

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Landasan Teori *Postpartum Sectio Caesarea*

2.1.1 Konsep *Postpartum*

a. Pengertian *postpartum*

Masa *postpartum* sering disebut juga sebagai masa nifas atau bisa disebut dengan istilah *puerperium*. Menurut Reeder menyatakan bahwa istilah *puerperium* berasal dari bahasa latin yang terdiri dari kata *puer* artinya anak, dan *parere* artinya melahirkan. Dari kata tersebut maka pengertian *puerperium* atau *postpartum* adalah masa pemulihan alat reproduksi yang dimulai sejak persalinan selesai sampai 40 hari atau 6 minggu (Leniwita & Anggraini, 2019).

Postpartum menurut Wahyuningsih pada tahun 2018 mengatakan bahwa *postpartum* merupakan proses setelah persalinan dan *postpartum* terbagi menjadi 3 bagian yaitu, periode *immediate postpartum*, periode *early postpartum*, dan ada periode *late postpartum* (Kuswanto, et al., 2022).

Dari uraian pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa *postpartum* merupakan masa pemulihan alat reproduksi atau masa kembalinya organ tubuh Ibu seperti sebelum hamil dalam waktu setelah persalinan hingga 6 minggu atau selama 40 hari dan terbagi menjadi tiga periode yaitu, periode *immediate postpartum*, periode *early postpartum*, dan ada periode *late postpartum*.

b. Periode *postpartum*

Menurut Wahyuningsih didalam (Kuswanto, et al., 2022) masa Ibu *postpartum* dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1) Periode *immediate postpartum*

Periode *immediate postpartum* merupakan periode masa setelah melahirkan dalam waktu 24 jam pertama. pada periode ini merupakan fase kritis karena, sering terjadi insiden perdarahan *postpartum* karena atonia uteri. Maka dari itu, perawat perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi kontraksi uterus, pengeluaran lochia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu tubuh pada Ibu.

2) Periode *early postpartum*

Pada periode *early postpartum* yaitu periode dalam kurun waktu setelah 24 jam kelahiran sampai 1 minggu setelah melahirkan. Pada masa ini perawat harus memastikan keadaan Ibu karena, pada periode ini sering terjadi risiko komplikasi dan perawat harus memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, *lochea* tidak berbau busuk, tidak demam, Ibu terpenuhi asupan makanan dan cairan yang cukup, dan Ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode *late postpartum*

Pada periode *late postpartum* yaitu periode dalam kurun waktu setelah 1 minggu pertama melahirkan hingga 6 minggu setelah melahirkan. Pada periode ini, terjadi perubahan secara bertahap pada tubuh Ibu, peran perawat masih tetap melakukan asuhan keperawatan dan, pemeriksaan seperti di periode *early postpartum* serta, konseling dalam perencanaan program KB.

c. Perubahan fisiologis pada *postpartum*

Hacker & More mengatakan hal yang dapat mempermudah mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian keperawatan, yaitu islitah yang dinamakan BUBBLE-HE yaitu, *Breast* (payudara), *Uterus* (rahim), *Bowel* (fungsi usus), *Bladder* (kandung kemih), *Lochea* (pengeluaran darah dan sisa jaringan), *Episiotomy* (episiotomi /perinium), *Homan sign* (mengevaluasi tanda adanya *thrombosis vena* pada ekstremitas bawah), dan *Emotion* (emosi). Berikut ini merupakan penjelasan yang telah diuraikan oleh Wong, Perry dan Hockenberry;Olds;Pilliteri dalam (Leniwita & Anggraini, 2019) mengenai perubahan fisik selama *postpartum* :

1) Payudara

Keadaan payudara akan membesar dan keras, Ibu akan merasa nyeri ditandai dengan sekresi air susu sehingga akan terjadi proses laktasi dikarenakan hormon prolaktin telah meningkat dalam darah yang merangsang sel acini untuk memproduksi ASI. Ada beberapa hormon yang mengalami penurunan pada saat bayi telah lahir yaitu hormon estrogen, progesteron, *human chorionic gonadotropin*, prolaktin, kortisol, dan insulin (Zubaidah, Rusdiana, Norfitri, & Pusparina, 2021)

2) Involusi uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan berkontraksi dan retraksi otot uterus akan menjadi keras sehingga dapat mengakibatkan tertutupnya pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Hal penting yang harus diperhatikan dalam proses involusi uterus, 12 jam setelah melahirkan plasenta,

TFU akan turun 1 cm dibawah pusar, selanjutnya akan turun 1 cm atau 1 jari perhari menuju simpisis pubis. Apabila uteri *abnormal*, maka bisa dicurigai Ibu mengalami subinvolusi uterus yang disebabkan oleh infeksi. (Bina, 2021)

Tabel 2. 1 Perubahan uterus pada masa *postpartum*

Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Palpasi Servik
(1)	(2)	(3)	(4)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr	Lunak
Plasenta lahir	2 jari di bawah pusat	750 gr	Lunak
1 minggu	Pertengahan pusat dengan symphisis	500 gr	2 cm
2 minggu	Tidak teraba di atas symphisis	350 gr	1 cm
6 minggu	Bertambah kecil dan tidak teraba	50-60 gr	Menyempit

Sumber : (Bina, 2021)

Gambar 2. 1 Tinggi fundus uteri setelah melahirkan



Sumber : (Bina, 2021)

3) *Lochea*

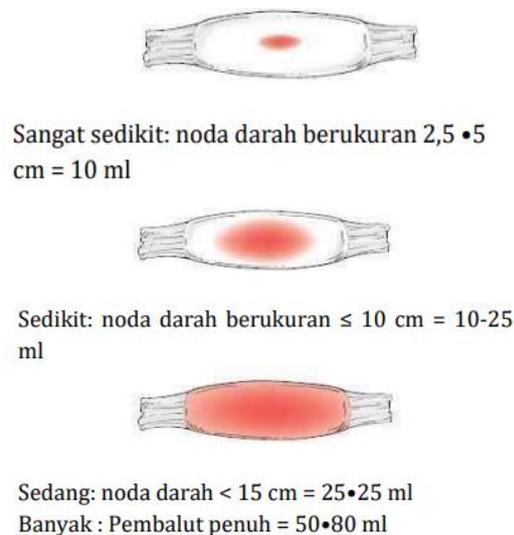
Lochea merupakan pengeluaran sekret yang keluar melalui vagina. Secara mikroskopik, *lochea* terdiri dari eritrosit, jaringan desidua, sel – sel epitel dan bakteri yang dikeluarkan pada awal masa nifas, bila pengeluaran *lochea* berkepanjangan bisa karena pengeluaran *lochea* tertahan atau *lochea* yang purulenta atau mengandung nanah, dan merasakan nyeri yang berlebihan maka

hal ini merupakan indikasi perdarahan dan infeksi *intra uteri*. *Lochea* normal seharusnya tidak memiliki bau yang menyengat dan tidak menyebabkan iritasi atau gatal pada area genital, ciri *lochea* yang baunya *abnormal* yaitu memiliki bau yang tidak sedap seperti bau busuk dan bisa menjadi tanda adanya infeksi. *Lochea* dibagi berdasarkan warna dan kandungannya menurut (Lilieik & Nawangasari, 2020), yaitu :

a) *Lochea rubra*

Muncul pada hari ke 1 sampai hari ke tiga masa *postpartum*, berwarna merah segar dan kental yang terdiri atas sel desidua, *verniks caseosa*, rambut lanugo, sisa *meconium*, dan jaringan sisa - sisa plasenta.

Gambar 2. 2 Pengeluaran *lochea rubra* di pembalut



Sumber : (Bina, 2021)

b) *Lochea saguinolenta*

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir yang keluar pada hari ke empat sampai hari ke tujuh *postpartum*

c) *Lochea serosa*

Lochea ini muncul pada hari ke 5 - 14 *postpartum*, berwarna merah tua kecoklatan, atau kuning kecoklatan. Terdiri dari sedikit darah, serum, leukosit dan robekan laserasi plasenta.

d) *Lochea alba*

Lochea ini dimulai pada >14 hari hingga 2 sampai 4 minggu yang semakin lama pengeluaran *lochea* semakin sedikit dan mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput *lendir serviks*, dan serabut jaringan mati dan berwarna putih atau kuning keputihan.

4) Sistem perkemihan

Setelah melahirkan terjadi penurunan kadar hormon estrogen secara drastis dan akan mengakibatkan urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12 - 36 jam setelah persalinan. *Diuresis* saat *postpartum* karena hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan secara drastis setelah plasenta dilahirkan. Kapasitas kandung kemih pada saat keadaan tidak hamil yaitu sebanyak 350 – 400 ml, sedangkan pada masa *postpartum* kapasitas kandung kemih ada sebanyak 550 – 600 ml bahkan mencapai 1 liter. Jika terjadi peningkatan kapasitas kandung kemih dan peningkatan produksi urin serta menurunnya sensitivitas otot kandung kemih akibat edema pada masa *postpartum* akan menyebabkan *over distensi*, dan normal kembali dalam waktu 6 minggu.

5) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina akan mengalami penekanan serta peregangan selama proses persalinan dan kembali secara bertahap dalam waktu 6 - 8 minggu *postpartum*.

6) *Cardiac output*

Pada hari pertama *postpartum* jika, terjadi penurunan *cardiac output* maka, dapat menyebabkan bradikardi 50 – 70 x/menit. Bila frekuensi nadi cepat dan lemah dapat mengindikasikan adanya perdarahan, kecemasan, kelelahan, infeksi penyakit jantung, dan dapat terjadi hipotensi orthostatik dengan penurunan tekanan *systolik* sebanyak kurang lebih 20 mmHg, dan jika terjadi penurunan tekanan darah secara drastis, maka hal ini merupakan indikasi terjadinya perdarahan uteri.

7) Volume dan konsentrasi darah

Erythropoesis meningkat saat persalinan dan dapat menyebabkan kadar hemoglobin menurun dan nilainya akan kembali stabil pada hari keempat *postpartum*. Pada *early postpartum* jumlah leukosit meningkat dari 15.000/mm³ bisa mencapai hingga nilai 25.000/mm³ atau hingga nilai 30.000/mm³ dan tidak adanya kondisi patologis. Pilliteri mengatakan jika jumlah leukosit meningkat sebanyak lebih dari 30% dalam 6 jam pertama, maka hal tersebut bisa menjadi indikasi adanya infeksi. Normalnya jumlah darah yang hilang di fase *postpartum* dengan persalinan spontan sekitar 400-500 ml, dan normalnya jumlah darah yang keluar pada pasien *postpartum* dengan SC 800ml – 1000ml. (Leniwita & Anggraini, 2019)

8) Sistem endokrin

a) Hormon oksitosin

Hormon oksitosin dihasilkan oleh glandula pituitari *posterior* dan berperan terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Pengeluaran hormon oksitosin

dapat dirangsang dengan melalui isapan bayi, hormon oksitosin bermanfaat untuk membantu pengeluaran ASI, dan juga kembalinya uterus ke bentuk normal.

b) Hormon hipofisis

Kadar prolaktin pada Ibu menyusui akan tetap tinggi sampai minggu ke 6 *postpartum*.

c) Hormon plasenta

Hormon HCG, estrogen, dan progesteron di dalam darah akan menurun saat plasenta keluar dari dinding uterus, dan hormon ini akan kembali normal setelah satu minggu *postpartum*.

9) Sistem pencernaan

a) Nafsu makan

Setelah Ibu melahirkan dan kondisi Ibu sudah benar benar pulih dari efek analgesia, *anesthesia*, dan kelelahan, maka biasanya Ibu merasa sangat lapar dan ingin makan dengan jumlah dua kali porsi Ibu.

b) Motilitas

Analgesia, dan *anesthesia* mempunyai kelebihan yaitu dapat memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Defekasi

Setelah Ibu melahirkan biasanya buang air spontan tertunda selama 2-3 hari, dikarenakan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa *postpartum*, Ibu biasanya bisa merasa nyeri karena adanya hemoroid.

10) Perubahan tanda tanda vital

Pada Ibu masa *postpartum* akan terjadi perubahan tanda – tanda vital menurut (Liliek & Nawangasari, 2020) yaitu :

a) Suhu tubuh

Saat memasuki masa *postpartum* terutama selama 24 jam suhu tubuh Ibu normalnya akan naik $37,5^{\circ}\text{C}$ – 38°C sebagai dampak dari kerja keras Ibu sewaktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan, dan kelelahan.

b) Nadi

Denyut nadi akan lebih cepat biasanya melebihi denyut nadi normal (60-80x / menit).

c) Tekanan darah

Tekanan darah akan tetap normal yaitu 120/80 mmHg, tetapi jika tekanan darah tinggi atau rendah, terjadinya kelainan seperti perdarahan dan preeklampsia.

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan Ibu akan normal yaitu 16-20x/menit, bila pernapasan Ibu menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda – tanda syok pada Ibu.

d. Perubahan adaptasi psikologis pada *postpartum*

Perubahan adaptasi psikologis Ibu *postpartum* dibagi menjadi 3 tahap menurut (Bina, 2021) yaitu :

1) Fase *taking in* / ketergantungan

Taking In merupakan fase ketergantungan terjadi pada waktu satu sampai dua hari setelah persalinan, dan di fase ini merupakan fase dimana Ibu berfokus ke diri sendiri, bersikap postif, bersikap pasif, dan Ibu merasa ketergantungan secara

emosional dan, mencoba beradaptasi dengan pengalaman persalinan dalam kehidupannya.

2) Fase *taking hold* ketergantungan mandiri

Taking hold merupakan fase transisi antara ketergantungan dan kemandirian dimana fase ini terjadi pada waktu hari ketiga sampai kesepuluh hari setelah persalinan. Pada fase ini akan terjadi fase bertahap dimana tenaga Ibu pulih kembali, Ibu merasa lebih nyaman, fokus perhatian Ibu mulai beralih pada bayi, Ibu merasa antusias dalam merawat bayinya, dan mulai mandiri dalam perawatan diri, serta menerima informasi mengenai perawatan bayi dan perawatan diri sendiri.

3) Fase *letting go* saling ketergantungan

Letting go merupakan fase Ibu sudah mandiri, dengan jangka waktu dua minggu hingga empat minggu setelah persalinan, dan Ibu mulai menerima peran barunya sebagai Ibu dari bayi baru lahir.

e. Komplikasi *postpartum*

Berikut ini komplikasi *postpartum* menurut (Leniwita & Anggraini, 2019) :

1) Perdarahan *postpartum*

Perdarahan *postpartum* merupakan kehilangan darah >500ml untuk persalinan spontan dan >1000ml untuk persalinan *sectio caesarea*, dan biasanya disebabkan oleh tiga penyebab utama perdarahan postpartum yaitu atonia uteri, lacerasi, dan tertahannya jaringan plasenta.

2) Infeksi puerperium

Infeksi puerperium adalah infeksi bakteri yang terjadi di area traktus genitalia pada masa *postpartum*, jika terjadi infeksi biasanya tubuh akan mengalami kenaikan suhu lebih dari 38°C yang terjadi pada hari ke 2 sampai 10 hari pertama setelah persalinan.

3) Mastitis

Mastitis merupakan peradangan yang terjadi pada area kelenjar payudara atau mammae. Faktor yang dapat menyebabkan terjadinya mastitis yaitu karena penyumbatan saluran susu, daya tahan tubuh Ibu yang rendah, Ibu kelelahan atau stres, kebersihan payudara yang tidak terjaga, dan keretakan atau keterbelahan puting. Mastitis dapat terjadi saat minggu ke-2 atau ke-4 *postpartum*.

2.1.2 Konsep *Postpartum Sectio Caesarea*

a. Pengertian *sectio caesarea*

Sectio caesarea (SC) menurut Amru Sofian adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut dengan berbagai jenis operasi SC yaitu *sectio caesarea* abdomen, *sectio caesarea* vaginalis, *sectio caesarea* klasik atau disebut corporal, dan *sectio caesarea* ismika atau disebut profunda (Nurarif & Kusuma, 2015).

Pengertian lain menyebutkan bahwa SC adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Batara, 2021).

Dapat disimpulkan dari pengertian diatas bahwa *sectio caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan atau insisi pada dinding uterus dan dinding perut.

b. Indikasi *sectio caesarea*

Indikasi untuk melakukan operasi SC menurut kasus SC yang telah di susun oleh Peel dan Chamberlain didalam (Wiknjosastro, 2007) yaitu disproporsi janin - panggul, gawat janin, plasenta previa, rupture uteri, riwayat histerektomi klasik, Ibu memiliki penyakit HIV atau HSV, ada riwayat SC sebelumnya, kelainan letak, preeklampsia, hipertensi. Operasi SC tidak akan dilakukan jika tidak dalam keadaan bahaya, keadaan bahaya yang dimaksud adalah bila terdapat masalah pada jalan lahir, HIS, dan atau janin.

c. Klasifikasi *sectio caesarea*

Ada beberapa jenis klasifikasi SC menurut (Wiknjosastro, 2007) yaitu :

1) *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Sectio caesarea transperitonealis profunda merupakan pembedahan yang dilakukan dengan insisi di segmen bawah uterus. Terdapat keunggulan dalam pembedahan ini yaitu perdarahan luka insisi tidak begitu banyak, bahaya peritonitis tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat, sehingga bahaya rupture uteri di kemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas segmen bawah uterus tidak terlalu banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri, dan luka dapat sembuh dengan sempurna.

2) *Sectio caesarea* klasik atau *sectio caesarea corporal*

Sectio caesarea klasik atau *sectio caesarea corporal* merupakan insisi yang dibuat pada korpus uteri. Pembedahan yang hanya akan dilakukan jika ada halangan untuk melakukan *sectio caesarea transperitonealis profunda* misalnya seperti melekat eratnya uterus pada dinding perut karena riwayat SC sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya perdarahan banyak karena ada hubungan dengan letaknya plasenta previa dan pembuluh darah yang terpotong tidak dapat menutup dengan cepat dan menimbulkan perdarahan. Selain itu, saat proses persalinan, rahim membesar untuk menampung bayi dan pembuluh darah di rahim juga melebar, sehingga jika terjadi sayatan pada pembuluh darah ini, risiko perdarahan *postpartum* akan semakin tinggi. Pembedahan ini sedikit berbahaya karena bahaya peritonitis dan terjadi ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya.

3) *Sectio caesarea ekstraperitoneal*

Sectio caesarea ekstraperitoneal merupakan proses pembedahan yang dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi puerperal, dengan pemantauan pengobatan terhadap infeksi.

d. Pemeriksaan penunjang *post sectio caesarea*

Pemeriksaan penunjang untuk *postpartum sectio caesarea* menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) yaitu :

- 1) Pemantauan EKG
- 2) Elektrolit
- 3) Hemoglobin / hematokrit
- 4) Urinalisis

e. Komplikasi *post sectio caesarea*

Berikut ini komplikasi yang bisa timbul pada Ibu menurut (Wiknjosastro, 2007) :

1) Infeksi puerperal

Infeksi puerperal merupakan komplikasi yang bisa bersifat ringan yang hanya memunculkan gejala seperti kenaikan suhu dalam beberapa hari selama masa nifas. Komplikasi yang bisa bersifat berat seperti peritonitis, sepsis, dan sebagainya.

2) Perdarahan

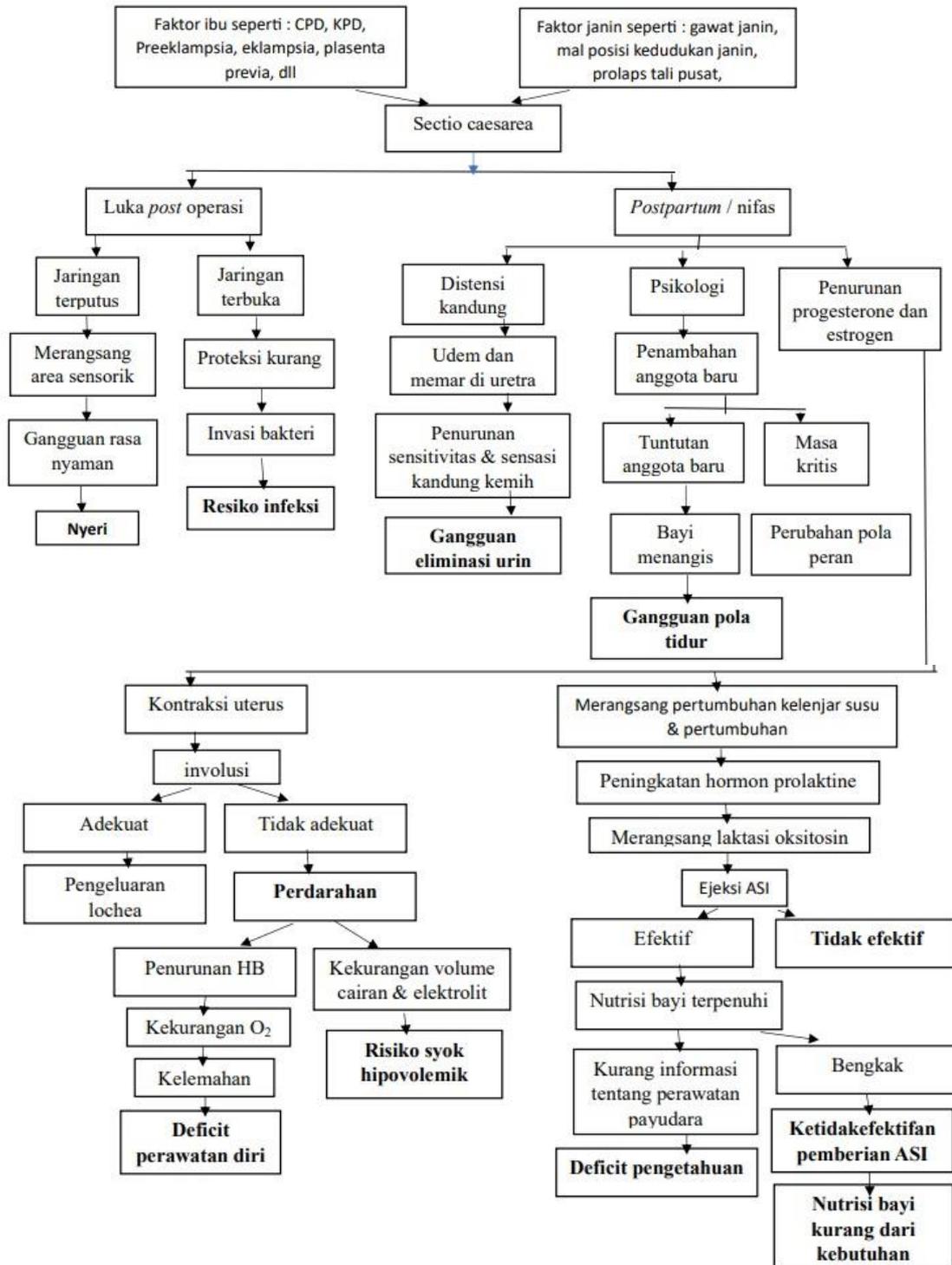
Perdarahan setelah operasi SC dapat terjadi karena perdarahan di area bekas sayatan, dan bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang - cabang arteria uterine ikut terbuka, atau perdarahan juga bisa timbul melalui uterus dan bisa disebut komplikasi saat perdarahan >1000ml yang disebabkan oleh atonia uteri, dan plasenta previa (Saifuddin, 2002). Perdarahan yang terus menerus dapat menyebabkan anemia dan memerlukan transfusi darah.

3) Nyeri dan masalah pada laktasi

Nyeri dan masalah dengan laktasi pada area bekas operasi dan kesulitan dalam menyusui bayi dapat terjadi setelah operasi SC, Ibu kemungkinan dapat mengalami kesulitan dalam mengangkat bayi atau bergerak setelah operasi

f. *Pathway post sectio caesarea*

Gambar 2. 3 *Pathway sectio caesarea*



Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.3 Perdarahan *Postpartum*

a. Pengertian perdarahan *postpartum*

Perdarahan *postpartum* adalah keadaan kehilangan darah lebih dari 500 ml dalam 24 jam yang dialami seseorang sehabis melahirkan, untuk kuantitas kehilangan darah pada persalinan spontan sebanyak 500 ml dan untuk kuantitas kehilangan darah pada persalinan SC yaitu 1000 ml (Bina, 2021).

Sedangkan, menurut Deitra & Shannon dalam (Leniwita & Anggraini, 2019) perdarahan *postpartum* adalah hilangnya darah lebih dari 500cc setelah kelahiran pervagina, dan 1000 cc setelah kelahiran *sectio caesarea*.

Dari kedua definisi perdarahan *postpartum* dapat disimpulkan bahwa perdarahan *postpartum* merupakan suatu keadaan komplikasi yang terjadi kepada Ibu *postpartum*, untuk persalinan spontan hilangnya sebanyak 500 ml dan untuk persalinan SC hilangnya darah sebanyak 1000 ml atau lebih.

b. Klasifikasi perdarahan *postpartum*

Menurut (Leniwita & Anggraini, 2019) berdasarkan waktu kejadiannya perdarahan *postpartum* dibagi menjadi dua klasifikasi, yaitu :

1) Perdarahan *postpartum* primer

Perdarahan *postpartum* primer merupakan perdarahan yang terjadi dalam 24 jam setelah kelahiran. Penyebab utama perdarahan *postpartum* primer adalah atonia uteri, *retensio* plasenta, robekan jalan lahir dan *inversio* uteri.

2) Perdarahan *postpartum* sekunder

Perdarahan *postpartum* sekunder merupakan perdarahan yang terjadi setelah 24 jam kelahiran sampai 6 hingga 12 minggu setelah kelahiran. Perdarahan

postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, tekanan darah tinggi, aktivitas fisik berlebihan, kelainan pembekuan darah, gangguan hormon, penyusutan rahim yang tidak baik.

Adapun klasifikasi perdarahan berdasarkan jumlah perdarahan, sebagai berikut :

Tabel 2. 2 Klasifikasi perdarahan

Klasifikasi	Perkiraan Perdarahan (ml)	Presentase Perdarahan (%)	Tanda dan gejala klinis	Tindakan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Normal	<500	<10		
Waspada				
1	500-1000	<15	Teraba takikardi, pening, palpitasi, pusing	Perlu pengawasan
Bertindak				
2	1200-1500	20-25	Frekuensi nadi cepat dan lemah, hipotensi postural, takikardi, berkeringat, tekanan darah penurunan 80/100mmHG, syok ringan	Terapi cairan infus dan uterotonika
3	1800-2100	30-35	Takikardia akral dingin, gelisah, pucat, oliguria, penurunan tekanan darah 70/80mmHg, syok sedang	Manajemen aktif agresif
4	>2400	>40	Syok berat, pingsan anuria, sesak, hipoksia, penurunan tekanan darah tajam 50/70mmHg, syok berat	Manajemen aktif kritikal (risiko 50% mortalitas bila tidak ditatalaksana aktif)

Sumber : (Simanjuntak, 2020)

c. Etiologi perdarahan *postpartum sectio caesarea*

Penyebab umum perdarahan *postpartum* SC menurut (Hany, Trisumini, & Puspita, 2020) yaitu :

1) Atonia uteri

Atonia Uteri merupakan keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Gejala yang biasanya timbul: syok (tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual dan lain-lain). Kontraksi uterus untuk ibu yang *post sectio caesarea* berbeda dengan persalinan spontan karena adanya insisi dapat berpengaruh terhadap peregangan dan trauma pada otot rahim terhadap kontraksi uterus. Faktor risiko atonia uteri menurut (Norwitz & Schorge, 2007) adalah polihidramnion, kehamilan kembar, makrosomia janin, paritas tinggi, infeksi uterus, partus lama, plasenta previa, solutio plasenta.

Menurut hasil penelitian jika semakin sering Ibu mengalami kehamilan dan melahirkan paritas lebih dari 3 maka uterus semakin lemah sehingga berisiko perdarahan. (Hayati, Maidartati, & Amelia, 2019).

2) *Retensio* plasenta

Retensio plasenta merupakan kondisi ketika sebagian atau seluruh plasenta tidak lepas dari dinding rahim setelah bayi lahir, sehingga dapat menyebabkan perdarahan yang berlebihan. Gejala yang biasanya timbul: tali pusat putus akibat traksi berlebihan, inversi uteri akibat tarikan, perdarahan lanjutan.

3) *Rupture* uteri

Rupture uteri merupakan kondisi ketika rahim robek selama operasi atau persalinan, sehingga menyebabkan perdarahan yang berlebihan. Faktor risiko

mencakup mengenai pembedahan uterus sebelumnya, persalinan terlambat, multiparitas grande.

4) Subinvolusi uterus

Subinvolusi uterus merupakan kondisi ketika rahim tidak kembali ke ukuran normalnya setelah persalinan, biasanya setelah melahirkan rahim akan mengalami kontraksi untuk membantu mengeluarkan jaringan plasenta dan mengembalikan ukuran rahim ke keadaan normal. Subinvolusi uterus dapat menyebabkan perdarahan berat, infeksi rahim, dan nyeri panggul.

5) Infeksi

Infeksi merupakan kondisi ketika infeksi terjadi pada luka operasi atau organ yang terlibat dalam proses persalinan seperti rahim. Infeksi ini dapat menyebabkan perdarahan yang berlebihan dan komplikasi lainnya.

6) Kelainan pembekuan darah

Kelainan pembekuan darah merupakan kondisi ketika pasien memiliki kelainan pada sistem pembekuan darah, seperti gangguan pembekuan darah, seperti hemofilia atau disfungsi koagulasi sehingga, rentan mengalami perdarahan yang berlebihan *pasca* operasi.

7) Penyakit gangguan medis lain.

Kondisi medis ini seperti preeklampsia, anemia, ketuban pecah dini dapat meningkatkan risiko terjadinya perdarahan *postpartum* SC.

d. Pengukuran perdarahan *postpartum* sectio caesarea

Menurut Fitriaturohmah, A., Anwar, R., Wijayanegara, H., Rasyad, A. S., & Sastramihardja, 2019; Mathai, M., Gülmezoglu, A. M., & Hill, 2007; Risanto

Siswosudarmo, 2009 di dalam (Bina, 2021) ada sebagian metode yang dilakukan untuk menghitung perkiraan kuantitas kehilangan darah *postpartum* yaitu :

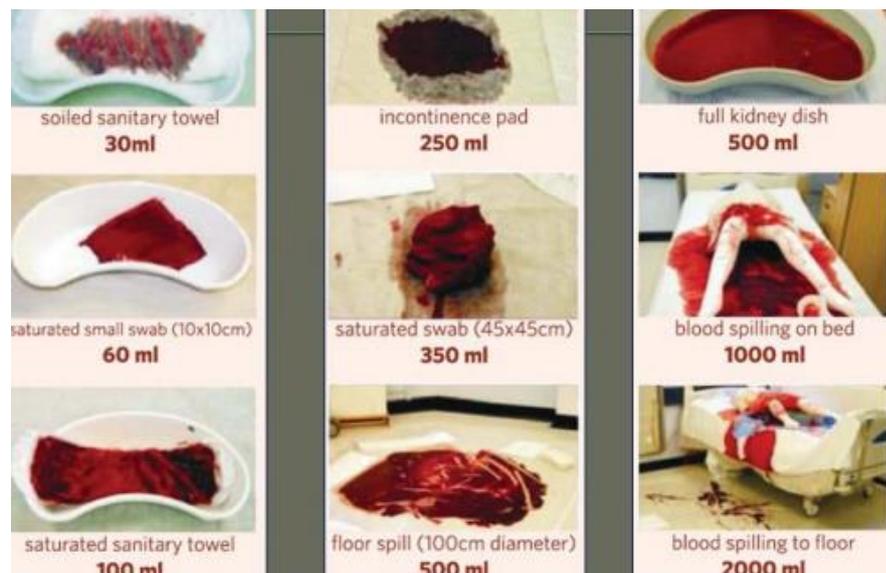
1) Pengukuran langsung

Metode pengukuran langsung menggunakan alat untuk menampung darah secara langsung yaitu kantung penampung darah, yang bertujuan untuk mempermudah penampungan darah saat proses persalinan.

2) Estimasi visual

Estimasi visual sudah biasa sering digunakan dalam praktik sehari – hari dan estimasi yang dapat dilakukan berupa :

Gambar 2. 4 Pengukuran jumlah perdarahan



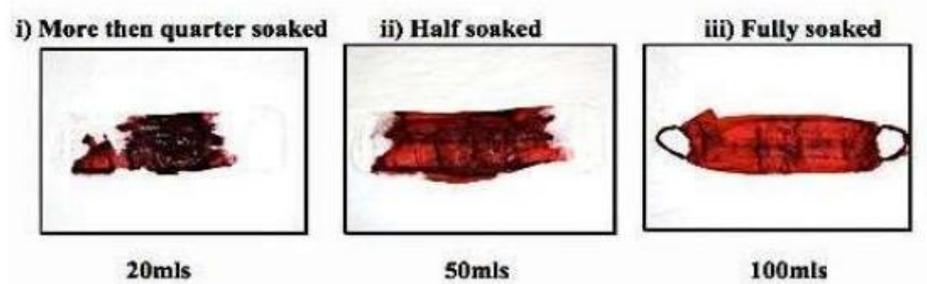
Sumber : (Hutami, 2017)

a) Pembalut

Pembalut standar yang berukuran 20 cm mampu menyerap 100 ml darah.

- (1) *More than quarter soaked*, ukurannya mencapai 20 ml.
- (2) *Half soaked*, ukurannya mencapai 50 ml
- (3) *Fully soaked*, ukurannya mencapai 100 ml

Gambar 2. 5 Pengukuran melalui pembalut

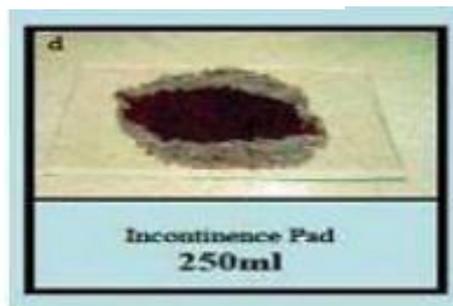


Sumber : (Bina, 2021)

b) *Underpad*

Underpad dengan ukuran 90cm x 60 cm mampu menampung hingga 500 ml darah.

Gambar 2. 6 Pengukuran melalui *underpad*

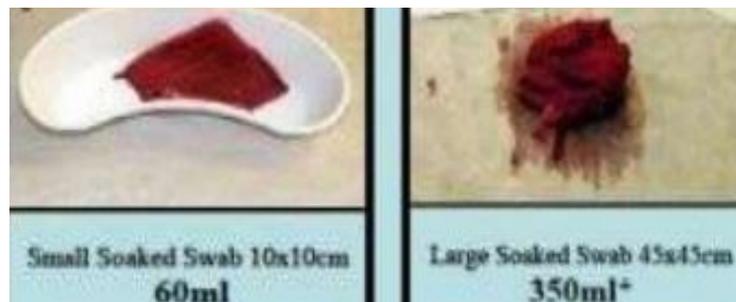


Sumber : (Bina, 2021)

c) Kasa

Kasa standar berukuran 10 cm x 10 cm dapat menyerap 60ml darah, sedangkan kasa yang berukuran 45cm x 45cm dapat menyerap darah hingga 350ml

Gambar 2. 7 Pengukuran melalui kasa



Sumber : (Bina, 2021)

e. Pengawasan perdarahan *postpartum sectio caesarea*

Untuk mencegah terjadinya perdarahan *postpartum* maka perlu adanya pemantauan dan pengenalan dini agar tidak terjadi hal yang lebih buruk, ada beberapa sistem skoring tanda klinis yang dapat digunakan untuk tanda peringatan memprediksi peristiwa kritis yang tidak diharapkan, diantaranya yaitu national early warning score (NEWS) dan atau modified obstetric warning scoring system (MEOWS). Berikut ini sistem skoring MEOWS dan hasil skor yang di dapat akan menentukan frekuensi pemantauan serta respon yang diperlukan :

Tabel 2. 3 *Modified early obstetric warning scoring*

<i>Modified early obstetric warning scoring</i>								
Tanggal								keterangan
Jam								
Laju respirasi / menit	>25				2			
	21-24				1			
	11-20				0			
	0-10				2			
Saturasi O2	96-100				0			
	94-95				1			
	<94				2			
Suplemen O2	ya				1			
Temperatur (°C)	>37,6				2			
	36,0-37,5				0			
	35,0-35,9				1			
	<35				2			
Tekanan darah sistolik (mmHg)	>160				2			
	150-159				1			
	110-149				0			
	100-109				1			
	<99				2			
Tekanan darah diastole (mmHg)	>100				2			
	90-99				1			
	40-89				0			
	<40				2			
Laju detak jantung / menit	>120				2			
	100-119				1			
	50-99				0			

Lanjutkan

Dilanjutkan

	40-49				1				
	<40				2				
Kesadaran	Sadar				0				
	Verbal / nyeri / unrespond								
Skor nyeri	0-1				0				
	2-3				1				
Discharge / lochea	Normal				0				
	Abnormal				1				
Proteinuria (perhari)	++				1				
	>++				2				
Urine output	Tidak ada				1				
	<25ml/jam				2				
TOTAL SKOR									
Paraf dan nama petugas									
Skor 1-4	Assessment segera oleh bidan senior, respon segera maksimal 5 menit, eskalasi perawatan dan frekuensi monitoring 4 jam atau lebih cepat, jika diperlukan assessment oleh dokter jaga ruangan dan konsultasikan DPJP jika terdapat gejala impending eclampsia (nyeri kepala, gangguan penglihatan, dan nyeri ulu hati) eskalasi perawatan dan monitoring lebih dini								
Skor 5-6 / salah satu parameter dengan skor =3 (risiko sedang)	Assessment segera oleh dokter jaga ruangan (respon segera, maksimal 5 menit) konsultasikan DPJP dan spesialis terkait (contoh anesthesia obstetri), eskalasi perawatan dan monitoring tiap jam, pertimbangkan perawatan area dengan monitor yang sesuai								
Skor 7 atau lebih (risiko tinggi)	Resusitasi dan monitoring secara kontinyu oleh dokter jaga dan bidan senior, informasikan dan konsultasikan ke kontak segera anesthesia obstetri, pindahkan ke area yang sesuai HCU/ICU jika terdapat tanda dan gejala penurunan kondisi secara cepat, penurunan kesadaran, kejang, akral dingin, distress pernapasan, dan perdarahan yang massif segera panggil tim medis reaksi emergensi sesuai area								
Henti napas/jantung	Lakukan RJP, aktivasi code blue henti jantung sesuai area, respon tim code blue, segera maksimal 5 menit								

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan *Postpartum Sectio Caesarea*

Asuhan keperawatan merupakan suatu tindakan keperawatan yang memuat data dan fakta dan dimuat dalam dokumentasi keperawatan, komponen isi dokumentasi asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi. (Basri, Utami, & Mulyadi, 2020)

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan mengumpulkan informasi atau data tentang pasien secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien agar dapat mengenali masalah kebutuhan kesehatan.

Pengkajian keperawatan yang sistematis terutama dalam pengumpulan data, harus ada karakteristik data yang lengkap, akurat atau nyata, dan relevan. Sumber data yang didapat juga ada data primer (data yang didapat langsung dari pasien) atau bisa disebut *auto* anamnesa, data sekunder (data yang didapat dari keluarga/orang terdekat pasien) atau yang disebut *allo* anamnesa, dan data lainnya seperti rekam medis pasien. Jenis data terbagi menjadi dua yaitu data objektif dan data subjektif, dan cara pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Untuk pemeriksaan fisik sendiri terdapat cara yaitu Inspeksi, Palpasi, Auskultasi, Perkusi (IPPA) dan pendekatan pemeriksaan fisik bisa menggunakan *head – to – toe, review of system* (ROS) (Basri, Utami, & Mulyadi, 2020). Berikut ini tahapan pengkajian menurut (Sakti, 2022) :

a. Identitas

Identitas klien meliputi, nama, umur, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, nomor rekam medis, tanggal masuk RS, hari/tanggal pengkajian, golongan darah, diagnosa medis, alamat rumah.

b. Riwayat kesehatan

Pada riwayat kesehatan terdapat beberapa hal yang harus dikaji :

1) Keluhan utama

Kaji kondisi Ibu secara umum dan keluhan yang paling dirasakan Ibu

2) Riwayat kesehatan sekarang

Terdapat dua alinea dengan penjelasan alinea yang pertama yaitu mengenai kronologis Ibu dari awal keluhan sampai sebelum di kaji termasuk keluhan pada saat masuk RS/puskesmas, dan alinea yang kedua yaitu mengenai PQRST dari keluhan pertama Ibu.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Dalam data riwayat kesehatan dahulu mengkaji mengenai penyakit yang pernah diderita oleh pasien khususnya penyakit kronis, menular, dan menahun.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Dalam data riwayat kesehatan keluarga mengkaji mengenai penyakit yang diderita oleh pasien terkait penyakit keturunan atau penyakit tidak menular seperti hipertensi, DM, TBC, asma.

5) Riwayat kesehatan ginekologi dan obsetri

a) Riwayat ginekologi

Pada riwayat ini akan dikaji mengenai 3 riwayat. Riwayat yang pertama yaitu menstruasi seperti kapan pertama kali menstruasi, siklus haid, dan keluhan selama haid. Lalu, riwayat perkawinan seperti status pernikahan, umur waktu menikah, lama pernikahan, dan pernikahan yang keberapa. riwayat yang terakhir adalah riwayat KB seperti jenis kontrasepsi yang digunakan, lamanya KB, bagaimana dukungan dari keluarga, dan rencana kontrasepsi setelah melahirkan.

b) Riwayat obsetri

Pada riwayat ini akan mengkaji mengenai 3 riwayat. Riwayat yang pertama yaitu riwayat kehamilan membahas tentang berapa kali Ibu hamil termasuk tahun hamil dan umur Ibu saat hamil, ANC berapa kali, penyulit waktu kehamilan. Lalu ada riwayat persalinan membahas mengenai jenis persalinan, tempat/penolong persalinan, penyulit saat persalinan. Riwayat yang terakhir adalah nifas membahas laktasi, adakah penyulit saat nifas, dan keadaan anak yang telah dilahirkan seperti, jenis kelamin, dan berat badan lahir.

6) Riwayat kehamilan sekarang

Pada riwayat ini akan membahas mengenai jumlah kelahiran janin hidup atau paritas, jumlah keguguran atau abortus, HPHT, taksiran persalinan, tanda bahaya atau penyulit, kekhawatiran khusus, respon Ibu terhadap bayinya, komplikasi kehamilan pada Ibu seperti perdarahan, preeklampsia, eklampsia, dan lain lain.

7) Riwayat persalinan

Pada Riwayat ini akan membahas mengenai jenis persalinan, buatan mengenai tindakan insisi SC apakah *transperitonealis profunda* atau klasik, dan diberi *anesthesia* apa (*anestesi* inhalasi dengan aether/N₂O, *anestesi intravenosa*, *anesthesia infiltrasi*, *anestesi spinal*) lalu, masa gestasi, penolong persalinan, lama persalinan pada kala I, kala II, kala III, kala IV, keadaan ketuban meliputi warna dan jumlah, keadaan plasenta meliputi berat, diameter, dan *cotyledon*, komplikasi persalinan termasuk trauma persalinan.

8) Pola aktivitas sehari – hari

Pengkajian ini membahas mengenai pola nutrisi seperti makan dan minum, pola eliminasi, pola istirahat dan tidur, personal *hygiene*, pola aktivitas/kebiasaan hidup kepada Ibu sebelum melahirkan dan sesudah melahirkan.

9) Pemeriksaan fisik

a) Data Ibu

(1) Keadaan umum

Pada pengkajian ini lihat kesadaran Ibu apakah Ibu *compos mentis*, *apatis*, *delirium*, *samnolen*, stupor, *coma*.

(2) Kaji perdarahan

Jam pertama merupakan waktu krisis setelah melahirkan, kaji perdarahan pasien dengan cara melakukan palpasi fundus uteri dengan jarak waktu 15 menit sekali, inspeksi perineum terhadap perdarahan yang tampak.

(3) Tanda tanda vital

Mengkaji tanda – tanda vital seperti suhu, nadi, pernafasan, dan tekanan darah setiap 4 hingga 8 jam selama hari pertama *postpartum*, khususnya :

- (a) Normalnya suhu tubuh Ibu *postpartum* dapat mengalami kenaikan sebesar $37^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$. Peningkatan suhu tubuh Ibu bisa disebabkan karena dehidrasi, awitan laktasi atau leukositosis.
- (b) Normalnya nadi Ibu *postpartum* berkisar antara 60-80 x/menit. Hipotensi dengan nadi yang cepat dan lemah jumlah nadi $>100\text{x/menit}$ yang dapat menunjukkan perdarahan dan syok.
- (c) Normalnya tekanan darah yaitu 120/80 mmHg peningkatan tekanan darah, atau penurunan tekanan darah.

(4) Antropometri

Pengkajian ini membahas mengenai TB, BB sebelum hamil, BB sekarang, dan IMT Ibu.

(5) Kepala

(a) Rambut

Keadaan kulit kepala, bersih atau tidak, berbau atau tidak, berketombe atau tidak, terdapat luka iritasi atau tidak, pesebaran rambut merata atau tidak, dan ada atau tidak adanya nyeri tekan pada bagian kepala.

(b) Wajah

Apakah masih terdapat cloasma gravidarum atau tidak, Gerakan wajah simetris atau tidak.

(c) Mata

Bagaimana penglihatan Ibu, konjungtiva Ibu, kelopak mata dan *sclera*, Gerakan bola mata, reaksi pupil terhadap cahaya, kelopak mata terdapat edema atau tidak, gerakan bola mata normalnya dapat mengikuti gerakan ujung jari pemeriksa dan pupil isokor atau tidak. Jika konjungtiva yang anemis atau konjungtiva berwarna pucat dapat menunjukkan adanya anemia yang disebabkan karena perdarahan.

(d) Telinga

Kaji pendengarannya telinga kanan dan kiri, adakah riwayat otitis media, kebersihan daun telinga atau lubang telinga.

(e) Hidung

Kaji kebersihan hidung, fungsi penciuman.

(f) Mulut

Kaji bibir pasien apakah lembab atau kering, gusi pasien, gigi caries, gigi berlubang, gigi ompong, gigi palsu.

(6) Leher

Kaji pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran kelenjar getah bening.

(7) Dada

Kaji pergerakan nafas pasien apakah simetris/tidak, bunyi nafas pasien normalnya vesikuler, kaji bunyi jantung normal S1 dan S2 dan irama jantung pasien. Kaji keadaan payudara seperti kebersihan payudara, bentuk (tegang/lembek/menggantung), simetris/tidak, puting susu menonjol atau

masuk kedalam, benjolan, ada atau tidaknya pengeluaran kolostrum, ada/tidaknya pembengkakan dan nyeri pada payudara.

(8) Perut

Inspeksi apakah ada luka bekas operasi dengan tindakan insisi klasik atau *transperitonealis profunda*, berapa panjang lukanya, bagaimana keadaan luka apakah terjadi infeksi atau terdapat tanda-tanda infeksi REEDA, luka parut ada atau tidak, *striae (lividae/albicans)*, palpasi tentang bagaimana penurunan TFU dan nilai konsistensinya (keras/lunak/boggy), posisi uterus, kontraksi uterus.

(9) Ekstremitas atas

Inspeksi bentuk jari, simetris atau tidak, kuku jari, apakah ada edema, normalnya CRT <2 detik.

(10) Ekstremitas bawah

Inspeksi mengenai bentuk, edema, kuku jari, varices, refleks patella, *Hommans sign* untuk mengetahui sirkulasi perifer.

(11) Genetalia

Kaji bagaimana keadaan vulva (tertutup/mengagah), vagina (sempit dan teraba rugae/longgar dan selaput lendir licin), lihat keadaan lochea tentang jenis, bau, konsistensi, warna dan jumlah, inspeksi anus apakah ada hemoroid atau tidak, ada/tidaknya tanda – tanda infeksi REEDA.

(12) Data psikologis

Kaji bagaimana status emosi Ibu, pola koping, pola komunikasi, konsep diri, gambaran diri, peran diri, ideal diri, identitas diri, harga diri. Kaji perubahan fase maternal *taking in, taking hold, letting go*.

(13) Data sosial

Mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan keluarga dan tetangga, hubungan dengan tenaga Kesehatan, hubungan dengan sesama pasien

(14) Data spiritual

Kaji bagaimana keyakinan dan makna hidup pasien, ritual dan ibadah.

(15) Data penunjang

Menurut Tucker, Susan Martin, 1998. Dalam buku aplikasi Nanda 2015 (Nurarif & Kusuma, 2015) ada beberapa pemeriksaan penunjang seperti :

- (a) Elektrolit, Hemoglobin, dan hematokrit
- (b) Golongan darah dan urinalis

b) Data Bayi

(1) Identitas

Kaji nama bayi, jenis kelamin, tanggal/ jam lahir, no rekam medis, BB, PB, hari/tanggal pengkajian. Jika BB <2500 g : prematur atau *small for gestational age* (SGA), BB > 4000 g : *post-term* atau *large for gestasional age* (LGA).

(2) APGAR Skore

APGAR merupakan singkatan dari *Appreance* (*colour* : warna kulit), *Pulse* (denyut nadi), *Grimace* (refleks terhadap rangsangan), *Activity*(tonus otot), *Respiration* (usaha bernafas) dan untuk memeriksa keadaan bayi dalam waktu 1 menit, 5 menit, dan 10 menit.

(3) Pemeriksaan fisik

(a) Kesadaran

Kaji bagaimana kesadaran bayi, apakah menangis,/tidur nyenyak, tidur dengan gerakan mata yang tepat, aktif dan sadar, tenang dan sadar.

(b) Tanda tanda vital

Kaji bagaimana suhu, nadi, pernafasan dan tekanan darah bayi, suhu tubuh bayi baru lahir normalnya 36,5 - 37,5°C, nadi normal bayi baru lahir yaitu 120-160x/menit, laju napas normal 40-60x/menit.

(c) Karakteristik neonatus

Kaji dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dengan mengkaji bagian kepala mengenai ukuran dan tampilannya normal atau tidak, lingkaran kepala normalnya 33-38cm. Kaji kulit perhatikan adanya *vernix caseosa*/ tidak, warna kulit, ada atau tidaknya ruam dan bercak atau tanda lahir, adanya pembengkakan/tidak, adanya lanugo/tidak. Kaji warna rambut, bentuk bulu mata, persebaran rambut merata/tidak. Kaji kuku jari seperti keadaan kuku bersih/tidak, jumlah jari lengkap/tidak

(d) Payudara

Pemeriksaan pada bayi laki laki maupun perempuan, pada bayi baru lahir yang cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris.

(e) Genitalia

Pemeriksaan jenis kelamin dari bayi laki laki dan bayi perempuan, periksa apakah testis sudah berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya.

Pada bayi perempuan labia mayora tampak menutupi labia minora, lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.

(f) Reflek normal pada bayi

- Refleks pelindung

Refleks pelindung menilai apakah ada refleks menggenggam / tidak, apakah ada refleks mata berkedip / tidak, bayi saat lahir menangis / tidak, tonus leher (mempertahankan posisi leher / kepala), moro (bayi terkejut).

- Refleks bernafas

Refleks bernafas menilai bagaimana gerakan pernafasan bayi apakah simetris / tidak, adanya refleks bersin / tidak, refleks batuk / tidak (biasanya ada setelah hari pertama lahir)

- Refleks makan

Refleks makan menilai bagaimana ada atau tidaknya refleks menghisap apakah kuat / tidak, refleks rooting ada/tidak, refleks menelan ada / tidak, refleks gag ada / tidak.

- Indera khusus

Seperti sentuhan, rasa sakit, kondisi indra penciuman, pengecapan, pendengaran, dan penglihatan.

Setelah selesai melakukan tindakan pengkajian keperawatan, langkah selanjutnya adalah menganalisis data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan, untuk kemudian mengidentifikasi penyebab munculnya masalah kesehatan dan merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat. (Anggraini & Leniwita , 2019)

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan *postpartum sectio caesarea* menurut standar diagnosis keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) yaitu :

- a. (D.0012) Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum
- b. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- c. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- d. (D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- e. (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi
- f. (D.0109) Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan Ibu
- g. (D.0142) Risiko infeksi berhubungan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.
- h. (D.0039) Risiko syok berhubungan kekurangan volume cairan

2.2.3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan segala perilaku dan perlakuan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis kepada pasien untuk mencapai respon atau *outcome* yang diharapkan (PPNI, 2018). Pada tabel perencanaan keperawatan berikut terdapat sumber dari buku SIKI (PPNI, 2018) dan SLKI (PPNI, 2019).

Tabel 2. 4 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	(D.0012) Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi <i>pasca partum</i>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (...) x 7 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun (L.02017), penyembuhan luka meningkat (L.14130), status <i>pasca partum</i> membaik (L.07062) dengan kriteria hasil: 1. Hematokrit membaik 2. Hemoglobin membaik 3. Tekanan darah membaik / kembali normal 4. Perdarahan vagina / <i>postpartum</i> menurun 5. Edema pada sisi insisi luka menurun 6. Peradangan luka insisi menurun 7. Nyeri insisi menurun 8. Pemulihan insisi meningkat 9. Sirkulasi perifer meningkat 10. Kenyamanan meningkat 11. Jumlah <i>lochea</i> menurun 12. Warna <i>lochea</i> sesuai dengan jenis <i>lochea</i> 13. Suhu tubuh membaik 14. <i>Mood</i> Ibu membaik	Pencegahan perdarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor nilai hematokrit / hemoglobin sebelum dan setelah perdarahan 2. Monitor koagulasi (misal <i>prothrombin time</i> , <i>partial thromboplastin time</i> , fibrinogen, degradasi fibrin). Terapeutik 3. Hindari pengukuran suhu rektal Edukasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 7. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu Manajemen perdarahan pervaginam <i>pasca</i> persalinan (I.02045) Observasi 1. Periksa uterus (TFU sesuai hari melahirkan, membulat dan keras/lembek) 2. Identifikasi penyebab kehilangan darah (misalnya atonia uteri, <i>retensio plasenta</i> , dll) 3. Identifikasi keluhan Ibu (misalnya keluar banyak darah, pusing, pandangan kabur) 4. Identifikasi riwayat perdarahan pada kehamilan (misalnya <i>abruption</i> , <i>plasenta previa</i>) 5. Monitor risiko terjadinya perdarahan 6. Monitor jumlah kehilangan darah Terapeutik 7. Lakukan penekanan pada area perdarahan, jika perlu 8. Berikan kompres dingin, jika perlu 9. Pasang oksimetri 10. Posisikan supine 11. Pasang kateter untuk meningkatkan kontraksi uterus 12. Lakukan pijat uterus untuk merangsang kontraksi uterus Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu

dilanjutkan

Lanjutan

		<p>Pemantauan tanda tanda vital (I.02060)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3. Monitor pernafasan (frekuensi, kedalaman) 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimetri nadi 6. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>perawatan pasca persalinan (I.07225)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi ikatan tali kasih Ibu dan bayi secara optimal 2. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa <i>postpartum</i> 3. Diskusikan tentang perubahan fisik dan psikologis Ibu <i>postpartum</i> 4. Diskusikan seksualitas masa <i>postpartum</i> 5. Diskusikan penggunaan alat kontrasepsi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tanda bahaya nifas pada Ibu dan keluarga 7. Jelaskan pemeriksaan Ibu dan bayi secara rutin 8. Ajarkan Ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (misalnya teknik distraksi,imajinasi) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Rujuk kekonselor laktasi, jika perlu <p>Perawatan pasca sectio caesarea (I.14567)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan 2. Monitor respon psikologis (misalnya. nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia) 3. Monitor kondisi luka dan balutan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Diskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian pasien terkait pembedahan 5. Motivasi mobilisasi dini 6 jam 6. Fasilitasi kontak kulit kekulit dengan bayi 7. Berikan dukungan menyusui yang memadai, jika memungkinkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan pada Ibu dan keluarga tentang kondisi Ibu dan bayi 2. Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan napas dalam 8. Anjurkan Ibu cara menyusui, jika memungkinkan
--	--	---

dilanjutkan

Lanjutkan

2.	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan (..) x 7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tidak meringis 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Mampu tidur atau istirahat, kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Terapeutik 6. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri seperti hypnosis, akupresur, terapi music, terapi pijat, kompres hangat / kompres dingin,, aromaterapi. 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri. 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 10. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 11. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian obat analgetik, bila perlu
3.	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama (..) x 7 jam diharapkan mobilitas fisik klien meningkat (L.05042) dengan Kriteria Hasil : 1. Rentang gerak meningkat 2. Pergerakan ekstremitas meningkat 3. Kekuatan otot meningkat 4. Nyeri menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalkan duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi
4	(D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (...) x 7 jam diharapkan pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil :	Dukungan tidur (I. 1.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur seperti fisik dan atau psikologis 3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

dilanjutkan

Lanjutkan

		: keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun	4. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 5. Lakukan prosedur peningkatan kenyamanan seperti pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur Edukasi Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi lainnya
5.	(D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (...) x 7 jam diharapkan tingkat pengetahuan pasien Membaik (L.1211) dengan Kriteria Hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik 3. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik	Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
6.	(D.0109) Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan Ibu	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (...) x 7 jam diharapkan perawatan diri diri dapat meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil : 1. Minat melakukan perawatan diri 2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri 3. Mempertahankan kebersihan diri	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 3. Monitor tingkat kemandirian 4. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 5. Sediakan lingkungan yang terapeutik misalnya suasana hangat, rileks, privasi 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Edukasi Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
7.	(D.0142) Risiko infeksi berhubungan ketidakefektifan pertahanan tubuh primer	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan (...) x 7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan Kriteria Hasil : 1. Kebersihan tangan, badan meningkat	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

dilanjutkan

Lanjutkan

		2. Demam menurun 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Bengkak menurun 6. Kadar sel darah putih atau leukosit membaik	Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu Perawatan area insisi (I.14558) Observasi 1. Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda – tanda dehisen atau eviserasi 2. Monitor proses penyembuhan insisi 3. Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik 4. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat 5. Usap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih 6. Berikan salep antiseptik, jika perlu 7. Ganti balutan luka sesuai jadwal Edukasi 8. Jelaskan prosedur kepada pasien dengan menggunakan alat bantu 9. Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi Ajarkan cara merawat area insisi
8.	(D.0039) Risiko syok	Setelah dilakukan Tindakan (...) x 7 jam tingkat syok (L.03032) dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Akral hangat 4. Pucat menurun 5. Tekanan darah sistolik membaik 6. Tekanan darah diastolik membaik 7. Frekuensi nadi membaik 8. Frekuensi nafas membaik	Pencegahan Syok (I.02068) Observasi 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah) 2. skin test untuk mencegah reaksi alergi 3. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi) 4. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 5. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil Terapeutik 6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 7. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 8. Pasang jalur IV, jika perlu 9. Pasang kateter urine untuk mencegah produksi urine, jika perlu Edukasi 10. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 11. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 12. Anjurkan melapor jika menemukan /merasakan tanda dan gejala awal syok 13. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 14. Anjurkan menghindari alergi

dilanjutkan

Lanjutkan

			Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 16. Kolaborasi pemberian transfuse darah, jika perlu Kolaborasi pemberian antinflamasi, jika perlu
--	--	--	---

2.2.4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan tindakan keperawatan yang memiliki serangkaian kegiatan yang dilaksanakan dan dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang kurang baik yang dihadapi pasien untuk menuju status kesehatan yang baik dan optimal (Ernawati, 2018). Pelaksanaan tindakan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang mencakup perawatan yang diberikan langsung kepada pasien, perawat harus bisa berinteraksi langsung dengan pasien dan ada keterlibatan perawatan aktif pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, contohnya perawat memberikan kompres dingin, mengganti balutan luka sesuai jadwal, menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Proses mengevaluasi tindakan keperawatan terhadap pemberian asuhan keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien secara bertahap, dapat dilihat apakah masalah dapat teratasi, teratasi sebagian, atau masalah tidak teratasi, dengan cara menilai hal tersebut dengan membandingkan antara SOAP atau SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, berikut ini penjelasan SOAP atau SOAPIER menurut (Dhita, 2019) :

- S (*Subjective*) : merupakan informasi yang diberikan berupa suatu ungkapan yang didapat dari pasien setelah diberikan tindakan.
- O (*Objective*) : merupakan informasi yang diberikan berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran kepada pasien yang dilakukan oleh perawat setelah diberikan tindakan.
- A (*Analisis*) : merupakan informasi yang diberikan berupa hasil membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian akan diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau masalah tidak teratasi.
- P (*Planning*) : merupakan informasi yang diberikan berupa rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.
- I (*Implementasi*) : merupakan tindakan pelaksanaan keperawatan yang akan dilakukan.
- E (*Evaluasi*) : merupakan evaluasi dari respon pasien terhadap pelaksanaan tindakan keperawatan.
- R (*Revised*) : merupakan perubahan rencana keperawatan yang akan dilakukan dan diberikan kepada pasien, untuk menentukan ada tidaknya perbaikan dari sebuah perencanaan dan tindakan keperawatan.

Berikut ini 2 jenis evaluasi keperawatan menurut (Dhita, 2019) :

a. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif merupakan sebuah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan, proses evaluasi ini harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan yang direncanakan untuk membantu menilai efektivitas perencanaan sesuai kriteria hasil masalah tersebut.

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif merupakan hasil kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan pasien sesuai waktu pada tujuan kriteria hasil dan akan ditulis pada catatan perkembangan. Fokus evaluasi sumatif ini adalah perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir asuhan keperawatan.