

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Post Sectio Caesarea*

2.1.1. Definisi

Post Sc atau *Post partum section caesarea* adalah istilah untuk kondisi pasca operasi sesar. *Sectio Caesarea* (SC) adalah metode persalinan dengan melakukan pembedahan pada perut dan rahim untuk mengeluarkan bayi. (Kemenkes.2024).

Menurut Jurnal Keperawatan Muhammadiyah (2024), *sectio caesarea* adalah prosedur bedah yang dilakukan untuk melahirkan bayi baru lahir ketika persalinan pervaginam merupakan kontraindikasi atau tidak dapat dicapai. Indikasi paling umum untuk prosedur ini adalah kegagalan kemajuan persalinan, gawat janin, malpresentasi janin, dan riwayat persalinan sesar

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut serta dinding uterus untuk melahirkan janin dari dalam Rahim. (Padila 2015).

Sectio caesarea yaitu persalinan yang dibuat dimana janin yang dilahirkan dengan cara melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding Rahim serta berat janin diatas 500 gram. (Jitowiyono, dkk.2013).

Dari beberapa pengertian tentang *Sectio Caesarea* diatas dapat disimpulkan bahwa SC adalah suatu tindakan pembedahan menjadi

alternative bila ibu dan janin terganggu untuk mengeluarkan janin dengan cara melakukan sayatan pada dinding abdomen dan dinding uterus.

2.1.2 Etiologi

Menurut NANDA NIC-NOC (2015) *Sectio caesarea* dilakukan atas indikasi :

1. Etiologi berasal dari ibu

Ibu pada primigravida dengan kelainan letak , primipara tua disertai kelainan letak, disproporsi cepalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk,terdapat kesempitan panggul,plasenta previa terutama pada primigravida komplikasi pada kehamilan yaitu preeklamsia-ekslamsia, atas permintaan kehamilan yang disertai penyakit jantung , diabetes melitus , gangguan perjalanan persalinan seperti kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya.

2. Etiologi berasal dari janin

Etiologi berasal dari janin seperti fetal distress/gawat janin,mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin,prolapses tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau ferpeps ekstraksi.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan sectio caesarea yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif. Manifestasi Klinis post section cesarean menurut Nurarif dan Kusuma (2018) adalah :

1. Nyeri akibat adanya luka pembedahan
2. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
3. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml.
4. Gangguan eliminasi urin dan biasanya terpasang kateter
5. Kelelahan
6. Gangguan pola tidur.

Selain manifestasi diatas komplikasi lain yang mungkin terjadi meliputi infeksi, perdarahan, dan tromboemboli. Oleh karena itu perawatan pascaoperasi yang komprehensif sangat penting untuk memantau dan menangani gejala-gejala tersebut serta mencegah komplikasi yang lebih serius.

2.1.4 Anatomi Fisiologi

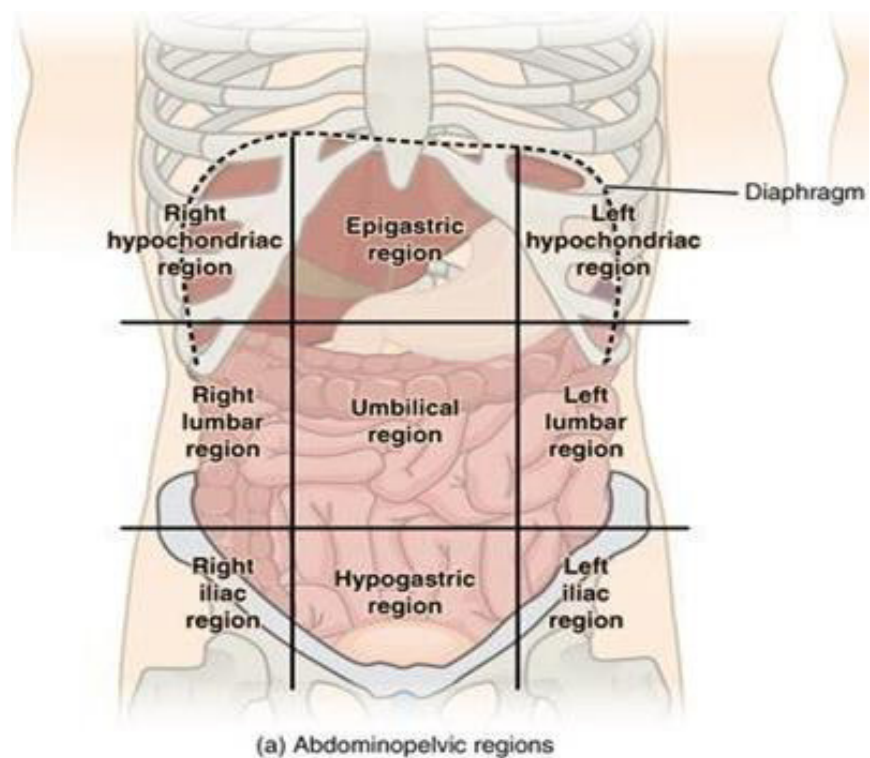
1. Pembedahan Abdomen

Abdomen adalah bagian tubuh yang berbentuk rongga terletak diantara toraks dan pelvis. Rongga ini berisi viscera dan dibungkus dinding abdomen yang terbentuk dari otot abdomen, columna vertebralis, dan tulang ilium. Untuk membantu menetapkan suatu lokasi di abdomen, yang paling sering dipakai adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang bayangan horizontal dan dua bidang bayangan vertikal. Bidang bayangan tersebut membagi dinding anterior abdomen menjadi sembilan daerah (regiones).

Dua bidang diantaranya berjalan horizontal melalui setinggi tulang rawan iga kesembilan, yang bawah setinggi bagian atas crista

iliaca dan dua bidang lainnya vertikal dikiri dan kanan tubuh yaitu dari tulang rawan iga ke delapan hingga sepertengahan ligamen inguenale. Dinding abdomen tersusun dari beberapa lapisan yaitu Kulit, Jaringan subkutan, Otot dan Fasia, Jaringan ekstraperitoneum dan Peritoneum.

Gambar 2.1 Kuadran Abdomen



Gambar 2.1 Pembedahan

Sumber : Wikipedia 2011

2. Pembedahan *sectio caesarea*

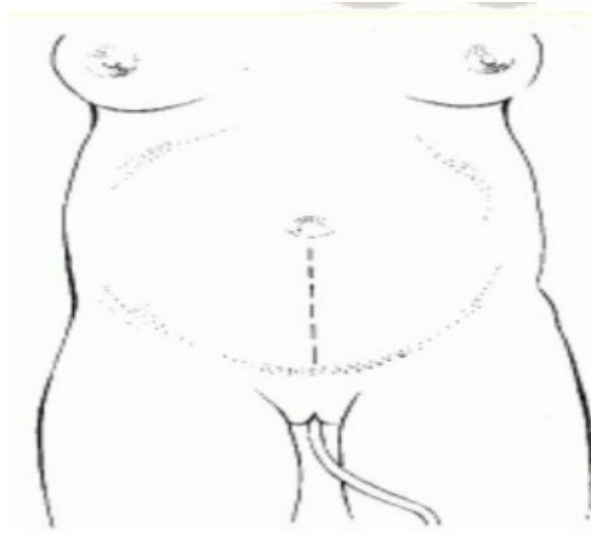
sectio caesarea merupakan prosedur operatif, yang dilakukan dibawah anestesia sehingga janin, plasenta dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus, Prosedur ini biasanya di

lakukan setelah viabilitas tercapai, misal usia kehamilan lebih dari 24 minggu.

Terdapat beberapa bagian *sectio caesarea* adalah :

a. *Sectio caesarea* klasik (korporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10-12 cm, sehingga sayatan terbentuk adalah garis vertikal.



Sumber : Wikipedia 2011

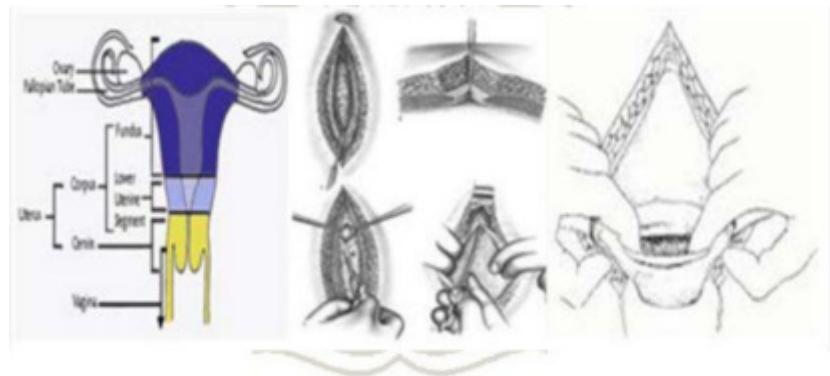
Gambar 2.2 Pembedahan Sectio Caesarea

b. *Sectio caesarea* ismika (pofunda)

Dilakukan insisi pada segmen bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan kiri agak melengkung ke atas untuk menghindari terbukanya cabang-cabang pembuluh darah, sehingga garis yang terbentuk adalah horizontal.

Gambar 2.3 Klasik
Tranperitonialis Profuda

Gambar 2.3 Sectio caesarea
ismika (pofunda)



Sumber : Wikipedia 2011

2.1.5 Patofisiologi

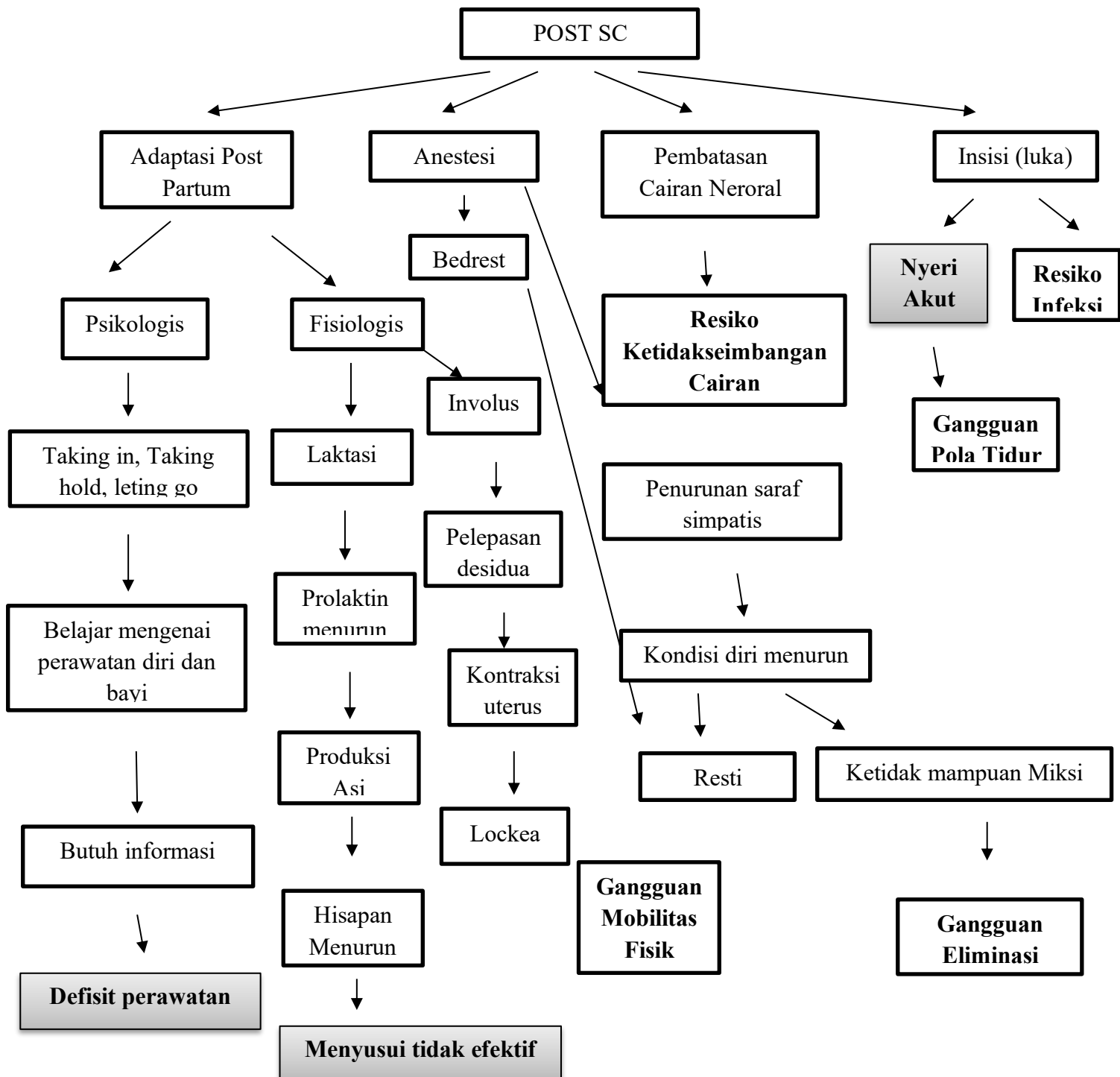
Adanya hambatan atau kelainan saat persalinan yang mengakibatkan bayi tidak lahir spontan seperti tidak kesesuaian antara panggul ibu dengan ukuran kepala bayi, pre eklamsia dan eklamsia berat, keracunan kehamilan yang parah, kelainan letak bayi yaitu lintang dan sungsang, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini atau solusio plasenta, leher Rahim yang tertutup oleh plasenta atau dikenal dengan plasenta previa, ibu hamil yang berusia lanjut, bayi kembar, ketuban pecah sebelum waktunya dan bayi yang belum keluar dalam waktu 24 jam, serta kontraksi lemah. (Susanto, 2018).

Operasi section caesaria ini dilakukan tindakan pembiusan yang dapat mengakibatkan pasien imobilisasi, sedangkan efek dari anastesi dapat menyebabkan konstipasi. Pada dinding abdomen dan Rahim pasien dilakukan insisi atau proses pembedahan sehingga mengakibatkan

terputusnya jaringan yang merangsang area sensorik. Hal ini yang menyebabkan gangguan rasa aman dan nyaman pada pasien yaitu nyeri. (Yuanita, Sayiful. 2020)

Selepas berakhirnya operasi bedah ini, daerah sayatan yang ditutup akan menyebabkan luka post sc, yang apabila dalam perawatannya tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan risiko infeksi. Pada saat post partum, hormone progesteron dan estrogen akan menurun yang dapat menyebabkan kontraksi dan involusi uterus tidak adekuat sehingga terjadi pendarahan dan risiko syok, haemoglobin menurun, kekurangan O_2 , mengakibatkan kelemahan serta dapat menyebabkan deficit perawatan diri. (Sitorus, 2021).

2.1.6 Bagan WOC



Sumber : SDKI.2017

2.1 Skema Post SC

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien post SC bertujuan untuk memantau kondisi ibu pasca operasi, mendeteksi komplikasi, dan memastikan proses pemulihan berjalan optimal. Pemeriksaan tersebut meliputi:

1. **Hitung Darah Lengkap (Complete Blood Count - CBC):**

Menilai kadar hemoglobin, hematokrit, leukosit, dan trombosit untuk mendeteksi anemia, infeksi, atau gangguan pembekuan darah.

2. **Golongan Darah dan Uji Pencocokan Silang (Crossmatch):**

Menentukan golongan darah dan kesiapan transfusi jika diperlukan akibat kehilangan darah selama operasi.

3. **Urinalisis:**

Mengevaluasi fungsi ginjal, mendeteksi infeksi saluran kemih, dan memantau kadar protein atau glukosa dalam urin.

4. **Pelvimetri:**

Menilai ukuran dan bentuk panggul untuk menentukan kemungkinan adanya disproporsi sefalopelvik (CPD).

5. **Ultrasonografi(USG):**

Memantau involusi uterus, mendeteksi sisa plasenta, dan mengevaluasi kondisi organ reproduksi lainnya.

6. **Tes Fungsi Koagulasi:**

Menilai kemampuan darah untuk membeku, penting untuk mendeteksi risiko perdarahan pasca operasi.

7. Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG):

Menilai fungsi jantung, terutama pada pasien dengan riwayat penyakit jantung atau usia lanjut.

8. Rontgen Dada (Thorax):

Mendeteksi adanya komplikasi paru-paru seperti atelektasis atau efusi pleura yang dapat terjadi pasca operasi.

9. Pemeriksaan Fungsi Paru:

Menilai kapasitas paru dan mendeteksi adanya gangguan pernapasan yang mungkin timbul setelah anestesi.

10. Pemeriksaan Laktasi:

Menilai produksi ASI dan mendeteksi masalah menyusui, seperti bendungan ASI atau mastitis.

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan post section Caesar menurut Samsider Sitorus (2021) yaitu :

1. Pemberian cairan intravena
2. Manajemen nyeri
3. Perawatan Luka operasi
4. Mobilisasi Dini
5. Pemberian Antibiotik Profilaksi
6. Pemantauan Tanda Vital
7. Edukasi Pasien.

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

1. Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

2. 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.

3. Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Bersihkan luka dengan menggunakan cairan NaCl dan ditutupi kasa steril serta plaster. Secara normal jahitan kulit dapat diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.

4. Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi *sectio caesarea*. Apabila pasien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara tanpa terlalu menekan dan biasanya dapat mengurangi rasa nyeri.

5. Personal hygiene

Umumnya pasien post operasi *sectio caesarea* akan dibantu oleh keluarga dalam melakukan personal hygiene pada hari ke 1-2 post operasi, pada hari berikutnya pasien akan melakukan personal hygiene mandiri.

2.2 Menyusui Tidak Efektif

2.2.1 Pengertian

Menyusui tidak efektif adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesulitan dalam proses menyusui. (SDKI.2017).

Teori-Teori Menyusui Efektif:

1. **Teori Pelekatan yang Benar (Latch Theory):** Teori ini menekankan pentingnya pelekatan bayi yang tepat pada payudara ibu untuk transfer ASI yang efisien dan mencegah masalah seperti puting lecet. Pelekatan yang baik melibatkan sebagian besar areola masuk ke mulut bayi, bibir bayi terbuka lebar, dan dagu bayi menempel pada payudara ibu.

2. **Teori Permintaan dan Penawaran (Supply and Demand Theory):**

Produksi ASI sangat dipengaruhi oleh seberapa sering dan seberapa efektif bayi menyusui. Semakin sering bayi menyusui dengan efektif, semakin banyak ASI yang diproduksi oleh tubuh ibu. Sebaliknya, jika frekuensi menyusui berkurang atau tidak efektif, produksi ASI akan menurun.

3. **Teori Refleks Let Down (Let-Down Reflex Theory):** Refleks *let down*

adalah pelepasan ASI dari alveoli di payudara melalui saluran susu. Refleks ini dipicu oleh hormon oksitosin yang dilepaskan sebagai respons terhadap rangsangan seperti isapan bayi, sentuhan, atau bahkan pikiran dan suara bayi. Stres, nyeri, atau kecemasan dapat menghambat refleks ini.

4. **Teori Perkembangan Bayi dan Kebutuhan Menyusui:** Seiring

dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi, pola dan kebutuhan menyusunya akan berubah. Bayi baru lahir mungkin menyusui lebih sering dan dalam waktu yang lebih singkat, sementara bayi yang lebih besar mungkin menyusui lebih jarang tetapi dalam waktu yang lebih lama atau lebih efisien. Memahami tahapan perkembangan bayi membantu ibu memberikan ASI sesuai dengan kebutuhannya.

5. **Teori Dukungan Sosial dan Psikologis Ibu:** Keberhasilan menyusui

tidak hanya bergantung pada faktor fisik, tetapi juga pada dukungan emosional, informasi yang akurat, dan bantuan praktis yang diterima ibu dari pasangan, keluarga, tenaga kesehatan, dan komunitas. Rasa

percaya diri dan dukungan yang positif sangat memengaruhi keberlanjutan menyusui.

6. Penyebab **ada** 2 yaitu fisiologis dan situasional

a. Fisiologis

- 1) Ketidakadekuatan Suplai ASI
- 2) Hambatan pada neonatus
- 3) Anomali payudara ibu
- 4) Ketidakadekuatan reflesi oksitosin
- 5) Ketidak adekuatan refleks menghisap
- 6) Payudara bengkak
- 7) Riwayat operasi payudara
- 8) Kelahiran kembar

b. Situasional

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

7. Tanda Dan Gejala

a. Mayor

- 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu dengan benar
- 2) ASI tidak menetes atau memancar
- 3) Bayi Buang Air kecil (BAK) kurang dari 8kali dalam 24 jam

4) Nyeri atau lecet terus menerus setelah minggu kedua.

b. Minor

1) Intake bayi tidak adekuat

2) bayi menghisap tidak terus menerus

3) bayi menangis saat disusui

4) bayi rewel dan menangis terus dalam berjam-jam pertama setelah menyusui

5) Menolak Untuk Menghisap

2.2.2 Proses Produksi ASI

Kelancaran produksi ASI dipengaruhi oleh faktor perawatan payudara ibu dan faktor psikologis ibu dalam menyusui. Semakin seseorang melakukan perawatan payudara maka semakin lancar produksi ASInya. Psikologis ibu dalam memberikan ASI juga merupakan suatu pengaruh dalam kelancaran produksi asi. Ibu yang stress dikhawatirkan dapat menyebabkan Produksi Asi berkurang. Hal Ini berpengaruh karena dalam memproduksi Asi itu yang berperan adalah Otak, Otak yang mengatur dan mengendalikan ASI. Sehingga apabila mengingkan produksi ASI yang lancar maka psikologis ibu harus baik.

Dari beberapa faktor bahwa perawatan payudara dan psikologis ibu dapat mempengaruhi kelancaran Produksi ASI, Sehingga ada hubungan Signifikan antara perawatan Payudara dengan kelancaran ASI. Ketidاكلancaraan Pengeluaran ASI pada hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya rangsangn hormon oksitosin dan

keadaan psikologis ibu yang sangat berperan dalam kelancaran pengeluaran ASI. Dalam Upaya pengeluaran ASI ada dua hal yang mempengaruhi yaitu produksi dan pengeluaran. (Masrinah & Wahtini,2020).

2.3 Konsep Teknik Breast Care

2.3.1 Pengertian breast care

Breast care atau perawatan payudara *post partum* adalah perawatan payudara pada ibu setelah melahirkan . Perawatan payudara yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara kesehatan payudara. Perawatan payudara ini dilakukan pada saat masa nifas untuk memproduksi ASI . untuk kebersihan payudara. Bentuk puting susu yang masuk kedalam, menghindari kesulitan pada saat menyusui dengan melakukan pemijatan, selain itu juga menjaga kebersihan payudara agar tidak mudah infeksi (Wahyuni,2022)

Perawatan payudara bisa dilakukan oleh ibu *post partum* maupun dibantu oleh orang lain biasanya dilakukan mulai dari hari ke-1 atau hari ke-2 pasca melahirkan. Perawatan payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi dan mencegah tersumbatnya aliran ASI sehingga memperlancar pengeluaran ASI serta menghindari terjadinya pembengkakan dan kesulitan menyusui (Wahyuni,2022)

2.3.2 Tujuan Breast Care

Tujuan Breast care menurut (Wahyuni,2022), perawatan payudara pada ibu *post partum* merupakan kelanjutan perawatan payudara semasa hamil dengan tujuan antara lain :

1. Untuk menjaga kebersihan payudara sehingga terhindar dari infeksi.
2. Untuk mengenyalkan puting susu, supaya tidak mudah lecet.
3. Untuk menonjolkan puting susu
4. Menjaga bentuk buah dada tetap bagus
5. Untuk mencegah terjadinya penyumbatan
6. Untuk memperbanyak produk ASI
7. Untuk mengetahui adanya kelainan

2.2.3 Manfaat Breast care

Manfaat *breast care* adalah untuk memperlancar sirkulasi darah serta mencegah sumbatan pada saluran susu. Sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Produksi ASI dan pengeluaran ASI dipengaruhi oleh dua hormon yaitu, prolaktin dan oksitosin. Prolaktin mempengaruhi jumlah produksi ASI, sedangkan oksitosin mempengaruhi proses pengeluaran ASI (Wahyuni,2022).

2.2.4 Evidence Based Breast Care

Berdasarkan penelitian kuantitatif oleh Wilujeng dan Triani (Universitas 'Aisyiyah Surakarta) di RSUD Saras Ibnu Sina Sukowati Sragen, terdapat bukti kuat ($p \text{ value } 0,000 < 0,05$) yang menunjukkan bahwa *Breast Care* secara efektif meningkatkan kelancaran produksi ASI

pada ibu post partum hari ke-7, di mana kelompok intervensi *Breast Care* memperlihatkan peningkatan produksi ASI yang signifikan (mean \pm SD: $8,33 \pm 0,899$) dibandingkan dengan kelompok kontrol (mean \pm SD: $4,73 \pm 0,458$).

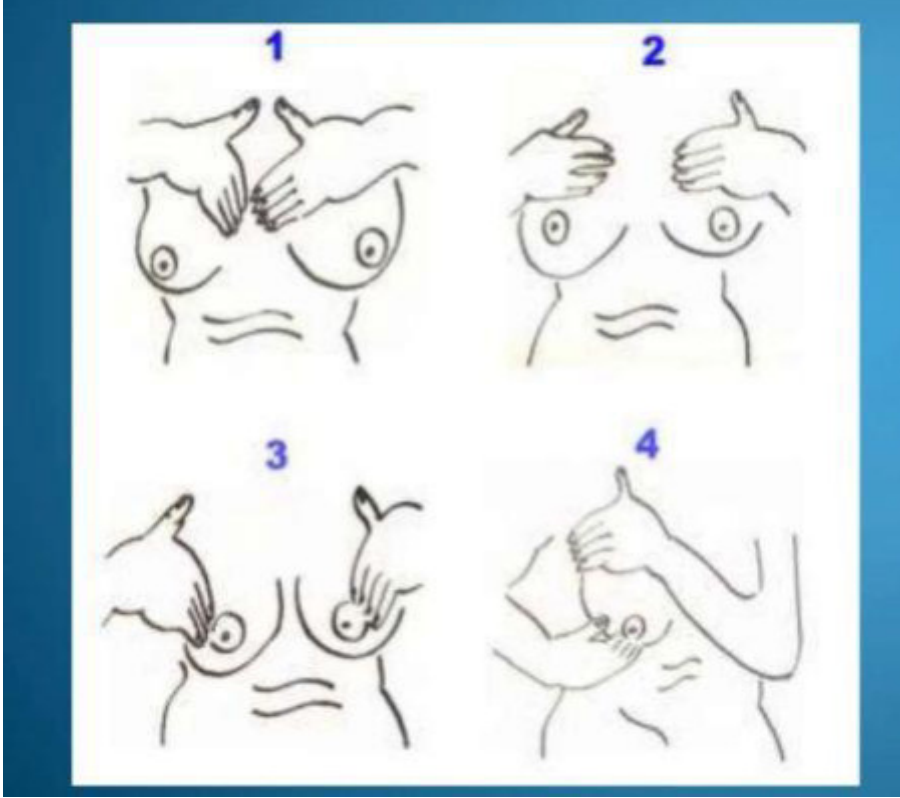
Berdasarkan studi quasi eksperimen *one group pretest-posttest* oleh Khasanah, Maryatun, dan Utami (Universitas 'Aisyiyah Surakarta) di Bangsal Cempaka RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dengan dua responden ibu post partum, penerapan *Breast Care* selama tiga hari berturut-turut menunjukkan penurunan skor pembengkakan payudara dari 5 dan 4 menjadi 2 dan 1 pada *Six-Point Engorgement Scale (SPES)*, mengindikasikan adanya pengaruh positif *Breast Care* dalam mengurangi pembengkakan payudara pada ibu menyusui post partum.

Berdasarkan penelitian *quasi experiment* dengan desain *one group pretest-posttest* oleh Sitepu dan Sipayung di RS Grandmed Lubuk Pakam, terdapat pengaruh yang signifikan (p value $0,000 < 0,05$) dari *Breast Care* terhadap peningkatan pengeluaran ASI pada ibu yang baru menjalani persalinan, di mana terjadi peningkatan jumlah ASI setelah dilakukan intervensi *Breast Care*.

2.2.5 Prosedur Tindakan Keperawatan Breast Care

Tabel 2.1 SOP Breast Care

Pengertian	breast care adalah perawatan yang dilakukan untuk menjaga kesehatan payudara ibu, baik pada masa kehamilan maupun post partum. Perawatan ini bertujuan untuk menghindari masalah seperti puting susu lecet, mastitis, dan pembengkakan, serta meningkatkan kenyamanan ibu dalam menyusui.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kebersihan dan kesehatan payudara ibu post partum. 2. Meningkatkan kelancaran produksi ASI. 3. Mencegah dan mengatasi masalah payudara seperti mastitis, puting susu lecet, dan bendungan ASI.
Indikasi	Klien dengan produksi ASI tidak lancar pada post sc
Persiapan ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1) Baby oil / minyak kelapa 2) Dua buah baskom yang berisi air hangat dan air dingin 3) Dua buah waslap / handuk kecil 4) Dua buah handuk bersih 5) Kapas secukupnya
Persiapan Perawat	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan tindakan dengan 5S (senyum, salam, sapa, sopan, santun). 2) Lakukan perkenalan diri dan identifikasi pasien 3) Jelaskan tujuan yang akan dilakukan 4) Jelaskan prosedur pelaksanaan 5) Buat informed consent
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jaga privasi klien dengan memasang sketsel/sampiran 2) Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman
Cara Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1) Buka handuk pasien dan ganti dengan handuk yang lain 2) Puting susu dikompres dengan kapas minyak 3) Puting susu dipegang dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk kemudian diputar ke arah dalam sebanyak 5-10 kali dan ke arah luar sebanyak 5-10 kali 4) Puting susu ditarik sebanyak 20 kali 5) Merangsang dengan menggunakan ujung waslap 6) Licinkan kedua tangan dengan minyak lalu tempatkan kedua telapak tangan tadi diatas kedua payudara <p style="text-align: center;">Pengurutan I</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Lakukan pengurutan, arahkan pengurutan dimulai kearah atas kemudian kesamping, telapak tangan kiri dan telapak tangan kanan kearah sisi kanan. Selanjutnya diteruskan kearah bawah samping. 8) Selanjutnya letakkan kedua telapak tangan disalah satu payudara bagian bawahnya dengan posisi telapak tangan yang satu diatas dan yang satu dibawah (posisi bertumpuk). 9) Lalu digerakkan secara bergantian keatas sambil menyentuh sedikit payudara dan dilepas perlahan – lahan, lakukan sebanyak 15-30 kali. 10) Dilanjutkan dengan arah gerakan yang terakhir adalah melintang yaitu tempatkan kedua telapak tangan dibawak kedua payudara kiri dan kanan, kemudia secara bersamaan digerak-gerakkan seatas sambil menyentuh sedikit payudara dan dilepas perlahanlahan, lakukan sebanyak 15-30 kali.

	<p style="text-align: center;">Pengurutan II</p> <p>11) Salah satu tangan menopang payudara sedang tangan yang lain mengurut payudara dari pangkal menuju puting susu dengan tangan dikepalkan. 12) Lakukan sebanyak 15-30 kali</p> <p style="text-align: center;">Pengurutan III</p> <p>13) Satu payudara dan telapak tangan menopang yang lainnya mengatur payudara dari pangkal menuju ke puting susu. 14) Lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan, lakukan sebanyak 15-30 kali.</p> <p style="text-align: center;">Pengurutan IV</p> <p>15) Merangsang payudara dengan mengompreskan air hangat dan air dingin secara bergantian dengan memakai waslap, dilakukan sebanyak 15-30 kali. 16) Bisa juga dilakukan oleh ibu pada saat mandi dikamar mandi dengan menggunakan baskom kecil berisi air hangat diguyur atau diciprat-cipratkan ke payudara dan untuk air dinginnya bisa dilakukan saat ibu mandi dengan air dingin. 17) Selanjutnya dikeringkan dengan handuk dan alat-alat yang dipakai dibereskan . 18) Pakailah bra khususnya untuk menyusui bayi (bra yang menyangga payudara). 19) Perawatan dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi</p>
Evaluasi	Evaluasi hasil yang dicapai dengan petugas mengecek pengeluaran ASI.
Gambar	

Poltekkes Kemenkes Malang (2024)

2.4 Asuhan Keperawatan Maternitas

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian menurut (Baradero 2017), yaitu:

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data baik subyektif maupun obyektif dengan tujuan menggali informasi tentang status kesehatan pasien. Pengkajian pada pasien *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

1. Data subyektif

a. Identitas lengkap

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat.

b. Data riwayat kesehatan

Post Sectio Caesarea

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi seperti nyeri yang dirasakan, pergerakan tidak bebas, perut kembung, muntah BAK&BAB tidak nyaman.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit akut, kronis seperti jantung, diabetes, hipertensi atau penyakit lain yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya kelainan atau gangguan setelah *post sectio caesarea*.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, Hipertensi, TBC, penyakit kelamin, Hepatitis, abortus dan bayi kembar yang mungkin dapat diturunkan kepada pasien.

f. Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi (BB dan PB), penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan.

Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah mengikuti KB sebelumnya, dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama dan apakah ada keluhan selama program KB serta bagaimana rencana KB setelah masa nifas.

g. Kehidupan sosial budaya

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau

merugikan ibu pada masa nifas misalnya kebiasaan pantangan makan, pijat ke dukun bayi.

h. Data psikologi

Post Sectio Caesarea

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagaimana respon ibu terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi dan psikologis selama masa nifas, sang ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Pengkajian psikologis dilakukan untuk melihat bagaimana respon ibu terhadap bayinya dan respons ibu terhadap dirinya

i. Data Pengetahuan

Post Sectio Caesarea

Dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan yang dimengerti ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan ibu nifas

j. Nyeri/ketidaknyamanan

Nyeri pada pasien *post sectio caesarea* dapat dikaji pada saat 6 jam post operasi. Pasien mengeluh nyeri karena trauma bedah dan ketidaknyamanan akibat bedah (insisi), distensi kandung kemih, efek-efek anestesi dan nyeri tekan uterus. Serta mengkaji skala nyeri pada klien post SC.

k. Seksualitas

Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus dan terdapat lochea.

Aliran lochea sedang dan bebas bekuan berlebihan.

l. Kekuatan otot

Kekuatan harus dinilai. Skala berikut, digunakan secara universal:

0: Tidak ada kontraksi otot yang terlihat

1: Kontraksi otot yang terlihat tanpa atau sedikit pun gerakan

2: Gerakan anggota badan, tetapi tidak melawan gravitasi

3: Gerakan melawan gravitasi tetapi bukan perlawanan

4: Gerakan melawan setidaknya beberapa perlawanan yang diberikan oleh pemeriksa

5: Kekuatan penuh

Kesulitan dengan skala ini dan skala serupa adalah kemungkinan besarnya rentang kekuatan antara kelas 4 dan 5.

m. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan kesadaran klien, berat badan, tinggi badan

2) Tanda-tanda vital

a) Suhu

Setelah persalinan suhu ibu mungkin naik karna meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan antara 37,2 C – 37,5 C. Kemungkinan juga disebabkan karena ikatan dari aktifitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 C pada hari ke-2

sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas.

b) Nadi dan Pernafasan

Pada pasien post *sectio caesarea* nadi biasanya meningkat > 80 x/menit. Pernafasan juga akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah normal untuk sistil dan diastol 120/90 mmHg. Namun setelah persalinan tekanan darah akan sedikit turun karna terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

3) Rambut

Warna rambut, jenis rambut, kebersihan, rontok atau tidak, apakah ada lesi atau tidak.

4) Mata

Skleranya ikterik atau tidak, konjungtiva an anemis atau anemis, pada ibu yang mengalami persalinan konjungtivanya anemis, palpebra edema atau tidak, menggunakan alat bantu penglihatan atau tidak.

5) Hidung

Bernapas dengan menggunakan cuping hidung atau tidak, terdapat serumen atau tidak dan penciumannya baik atau tidak.

6) Telinga

Keistimewaan antara kiri dan kanan, menggunakan alat bantu pendengaran atau tidak dan fungsi pendengaran klien.

7) Mulut

Mukosa bibir klilen, tekstur dan warna sianosis atau tidak.

8) Leher

Apakah klien mengalami pembengkakan kelenjar tyroid.

9) Abdomen

Keadaan abdomen, warna, ada lesi atau tidak, keadaan luka operasi, nyeri abdomen post op *Sectio Caesarea* dan bising usus klien. Kaji abdomen pada hari pertama observasi bagian sisi perban lihat apakah terdapat tanda kemerahan yang berlebih seperti infeksi dan lihat apakah ada pengeluaran cairan darah atau nana yang berlebih. Pada hari ke 2 observasi apabila terdapat tanda-tanda infeksi. Pada hari ke tiga observasi bagian luka , ukur panjang luka, observasi apakah luka sudah mengering atau belum, lihat tanda rubor, calor, tumor, dolor.

10) Payudara

Puting susu menonjol atau tidak, warna areola mammae, kondisi mammae, colostrum sudah keluar atau belum.

11) Genitalia

Terdapat varises atau tidak, apakah ada edema atau tidak, pengeluaran lochea berwarna apa. Lochea rubra 1-3 hari berwarna

merah kehitaman, lochea sangunolenta 3-7 hari berwarna merah kekuningan, lochea serosa 8-14 hari berwarna kekuningan/kecoklatan dan lochea alba >14 hari berwarna putih.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan (SDKI PPNI 2017).

1. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai asi dibuktikan dengan ASI tidak memancar
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, kecemasan, keengganan melakukan pergerakan, ketidak bugaran fisik
4. Difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan psikologis atau psikotik, gangguan neuromuskuler.

2.4.3 Rencana Keperawatan

Tabel.2.2 (Intervensi Keperawatan)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5) 6. Uterus teraba membulat menurun (5) 7. Frekuensi nadi membaik (5) 8. Pola nafas membaik (5) 9. Tekanan darah membaik (5)	SIKI : Manajemen nyeri I.08238 OBSERVASI 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons 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 analgetic TERAPEUTIK 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik foot massage dan kompres hangat) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

			<p>(mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik distraksi mobilisasi dini) <p>KOLABORASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Kecemasan menurun (5) 5. Gerakan terbatas menurun (5) 	<p>OBSERVASI :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 3. Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memuai mobilisasi. 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. <p>TERAPEUTIK :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu 4. Pasien dalam meningkatkan pergerakan

			<p>EDUKASI :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.
3	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan asi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 3. Miksi bayi lebih dari 8kali/24 jam meningkat (5) 4. Suplai ASI meningkat (5) 	<p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media penkes 2. Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara postpartum

4	<p>Difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat Mengelap badan tidak lagi Dibantu keluarga (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat Mengenakan pakaian tidak lagi dibantu keluarga (5) 3. Kemampuan ke toilet meningkat Berjalan ke toilet tidak lagi dibantu keluarga(5) 4. Verbalisas keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 	<p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu perawatan diri <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. Siapkan keperluan pribadi 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
---	--	--	--

2.4.4 Implementasi Keperawatan

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. (Widuri.2023).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan.

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Subjektif, objektif, assement, Perencanaan).

Teknik pelaksanaan SOAP :

S (Subjektif) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan

O (Objektif) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan

A (Assesment) adalah membandingkan antar informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.

P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.