

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Section Caesarea (SC)

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah proses persalinan Melalui pembedahan di mana irisan dilakukan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi. SC terbagi menjadi dua yang dilakukan secara elektif (terencana) maupun SC yang dilakukan pada kondisi Cito (segera). Ada beberapa alasan yang menyebabkan dilakukan tindakan SC elektif (terencana) antara lain diameter pinggul tidak cukup untuk persalinan secara normal bayi terletak sungsang plasenta revia bekas Cito sebelumnya dan juga atas permintaan pasien yang tanpa indikasi. (Prasetya, 2015)

Sectio caesarea merupakan pilihan terakhir untuk menyelamatkan ibu dan janin pada saat kehamilan dan atau persalinan kritis. Angka kematian ibu karena sectio caesarea yang terjadi sebesar 15,6% dari 1.000 ibu dan pada sectio caesarea sebesar 8,7% dari 1.000 kelahiran hidup sedangkan kematian neonatal dini sebesar 26,8% per 1.000 kelahiran hidup. Pertolongan operasi persalinan merupakan tindakan dengan tujuan untuk menyelamatkan ibu maupun bayi. Bahaya persalinan operasi masih tetap mengancam sehingga perawatan setelah operasi memerlukan perhatian untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian (Mulyawati dkk., 2021)

2. Etiologi

Menurut Sagita (2019), indikasi ibu dilakukan Sectio Caesarea adalah ruptur uteriiminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalahfetal distres dan janin besar melebihi >4.000 gram dari beberapa faktor Sectio Caesarea diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio sebagai berikut:

- a) Cephalo Pelvik Dispropotion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara normal. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan normal sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.
- b) Pre-Eklamsi Berat (PEB) adalah kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternatal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

- c) Ketuban Pecah Dini (KDP) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37minggu.
- d) Bayi kembar, tak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *sectio caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.
- e) Faktor hambatan jalan lahir yaitu adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.
- f) Kelainan Letak Janin.
- 1) Kelainan pada letak kepala, Letak kepala tengadah, bagian terbawahadalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba ubun-ubun bayi yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.
 - 2) Presentasi muka, letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi,kira-kira 0,27-0,5%. Presentasi dahi, posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan

sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

3) Letak sungsang adalah keadaan dimana posisi janin terletak memanjang dengan kepala berada di fundus uteri dan bokong beradadi bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki.

3. Manifestasi Klinis

Persalinan dengan *section caesaria*, memerlukan perawatan yang lebih koprehensif yaitu: perawatan post operasi dan perawatan post partum. Manifestasi klinis *section caesaria* menurut Doenges 2010 antara lain:

- a. Nyari akibat luka pembedahan
- b. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
- c. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak pada umbilikus
- d. Aliran logas sedang dan bebas bekuan yang berlebihan
- e. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan antara 600-800 ml
- f. Emosi labil atau perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidak mampuan menghadapi situasi baru
- g. Biasanya terpasang kateter urinarius
- h. Auskultasi bising usus tidak terdengar atau samar
- i. Pengaruh anestesi dapat menimbulkan mual dan muntah

4. Patofisiologis

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang

menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, pinggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, reature uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsi, distosia serviks dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *section caesaria* (Mulyawati dkk., 2021)

Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya keluhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien titik selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi. Sehingga akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir daerah inti akan ditutup dan menimbulkan luka post op, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resikoinfeksi (Manuaba, 2008)

5. Penatalaksanaan

Menurut Ramadanty (2019), penatalaksanaan *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut:

a. Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan peritavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi: Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari ke-2 post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semi fowler), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada

hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

d. Katerisasi

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

e. Pemberian Obat-Obatan

Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi.

f. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

Obat yang dapat di berikan melalui supositoria obat yang diberikanketopropen sup^{2x}/24 jam, melalui orang obat yang dapat diberikan tramadol atau paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mgdiberikan setiap 6 jam bila perlu.

g. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit C.

h. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah danberdarah harus dibuka dan diganti.

i. Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah nadi, dan pernafasan.

j. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

B. Konsep Post Partum

Post partum atau masa nifas adalah masa dimulai dari beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan atau masa yang digunakan seorang ibu yang telah melahirkan yang digunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6 - 12 minggu (Nugroho T., 2014).

1. Etiologi Post Partum

Penyebab mulainya persalinan belum diketahui tetapi ada beberapa factor yang turut berperan dan saling berkaitan.

a. Perubahan kadar hormone

Perubahan kadar hormone mungkin dibutuhkan oleh penebaran plasenta dan terjadi akibat, Kadar progesterone menurun (relaksasi otot menghilang). Kadar estrogen dan prostaglandin meninggi. Oksitosin pituitary dilepaskan (pada kebanyakan kehamilan produksi dan hormone akan disupresi).

b. Distensi uterus

Distensi uterus menyebabkan terjadinya Serabut otot yang teregang sampai batas kemampuannya akan bereaksi dengan adanya kontraksi. Produksi dan pelepasan *prostaglandin F₂myometrium*.

Sirkulasi plasenta mungkin terganggu sehingga menimbulkan perubahan hormone

c. Tekanan janin

Kalau janin sudah mencapai batas pertumbuhannya di dalam terus, ia akan menyebabkan Peningkatan tekanan dan ketegangan pada dinding uterus. Stimulasi dinding uterus yang tegang tersebut sehingga timbul kontraksi

d. Factor-faktor lain

Faktor lainnya adalah Penurunan tekanan secara mendadak ketika selaput amnion pecah. Gangguan emosional yang kuat (lewat rantai korteks-hipotalamus hipofise) dapat menyebabkan pelepasan oksitosin

2. Klasifikasi Post Partum

Beberapa tahapan pada masa nifas Maritalia (2017) adalah sebagai berikut:

a. Puerperium dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu yang melahirkan tanpa komplikasi dalam waktu enam jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi dini atau segera. Ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan (40 hari).

b. Puerperium intermedial

Merupakan masa pemulihan yang berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari, dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan saat sebelum hamil.

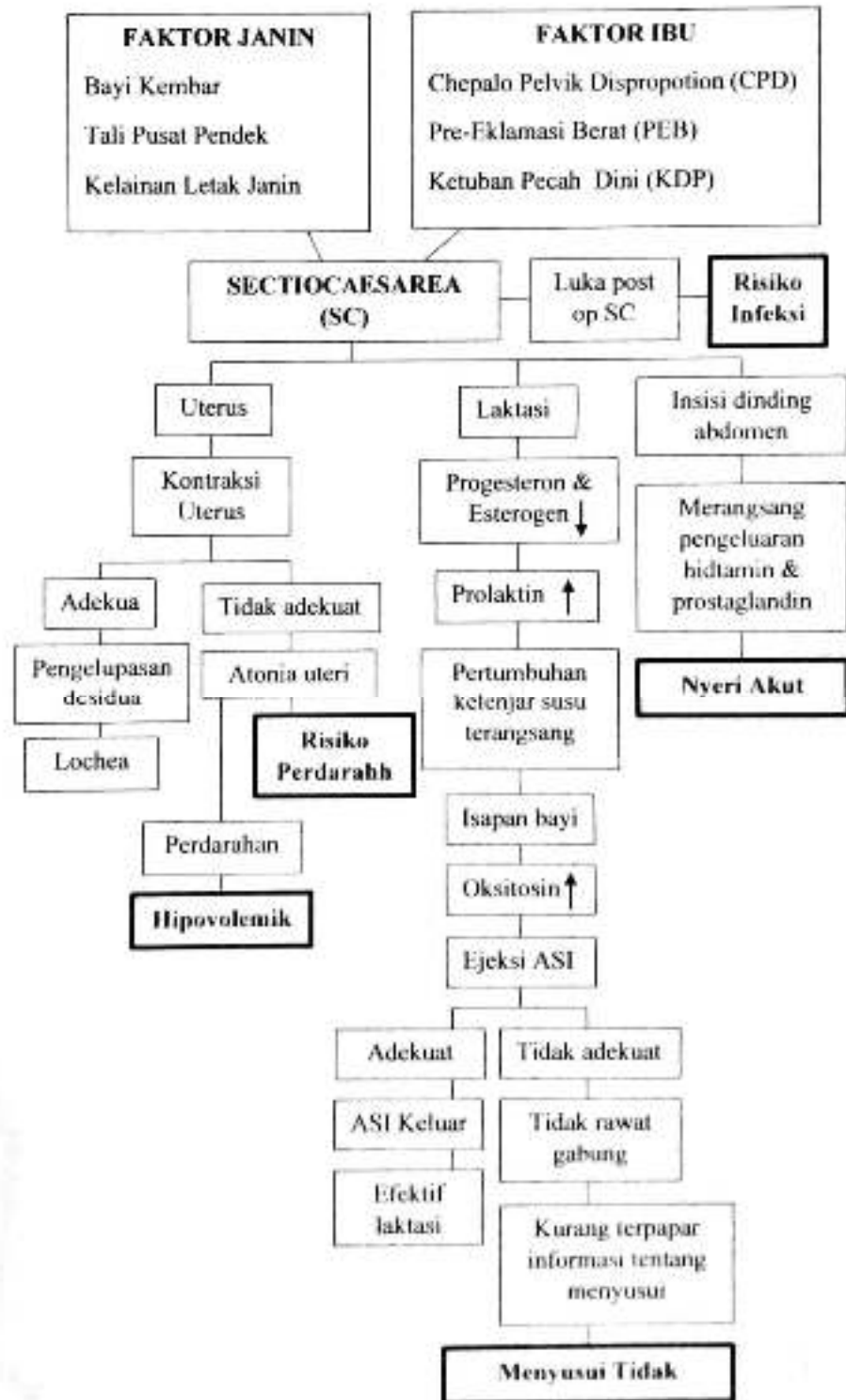
c. Remotie puerperineum

Merupakan waktu yang diperbolehkan ibu dapat pulih kembali terutama saat hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Pada tahap ini rentang waktu yang dialami setiap ibu akan berbeda tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil ataupun persalinan.



C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pathway



Skema 2 1 Pathway Post Partum

2. Pengkajian

a. Identitas klien dan penanggung jawab

Meliputi nama, umur ibu, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomormedical record, diagnosa medik, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum, dan tanda vital.

b. Keluhan utama

Keluhan yang di rasakan pasien saat datang ke pelayanan kesehatan.

c. Data Riwayat penyakit

1) Riwayat kesehatan sekarang.

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan pasien. Pada PEB meliputi pusing, nyeri kepala, nyeri epigastrium, bengkak dan sering buang air kecil.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, misalnya gizi kurang pada ibu, DM, jantung, hipertensi, masalah ginekologi/urinary, penyakit endokrin, HIV/AIDS, dll

3) Riwayat kehamilan

Riwayat kehamilan meliputi pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas sebelumnya bagi klien multipara. Jumlah kehamilan (GPA) jumlah anak hidup, jumlah kelahiran premature, jumlah kegugura, jumlah persalinan dengan tindakan, riwayat pendarahan, riwayat kehamilandengan hipertensi, berat badan bayi lahir

4) Riwayat pembedahan:

Riwayat pembedahan kaji adanya pembedahan yang pernah dialami oleh klien, jenis pembedahan, kapan, oleh siapa dan di mana tindakan tersebut berlangsung.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi adalah proses observasi yang sistematis yang tidak hanya terbatas pada penglihatan tetapi juga meliputi inderapendengaran dan penghidu. Hal yang diinspeksi antara lain mengobservasi kulit terhadap warna, perubahan warna, laserasi, lesi terhadap drainase, pola pernafasan terhadap kedalaman dan kesimetrisan, bahasa tubuh, pergerakan dan postur, penggunaan ekstremitas, adanya keterbatasan fisik, dan seterusnya.

2) Palpasi adalah menyentuh atau menekan permukaan luar tubuh dengan jari.

a) Sentuhan: merasakan suatu pembengkakan, mencatat suhu, derajat kelembaban dan tekstur kulit atau menentukan kekuatan kontraksi uterus.

b) Tekanan: menentukan karakter nadi, mengevaluasi edema, memperhatikan posisi janin atau mencubit kulit untuk mengamati turgor.

c) Pemeriksaan dalam: menentukan tegangan/tonus otot atau respon nyeri yang abnormal

3) Perkusi adalah melakukan ketukan langsung atau tidak langsung pada permukaan tubuh tertentu untuk memastikan informasi tentang

organ atau jaringan yang ada dibawahnya.

a) Menggunakan jari: ketuk lutut dan dada dan dengarkan bunyi yang menunjukkan ada tidaknya cairan , massa atau konsolidasi.

b) Menggunakan palu perkusi: ketuk lutut dan amati ada tidaknya refleks/gerakan pada kaki bawah, memeriksa refleks kulit perut apakah ada kontraksi dinding perut atau tidak

4) Auskultasi adalah mendengarkan bunyi dalam tubuh dengan bantuan stetoskop dengan menggambarkan dan menginterpretasikan bunyi yang terdengar. Mendengar: mendengarkan di ruang antekubiti untuk tekanan darah, dada untuk bunyi jantung/paru abdomen untuk bising usus atau denyut jantung janin.

e. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan darah (albumin yang menurun) dan urin (protein dalam urin +3 atau +4 serta pemeriksaan penunjang).

f. Data lain-lain :

1) Kaji mengenai perawatan dan pengobatan yang telah diberikan selama dirawat di RS.

2) Data psikososial. Kaji orang terdekat dengan klien, bagaimana pola komunikasi dalam keluarga, hal yang menjadi beban pikiran klien dan mekanisme koping yang digunakan.

3) Status sosio-ekonomi: Kaji masalah finansial klien

4) Kaji mengenai pengetahuan klien tentang KB, apakah klien setuju, apakah klien menggunakan kontrasepsi, dan menggunakan KB jenis apa.

- 5) Kaji kondisi bayi
- 6) Payudara
- 7) Pemeriksaan genetalia
- 8) VT
- 9) Vagina
- 10) Lochea

3. Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Dinarti & Mulyanti, 2017).

a. Nyeri akut (D.0077)

1) Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. (SDKI, 2020)

2) Etiologi

a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia,

neoplasma)

- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimiaairitan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar,terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (SDKI, 2020)

3) Manifestasi klinis

Gejala & Tanda Mayor dengan Subjektif Mengeluh nyeri dengan objektif Tampak meringis Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur. (SDKI, 2020)

Gejala & Tanda Mayor dengan Subjektif (tidak tersedia) dengan objektif Tekanan darah meningkat Pola napas berubah Nafsu makan berubah Proses berfikir terganggu Menarik diri Berfokus pada diri sendiri, Diaforesis. (SDKI, 2020)

4) Kondisi klinis terkait

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

b. Hipovolemia (D.0023)

1) Pengertian

Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan atau

intraseluler (SDKI, 2020)

2) Etiologi

- a) Kehilangan cairan aktif
- b) Kegagalan mekanisme regulasi
- c) Peningkatan permeabilitas kapiler
- d) Kekurangan intake cairan
- e) Evaporasi

3) Manifestasi klinis

Gejala & Tanda Mayor: Subjektif (tidak tersedia) dengan Objektif Frekuensi nadi meningkat, Nadi teraba lemah, Tekanan darah meningkat, Tekanan nadi menyempit, Turgor kulit menurun, Membran mukosa kering, Volume urin menurun, Hematokrit meningkat. (SDKI, 2020)

Gejala & Tanda Minor: Subjektif Merasa lemah, Mengeluh haus dengan Objektif Pengisian vena menurun, Status mental berubah, Suhu tubuh meningkat, Konsentrasi urin meningkat, Berat badan turun tiba-tiba. (SDKI, 2020)

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Penyakit Addison
- b) Trauma / perdarahan
- c) Luka bakar
- d) AIDS
- e) Penyakit Crohn
- f) Muntah

- g) Diare
- h) Kolitis ulseratif
- i) Hipoalbuminemia

c. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

1) Pengertian

Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. (SDKI, 2020)

2) Etiologi

a) Fisiologis

- (1) Ketidakadekuatan suplai ASI
- (2) Hambatan pada neonatus (mis. prematuritas, sumbing)
- (3) Anomali payudara (mis. Putting yang masukkedalam)
- (4) Ketidakadekuatan refleks oksitosin
- (5) Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi
- (6) Payudara bengkak
- (7) Riwayat operasi payudara
- (8) Kelahiran kembar

b) Situasional

- (1) Tidak rawat gabung
- (2) Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui
- (3) Kurangnya dukungan keluarga
- (4) Faktor budaya

3) Manifestasi klinis

Gejala & Tanda Mayor: Subjektifnya adalah Kelelahan maternal, Kecemasan maternal dengan Objektif Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes/memancar, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24jam, Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua. (SDKI, 2020)

Gejala & Tanda Mayor: Subjektifnya (tidak tersedia)dengan Objektif Intake bayi tidak adekuat. Bayi menghisap tidak terus menerus, Bayi menangis saat disusui, Bayi reweldan menangis dalam jam-jam pertama, setelah menyusui, Menolak untuk menghisap. (SDKI, 2020)

- 4) Kondisi klinis terkait
 - a) Abses payudara
 - b) Mastitis
 - c) Carpal tunnel syndrome*

d. Risiko Infeksi D.0142)

- 1) Definisi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

- 2) Faktor Risiko

- a) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasif

- c) Malnutrisi
 - d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 3) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
- a) Gangguan peristaltik
 - b) Kerusakan integritas kulit
 - c) Perubahan sekresi pH
 - d) Penurunan kerja siliaris
 - e) Ketuban pecah lama
 - f) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - g) Merokok
 - h) Statis cairan tubuh
- 4) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:
- a) Penurunan hemoglobin
 - b) Imunosupresi
 - c) Leukopenia
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinasi tidak adekuat
- 5) Kondisi Klinis Terkait
- a) AIDS
 - b) Luka bakar
 - c) Penyakit paru obstruktif kronis
 - d) Diabetes melitus
 - e) Tindakan invasif
 - f) Kondisi penggunaan terapi steroid

- g) Penyalahgunaan Obat
- h) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)
- i) Kanker
- j) Gagal ginjal
- k) Imunosupresi
- l) Lymphedema
- m) Leukositopenia
- n) Gangguan fungsi hati

e. Risiko perdarahan (D.0012)

1) Pengertian

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (SDKI, 2020)

2) Etiologi

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises)
- c) Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis)
- d) Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilankembar)
- e) Komplikasi pasca partum (mis. atonia uterus, retensiplasenta)
- f) Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)
- g) Efek agen farmakologis
- h) Tindakan pembedahan
- i) Trauma

- j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
 - k) Proses keganasan
- 3) Kondisi klinis terkait
- a) Aneurisma
 - b) Koagulopati intravaskuler diseminata
 - c) Sirosis hepatitis
 - d) Ulkus lambung
 - e) Varises
 - f) Trombositopenia
 - g) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - h) Plasenta previa/abruptio
 - i) Atonia uterus
 - j) Retensi plasenta
 - k) Tindakan pembedahan
 - l) Kanker
 - m) Trama

4. Intervensi

Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

a. Nyeri Akut (D.0077)

SLKI: Tingkat Nyeri (L.08066)

1) 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. (SLKI, 2020)

2) Ekspektasi: Menurun

3) Kriteria Hasil

Skor: Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkatkan 4, Meningkatkan 5

a) Kemampuan menuntaskan aktivitas

Skor: Meningkatkan 1, Cukup Meningkatkan 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5

a) Keluhan nyeri

b) Meringis

c) Sikap protektif

d) Gelisah

e) Kesulitan tidur

f) Menarik diri

g) Berfokus pada diri sendiri

h) Diaforesis

i) Perasaan depresi (tertekan)

j) Perasaan takut mengalami cedera berulang

k) Anoreksia

l) Perineum terasa tertekan

m) Uterus teraba membulat

n) Ketegangan otot

o) Pupil dilatasi

p) Muntah

q) Mual

Skor: Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup

Membaik 4, Membaik 5

a) Frekuensi nadi

b) Pola napas

c) Tekanan darah

d) Proses berpikir

e) Fungsi berkemih

f) Perilaku

g) Nafsu makan

h) Pola fikir

SIKI: Manajemen Nyeri (L.08238)

1) 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.

2) Tindakan

a) Observasi

(1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

kualitas, intensitas nyeri

- (2) Identifikasi skala nyeri
 - (3) Identifikasi respon nyeri non verbal
 - (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - (6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 - (7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 - (8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 - (9) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- b) Terapeutik
- (1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)
 - (2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - (3) Fasilitasi istirahat dan tidur
 - (4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- c) Edukasi
- (1) Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
 - (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri

- (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- (5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Hipovolemia (D.0023)

SLKI: Status Cairan (L.03208)

1) Definisi

Kondisi volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/ atau intraseluler

2) Ekspektasi Membaik

3) Kriteria Hasil

Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkatkan 4, Meningkatkan 5

a) Kekuatan nadi

b) Turgor kulit

c) Output urine

d) Pengisian vena

Skor : Meningkatkan 1, Cukup Meningkatkan 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5

a) Ortopnea

b) Dispnea

c) Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)

- d) Edema anasarka
- e) Edema perifer
- f) Berat badan
- g) Distensi vena jugularis
- h) Suara napas tambahan
- i) Kongesti paru
- j) Perasaan lemah
- k) Keluhan haus
- l) Konsentrasi urine

Skor : Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup
Membaik 4, Membaik 5

- a) Frekuensi nadi
- b) Tekanan darah
- c) Tekanan nadi
- d) Membran mukosa
- e) Jugular venous pressure (JVP)
- f) Kadar Hb
- g) Kadar Ht
- h) Central venous pressure
- i) Reluks hepatojugular
- j) Berat badan
- k) Hepatomegali
- l) Oligur
- m) Intake cairan

n) Status mental

o) Suhu tubuh

c. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

SLKI: Status Menyusui (L.03029)

1) Definisi

Kemampuan memberikan ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (SLKI, 2020)

2) Ekspektasi: Membaik

3) Kriteria Hasil

Skor: Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5

a) Perlekatan bayi pada payudara ibu

b) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar

c) Miksi bayi lebih dari 8 kali/ 24 jam

d) Berat badan bayi

e) Tetesan/pancaran ASI

f) Suplai ASI adekuat

g) Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan

h) Kepercayaan diri ibu

i) Bayi tidur setelah menyusui

j) Payudara ibu kosong setelah menyusui

k) Intake bayi

l) Hisapan bayi

Skor: Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5

- a) Lecet pada puting
- b) Kelelahan maternal
- c) Kecemasan maternal
- d) Bayi rewel
- e) Bayi menangis setelah menyusui

SIKI: Edukasi Menyusui (I.12393)

1) Definisi

Memberikan informasi dan saran tentang menyusui yang dimulai dari antepartum, inpartum, dan postpartum

2) Tindakan

a) Observasi

(1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

(2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

b) Terapeutik

(1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

(2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

(3) Berikan kesempatan untuk bertanya

(4) Dukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui

(5) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat

c) Edukasi

- (1) Berikan konseling menyusui
- (2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- (3) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan peletakan(lacth on) dengan benar
- (4) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
- (5) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)

d. **Risiko Perdarahan (D.0012)**

SLKI: Tingkat Perdarahan (L.02017)

1) Definisi

Kehilangan darah baik internal (terjadi didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (SLKI, 2020)

2) Ekspektasi: Menurun

3) Kriteria Hasil

Skor: Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5

a) Kelembapan membran mukosa

b) Kelembapan kulit

c) Kognitif

Skor: Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5

- a) Hemoptisis
- b) Hematemesis
- c) Hematuria
- d) Perdarahan anus
- e) Distensi abdomen
- f) Perdarahan vagina
- g) Perdarahan paska operasi

Skor: Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3,
Cukup Membaik 4, Membaik 5

- a) Hemoglobin
- b) Hematokrit
- c) Tekanan darah
- d) Frekuensi nadi
- e) Suhu tubuh

SIKI: Pencegahan Perdarahan (I.02067)

1) Definisi

Mengidentifikasi dan menurunkan risiko atau komplikasi
stimulus yang menyebabkan perdarahan atau resiko perdarahan

2) Tindakan

a) Observasi

(1) Monitor tanda dan gejala perdarahan

(2) Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan

setelah kehilangan darah

- (3) Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- (4) Monitor koagulasi (mis. prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)

b) Terapeutik

- (1) Pertahankan bed rest selama perdarahan
- (2) Batasi tindakan invasif, jika perlu
- (3) Gunakan kasur pencegahan dekubitus
- (4) Hindari pengukuran suhu rektal

c) Edukasi

- (1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- (2) Menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- (3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- (4) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- (5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan & vitamin K
- (6) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
- (2) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu
- (3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

6. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistemik dan terancam tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan data Subjektif, Objektif, Assessment, Plan (SOAP) (Dinarti & muhyanti, 2017).

C. Evidence Base Practice (EBP)

1. Menurut jurnal penelitian dari (Triwik Sri Mulati & Dewi Susilowati, 2016) yang berjudul “Pengaruh Pelatihan Tehnik Menyusui Yang Benar Pada Ibu Nifas Primipara Terhadap Ketrampilan Dalam Menyusui” yang

bertujuan untuk membuktikan pengaruh pelatihan tehnik menyusui yang benar pada ibu nifas primipara terhadap ketrampilan dalam menyusui. Penelitian ini mengungkapkan sebelum diberi pelatihan tehnik menyusui yang benar sebagian besar ibu primipara kurang trampilan dalam menyusui pada primipara yaitu 95% dan 5% keterampilan cukup, setelah di beri satu kali pelatihan tehnik menyusui yang benar frekuensi ketrampilan dalam menyusui pada ibu primipara menjadi baik 75% dan cukup 25%. Setelah di beri dua kali pelatihan frekuensi ketrampilan dalam menyusui baik 95% dan cukup 5%. Nilai rata rata ketrampilan ibu nifas primipara sebelum di beri pelatihan (pre tes) adalah 39.2, nilai rata rata ketrampilan ibu nifas primipara setelah di beri satu kali pelatihan (post tes 1) adalah 77.7 dan setelah di beri dua kali pelatihan (post tes ke 2) adalah 95.8.

2. Menurut jurnal penelitian dari (Evi Rinata, Tutik Rusdyati, & Putri Anjar Sari, 2016) yang berjudul “Teknik Menyusui Posisi Perlekatan Dan Ketidakefektifan Menghisap Pada Ibu Menyusui” yang bertujuan untuk mencari tahu bagaimana hubungan antara usia, paritas, pendidikan, status pekerjaan, masalah payudara, usia gestasi, dan berat badan lahir dengan teknik menyusui di RSUD Sidoarjo yang diukur pada saat yang sama sehingga tiap subyek penelitian diobservasi satu kali saja. Metode yang digunakan pada penelitian ini yaitudeskriptif dengan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu nifas yang masih dirawat inap di Ruang Nifas dengan kriteria memiliki bayi dan menetei, dan ibu yang datang untuk menyusui bayinya yang sedang dirawat inap di

RuangBayi RSUD Sidoarjo pada tanggal 10 November s/d 28 Desember 2015 yang berjumlah sebanyak 208 ibu menyusui dengan besar sampel 140 orang. Sampling dalam penelitian ini menggunakan probability sampling dengan teknik simple random sampling. Penelitian ini mengungkapkan sebagian besar usia ibu menyusui adalah 20-35 tahun (73,6%), diikuti ibu yang berusia lebih dari 35 tahun (22,9%) dan di bawah 20 tahun (3,6%). Posisi menyusui yang baik sebagian besar pada kelompok ibu berusia >35 tahun, sedangkan posisi yang cukup hampir sama besarnya pada kelompok usia 30-35 tahun dan kelompok >35 tahun dan posisi menyusui yang kurang lebih banyak terjadi pada kelompok usia <20 tahun.

3. Menurut jurnal penelitian dari (Apri Sulistianingsih, Yeti Septia Sari, 2018) yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Teknik Menyusui Pada Ibu Nifas” yang bertujuan untuk mengetahui faktor faktor yang berpengaruh terhadap teknik menyusui yang benar di Puskesmas Pringsewu Lampung. Penelitian ini menggunakan observasional analitik dengan pendekatan crosssectional di Wilayah kerja Puskesmas Pringsewu. Pada penelitian ini terdapat 44 orang ibu menyusui dengan persalinan spontan dan menyetujui mengikuti penelitian. Hasil penelitian menunjukkan 47,7% ibu nifas yang menyusui masih kurang benar. Terdapat hubungan pengetahuan, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), paritas dan pendidikan kesehatan dengan teknik menyusui $p < 0,05$. Hasil multivariat pendidikan kesehatan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap teknik menyusui (Exp β ; 9,879). Kesimpulan:

Pendidikan kesehatan oleh tenaga kesehatan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap teknik menyusui pada nifas. Disarankan bahwa, penting bagi tenaga kesehatan memberikan edukasi teknik menyusui yang benar bahkan sebelum kelahiran untuk meningkatkan pengetahuan, IMD dan keberhasilan menyusui yang benar.

4. Menurut jurnal penelitian dari (Bestfy Anitasari, Anggraeni, Santi, 2020) yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Ibu Post Partum Tentang Teknik Menyusui Dengan Keefektifan Proses Menyusui” Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu tentang teknik menyusui dengan keefektifan proses menyusui. Desain penelitian ini digunakan observasi correlation analitik dengan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu post partum yang menyusui di ruang nifas Bougenville RSUD Sawerigading Kota Palopo sebanyak 28 orang dan sample penelitian menggunakan total sampling yaitu sebanyak 28 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu proses menyusunya efektif sebanyak 26 orang (92.9%) dan ibu yang mengalami proses menyusunya tidak efektif sebanyak 2 orang (7.1%).