

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sectio Caesarea

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea merupakan suatu pembedahan guna melahirkan janin dengan melakukan insisi pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Roslianti, 2018). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan dimana janin dilahirkan melalui suatu sayatan atau pembedahan pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin melebihi 500 gram (Arda, 2021).

Sectio Caesarea atau yang dikenal dengan persalinan buatan adalah salah satu cara melahirkan dengan melakukan pembedahan guna mengeluarkan janin dan plasenta lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus dalam keadaan sehat dan utuh (Kristiyanasari, 2010). Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal (Mitayani, 2012).

Sectio Caesarea merupakan prosedur operasi besar yang banyak dilakukan wanita, tindakan ini meningkat karena beberapa penyebab, seperti *sectio caesarea* elektif merupakan tindakan yang dilakukan atas beberapa indikasi seperti indikasi obstetrik, medis atau keinginan pasien, apabila dilakukan secara terpaksa disebut juga dengan tindakan emergensi (Krisnadi, 2012).

Dari beberapa pengertian diatas dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa *sectio caesarea* merupakan suatu pembedahan yang menjadi alternatif untuk mengeluarkan janin bila persalinan pervaginam tidak memungkinkan dengan melakukan insisi pada dinding uterus melalui dinding depan abdomen.

2. Etiologi

Operasi *sectio caesarea* dilakukan atas 2 indikasi yang pertama yaitu faktor yang berasal dari ibu dan yang berasal dari janin.

a. Faktor yang Berasal dari Ibu

Etiologi yang berasal dari ibu antara lain pada primigravida dengan kelainan letak, *Cefalo Pelvic Disproportion* (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, komplikasi kehamilan yaitu pre eklampsia dan eklampsia berat, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Faktor yang Berasal dari Janin

Faktor yang kedua berasal dari janin seperti *fetal distress*/ gawat janin, mal persentasi dan mal posisi kedudukan janin seperti bayi yang terlalu besar (*giant baby*), kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kelainan tali pusat dengan pembukaan kecil seperti prolaps tali pusat, terlilit tali pusat, adapun faktor plasenta yaitu plasenta previa, solutio plasenta, plasenta accreta, dan vasa previa. kegagalan persalinan vakum

atau forseps ekstraksi, dan bayi kembar (*multiple pregnancy*) (Nurarif dan Hardi, 2013).

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea* (Sari, 2016).

3. Patofisiologi

Tindakan operasi *sectio caesarea* menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Nyeri tersebut akan menimbulkan berbagai masalah diantaranya adalah masalah laktasi, terhambatnya mobilisasi klien akibat nyeri yang mengganggu dan menimbulkan perasaan tidak nyaman. Jika hal ini dibiarkan maka akan meningkatkan resiko kekauan otot, meningkatkan resiko terjadinya konstipasi, mengganggu sirkulasi darah keseluruh tubuh dimana hal ini akan memperlambat proses penyembuhan luka, menghambat pengeluaran ASI dan dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi (Chairani, 2017).

4. Klasifikasi

Beberapa klasifikasi *sectio caesarea* menurut Purwoastuti & Walyani, 2015 adalah sebagai berikut :

a. *Sectio Caesarea* Klasik

Yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini

sudah sangat jarang dilakukan karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.

b. *Sectio Caesarea* Transperitonel Profunda

Sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya.

c. *Sectio Caesarea* Histerektomi

Yaitu bedah *caesarea* diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.

d. *Sectio Caesarea* Extraperitoneal

Yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi 13 dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

5. Manifestasi klink

Manifestasi klinis pada klien dengan *post sectio caesarea* antara lain: kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml, klien terpasang kateter, urin jernih dan pucat, abdomen lunak dan tidak ada distensi, bising usus tidak ada, ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru, balutan abdomen tampak sedikit noda, aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak (Prawirohardjo, 2007).

6. Komplikasi

Berikut komplikasi *sectio caesarea* yaitu :

- a. Hemoragi, perdarahan pasca persalinan paling buruk dari sudut insisi uterus atau pada plasenta previa.
- b. Infeksi, antibiotik profilaktik biasaya diberikan untuk *sectio caesarea*, terutama jika operasi dilakukan setelah ketuban pecah.
- c. Thrombosis
 - 1) Risiko 8x lebih tinggi dibandingkan setelah pelahiran melalui vagina.
 - 2) Biasanya terjadi pada vena tungkai atau panggul.
 - 3) Risiko berupa embolisme thrombus pada pembuluh darah paru.
 - 4) Antikoagulan profilaktik diberikan, terutama pada ibu yang berisiko tinggi (usia diatas 35 tahun, anemia, riwayat thrombosis, obesitas).
- d. Ileus
 - 1) Ileus ringan dapat berlangsung selama sehari sesudah operasi.
 - 2) Tangani secara konservatif dengan memberi cairan intravena dan jangan berikan oral hingga ibu flatus.

7. PemeriksaanPenunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* menurut Mochtar (2002) adalah :

- a. Hitung darah lengkap.
- b. Golongan darah (ABO),pencocokan silang, tes Coombs Nb.
- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa.

- d. Pelvimetri : menentukan CPD.
- e. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II.
- f. Ultrasonografi : melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.
- g. Amniosintesis : mengkaji maturitas paru janin.
- h. Tes stres kontraksi atau non-stres : mengkaji respons janin terhadap gerakan/stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal.
- i. Penentuan elektronik selanjutnya : memastikan status janin/aktivitas uterus.

8. Penatalaksanaan *Post-Operasi Sectio Caesarea*

Menurut Hartanti (2014), ibu *post sectio caesarea* perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut :

a. Ruang Pemulihan

Pasien dipantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat. Selain itu, pemberian cairan intravena juga dibutuhkan karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Hematokrit secara rutin diukur pada pagi hari setelah pembedahan. Pemeriksaan dilakukan lebih dini apabila terdapat kehilangan darah yang banyak selama operasi atau menunjukkan tanda-tanda lain yang mengarah ke hipovolemik. Wanita dengan berat badan rata-rata dengan hematokrit kurang dari atau sama dengan 30 dan

volume darah serta cairan ekstraseluler yang normal umumnya dapat mentoleransi kehilangan darah sampai 2.000 ml.

b. Ruang Perawatan

1) Monitor tanda-tanda vital

Setelah pulih dari anastesi, observasi pada klien dilakukan setiap setengah jam setelah 2 jam pertama dan tiap satu jam selama minimal 4 jam setelah didapatkan hasil yang stabil. Tanda vital yang perlu dievaluasi yaitu tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, status fundus uteri, suhu tubuh

2) Pemberian obat-obatan

Analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri seperti, Tramadol, Antrain, Ketorolak. Pemberian antibiotik seperti Ceftriaxone, Cefotaxime, dan lainnya.

3) Terapi cairan dan diet

Pemberian cairan intravena, pada umumnya mendapatkan 3 liter cairan memadai untuk 24 jam pertama setelah dilakukan tindakan, namun apabila pengeluaran urine turun, dibawah 30 ml/jam, wanita tersebut harus segera dinilai kembali. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 1%, garam fisiologi dan RL sevara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah dapat diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan. Pemberian cairan infus biasanya dihentikan setelah penderita *flatus*, lalu dianjurkan untuk pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman

dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih.

4) Pengawasan fungsi vesika urinaria dan dan usus

Kateter umumnya dapat dilepas dalam waktu 12 jam pasca operasi atau keesokan paginya setelah pembedahan dan pemberian makanan padat bisa diberikan setelah 8 jam, bila tidak ada komplikasi.

5) Ambulasi dini

Ambulasi dilakukan 6 jam pertama setelah operasi harus tirah baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan dan kiri. Latihan pernafasan dapat dilakukan sedini mungkin setelah ibu sadar sambil tidur telentang. Hari kedua post operasi, pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. Pasien dapat diposisikan setengah duduk atau semi fowler. Selanjutnya pasien dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima pasca operasi.

6) Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi *Sectio Caesarea*. Apabila klien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara yang bisa mengurangi rasa nyeri pada payudara.

7) Keluarga berencana

Keluarga Berencana adalah salah satu usaha membantu keluarga/individu merencanakan kehidupan berkeluarganya dengan baik, sehingga dapat mencapai keluarga berkualitas.

8) Perawatan luka

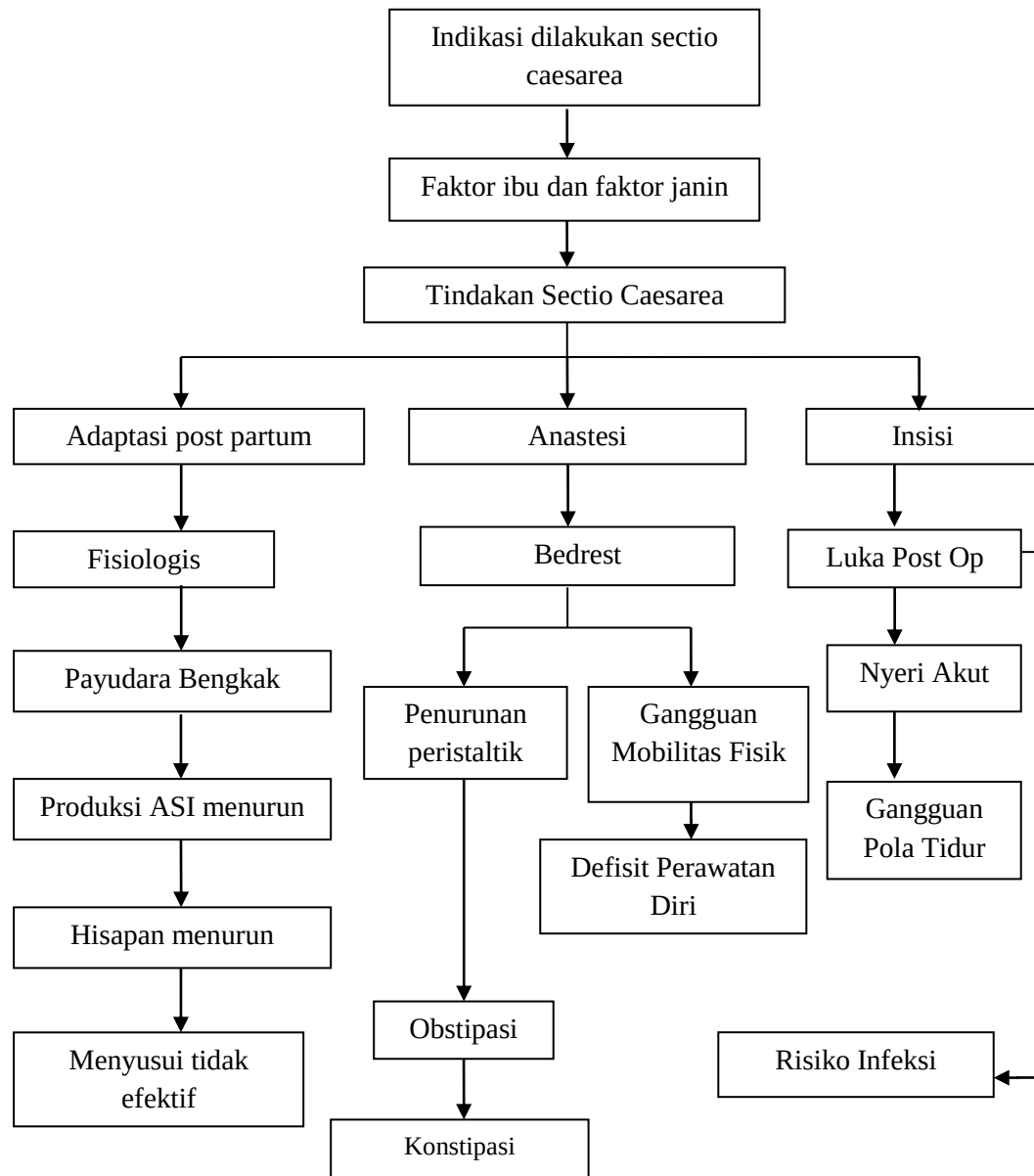
Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit, bila balutan basah dan berdarah harus segera dibuka dan diganti. Perawatan luka juga harus rutin dilakukan dengan menggunakan prinsip steril untuk mencegah luka terinfeksi.

9) Perawatan payudara

Sebaiknya perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan menyusui bayinya.

10) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air kecil atau besar perineum dibersihkan secara rutin, dengan lembut dari sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Untuk cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi dengan tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari.



Gambar 2.1

Pathway Sectio Caesarea

Sumber : Nurarif dan Hardhi (2015)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Teori Kebutuhan Dasar Manusia

Pada hakikatnya, setiap manusia memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi agar kehidupan dapat berjalan dengan baik. Terdapat lima tingkat kebutuhan dasar manusia yang berbeda pada hierarki kebutuhan Maslow, mulai dari yang paling dasar hingga yang sifatnya kompleks. Hierarki Maslow umumnya digambarkan dalam bentuk piramida, di mana tingkat terendah piramida terdiri dari kebutuhan paling dasar, sedangkan kebutuhan yang paling kompleks ada di atas piramida. Setelah kebutuhan pada tingkat yang paling rendah terpenuhi, maka manusia dapat beralih ke tingkat kebutuhan berikutnya. Dalam dunia keperawatan, teori Maslow dimanfaatkan untuk menjalankan asuhan keperawatan dalam menentukan prioritas kebutuhan pasien. Berikut lima macam kebutuhan manusia dalam teori Maslow:

a. Kebutuhan fisiologis

Prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow adalah kebutuhan fisiologis, dimana kebutuhan ini sangat penting untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan yang dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti

penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya, sedangkan perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali, karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.

Kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan kepuasan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu: fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan). Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya

c. Kebutuhan akan cinta dan kepemilikan

Manusia pada dasarnya membutuhkan perasaan dicintai oleh keluarga dan bahwa manusia diterima oleh teman sebaya dan masyarakat.

d. Kebutuhan akan rasa hormat dan harga diri

Manusia perlu merasa stabil dan dihargai oleh orang lain (apresiasi). Jika kebutuhan ini terpenuhi, klien/orang tersebut mungkin merasa tidak berdaya dan rendah diri.

e. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Tingkat kebutuhan tertinggi, ketika manusia telah memenuhi kebutuhan dasar yang paling rendah, yaitu melalui aktualisasi diri yang berarti mereka mencapai potensi tertinggi mereka (Kasiati, 2016).

Menurut Potter & Perry (2005) selama hidup yang dialami manusia, kebutuhan dasar manusia seorang individu mungkin tidak terpenuhi, terpenuhi sebagian atau terpenuhi seluruhnya. Seseorang yang seluruh kebutuhannya terpenuhi merupakan orang yang sehat, dan seseorang dengan satu atau lebih kebutuhan yang tidak terpenuhi merupakan orang yang berisiko untuk sakit atau mungkin tidak sehat pada satu atau lebih dimensi manusia.

Berdasarkan teori Maslow diatas, klien dengan kasus *post sectio caesarea* akan mengalami gangguan pada pemenuhan kebutuhan dasar yang kedua, yaitu kebutuhan rasa aman dan nyaman. Kebutuhan akan rasa meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing (nyeri), kenyamanan fisik juga terganggu ditandai dengan sensasi tubuh yaitu rasa nyeri yang dapat menimbulkan terganggunya kenyamanan psikologis.

2. Konsep Dasar Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalami yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat

didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan, maupun berat (Mubarak & Chayatin, 2007).

b. Etiologi

Menurut Mubarak dan Chayatin (2008) penyebab nyeri dibagi menjadi 6 kriteria, yaitu :

- 1) Termik, disebabkan oleh perbedaan suhu yang ekstrem.
- 2) Kimia, disebabkan oleh bahan/zat kimia
- 3) Mekanika, disebabkan oleh trauma fisik/mekanik
- 4) Elektrik, disebabkan oleh aliran listrik
- 5) Psikogenik, nyeri tanpa diketahui adanya kelainan fisik, bersifat psikologis
- 6) Neurologik, disebabkan oleh kerusakan jaringan saraf.

c. Faktor yang Memengaruhi Nyeri

1) Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh faktor seperti usia, jenis kelamin, latar belakang, sosial budaya, lingkungan dan pengalaman.

2) Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

3) Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tak kunjung hilang, sakit dan lain-lain.

4) Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

d. Jenis dan Bentuk Nyeri

Ada 3 klasifikasi nyeri yaitu:

1) Nyeri Perifer

- a) Nyeri superfisiyakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
- b) Nyeri visceral yakni rasa nyeri yang muncul akibat simulasi pada reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium, toraks.
- c) Nyeri alih nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari aringan penyebab nyeri.

2) Nyeri Sentral

Nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak, dan talamus.

3) Nyeri Psikogenik

Nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Dengan kata lain, nyeri yang timbul akibat pikiran si penderita sendiri.

e. Bentuk Nyeri

Secara umum, bentuk nyeri terbagi atas nyeri akut dan kronis:

1) Nyeri Akut

Biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Gejalanya mendadak, dan biasanya menyebabkan serta lokasi sudah diketahui dan ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

2) Nyeri Kronis

Berlangsung lebih dari enam bulan. Sumber nyeri diketahui atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan. Dampak nyeri ini antara lain penderita menjadi mudah tersinggung dan sering mengalami insomnia. Akibatnya kurang perhatian, sering merasa putus asa.

f. Cara Pengukuran Nyeri

Joint Commission mengharuskan fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan skala nyeri untuk membantu pasien menentukan tingkat nyeri mereka. Ada beberapa macam jenis skala nyeri yang dapat digunakan antaranya Skala Intensitas Nyeri atau Skala Distres Nyeri.

Pada skala ini, klien diminta untuk menilai nyeri nya dengan memilih kata-kata deskriptif, dengan memilih angka yang tepat pada skala angka dari 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri tak tertahankan) dengan menggunakan Skala Distres Angka. Skala wajah nyeri wong-baker (skala gambar) dibuat terutama untuk anak yang sudah dapat berbicara, skala ini juga dapat digunakan untuk orang dewasa yang mengalami kesulitan dalam mengekspresikan diri mereka sendiri atau orang lain yang tidak dapat berbicara dalam bahasa yang digunakan (Rosdahl & Kowalski, 2017).



Gambar 2.1

Skala Distres Angka atau Numerik Rating Scale (NRS)



Gambar 2.3

Skala Wajah Nyeri Wong-Baker

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Tahapan pengkajian merupakan suatu pemikiran yang mendasar dalam pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan juga dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Suarni, L&Apriyani, H, 2017).

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (PPNI, 2017), yang meliputi sebagai berikut :

1) Identitas Ibu

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

2) Keluhan Utama

Pada umumnya ibu dengan *post sectio caesarea* mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Karakteristik nyeri dikaji dengan

istilah PQRST. P adalah palliative/penyebab apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri. Q adalah quality atau penjelasan tentang bagaimana rasa nyeri yang dirasakan. R adalah Radiates atau bagaimana penyebaran rasa sakit. S adalah severity/keparahan, penjelasan tentang seperti apa rasa sakit yang dirasakan diungkapkan dalam bentuk angka atau biasa disebut skala nyeri. Yang terakhir adalah T/time/waktu kapan nyeri muncul, apakah nyeri muncul terus-terusan atau hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan

Sekarang Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *Sectio Caesarea* misalnya letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar (*multiple pregnancy*), preeklampsia eklampsia berat, ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Hal yang perlu dikaji dalam riwayat penyakit dahulu adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya, penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit hipertensi, jantung, DM, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin. Ada tidaknya riwayat

operasi umum/ lainnya maupun operasi kandungan (*sectio caesarea*, miomektomi, dan sebagainya).

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari genogram keluarga apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis, dan penyakit kelamin yang mungkin penyakit tersebut diturunkan pada pasien.

4) Riwayat Obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, cara persalinan, penyembuhan luka persalinan, keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak jika masih ingat. Riwayat menarche, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya.

5) Riwayat Kontrasepsi

Hal yang dikaji dalam riwayat kontrasepsi untuk mengetahui apakah ibu pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipakai sebelumnya, apakah ada masalah dalam pemakaian kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

6) Pola Kesehatan Fungsional

a) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya.

b) Pola Aktifitas

Pada pasien *post Sectio Caesarea* aktifitas masih terbatas, ambulasi dilakukan secara bertahap, setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan dan kiri. Kemudian ibu dapat diposisikan setengah duduk atau semi fowler. Selanjutnya ibu dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima pasca operasi.

c) Pola Eliminasi

Pada pasien *post Sectio Caesarea* sering terjadi adanya konstipasi sehingga pasien takut untuk melakukan BAB.

d) Istirahat dan Tidur

Pada pasien *post Sectio Caesarea* terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran bayi dan nyeri yang dirasakan akibat luka pembedahan.

e) Pola Sensori

Pasien merasakan nyeri pada abdomen akibat luka pembedahan yang dilakukan.

f) Pola Status Mental

Pada pemeriksaan status mental meliputi kondisi emosi, orientasi pasien, proses berpikir, kemauan atau motivasi, serta persepsi pasien.

g) Pola Reproduksi dan Sosial

Pada pasien *post Sectio Caesarea* terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan masa nifas.

h) Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi, dan biasanya pada ibu post partum terdapat chloasma gravidarum.
- 2) Mata meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman penglihatan. Biasanya ada keadaan dimana konjungtiva anemis karena proses persalinan yang mengalami perdarahan.
- 3) Hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, perdarahan atau kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan yang mengganggu pernafasan.
- 4) Telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga.
- 5) Leher meliputi kelenjar tiroid, vena jugularis, biasanya pada pasien *post partum* terjadi pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses menerang yang salah.

6) Dada

a) Jantung

Bunyi jantung I dan II regular atau ireguler, tunggal atau tidak, intensitas kuat atau tidak, apakah ada bunyi tambahan seperti murmur dan gallop.

b) Paru-paru

Bunyi pernafasan vesikuler atau tidak, apakah ada suara tambahan seperti ronchi dan wheezing. Pergerakan dada simetris, pernafasan regular, frekuensi nafas 20x/menit.

7) Payudara

Pemeriksaan meliputi inspeksi warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak, dan pada hari ke-3 postpartum, payudara membesar karena vaskularisasi dan engorgement (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari I-III), keras dan nyeri, adanya hiperpigmentasi areola mammae serta penonjolan dari papila mammae. Ini menandai permukaan sekresi air susu dan apabila aerola mammae dipijat, keluarlah cairan kolostrum. Pada payudara yang tidak disusui, engorgement (bengkak) akan berkurang dalam 2-3 hari, puting mudah erektile bila dirangsang. Pada ibu yang tidak menyusui akan mengecil pada 1-2 hari. Palpasi yang dilakukan untuk menilai apakah adanya benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan.

8) Abdomen

Pemeriksaan meliputi inspeksi untuk melihat apakah luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea, apakah ada terjadinya Diastasis Rectus Abdominis yaitu pemisahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, cara pemeriksaannya dengan memasukkan kedua jari kita yaitu jari telunjuk dan jari tengah ke bagian dari diafragma dari perut ibu. Jika jari masuk dua jari berarti diastasis rectie ibu normal. Jika lebih dari dua jari berarti abnormal. Auskultasi dilakukan untuk mendengar peristaltik usus yang normalnya 5-35 kali permenit, palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak. Intensitas kontraksi uterus meningkat segera setelah bayi lahir kemudian terjadi respons uterus terhadap penurunan volume intra uterine kelenjar hipofisis yang mengeluarkan hormone oksitosin, berguna untuk memperkuat dan mengatur kontraksi uterus dan mengkrompesi pembuluh darah. Pada 1-2 jam pertama intensitas kontraksi uterus berkurang jumlahnya dan menjadi tidak teratur karena pemberian oksitosin dan isapan bayi.

9) Genitalia

Pemeriksaan genetalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lokhea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.

10) Anus

Pada pemeriksaan anus apakah terdapat hemoroid atau tidak.

11) Integumen

Pemeriksaan integumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi. Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit.

12) Ekstrimitas

Pada pemeriksaan kaki apakah ada: varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis. Adanya tanda homan, caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan di lakukan tekanan ringan agar lutut tetap dan di lakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan

asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk meunliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien (PPNI, 2017).

Berdasarkan SDKI (2017) masalah yang mungkin muncul, sebagai berikut :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik, luka post operasi Sectio Caesarea.
2. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI.
3. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri, terpasang alat invasif.
4. Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal.
5. Gangguan pola tidur b.d nyeri akibat luka post Sectio Caesarea.
6. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasive (Sectio Caesarea).

c. Perencanaan Keperawatan

Setelah perumusan diagnosa keperawatan maka perlu dibuat perencanaan intervensi keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diganosa keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk menghilangkan, mengurangi, dan mencegah masalah keperawatan pasien.

Rencana keperawatan disusun berdasarkan diagnose keperawatan yang ditegakkan, sesuai dengan diagnosa keperawatan di atas, rencana keperawatan yang disusun sebagai berikut (tabel 2.1).

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan pada kasus Post Sectio Caesarea

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Nyeri Akut	Tingkat Nyeri : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Kesulitan tidur menurun 6. Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang dapat memperberat serta faktor yang memperingan nyeri 4. Monitor efek samping penggunaan analgetik 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, ruangan, cahaya, kebisingan) 6. Fasilitasi istirahat dan tidur 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri 8. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 9. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Menyusui Tidak Efektif	Status Menyusui : 1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat meningkat 3. Payudara ibu kosong setelah 4. Hisapan bayi meningkat 5. Bayi menangis setelah menurun	Edukasi Menyusui : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga dan tenaga kesehatan 3. Berikan konseling menyusui 4. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 5. Anjurkan perawatan payudara antepartum dengan

1	2	3	4
			melakukan kompres dengan menggunakan kapas yang telah diberi minyak kelapa 6. Ajarkan perawatan payudara postpartum (memerah ASI dan pijat payudara)
3	Gangguan Mobilitas Fisik	Mobilitas Fisik : 1. Nyeri menurun 2. Kecemasan menurun 3. Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur)
4	Konstipasi	Eliminasi Fekal : 1. Peristaltik usus membaik 2. Frekuensi BAB membaik	Manajemen Konstipasi: 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, warna) 3. Anjurkan diet tinggi serat 4. Anjurkan peningkatan cairan

1	2	3	4
			5. Periksa tanda dan gejala konstipasi 6. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, warna) 7. Anjurkan diet tinggi serat 8. Anjurkan peningkatan cairan 9. Latih buang air besar secara teratur 10. Ajarkan cara mengatasi konstipasi 11. Kolaborasi penggunaan obat pencahar 12. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
5	Gangguan Pola Tidur	Pola Tidur : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Pola Tidur : 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis) 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure) 4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
6	Resiko Infeksi	Tingkat Infeksi : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun	Pencegahan Infeksi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 7. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka

d. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan/implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (PPNI, 2017).

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (PPNI, 2017). Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon pasien disebut evaluasi proses dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut evaluasi hasil. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap hari dan meliputi 4 komponen, yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subyektif (respon verbal pasien terhadap tindakan), obyektif (respon nonverbal hasil dari tindakan dan data hasil pemeriksaan), analisis data

(menyimpulkan masalah, masih tetap ada, berkurang atau muncul masalah baru) dan perencanaan (perencanaan atau tindak lanjut tindakan yang akan dilakukan selanjutnya berdasarkan hasil analisa).