ditandai dengan menurun 10% di bawah rentang ideal Tanda Minor	menurun 10% di kriteria hasil : 1) Berat badan membaik	dan intoleransi makanan
Subjektif :	2) Indeks masa tubuh (IMT)	3) Identifikasi makanan yang disukai
1. Cepat kenyang setelah makan	3) Frekuensi makan	kebutuhan kalori dan nutrien
2. Kram/nyeri abdomen	4) Nafsu makan membaik	5) Identifikasi perfunya
3. Nafsu makan menurun	5) Bising usus hiperaktif	penggunaan selang nasogastrik
Objektif:	6) Monitor asupan makanan	
1. Bising usus hiperaktif	6) Tebal lipatan kulit trisep	7) Monitor berat badan
2. Otot mengunyah lemah	7) Membran mukosa membaik	8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
3. Otot menelan lemah	7) Membran mukosa	
4. Membran mukosa pucat	Terapeutik:	
5. Sariawan	1) Lakukan oral <i>hygiene</i> sebelum makan, jika perlu	
6. Serum albumin turun	2) Fasilitasi	
7. Rambut rontok berlebihan	menentukan pedoman diet	
8. Diare	(mis, piramida makanan)	
	3) Berikan makanan secara menarik	

dan suhu sesuai

- 4) Berikan makanan tinggi serat untuk konstipasi
- 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 6) Berikan suplemen makanan, *jika perlu*
- 7) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric, jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi :

- 1) Anjurkan posisi duduk, *jika perlu*
- 2) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antilemik), *jika perlu*
 - 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk
-

			menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>
5.	Ansietas (D.0080)	Tingkat Ansietas (L.09093)	Reduksi Ansietas (I.09314)
	Tanda Mayor	Setelah dilakukan	Obesrvasi:
	Subjektif :	intervensi	1) Identifikasi saat
	1. Merasa bingung	diharapkan tingkat	ansietas berubah
	2. Merasa khawatir	ansietas menurun	(mis, kondisi
	dengan akibat	ditandai dengan	waktu, stresor)
	dari kondisi	kriteria hasil :	2) Identifikasi
	yang dihadapi	1) Verbalisasi	kemapuan
	3. Sulit	kebingungan	mengambil
	berkonsentrasi	menurun	keputusan
	Objektif :	2) Verbalisasi	3) Monitor tanda-
	1. Tampak gelisah	khawatir akibat	tanda ansietas
	2. Tampak tegang	kondisi yang di	(verbal dan
	3. Sulit tidur	hadapi	nonverbal)
	Tanda Minor	menurun	Terapeutik:
	Subjektif :	3) Perilaku gelisah	1) Ciptakan suasana
	1. Mengeluh	menurun	terapeutik untuk
	pusing	4) Perilaku tegang	menumbuhkan
	2. Anoreksia	menurun	kepercayaan
	3. Palpitasi	5) Keluhan pusing	2) Temani pasien
	4. Merasa tidak	menurun	untuk mengurangi
	berdaya	6) Anoreksia	kecemasan, <i>jika</i>
	Objektif :	menurun	<i>memungkinkan</i>
	1. Frekuensi nafas	7) Palpitasi	3) Pahami situasi
	meningkat	menurun	yang membuat

2. Frekuensi nadi meningkat	8) Frekuensi pernafasan menurun	4) Dengarkan dengan penuh perhatian
3. Tekanan darah meningkat	9) Frekuensi nadi	5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
4. Diaforesis	menurun	
5. Tremor	10) Diaforesis	
6. Muka tampak pucat	11) Tremor	6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
7. Suara bergetar	menurun	
8. Kontak mata	12) Pucat menurun buruk	
9. Sering berkemih		7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
10. Berorientasi pada masa lalu		8) Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang
		Edukasi:
		1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang dialami
		2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, *jika perlu*

4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan

5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat

8) Latih teknik relaksasi

Kolaborasi:

1) Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, *jika perlu*

6. Defisit perawatan Diri (D.0109) Perawatan Diri (L.11103) Dukungan Diri (I.11348) Perawatan Tanda Mayor Setelah dilakukan Observasi:

Subjektif :	intervensi	1) Identifikasi
1. Menolak perawatan diri	diharapkan perawatan diri	kebiasaan aktivitas perawatan diri
Objektif :	meningkat ditandai	sesuai usia
1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ketoilet/ berhias secara mandiri	dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan
2. Minat perawatan diri kurang	mengenakan pakaian meningkat	Terapeutik: 1) Sediakan lingkungan
Tanda Minor	makan	terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, dan privasi)
Subjektif: <i>(Tidak tersedia)</i>	meningkat	4) Kemampuan ketoilet (BAB/BAK)
Objektif : <i>(Tidak tersedia)</i>	meningkat	2) Siapakan keperluan mandiri
	5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	(mis, parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
	meningkat	3) Dampingi dalam melakukan
	6) Minat melakukan perawatan diri	perawatan diri sampai mandiri
	meningkat	4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
		5) Fasilitasi

			kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
		6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri	
		Edukasi:	
		1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	
7.	Defisit pengetahuan (D.0111)	Tingkat Pengetahuan (L.12111)	Edukasi Kesehatan (I.12383)
	Tanda Mayor		Observasi:
	Subjektif :	Setelah dilakukan intervensi	1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima
	1. Menanyakan masalah yang dihadapi	diharapkan tingkat pengetahuan	informasi
	Objektif :	meningkat ditandai dengan kriteria	2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan motivasi perilaku
	1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran	hasil :	meningkatkan dan hidup bersih dan sehat
	2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	1) Perilaku sesuai 2) Verbalisasi minat dalam	
	Tanda Minor	belajar	Terapeutik:
	Subjektif :	meningkat	1) Sediakan materi dan pendidikan
	(Tidak tersedia)	3) Kemampuan	

Objektif :	menjelaskan pengetahuan suatu topik meningkat	kesehatan 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai
1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat	4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat	kesehatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: 1) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
2. Menunjukkan perilaku yang berlebihan (mis, apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria)	5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
8. Gangguan rasa nyaman (D.0074)	Status	Terapi Relaksasi
Tanda Mayor	Kenyamanan (L.08064)	Observasi :
Subjektif :	Setelah dilakukan intervensi diharapkan status kenyamanan meningkat ditandai dengan kriteria	1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain
1. Mengeluh tidak nyaman		
Objektif ;		
1. Gelisah		
Tanda Minor		

Subjektif :	hasil :	yang mengganggu
1. Mengeluh sulit tidur	1) Keluhan tidak nyaman meningkat	kemampuan kognitif
2. Tidak mampu rileks	2) Gelisah	relaksasi yang pernah efektif
3. Mengeluh kedinginan/ kepanasan	3) Kebisingan meningkat	digunakan
4. Merasa gatal	4) Keluhan sulit tidur meningkat	kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik
5. Merasa mual	5) Keluhan	sebelumnya
6. Mengeluh lelah	kedinginan	
Objektif :		
1. Menunjukan gejala distres	meningkat	4) Periksa
2. Tampak merintih/ menangis	6) Keluhan kepanasan meningkat	ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
3. Pola eliminasi berubah		5) Monitor respons terhadap terapi relaksasi
4. Postur tubuh berubah		
5. Iritabilitas		Terapeutik :
		1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
		2) Berikan informasi

tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi

- 3) Gunakan pakaian longgar
- 4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
- 5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika perlu

Edukasi :

- 1) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis, musik, meditasi, nafas dalam, relaksasi otot progresif)
 - 2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
 - 3) Anjurkan
-

-
- mengambil posisi nyaman
- 4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- 5) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
- 6) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis, nafas dalam. Peregangan, atau imajinasi terbimbing)
-
- (SIKI, pp. PPNI SDKI, SLKI, SIKI)

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan. Tujuan implementasi adalah mengatasi masalah yang terjadi pada manusia. Setelah rencana keperawatan disusun, maka rencana tersebut diharapkan dalam tindakannya untuk mencapai tujuan yang diharapkan, tindakan tersebut harus terperinci sehingga dapat diharapkan tenaga pelaksanaan keperawatan dengan baik dan sesuai dengan waktu yang ditentukan. Implementasi ini juga dilakukan oleh perawat dan harus menjunjung tinggi harkat dan martabat sebagai manusia yang unik (Wahyuningsih, 2019)

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan. Evaluasi menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah di rencanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Wahyuningsih, 2019), evaluasi keperawatan ada 2 yaitu:

- a. Evaluasi proses (formatif) yaitu valuasi yang dilakukan setiap selesaitindakan. Berorientasi pada etiologi dan dilakukan secara terus-menerussampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
- b. Evaluasi hasil (sumatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakankeperawatan secara paripurna. Berorientasi pada masalah keperawatan danmenjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan. Rekapitulasi dakesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan

8) Metodologi

1. Jenis Penelitian dan Pendekatan

Jenis penelitian yang digunakan kuantitatif research yaitu menganalisa pada proses penyimpulan serta dinamika hubungan situasi yang ada dan proses hubungan yang terjadi dari suatu fenomena yang diteliti dan diamati menggunakan logika ilmiah. Rancangan yang digunakan yaitu dengan cara meneliti satu permasalahan unit kasus yang terdiri dari satu atau beberapa responden.

Penelitian kuantitatif ini menggunakan pendekatan studi kasus karena penelitian akan melakukan teknik relaksasi genggam jari (*holding finger*) dan kompres hangat pada pasien sectio caesaria dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD).

Metode penelitian objektif dengan menggunakan metode deskriptif yang bertujuan untuk menciptakan gambaran yang benar-benar historis, obyektif, sistematis dan akurat tentang suatu keadaan.

2. Subjektif Penelitian

Subjek penelitian dilakukan pada pasien sectio caesaria dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) 1 orang responden dengan teknik relaksasi genggam jari (*holding finger*) dan kompres hangat

3. Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu dan tempat penelitian direncanakan dilakukan di Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi pada bulan Maret

4. Fokus Studi

Penelitian ini berfokus pada metode teknik relaksasi genggam jari (*holding finger*) dan kompres hangat pada sectio caesaria dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD).

5. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan untuk melakukan pengumpulan data yaitu observasi dengan melihat kondisi klien, wawancara pada keluargadan klien menggunakan format pengkajian Asuhan keperawatan maternitas. Adapun instrumen lain yang akan di gunakan dalam

pengumpulan data yaitu Tensi meter, stetoskop, termometer, pengukur skala nyeri NRS, baskom (wadah untuk air hangat), buli-buli/ handuk kecil, dan lain sebagainya.

6. Metode Pengambilan Data

Metode pengambilan data meliputi data primer,dan sekunder.

- a. Data Primer merupakan data utama yang dikumpulkan langsung dari pasien sebagai data penelitian
- b. Data sekunder merupakan data dari pihak lain, misal keterangan dari keluarga

7. Analisis Data

Analisis pengumpulan data pada penelitian ini adalah mengkaji keluhan nyeri, menentukan tingkat nyeri, dan kategori nyeri pada pasien. Peneliti kemudian memberikan teknik relaksasi genggam jari (*holding finger*) dan kompres hangat untuk mengurangi rasa dan tingkat nyeri tersebut. Setelah intervensi, peneliti akan menilai respon nyeri pada pasien terhadap skala nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala nyeri *Numbering Rating Scale* (NRS).

8. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan hal yang harus dilakukan oleh peneliti untuk melindungi hak calon responden dalam penelitian (Simarmata et al., 2021). Terdapat 3 jenis etika penelitian yaitu:

a. Informed Consent

Persetujuan responden untuk berpartisipasi dalam suatu penelitian. Formulir persetujuan ini dimaksudkan untuk memastikan bahwa responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian. Jika responden menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian, maka peneliti tidak akan memaksa responsen untuk berpartisipasi dan akan menghormati hak-haknya sebagai responden.

b. Anonymity

Formulir yang menjaga kerahasiaan responden dengan tidak memberikan informasi identitas secara lengkap, antara lain nama, nomor CM, alamat, dan lain-lain. Namun peneliti akan memberikan inisial sebagai identitas responden.

c. Confidentiality

Upaya menjaga kerahasiaan informasi responden dengan cara menyimpannya dalam file dan memberikan *password*. Data laporan keperawatan dapat disimpan di ruang rekam medis rumah sakit atau dalam bentuk tertulis oleh peneliti.