

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **A. Konsep Penyakit**

##### **1. Definisi sectio caesarea**

Persalinan sectio caesaria adalah persalinan buatan melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang masih utuh dengan berat janin >1.000 gram atau umur kehamilan >28 minggu. Sectio caesarea menjadi metode menjadi metode persalinan karena rendahnya tingkat morbiditas dan mortalitas. (Manuaba, 2012, p.259 dalam (Intan Laksitasari, 2018)).

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut serta dinding uterus untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Dylan, 2020). Sectio caesarea yaitu suatu persalinan yang dibuat dimana janin yang dilahirkan dengan cara melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim serta berat janin diatas 500 gram (Dylan, 2020).

Sectio caesarea atau operasi sesar merupakan proses pengeluaran janin lewat pembedahan dinding perut (Aprina, 2016 dalam (Lestari et al., 2021)). Namun, jenis persalinan ini memiliki beberapa efek samping yang dapat berbahaya bagi nyawa ibu maupun janin dibanding dengan persalinan normal biasa. Risiko ini tak hanya dapat mengancam pada saat prosedur SC berlangsung, namun pada masa setelah dilakukan SC atau pada masa nifas juga para ibu masih tetap dihantui oleh risiko tersebut. Salah satu penyebab kematian ibu yaitu infeksi pada luka pasca partum (Walyani & Elisabeth Siwi, 2015 dalam (Lestari et al., 2021)).

Seksio Seksaria merupakan suatu prosedur bedah untuk melahirkan janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus. Seksio seksaria dilakukan ketika ibu dan janin dalam keadaan gawat darurat dan hanya bisa diselamatkan dengan tindakan operasi. (Setiawati et al., 2023)

## 2. Etiologi

Indikasi Sectio Caesarea pada ibu antara lain pre eklamsia berat, plasenta previa, ketuban pecah dini, uteri iminen. Sedangkan indikasi dari janin diantaranya fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor diatas dapat diuraikan beberapa penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut :

### a. Pre Eklamsia Berat (PEB)

*Pre eklamsia* adalah sindrom spesifik-kehamilan, yang terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan, berupa berkurangnya perfusi organ akibat *vasospasme* dan aktivasi endotel ditandai dengan peningkatan tekanan darah (TD), *edema*, dan proteinuria. *pre eklamsi* dan *eklamsi* merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, *pre eklamsi* dan *eklamsi* merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi *eklamsi*.

### b. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetric berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khoriookarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intrauterine. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks.

Penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin serta adanya tanda-

tanda persalinan.

c. Plasenta previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir dan oleh karenanya bagian terendah sering kali terkendala memasuki Pintu Atas Panggul (PAP) atau menimbulkan kelainan janin dalam rahim. Pada keadaan normal plasenta umumnya terletak di korpus uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri (Aprina.2016).

d. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan *secara Caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Partus Tak Maju

Partus tak maju adalah ketiadaan kemajuan dalam dilatasi serviks, atau penurunan dari bagian yang masuk selama perasalinan aktif. Partus tak maju merupakan fase dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga menimbulkan gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan, serta asfiksia dan kematian dalam kandungan.

f. Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri. dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

g. Kelainan Letak Lintang

Letak lintang ialah jika letak anak di dalam Rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh anak melintang terhadap paksi Rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh anak tegak lurus pada Rahim dan menjadikan sudut 90°) jarang

terjadi. Pada letak lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain. Pada keadaan ini, janin biasa berada pada presentase bahu atau acromion.

### **3. Klasifikasi**

#### **a. Persalinan Sesarea Melintang**

Pelahiran sesarea melintang atau segmen bawah merupakan kelahiran sesarea yang pada umumnya dipilih karena berbagai alasan. Karena insisi dibuat pada segmen bawah uterus, yang merupakan bagian paling tipis dengan aktivitas uterus yang paling sedikit, maka pada tipe insisi ini kehilangan darah minimal. Area ini lenih mudah mengalami pemulihan, dan mengurangi kemungkinan terjadinya ruptur jaringan perut pada kehamilan berikutnya. Selain itu juga insidensi peritonitis, ileus paralisis, dan perlekatan usus lebih rendah. Insisi awal (membuka rongga abdomen) dibuat secara melintang melalui daerah peritoneum uterus, yang menempel dengan kandur tepat diatas kandung kemih. Lipatan peritonium bawah dan kandung kemih dipisahkan dari uterus, dan otot-otot uterus diinsisi secara tegak lurus ataupun secara melintang. Selaput ketuban dipecahkan, dan janin dilahirkan. Plasenta dikeluarkan dan pemberian oksitosin melalui intavena dilakukan untuk membuat uterus berkontraksi. Insisi uterus dijahit dalam dua lapisan, dengan lapisan kedua bertumpang tindih dengan lapisan pertama. Susunan kedua lipatan penutup ini menutup rapat insisi uterus dan di yakini untuk mencegah lokia masuk ke dalam rongga peritoneum. Kemudian daerah peritoneum viseral dirapatkan kembali dengan satu lapis jahitan kontinu menggunakan benang jahit yang dapat diserap. Lavase dengan menggunakan salin normal dilakukan untuk mengurangi infeksi pascabedah dan kemudian abdomen ditutup dengan jahitan lapis demi lapis.

#### **b. Sesarea Klasik**

Sebuah insisi tegak lurus dibuat langsung pada dinding korpus uterus. Janin dan plasenta dikeluarkan, dan insisi ditutup dengan tiga lapisan jahitan menggunakan benang yang dapat diserap. Tindakan ini dilakukan dengan menembus lapisan uterus yang paling tebal pada korpus uterus. Hal ini terutama

bermanfaat ketika kandung kemih dan segmen bawah mengalami perlekatan yang ekstensif akibat seksio sesarea sebelumnya. Kadang kala, tindakan ini dipilih saat janin dalam posisi melintang atau pada kasus plasenta previa anterior.

Karena sesarea klasik lebih ekstensif, yang memberikan akses yang cepat pada janin, metode ini merupakan metode pilihan ketika terjadi perdarahan akut atau pada situasi darurat lainnya pada saat waktu sangat penting dan kehidupan wanita dan janin terancam. Lima kondisi lainnya yang juga memerlukan insisi klasik yaitu:

- 1) Janin preterm kurang dari 34 minggu dengan presentasi bokong, karena segmen bawah masih belum terbentuk secara adekuat dan insisi melintang mungkin terlalu sempit untuk melakukan kelahiran janin tanpa menimbulkan trauma.
- 2) Akses ke segmen bawah uterus terhambat karena adanya jaringan fibrosa.
- 3) Akan dilakukan tindakan histerektomi segera setelah seksio sesarea.
- 4) Seksio sesarea postmortem dalam usaha untuk menyelamatkan janin yang hidup dari seorang ibu yang meninggal.
- 5) Terdapatnya kanker serviks invasif.

#### **4. Manifestasi Klinis *Post SC***

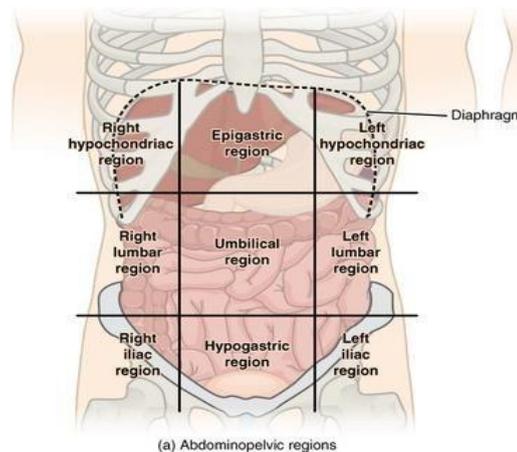
Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan *sectio caesarea* yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif. Doenges (2010) mengemukakan manifestasi klinis *sectio caesarea* meliputi :

- a. Nyeri yang disebabkan luka dari pembedahan
- b. Adanya luka insisi dibagian abdomen
- c. Umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- d. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- e. Ada kurang lebih 600-800 ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional

- g. Tidak terdengarnya suara bising usus
- h. Pengaruh anestesi dapat memicu mual, muntah dan imobilisasi
- i. Klien memilih untuk tidak banyak melakukan pergerakan

## 5. Anatomi Fisiologi

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 kepertengahan ligamen inguenale.



Gambar 2.1 Kuadran Abdomen

Dinding abdomen tersusun dari beberapa lapisan yaitu :

### a. Kulit

*Langer lines* menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen *langer lines* tersusun secara transversal. Hal inilah yang menyebabkan insisi kulit vertikal pada abdomen akan menopang lebih besar tegangan kulit dari lateral sehingga membentuk scar yang lebih lebar.

Sebaliknya, insisi kulit transversal, misalnya insisi pfannenstiel akan mengikuti arah serabut *langer lines* sehingga dari segi kosmetik, hasil penyembuhan kulitnya lebih baik.

b. Jaringan subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi jaringan lemak superfisial (*fasia camper*) dan lapisan membranous di bawahnya (*fasia scarpa*)

c. Otot dan fasia

Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu aponeurosis yang berjalan dari prosesus xiphoideus menuju simfisis pubis. Aponeurosis ini tampak sebagai suatu garis yang disebut sebagai linea alba.

Sarung rektus dibentuk oleh kumpulan oponeurosis eksternus, m.obliquus abdominis internus, dan m.transversus abdominis. Sarung rektus m.rektus abdominis tetap padaposisinya (mencegah terjadinya *bow-string effect*) pada waktu berkontraksi.

Aponeurosis dari otot-otot abdomen ini tersusun sedemikian rupa sehingga ada perbedaan antara lapisan aponeurosis yang terletak diatas dan dibawah umbilikus, yang dibatasi oleh linea arkuata.

Diatas linea arkuata, sarung rektus terdiri atas dua lamina, yaitu lamina anterior dan lamina posterior. Lamina anterior dibentuk oleh aponeurosis m. obliquus abdominis eksternus dan lamina anterior aponeurosis m. Transversus abdominis.

Di bawah linea arkuata, kedua aponeurosis berada di sebelah ventral m. rektus abdominis. Tempat peralihan lamina posterior ke sebelah ventral m. rektus abdominis inilah yang membentuk suatu garis lengkung yang disebut linea arkuata.

Susunan serabut otot dinding abdomen sejajar dengan arah serabut kulit. Oleh karenanya, garis jahitan pada insisi vertikal lebih sering menyebabkan terjadinya dehisensi dan hernia.

d. Jaringan Ekstraperitoneum dan Peritoneum

Peritoneum merupakan suatu selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam. Peritoneum dibagi menjadi dua

yaitu, *peritoneum parietalis* dan *peritoneum visceralis*. Peritoneum parietalis dan visceralis merupakan suatu kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut kavum peritonei.

## 6. Patofisiologi *Post SC*

Menurut (Yani, 2012 dalam (Anggria, 2022)) *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram. Tindakan *Sectio Caesarea* menginsisi pada bagian abdomen dan dinding uterus. Setelah kavum uteri terbuka selaput ketuban dipecahkan. Setelah janin dan plasenta dilahirkan kemudian lapisan endometrium, miometrium, dan perimetrium di jahit kembali. Penyebab dilakukannya tindakan ini indikasi dari ibu yaitu panggul sempit absolut, tumor jalan lahir, stenosis serviks, disproporsi sefalopelvis, ruptur uteri, riwayat observasi yang jelek, riwayat dasar klasik, infeksi herpes virus tipe II dan preeklamsi. Sedangkan indikasi dari janin yaitu kelainan letak janin dan gawat janin. Kelainan letak janin dan gawat janin menyebabkan janin tidak bisa lahir melalui jalan lahir sehingga harus dilakukan tindakan *Sectio Caesarea*.

Setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik secara psikologis maupun fisiologis. Adaptasi post partum secara psikologis akan terjadi penambahan anggota keluarga baru sehingga terdapat tuntutan anggota baru misalnya pada saat bayi menangis. Pada saat bayi menangis akan menimbulkan masalah gangguan pola tidur. Sedangkan adaptasi post partum secara fisiologis akan terdapat proses laktasi. Pada saat proses laktasi prolaktin akan meningkat sehingga produksi ASI juga meningkat. Meningkatnya produksi ASI dapat mengakibatkan nyeri payudara sehingga dapat menimbulkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI.

Pada tindakan *Sectio Caesarea* akan ada tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien akan mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kondisi tubuh yang menurun dapat mengakibatkan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga

timbul masalah defisit perawatan diri.

Anestesi pada tindakan *Sectio Caesarea* juga dapat mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk ke lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun sehingga makanan yang ada di lambung akan menumpuk. Karena motilitas yang menurun, akan mengakibatkan perubahan pada pola eliminasi yaitu konstipasi (Nurarif, dkk 2016 dalam Anggria, 2022)

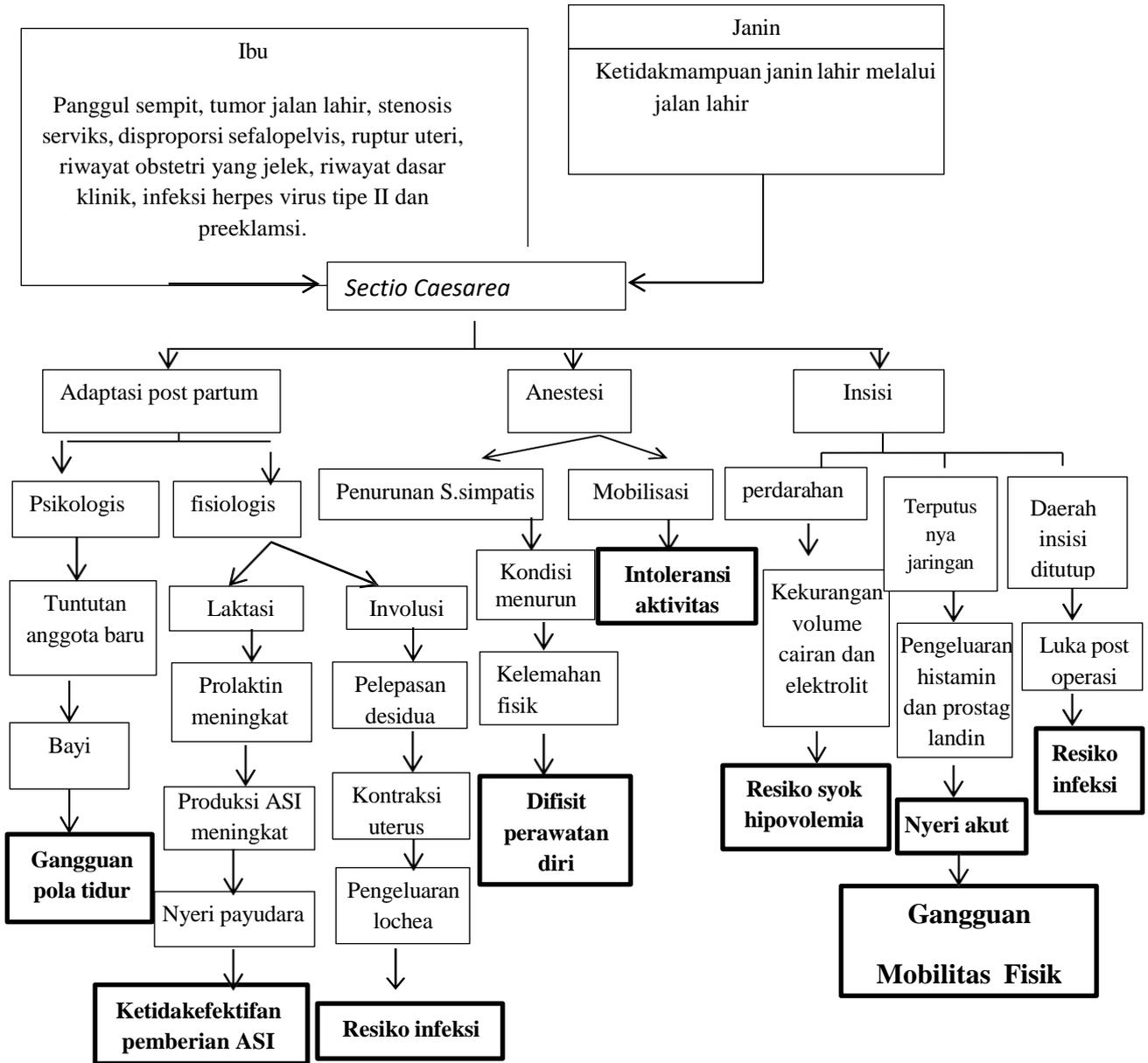
Pada saat proses pembedahan akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan putusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut) yang mengakibatkan enggan melakukan pergerakan sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang dapat menimbulkan masalah resiko infeksi (Nurarif, dkk 2016 dalam (Anggria, 2022))

Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri.

Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf - saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post op, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi.

### WOC Post SC

Skema 2.1 WOC Post SC



Sumber : (Nurarif, dkk 2016 dan Mitayani,2012 dalam Anggria, 2022 )

#### 7. Pemeriksaan Penunjang Post SC

- a. Hemoglobin atau hematocrit (Hb/Ht) untuk menguji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Pada pasien post SC mengalami penurunan kadar Hb dan Ht. Hb

memiliki nilai normal 12,3-15,3 g/dL sedangkan Ht memiliki nilai normal 36,0-45,0%

- b. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi, pada ibu dengan *Post Sectio caesarea* biasanya mengalami resiko peningkatan kadar leukosit dalam darah, nilai normal leukosit yaitu 3.600-10.600 uL.
- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa, pada ibu post Sc biasanya mengalami penurunan kadar albumin, nilai normal kadar albumin yaitu 3,2-4,6 g/dL
- d. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- e. Pemeriksaan elektrolit : memastikan status uterus dan biasanya pada ibu post Sc mengalami kekurangan elektrolit yang bisa menyebabkan hipovolemi.

## 8. Penatalaksanaan *Post SC*

Penatalaksanaan Medis ( Jitowiyono, 2012 dalam (Anggria, 2022))

### a. Pemberian cairan

Karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

### b. Diet

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

### c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 8 jam setelah operasi
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar

- 3) Hari pertama post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- 4) Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler)
- 5) 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 bisa dipulangkan

d. Kateterisasi

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

e. Pemberian obat-obatan

1) Antibiotik

Cara pemilihan dan pemberian antibiotic sangat berbeda-beda setiap institusi

2) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

a) Suppositoria = ketoprofen sup 2x/24 jam

b) Oral = tramadol tiap 6 jam atau paracetamol

c) Injeksi = penitidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu

3) Obat-obatan lain

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

f. Perawatan luka

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

g. Perawatan rutin

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

## 9. Penatalaksanaan Keperawatan

### a. 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.

### b. 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.

### c. 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.

### d. 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.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, serta data yang dikumpulkan secara sistematis yang digunakan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilaksanakan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Kozier et al, 2011 dalam Dyland,2020).

Pengkajian keperawatan pada ibu post sectio caesarea yaitu :

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik.

b. Keluhan utama.

Pada pasien post sectio caesarea keluhan utama yang timbul yaitu nyeri pada luka post operasi.

c. Riwayat persalinan sekarang

Pada pasien post sectio caesarea kaji riwayat persalinan yang dialami sekarang.

d. Riwayat menstruasi

Pada ibu, yang perlu ditanyakan adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.

e. Riwayat perkawinan

Yang perlu ditanyakan yaitu usia perkawinan, usia pertama kali kawin.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas yang perlu diketahui yaitu HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali periksa saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat bada anak saat lahir, jenis kelamin, keadaan anak saat lahir.

g. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Tanyakan pada ibu apakah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

h. Pola kebutuhan sehari-hari

- 1) Bernafas, pada pasien dengan post sectio caesarea tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.
- 2) Makan dan minum, pada pasien post sectio caesarea tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam satu hari.
- 3) Eliminasi, pada pasien post sectio caesarea pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.
- 4) Istirahat dan tidur, pada pasien post section caesarea terjadinya gangguan pada pola istirahat tidur, dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- 5) Gerakan dan aktifitas, pada pasien post sectio caesarea terjadinya gangguan gerakan dan aktifitas oleh karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
- 6) Kebersihan diri, pada pasien post sectio caesarea kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- 7) Berpakaian, pada pasien post sectio caesarea biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.
- 8) Rasa nyaman, pada pasien post section caesarea akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- 9) Konsep diri, pada pasien post sectio caesarea seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha merawat anaknya.
- 10) Sosial, pada ibu sectio caesarea lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
- 11) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partum terutama untuk ibu dengan sectio caesarea meliputi perawatan luka

operasi, perawatan panyudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual, serta hal-hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu juga perlu ditanyakan tentang perawatan bayi seperti, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.

i. Data fokus pengkajian pada risiko infeksi

Dalam pengkajian ibu post sectio caesarea dengan risiko infeksi data fokus yang dikaji yaitu mengkaji faktor penyebab mengapa pasien berisiko terjadinya suatu infeksi. Menurut Tim Pokja SDKI (2016), faktor yang dapat menyebabkan risiko infeksi adalah :

- 1) Efek prosedur invasive.
- 2) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- 3) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer : Kerusakan integritas kulit, ketuban lama, ketuban pecah sebelum waktunya.
- 4) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder : Penurunan hemoglobin, imununosupresi, supresi respon inflamasi.

j. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, tinggi badan, berat badan, keadaan kulit.
- 2) Pemeriksaan kepala wajah : Konjuntiva dan sclera mata normal atau tidak.
- 3) Pemeriksaan leher : Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
- 4) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya suara ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- 5) Pemeriksaan buah dada : Bentuk simentris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/ retraksi.
- 6) Pemeriksaan abdomen : Tinggi fundus uteri, bising usus kontraksi, terdapat luka dan tanda- tanda infeksi disekitar luka operasi.

- 7) Pemeriksaan ekstremitas atas : Ada tidaknya oedema, suhu akral, ekstremitas bawah : Ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- 8) Genetalia : Menggunakan dower kateter.
- 9) Data penunjang Pemeriksaan darah lengkap seperti pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT), dan sel darah putih (WBC).

## 2. Diagnosa keperawatan

- a. Gangguan integritas kulit b.d luka operasi

**Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan Gangguan Integritas Kulit**

<b>Gangguan Integritas Kulit (D.0129)</b>	
<b>Definisi</b> Kerusakan jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen)	
<b>Penyebab</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan sirkulasi</li> <li>2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)</li> <li>3. Kelebihan/kekurangan volume cairan</li> <li>4. Penuruna mobilitas</li> <li>5. Bahan kimia iritatif</li> <li>6. Suhu lingkungan yang ekstrem</li> <li>7. Faktor mekanis ( penekanan pada tonjolan tulang,gesekan)</li> <li>8. Efek samping terapi radiasi</li> <li>9. Kelembaban</li> <li>10. Proses penuaan</li> <li>11. neuropati perifer</li> <li>12. Perubahan pigmentasi</li> <li>13. Perubahan hormonal</li> <li>14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas jaringan</li> </ol>	
<b>Tanda dan Gejala Mayor</b>	
<b>Subjektif</b> (tidak tersedia)	<b>Objektif</b> 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan
<b>Tanda dan Gejala Minor</b>	
<b>Subjektif</b> (tidak tersedia)	<b>Objektif</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri</li> <li>2. Perdarahan</li> <li>3. Kemerahan</li> <li>4. Hermatoma</li> </ol>

- b. Risiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

**Tabel 2.3 Diagnosa Risiko infeksi**

<b>Risiko Infeksi. (D.0142)</b>
<b>Definisi</b> Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik
<b>Faktor Risiko</b>  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus).</li> <li>2. Efek prosedur invasi.</li> <li>3. Malnutrisi.</li> <li>4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.</li> <li>5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Gangguan peristaltik,</li> <li>o Kerusakan integritas kulit,</li> <li>o Perubahan sekresi pH,</li> <li>o Penurunan kerja siliaris,</li> <li>o Ketuban pecah lama,</li> <li>o Ketuban pecah sebelum waktunya,</li> <li>o Merokok,</li> <li>o statis cairan tubuh.</li> </ul> </li> <li>6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Penurunan hemoglobin,</li> <li>o Imunosupresi,</li> <li>o Leukopenia,</li> <li>o Supresi respon inflamasi,</li> <li>o Vaksinasi tidak adekuat.</li> </ul> </li> </ol>

### 3. Rencana intervensi

Menurut SIKI (2018), rencana keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

**Tabel 2.4 Rencana Keperawatan Postoperatif**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Rencana Keperawatan</b>
Gangguan integritas kulit b.d luka operasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam, diharapkan	<b>Perawatan integritas</b> <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol>

	<p>integritas jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>3. Perdarahan menurun</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Pertumbuhan <i>granulasi</i> meningkat</li> </ol>	<p>(kemerahan,<i>edema</i>,nyeri, dan cairan pada luka)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan dengan cairan <i>NaCl</i> atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>5. Bilas dengan <i>NaCl</i> 0,9% dan keringkan</li> <li>6. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>7. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat antibiotik</li> </ol>
<p><b>Risiko Infeksi b.d prosedur Infasif (D.0142)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Kebersihan badan meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Demam menurun</li> <li>3. Kemerahan menurun</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Bengkak menurun</li> <li>6. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol> <p>SLKI 2019,</p>	<p><b>Pencegahan infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung.</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau operasi</li> </ol>

	L.14137)	4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
--	----------	---

### C. Gangguan Integritas

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia mendefinisikan kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen).

Masalah ini ditegakkan berdasarkan data yang muncul pada klien meliputi klien mengatakan luka perutnya membuat susah beraktivitas. Data obyektif yang didapat sebagai berikut tampak adanya luka pada perut bawah klien, luas luka  $\pm$  12 cm, klien tampak menjaga pergerakan area perut.

### D. Konsep perawatan luka

#### 1. Definisi perawatan luka operasi post sectio caesarea

Perawatan luka pada pasien diawali dengan pembersihan luka selanjutnya tindakan yang dilakukan untuk merawat luka dan melakukan pembalutan yang bertujuan untuk mencegah infeksi silang serta mempercepat proses penyembuhan luka (Lusianah, Indaryani, & Suratun, 2012 dalam Dylan, 2020).

Perawatan pasca operasi adalah perawatan yang dilakukan untuk meningkatkan proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri dengan cara merawat luka serta memperbaiki asupan makanan tinggi protein dan vitamin (Riyadi & Harmoko, 2012 dalam Dylan, 2020).

Perawatan luka post sectio caesarea menurut buku standar prosedur operasional tindakan keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar, (2013) dalam Dylan, (2020) yaitu dalam melakukan prosedur kerja dalam pemberian perawatan luka operasi post section caesarea dapat dibagi menjadi tiga tahap yaitu :

- a. Pra interaksi Dimana dalam tahap ini yang dilakukan adalah mengkaji kebutuhan ibu dalam perawatan luka operasi sc serta menyiapkan alat-alat perawatan.
- b. Interaksi

Tahap interaksi ini dapat dibagi menjadi tiga tahap diantaranya:

1) Tahap orientasi

Pada tahap orientasi yang dilakukan yaitu mengucapkan salam, memperkenalkan diri perawat serta menyampaikan maksud dan tujuan dilakukannya perawatan luka.

2) Tahap kerja

Tindakan yang dilakukan pada tahap ini adalah mulai dari mencuci tangan, menggunakan alat pelindung diri (APD), membersihkan luka operasi dengan NaCl, sampai dengan tindakan terakhir yaitu merapikan pasien.

3) Tahap terminasi

Tahap terminasi merupakan fase dimana perawat mengakhiri tindakan, yang dilakukan perawat pada saat ini adalah mengevaluasi perasaan ibu serta membuat kontrak pertemuan selanjutnya.

c. Post interaksi

Pada tahap ini yang dilakukan yaitu membersihkan alat-alat, mencuci tangan serta mendokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan (Maternitas, 2013 dalam Dylan, 2020)

**2. Tujuan perawatan luka post sectio caesarea**

Tujuan dari perawatan luka menurut Maryunani, (2013) dalam (Dylan, 2020) yaitu :

- a. Mencegah dan melindungi luka dari infeksi.
- b. Menyerap eksudat.
- c. Melindungi luka dari trauma.
- d. Mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut.
- e. Meningkatkan penyembuhan luka dan memperoleh rasa nyaman

Menurut (Cahyono et al., 2021) menjaga kebersihan dapat mencegah infeksi, memberikan rasa aman dan nyaman untuk pasien. Mempercepat

proses penyembuhan luka, mencegah bertambahnya kerusakan jaringan, membersihkan luka dari benda asing/kotoran, memudahkan pengeluaran cairan yang keluar dari luka, mencegah masuknya kuman dan kotoran ke dalam luka serta mencegah perdarahan maupun munculnya jaringan parut sekitar luka.

### **3. Fisiologi penyembuhan luka**

Menurut (Mica Schneider, RN, 2023) penyembuhan luka terjadi melalui empat tahap, yaitu hemostasis, inflamasi, proliferasi dan remodeling, dan tampilan luka akan berubah seiring dengan penyembuhan luka. Tujuan dari penatalaksanaan luka adalah untuk memahami berbagai tahap penyembuhan luka dan memberikan perawatan yang sesuai.

- a. Hemostasis (terjadi dalam beberapa detik pertama): pembuluh darah menyempit untuk menghentikan pendarahan dan membentuk bekuan darah. Tujuan penatalaksanaan luka: menghentikan pendarahan
- b. Peradangan (0-4 hari): neutrofil dan makrofag bekerja menghilangkan kotoran dan mencegah infeksi. Tanda dan gejalanya meliputi kemerahan dan bengkak. Tujuan penatalaksanaan luka: membersihkan sisa-sisa dan mencegah infeksi
- c. Proliferasi (2-24 hari): luka dibangun kembali dengan jaringan ikat untuk meningkatkan granulasi dan memperbaiki luka. Tujuan penatalaksanaan luka: untuk meningkatkan pertumbuhan jaringan dan melindungi luka
- d. Remodeling (24 hari-1 tahun): jaringan epitel terbentuk dalam lingkungan penyembuhan yang lembab. Tujuan penatalaksanaan luka: untuk melindungi jaringan epitel baru

### **4. Klasifikasi luka**

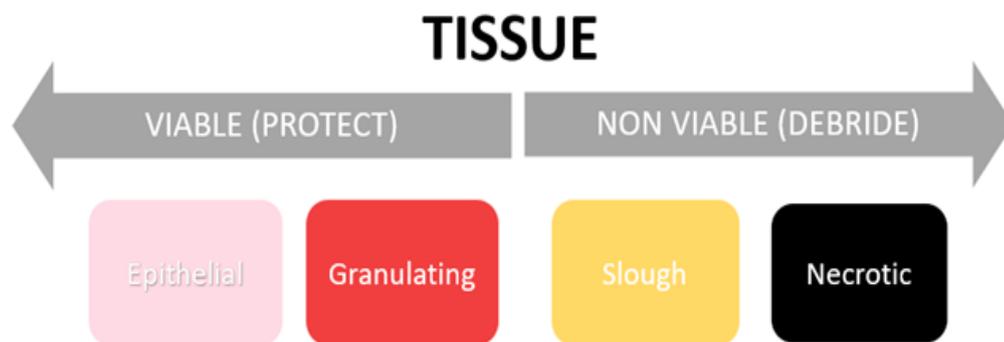
- a. Luka akut : luka yang terjadi secara tiba-tiba dan berkembang melalui tahap penyembuhan sesuai dengan yang diharapkan
- b. Luka kronis: luka yang tidak berkembang atau berkembang perlahan melalui tahap penyembuhan. Penyembuhannya bisa lebih lama 4-6 minggu.

- c. Luka bedah: luka sekunder akibat intervensi bedah, misalnya sayatan pisau bedah, drainase bedah
- d. Luka non-bedah: luka akut atau kronis yang bukan merupakan akibat intervensi bedah

## 5. Penilaian Luka

### a. Waktu

TIME adalah akronim atau alat pengambilan keputusan klinis yang berharga untuk memberikan penilaian sistematis dan dokumentasi luka. Itu singkatan dari Jaringan, Infeksi atau Peradangan, Keseimbangan kelembaban dan Tepi luka atau Kemajuan epitel.



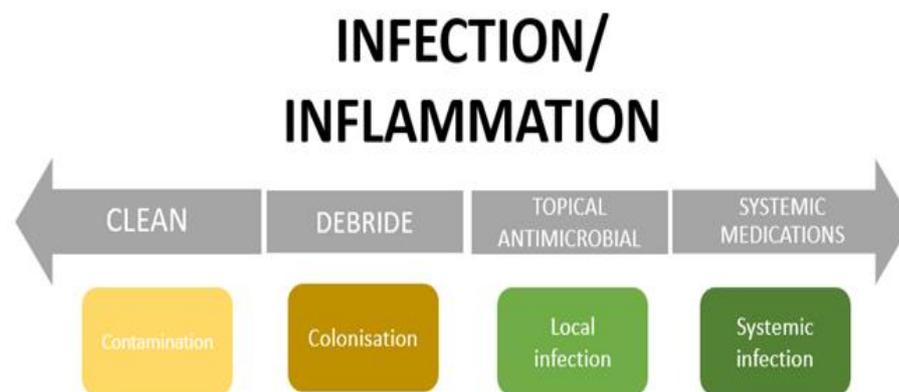
Gambar 2.3 jaringan

### b. Jaringan

Jaringan biasanya digambarkan berdasarkan warna.

- 1) Jaringan epitel: Tampak merah muda atau putih mutiara dan berkerut saat disentuh. Terjadi pada tahap akhir penyembuhan ketika luka ditutupi oleh epitel yang sehat.
- 2) Jaringan granulasi: Tampak merah dan lembab. Terjadi ketika jaringan sehat terbentuk dalam fase remodeling yang memiliki vaskularisasi baik dan mudah berdarah.
- 3) Jaringan mengelupas: Tampak kuning, coklat atau abu-abu. Slough adalah jaringan mati yang terbuat dari sel-sel mati atau puing-puing.

- 4) Jaringan nekrotik: Tampak keras, kering dan hitam. Jaringan nekrotik adalah jaringan mati yang menghambat penyembuhan luka.
- 5) Jaringan hipergranulasi: Tampak merah, tidak rata atau berbutir. Terjadi pada fase proliferasi ketika jaringan mengalami pertumbuhan berlebih.



Gambar 2.4 Infeksi/Peradangan

### c. Infeksi/Peradangan

Peradangan adalah bagian penting dari penyembuhan luka; Namun, infeksi menyebabkan kerusakan jaringan dan menghambat penyembuhan luka.

- 1) Kontaminasi : Adanya mikroorganisme yang terkandung dan tidak berkembang biak. Obat ini tidak memicu respons tubuh sehingga penyembuhan tidak terganggu. Antimikroba tidak diindikasikan.
- 2) Kolonisasi: Mikroorganisme berkembang biak tetapi tidak menimbulkan respons inang. Infeksi dapat diatasi tetapi penyembuhan luka mungkin tertunda. Antimikroba tidak diindikasikan.
- 3) Infeksi lokal: Invasi oleh agen yang, dalam kondisi yang menguntungkan, berkembang biak dan menghasilkan efek yang merugikan pasien. Ketika mikroorganisme dan bakteri berpindah ke jaringan luka dan memicu respons inang. Penyembuhan terganggu dan dapat menyebabkan kerusakan luka. Antimikroba topikal diindikasikan.
- 4) Infeksi yang menyebar dan sistemik: Mikroorganisme menyebar dari luka melalui sistem pembuluh darah dan atau limfatik dan melibatkan sebagian

tubuh (penyebaran) atau seluruh tubuh (sistemik). Penyembuhan terganggu. Pendekatan sistemik diperlukan misalnya antimikroba topikal dan penggunaan antibiotik untuk mencegah sepsis.

- 5) Biofilm: mewakili mekanisme kelangsungan hidup mikroorganisme dan karena itu terdapat di mana-mana di alam. Mereka adalah komunitas mikroba yang kompleks dan terbungkus lendir yang sering terlihat sebagai lapisan lendir pada benda di air atau pada antarmuka air-udara. Tingkat beban biologis pada luka akibat mikroorganisme ditunjukkan oleh respons yang buruk terhadap pengobatan antimikroba atau antibiotik, penyembuhan luka yang tertunda, atau peningkatan eksudat atau peradangan.

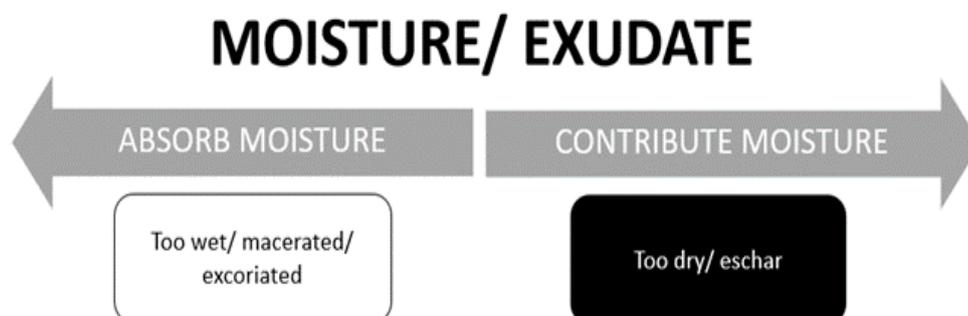
#### d. Bau

BAU bisa menjadi tanda adanya infeksi. Ini dapat digambarkan sebagai:

- 1) Tidak berbau
- 2) Sedikit bau: berbau ketika balutan dilepas
- 3) Bau sedang: bau saat memasuki ruangan ketika balutan dilepas
- 4) Bau menyengat: bau saat memasuki ruangan saat pakaian masih utuh

Jika terdapat indikator klinis di atas (termasuk demam, nyeri, keluar cairan atau selulitis), tinjauan medis harus dimulai dan mempertimbangkan Usap Luka Mikroskopi & Kultur (MCS).

#### e. Kelembapan/Eksudat



Gambar 2.5 kelembapan/eksudat

Kelembapan/eksudat merupakan bagian penting dari proses penyembuhan. Ini dihasilkan oleh semua luka pada:

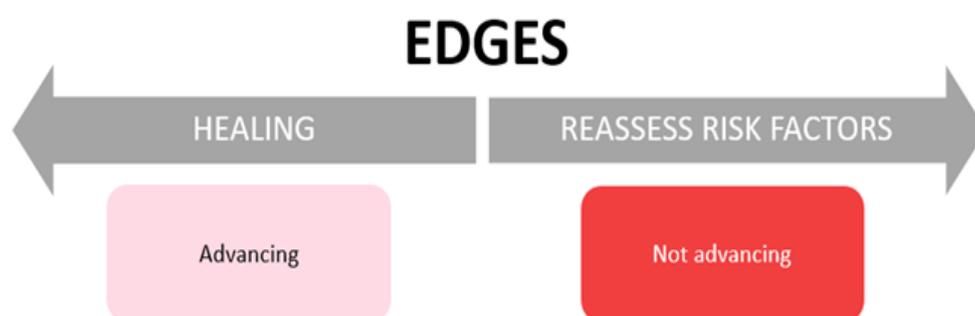
- 1) Pertahankan lingkungan yang lembab
- 2) Bersihkan lukanya
- 3) Memberikan nutrisi dan sel darah putih
- 4) Mempromosikan epitelisasi

Tujuan keseluruhan dari eksudat adalah untuk secara efektif menyumbangkan kelembapan dan menahannya di dalam dasar luka. Eksudat yang berlebihan menyebabkan maserasi dan degradasi kulit, sedangkan kelembapan yang terlalu sedikit dapat menyebabkan dasar luka mengering.

Deskripsi eksudat:

- 1) Serous: tampak bening sampai kuning. Normal, khas pada fase inflamasi. Drainase serous jernih, tipis, dan berair.
- 2) Haemoserous: tampak bening hingga kuning dengan semburat merah jambu. Khas pada fase inflamasi atau proliferasi.
  - a) Sanguinis: darah eksudat biasa. Dapat dikaitkan dengan hiper granulasi.
  - b) Purulen: mengandung nanah seperti susu, biasanya konsistensinya lebih kental, berwarna abu-abu, hijau atau kuning. Ini menandakan adanya infeksi.
  - c) Haempurulen: darah dan nanah. Seringkali karena infeksi yang sudah ada.

#### f. Tepian



Gambar 2.6 Tepian Luka

Kemajuan tepi luka dapat dinilai dengan mengukur kedalaman (rongga/sinus), panjang dan lebar luka menggunakan pita pengukur kertas.

- 1) Maju: tepinya berwarna merah muda. Penyembuhan sedang terjadi.
- 2) Tidak maju: tepinya terangkat, tergulung, merah atau kehitaman.

a) **Kulit di sekitarnya**

- 1) Kaji kulit disekitarnya (luka peri) untuk mengetahui hal-hal berikut:
- 2) Selulitis: kemerahan, bengkak, nyeri atau infeksi
- 3) Edema : bengkak
- 4) Maserasi: kulit lembut dan pecah-pecah akibat peningkatan kelembapan

b) **Nyeri**

Nyeri merupakan indikator penting dari penyembuhan luka yang buruk dan tidak boleh dianggap remeh. Nyeri dapat terjadi akibat proses penyakit, pembedahan, trauma, infeksi, atau akibat penggantian balutan dan praktik penanganan luka yang buruk.

## 6. **Komplikasi proses penyembuhan luka post sectio caesarea**

Proses penyembuhan luka yang tidak berjalan baik karna berbagai faktor penghambat akan menyebabkan suatu komplikasi, faktor yang bisa menjadi penghambat suatu proses penyembuhan luka menurut (Damayanti et al., 2015 dalam Dylan,2020) yaitu :

a. **Vaskularisasi**

Vaskularisasi dapat memengaruhi penyembuhan luka karena luka membutuhkan keadaan peredaran darah yang baik untuk pertumbuhan /perbaikan sel.

b. **Anemia**

Anemia dapat memperlambat suatu proses penyembuhan luka mengingat perbaikan sel membutuhkan kadar protekin yang cukup. Oleh sebab itu seseorang yang mengalami kekurangan kadar hemoglobin dalam darah akan mengalami suatu proses penyembuhan luka yang lama.

c. Usia

Kecepatan perbaikan sel berlangsung sejalan dengan pertumbuhan dan kematangan usia seseorang, proses penuaan dapat menurunkan sistem perbaikan sel sehingga dapat memperlambat proses penyembuhan luka sectio caesarea.

d. Penyakit lain

Penyakit dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka, adanya suatu penyakit seperti diabetes mellitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka.

e. Nutrisi

Nutrisi merupakan suatu unsur utama dalam membantu perbaikan suatu sel. Terutama karena kandungan zat gizi yang terdapat didalamnya, seperti vitamin A diperlukan untuk membantu proses apitelisasi atau penutupan luka serta sintesis kolagen, vitamin B kompleks merupakan sebagai kofaktor pada sistem enzim yang 12 mengandung metabolisme protein, karbohidrat, dan lemak. Vitamin C dapat berfungsi sebagai fibroblast serta dapat mencegah adanya suatu infeksi pada luka serta dapat membentuk kapiler-kapiler, dan vitamin K yang dapat membantu sistensis protombin serta berfungsi sebagai zat pembekuan darah. (Intan Laksitasari, 2018)

Makanan yang mengandung tinggi protein dan nutrien lainnya sangat diperlukan oleh tubuh ketika selesai operasi. Mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang setelah menjalani operasi dapat mempercepat penyembuhan luka serta mencegah infeksi dan komplikasi. Dengan begitu, pasien bisa segera kembali beraktivitas seperti sedia kala. (Suling et al., 2023)

Pasien dengan gangguan nutrisi mempunyai risiko terjadinya gangguan dalam penyembuhan luka. Jaringan yang luka mempunyai prioritas yang lebih besar untuk mendapatkan nutrisi dibanding jaringan normal.

Tersedianya protein memengaruhi pembentukan kolagen dan infeksi pada umumnya terjadi pada pasien dengan kadar albumin rendah. Vitamin C penting untuk sintesis serabut kolagen. Demikian juga seng (Zn), yang berperan sebagai kofaktor beberapa enzim yang berperan dalam proses penyembuhan luka.

Komponen-komponen imunitas, seperti antibodi, juga mengandung unsur protein.(Suling et al., 2023)

Penyembuhan luka secara normal memerlukan nutrisi yang tepat. Proses penyembuhan luka bergantung pada tersedianya protein, vitamin A dan C, mineral renit zink dan tembaga. Kebutuhan protein dan kalori pada pasien yang luka besar cenderung lebih tinggi dari pada kebutuhan orang sehat. Asam amino diperlukan untuk sintesis protein struktural seperti kolagen dan untuk melakukan sintesa protein yang berperan dalam proses respon imun. Malnutrisi merupakan penyebab yang sangat penting dari kelambatan penyembuhan luka.(Riandari et al., 2020)

Kegemukan, obat-obatan, merokok, dan stress, dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Orang yang terlalu gemuk serta banyak mengonsumsi obat-obatan, merokok, atau stres akan mengalami proses penyembuhan luka yang lebih lama.

Komplikasi umum yang terjadi dalam penyembuhan luka Menurut (Sukma Wijaya, 2018) yaitu :

a) Infeksi

Invasi bakteri dapat terjadi saat trauma saat pembedahan atau terjadi setelah pembedahan, gejala infeksi sering muncul sekitar dalam 2-7 hari setelah pembedahan. Gejala dari infeksi berupa kemerahan, nyeri, bengkak di sekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan sel darah putih. Suatu cairan luka atau eksudat yang banyak serta berbau dan berjenis purulen menandakan terjadinya suatu infeksi, infeksi yang tidak terkontrol serta tidak segera ditangani maka akan menyebabkan osteomyelitis, bakteremia, dan sepsis.

b) Pendarahan (Hemoragik)

Pendarahan terjadi paling sering jika kondisi pasien lemah serta adanya penyakit penyerta oleh pasien seperti kelainan darah atau bisa karena malnutrisi seperti kekurangan vitamin K.

c) Dehisen (*Dehiscense*)

*Dehiscense* yaitu terpisahnya lapisan kulit serta jaringan atau tepi luka tidak menyatu dengan tepi luka yang lain, komplikasi ini dapat terjadi pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 11 setelah cendera.

d) Eviserasi

Organ bagian dalam (viseral) dapat keluar dari permukaan luka yang terbuka ini disebut sebagai eviserasi.

## 7. Risiko infeksi pada post sectio caesarea

Risiko infeksi merupakan berisiko mengalami suatu peningkatan terserang organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan. Sedangkan Infeksi adalah invasi tubuh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit, suatu penyakit timbul jika patogen berkembang biak serta menyebabkan suatu perubahan pada jaringan normal.

## 8. Faktor risiko infeksi post sectio caesarea

Faktor terjadinya risiko infeksi menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, (2018) yaitu sebagai berikut :

- 1) Efek prosedur invasive.
- 2) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- 3) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer : Kerusakan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya.
- 4) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder : Penurunan hemoglobin, imununosupresi, supresi respon inflamasi.

Menurut (Cahyono et al., 2021) Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka dan potensi infeksi, yaitu faktor pasien, faktor luka dan faktor lokal. Faktor pasien mencakup usia, penyakit yang diderita (anemia, diabetes mellitus, mendasari, atau immunocompromised penyakit yang mendasari, pengaruh cedera pada penyembuhan (misalnya devaskularisasi). Faktor luka berupa organ atau jaringan yang terluka, tingkat cedera, sifat cedera, kontaminasi atau infeksi, waktu antara cedera dan pengobatan. Faktor lokal meliputi hemostasis dan debridement serta waktu penutupan.

Menurut (Riandari et al., 2020) ada beberapa faktor yang dapat menghambat penyembuhan luka adalah kegemukan (malnutrisi). Kegemukan terjadi karena penyimpanan lemak berlebihan di tubuh. Lemak memiliki kemampuan vaskularisasi yang kurang baik dibandingkan otot. Penyembuhan luka memerlukan pemenuhan protein, lemak, karbohidrat, vitamin, dan mineral yang adekuat dan seimbang. Jika asupan nutrisi tersebut tidak adekuat, penyembuhan luka akan terhambat. Perbaikan status nutrisi pada pasien yang melakukan tindakan pembedahan sangat penting untuk mempercepat penyembuhan luka operasi.

**a. Penyebab infeksi luka post sectio caesarea**

Hasil pemeriksaan mikrobiologi dari hasil penelitian Wardoyo et al., (2014) dalam (Dylan, 2020) penyebab infeksi luka operasi post sectio caesarea paling sering ditemukan yaitu disebabkan oleh bakteri E.coli. Menurut (Potter & Perry, 2005 dalam Dylan, 2020) infeksi luka operasi dapat disebabkan oleh beberapa faktor pencetus seperti agent merupakan penyebab infeksi seperti mikroorganisme yang masuk, serta host merupakan seseorang yang terinfeksi, dan Environment merupakan lingkungan di sekitar agent dan host seperti suhu, kelembaban, oksigen, sinar matahari, dan lainnya. Selisih waktu antara operasi dengan terjadinya ILO (infeksi luka operasi) rata-rata terjadi 3-11 hari.

**b. Tanda dan gejala infeksi luka post sectio caesarea**

Tanda gejala infeksi luka operasi menurut (Muttaqien et al., 2014 dalam Dyland, 2020) yaitu :

- 1) Terdapat nyeri dan pus disekitar luka sectio caesarea.
- 2) Terdapat kemerahan dan bengkak di sekeliling luka sectio caesarea.
- 3) Terdapatnya peningkatan suhu tubuh.
- 4) Terjadinya peningkatan sel darah putih.

Tanda dan gejala yang terjadi pada infeksi luka menurut (Smeltzer, 2002 dalam Dyland, 2020) yaitu :

**1) Rubor**

Rubor atau kemerahan yaitu hal pertama yang terlihat ketika mengalami peradangan, saat reaksi peradangan timbul terjadi pelebaran arteriola yang mensuplai darah ke tempat peradangan. Sehingga darah

lebih banyak mengalir ke mikrosirkulasi lokal serta kapiler meregang dengan cepat terisi penuh dengan darah. Keadaan yang seperti ini disebut hyperemia yang menyebabkan warna merah lokal karena peradangan akut.

## 2) Kalor

Kalor ini terjadinya bersamaan dengan kemerahan dari reaksi peradangan akut, kalor disebabkan oleh sirkulasi darah yang meningkat. Sebab darah yang memiliki suhu 37 derajat celsius akan disalurkan ke permukaan tubuh yang mengalami radang lebih banyak dari pada ke daerah yang normal.

## 3) Dolor

Pengeluaran zat seperti histamin atau bioaktif dapat merangsang suatu saraf. Rasa sakit pula disebabkan oleh suatu tekanan meningkat akibat pembengkakan jaringan yang meradang.

## 4) Tumor

Pembengkakan disebabkan oleh hiperemi dan juga sebagian besar ditimbulkan oleh pengiriman cairan serta sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan-jaringan interstitial.

## 5) Functio Laesa

Function laesa merupakan reaksi dari suatu peradangan, tetapi secara mendalam belum diketahui mekanisme terganggunya fungsi jaringan yang meradang.

### c. Dampak infeksi luka post sectio caesarea

Dampak jika ibu nifas mengalami suatu infeksi luka post sectio caesarea dan jika tidak segera ditangani dengan cepat akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada jaringan epidermis maupun dermis serta gangguan sistem persyarafan, dan kerusakan jaringan seluler.

### d. Manajemen luka

Penatalaksanaan luka yang efektif memerlukan pendekatan kolaboratif antara tim perawat dan tim medis yang merawat. Rujukan ke tim Terapi Stomal, Bedah Plastik, Klinik Spesialis, atau Kesehatan Terkait (melalui

perintah rujukan EMR) mungkin juga diperlukan untuk penatalaksanaan dan pemilihan balutan yang tepat, guna mengoptimalkan penyembuhan luka.

Penyembuhan luka dapat dilakukan dengan:

- 1) Niat primer : tepi luka dapat disatukan misal sayatan bedah (menggunakan jahitan, staples, steristrip atau lem), luka kecil, potongan kertas
- 2) Niat sekunder: tepi luka tidak menyatu dan memerlukan produk pembalut untuk meningkatkan granulasi
- 3) Intensi tersier/intensi primer tertunda : luka dibersihkan sebelum dapat ditutup karena beresiko tinggi terjadinya infeksi misalnya luka terkontaminasi
- 4) Terapi luka tekanan negatif: Tekanan negatif topikal atau penutupan dengan bantuan vakum (VAC) adalah pembalut busa yang dipasang pada perangkat untuk membantu penutupan luka, proliferasi, penghilangan kelembapan, dan stabilisasi lingkungan luka. Biasanya digunakan pada luka terbuka atau pecah-pecah, cangkok, flap, atau cedera akibat tekanan.

Frekuensi penggantian balutan:

- 1) Frekuensi penggantian balutan ditentukan oleh tim yang merawat atau ditunjukkan oleh produsen produk
- 2) Pertimbangkan untuk mengurangi frekuensi penggantian balutan pada populasi anak-anak untuk mempercepat penyembuhan luka dan mencegah rasa sakit dan trauma yang tidak perlu
- 3) Disarankan agar luka ditinjau setidaknya setiap 7 hari untuk memantau penyembuhan luka dan menilai kembali tujuan penanganan luka

**e. Edukasi perawatan luka (Wound Care Education) pada post sectio caesarea**

Perawat sebagai tenaga kesehatan memiliki peran yang luas dalam melakukan pelayanan kesehatan seperti upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Perawat menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan perawatan langsung, pendidik, konsultan, kolaborasi, penemu kasus, dan advokat. Perawat dalam area keperawatan maternitas memiliki peran yang sama dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan fokus nya pada pada

ibu hamil, melahirkan, dan ibu postpartum. Salah satu peran perawat dalam perawatan ibu postpartum adalah sebagai pemberi pendidikan kesehatan

Perawat sebagai edukator dalam praktiknya memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu postpartum dan keluarga menggunakan leaflet. Leaflet digunakan karena memiliki kelebihan yaitu informasi yang ada lebih mendetail dan mudah untuk dibawa kemana-mana. Diharapkan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan leaflet, pengetahuan ibu postpartum dan keluarga akan meningkat. Dengan pengetahuan yang meningkat diharapkan dapat memberikan kontribusi pada upaya mencegah infeksi atau komplikasi untuk menurunkan angka kematian ibu serta meningkatkan derajat kesehatan keluarga.

Infeksi luka operasi(ILO) yang ditemukan bervariasi mulai dari nyeri dan sakit pada luka bedah, luka pembedahan basah, keluar cairan, nanah, darah dari luka pembedahan serta luka kemerahan dan bengkak (Nurlaelasari et al., 2023). Infeksi dapat menghambat proses terjadinya kesembuhan luka, sehingga perlu penanganan yang khusus untuk mencegah terjadinya risiko infeksi. Salah satu pengetahuan yang harus dimiliki oleh ibu nifas post SC adalah dalam hal perawatan luka operasi. Hal tersebut sangat menentukan dalam pencegahan kejadian infeksi luka operasi. Perawatan luka berhubungan dengan kejadian ILO pada post SC (Kartikasari & Apriningrum, 2020). Ibu nifas post SC yang dirawat kembali karena kejadian infeksi luka operasi dapat berdampak tidak baik pada diri dan keluarganya. Pada saat ibu dirawat, ibu terpisah dari bayi dan anggota keluarga lainnya. Hal ini menyebabkan ibu harus memerah ASI agar bayi tetap mendapatkan ASI yang cukup. Terkadang ibu terkendala dalam menyimpan dan mengantarkan ASI karena jarak rumah dan RS cukup jauh. Selain itu, ibu merasa cemas terhadap kesembuhannya dan juga kondisi perkembangan bayinya. Kecemasan ibu, dan tidak adanya isapan bayi dapat berdampak pada produksi ASI. Hal ini menunjukkan bahwa perlu adanya upaya pencegahan agar kejadian ILO pada ibu post SC tidak terjadi (Rahim, 2019).

Upaya untuk mengatasi kejadian infeksi luka operasi (ILO) pada ibu nifas post SC salah satunya adalah peningkatan pengetahuan tentang perawatan luka operasi melalui pemberian pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan ini merupakan salah satu cakupan pelayanan nifas dan merupakan hak ibu post partum untuk mendapatkannya. Pemberian informasi dari tenaga kesehatan diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan ibu dalam perawatan luka operasi (Amnesty international, 2019).

Pendidikan kesehatan pada ibu post partum sebaiknya dilakukan sejak hari ketiga post partum, ketika ibu sudah mulai memberikan perhatian pada bayi dan perawatan dirinya. Pemberian pendidikan kesehatan ini dapat dilakukan dengan memanfaatkan berbagai media, baik media visual seperti leaflet (Notoatmodjo, 2018). Daya tangkap seseorang terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan tergantung dari indera, semakin banyak indera seseorang yang digunakan untuk menerima sesuatu maka akan semakin banyak dan jelas pula pemahaman yang didapatkan (Janah & Timiyatun, 2020).

Pemilihan media pembelajaran merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya perubahan pengetahuan paska pendidikan kesehatan kepada masyarakat baik pada tingkat individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Melalui pemberian leaflet ini diharapkan anggota keluarga dan juga pasien dapat membaca secara mandiri tentang cara perawatan yang menunjang proses penyembuhan luka operasi sehingga pasien terhindar dari infeksi luka operasi. Perubahan tingkat pengetahuan ini juga sesuai dengan teori *the health believe* model dari Rosenstock dalam Glanz (1997) dalam artikel (Hartika Rani & Nursanti, 2023) dimana dalam edukasi anggota keluarga ditunjukkan pada konsekuensi kesehatan apabila keluarga dan pasien tidak mengetahui dan melakukan tindakan pencegahan infeksi luka operasi, berisiko tinggi terhadap terjadinya infeksi luka operasi sehingga akan menambah hari rawat, biaya perawatan, dan bahkan berisiko terhadap ancaman kematian, sehingga keluarga didorong untuk memperhatikan informasi yang diberikan.

Hal-hal yang dapat mengurangi resiko infeksi adalah pendidikan, penghilang nyeri, gizi yang cukup, mengurangi stres dan meningkatkan pemahaman tentang perawatan luka operasi. Memberikan edukasi kepada pasien dengan tujuan untuk memandirikan pasien, sehingga pasien mampu untuk melakukan perawatan luka post SC, terutama ketika pasien berada di rumah.(Setiawati et al., 2023)

Peran perawat sangat dibutuhkan dalam memberikan edukasi bagi pasien untuk tindakan preventif primer dengan tujuan untuk memandirikan pasien sehingga pasien mampu melakukan perawatan luka post sectio caesarea, terutama saat pasien berada dirumah. Selain edukasi, perawat juga berperan penting dalam pengendalian risiko infeksi yaitu perawatan luka. Prinsip yang paling utama dalam perawatan luka yaitu pengendalian infeksi, karena infeksi dapat menyebabkan proses penyembuhan luka menjadi terhambat sehingga angka morbilitas dan mortalitas meningkat.(Lestari et al., 2021)

## 9. SOP

Tabel 2.5 SOP Rawat Luka Post SC

	<b>STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) RAWAT LUKA <i>POST SC</i></b>
<b>Pengertian</b>	Perawatan <i>pasca</i> operasi adalah perawatan yang dilakukan untuk meningkatkan proses penyembuhan luka, mengurangi rasa nyeri dan meminimalisir terjadinya infeksi
<b>Tujuan</b>	Meningkatkan proses penyembuhan luka

<p><b>Persiapan Alat/Bahan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kasa steril</li> <li>2. Lidi waten</li> <li>3. Kapas alkohol</li> <li>4. Betadine</li> <li>5. Plester dan gunting plester</li> <li>6. Cucing</li> <li>7. Waskom</li> <li>8. Pinset anatomis 2 buah</li> <li>9. Pinset sirurgi</li> <li>10. Larutan Chlorine</li> <li>11. Sarung tangan</li> </ol>
<p><b>Prosedur Tindakan</b></p>	<p><b>Tahap Persiapan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)</li> <li>2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan</li> <li>3. Lakukan cuci tangan</li> </ol> <p><b>Komunikasi Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perkenalkan diri</li> <li>2. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan</li> <li>3. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien</li> <li>4. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin</li> </ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan menggunakan sabun di air mengalir sebelum melakukan perawatan luka operasi (SC)</li> <li>2. Tuang betadine secukupnya didalam cucung</li> <li>3. Siapkan plester yang akan digunakan untuk menutup luka</li> <li>4. Gunakan sarung tangan</li> <li>5. Lepas plester yang melekat, bila lengket pakai kapas alkohol. Kemudian buka kasa luka op dan buang</li> <li>6. Amati daerah luka (periksa apakah ada tanda-tanda infeksi)</li> <li>7. Basahi lidi waten dengan betadine</li> <li>8. Bersihkan luka dengan menggunakan lidi waten yang sudah dibasahi dengan betadine dari arah ujung ke ujung lainnya untuk sekali usap lalu buang</li> <li>9. Tekan samping kanan dan kiri luka dengan tangan kiri dan tangan kanan menekan luka dengan menggunakan pinset anatomi yang menjepit kasa untuk melihat</li> </ol>

	<p>apakah ada nanah yang keluar dari luka lalu buang</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Lakukan ulang tindakan no 7 dan no 8</li> <li>11. Tutup luka dengan kasa luka op dan rekatkan dengan plester yang sudah disediakan</li> <li>12. Rapikan klien dan bereskan alat</li> <li>13. Lepaskan sarung tangan</li> </ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan cuci tangan</li> <li>2. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan</li> </ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan</li> <li>2. Catat respon klien</li> <li>3. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien</li> </ol> <p>Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</p>
--	--

Tabel 2.6 SOP Pendidikan Kesehatan

Tata cara pemberian pendidikan kesehatan secara individu tentang nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka post sc	
Tujuan	Untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka post sc
Kebijakan	Komunikasi efektif menggunakan bahasa sederhana (mudah diterima individu) dan menjaga kesopanan
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Tahap pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada</li> </ol> </li> <li>B. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien</li> <li>4. Menanyakan kesediaan klien sebelum kegiatan dilakukan</li> </ol> </li> <li>C. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca tasmiyah</li> <li>2. Berkomunikasi dengan klien</li> </ol> </li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menjelaskan pengertian nutrisi pada ibu post SC</li> <li>4. Menjelaskan tujuan pemberian nutrisi</li> <li>5. Menjelaskan kapan nutrisi diberikan pada ibupost sc</li> <li>6. Menjelaskan syarat diet post sc</li> <li>7. Menjelaskan makanan tktp</li> <li>8. Menjelaskan makanan yang harus dihindari</li> </ol> <p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan kembali hal-hal yang sudah dijelaskan tentang nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka pada ibupost sc</li> <li>b. Membaca hamdalah</li> </ol> </li> <li>2. Penutup       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menutup pertemuan dengan klien</li> <li>b. Memberikan salam penutup</li> </ol> </li> </ol>
--	--

## 10. Jurnal Terkait

**Tabel 2.7 Jurnal Terkait**

No	Judul artikel, penulis: tahun	Metode (Desain, Sampel, Instrumen)	Hasil Penelitian
1	<p>Penelitian Diana Nurlaelasari, Ita Herawati, Budi Ermanto (2023) tentang “perbedaan efektifitas edukasi media leaflet dan audiovisual terhadap pengetahuan perawatan luka operasi pada ibu nifas post sectio caesarea ”</p>	<p>D: Penelitian menggunakan desain quasi experiment dengan rancangan Two group Pretest Posttest..</p> <p>S: Sampel penelitian terbagi dua kelompok. Kelompok media leaflet 24 responden dan kelompok media audiovisual 24 responden.</p> <p>I : Instrumen yang digunakan menggunakan <i>leaflet</i> dan audiovisual</p>	<p>Hasil: baik media leaflet maupun media audiovisual efektif sebagai media edukasi dalam peningkatan pengetahuan ibu nifas post SC (p value : 0,000), namun media audiovisual lebih efektif dibandingkan dengan media leaflet (p value : 0,000).</p>

2	<p>peneliti Puji Lestari1,Siti Haniah, Tin Utami, (2021) tentang “Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Masalah Risiko Infeksi Post-Operasi Sectio Caesarea di Ruang Bougenvile RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga”</p>	<p>D: desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan yang dipilih yaitu asuhan keperawatan</p> <p>S: Subyek pada penelitian ini yaitu pasien postsectio caesareaa dengan risiko infeksi</p> <p>I : instrumen yang digunakan adalah lembar pengkajian</p>	<p>Hasil studi kasus yang dilakukan menunjukkan bahwa pasien post operasi sectio caesarea dengan risiko infeksi memiliki gejalaProsedur invasif (Usia pasien saat dilakukan tindakan SC 39 tahun &gt; 34 tahun), Penyakit kronis, Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder: Penurunan hemoglobi, Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen.</p>
3	<p>Peneliti Rismawati R. Suling, Tigor H. Situmorang, Masri Dg. Taha (2023) tentang “Hubungan Pengetahuan Pasien Pasca Operasi Tentang Nutrisi dengan Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) di UPT. RSUD Banggai Laut”</p>	<p>D: Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan analitik menggunakan desain cross sectional</p> <p>S: Sampel berjumlah 33 orang, dengan teknik pengambilan sampel purposive sampling.</p> <p>I: Instrumen dalam penelitian ini berupa kuesioner pengetahuan pasien pasca operasi tentang nutrisi.</p>	<p>Hasil penelitian pengetahuan baik sebanyak 66,7%) pengetahuan cukup sebanyak 12,1% dan pengetahuan kurang sebanyak 21,2%. Responden</p>