

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Pengertian *Sectio caesarea* didefinisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi di dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerektomi) (Rahim dkk., 2019). *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 janin di atas 500 gram (Nurfitriani, 2017) . Tindakan *Sectio caesarea* (SC) merupakan salah satu alternatif bagi seorang wanita dalam memilih proses persalinan di samping adanya indikasi medis dan indikasi non medis, tindakan SC akan memutuskan kontinuitas atau persambungan jaringan karena insisi yang akan mengeluarkan reseptor nyeri sehingga pasien akan merasakan nyeri terutama setelah efek anestesi habis (Metasari dan Sianipar, 2018).

2. Indikasi

Indikasi Pelaksanaan *sectio caesarea* dapat dilakukan apabila kelahiran dilakukan melalui vagina dimungkinkan dapat membawa resiko pada ibu dan janin. Indikasi untuk *sectio caesarea* antara lain meliputi (Subekti, 2018):

- a. Indikasi *sectio caesaria* elektif Dilakukan kalau sebelumnya sudah diperkirakan bahwa pelahiran per vaginam yang normal tidak cocok atau tidak aman. Kelahiran dengan *sectio caesarea* dilakukan untuk :
 - 1) Plasenta previa
 - 2) Letak janin yang tidak stabil dan tidak bisa dikoreksi
 - 3) Riwayat obstetri yang jelek
 - 4) Disproporsi sefalopelvik
 - 5) Infeksi herpes virus tipe II
 - 6) Riwayat sectio secaria
 - 7) Diabetes

- 8) Presentasi bokong
- 9) Penyakit atau kelainan yang berat pada janin
- b. Indikasi darurat
 - Kelahiran dengan *sectio caesarea* dilakukan untuk :
 - 1) Induksi persalinan yang gagal
 - 2) Kegagalan dalam kemajuan persalinan
 - 3) Penyakit fetal atau maternal
 - 4) Persalinan macet
 - 5) Pre eklamsia berat
 - 6) Prolapsus funikuli
 - 7) Perdarahan hebat dalam persalinan
 - 8) Tipe tertentu malpresentasi janin dalam persalinan

3. Jenis-jenis Operasi *Sectio caesarea*

Ada beberapa jenis operasi *sectio caesarea* yaitu (Purwoastuti & Walyani, 2015) :

- a. Jenis klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Jenis ini sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.
 - b. Sayatan mendatar di bagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan sekarang ini. Metode ini meminimalkan resiko terjadinya perdarahan dan cepat penyembuhannya.
 - c. Histerektomi Caesar yaitu bedah Caesar diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.
 - d. Bentuk lain dari bedah Caesar seperti extraperitoneal CS atau Porro CS.
- ### 4. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pasca operasi SC:

- a. Perdarahan : Perdarahan post partum yaitu perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir termasuk solusio plasenta (Wahyuningsih, 2019). Penyebab perdarahan pada tindakan operasi adalah atonia uteri (sumber perdarahan berasal dari implantasi plasenta), robekan jalan lahir (ruptur uteri, robekan serviks), robekan

vagina, robekan perineum, dapat menimbulkan terjadi perdarahan ringan sampai berat, perdarahan karena mola hidatidosa/karsinoma, gangguan pembekuan darah, kematian janin dalam rahim melebihi 6 minggu, pada solusio plasenta, dan emboli air ketuban. Retensio plasenta adalah gangguan pelepasan plasenta menimbulkan perdarahan dari tempat implantasi plasenta.

- b. Infeksi puerperal (Nifas) : Ringan (dengan kenaikan suhu beberapa hari saja), Sedang (dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung), dan Berat (dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Sering dijumpai pada partus terlantar sebelum timbul infeksi nifas, yakni telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama)
- c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonitisasi terlalu tinggi
- d. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang

5. Perawatan *Post Sectio Caesarea*

Penanganan pasca operasi sc dibagi menjadi perawatan pasca operasi serta perawatan lanjutan. Perawatan pasca operasi difokuskan pada tindakan observasi yang meliputi (Manuaba, 2010):

- a. Kaji tanda-tanda vital (TD, Nadi, RR, Suhu, SaO₂) dan kesadaran klien dengan interval teratur (15 menit). Pastikan kondisinya stabil.
- b. Lihat tinggi fundus, adanya perdarahan dari luka dan jumlah lochia. Hal ini khususnya penting jika persalinan berlangsung lama, jika uterus telah mengembang oleh polihidramnion atau kehamilan multiple dan jika terdapat ancaman defek koagulasi. Contohnya setelah perdarahan antepartum dan toksemia preeklampsia.
- c. Pertahankan keseimbangan cairan
- d. Pastikan analgesik yang adekuat dimana rasa nyeri meningkat pada hari pertama post operasi sectio caesarea.
- e. Profilaksis antibiotika, hal ini dikarenakan infeksi selalu diperhatikan dari adanya alat yang kurang steril, sehingga pemberian antibiotika sangat penting untuk menghindari terjadinya sepsis sampai kematian.

Selain tindakan observasi tersebut, akan dilakukan perawatan lanjutan diantaranya adalah :

- a. Ambulasi : Hari pertama ibu post SC harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang biasa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menenangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Ibu diharuskan untuk miring kiri dan kanan untuk mencegah trombosis dan tromboemboli, setelah ibu belajar duduk ibu dianjurkan untuk belajar berdiri dan berjalan.
- b. Perawatan Payudara : Menyusui dapat dimulai pada hari pembedahan, lakukan pendampingan dan motivasi kepada ibu untuk menyusui bayinya. Berikan edukasi terkait pentingnya ASI eksklusif.
- c. Perawatan Luka : perawatan luka pasca operasi SC dilakukan dengan tujuan mencegah dan melindungi luka dari infeksi, menyerap eksudat, melindungi luka dari trauma, mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut, meningkatkan penyembuhan luka dan memperoleh rasa nyaman

2.2 Konsep Nyeri

1. Definisi

Nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, persepsi nyeri seseorang sangat ditentukan oleh pengalaman dan status emosionalnya. Persepsi nyeri sangat bersifat pribadi dan subjektif. Oleh karena itu, suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda bahkan suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh satu orang karena keadaan emosionalnya yang berbeda (Zakiah, 2017).

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan sebagai akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan fungsional, berlangsung secara mendadak atau lambat dengan intensitas ringan sampai berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2. Klasifikasi

Nyeri menurut Potter & Perry (2015) dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri yang terjadi setelah cedera akut dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas bervariasi atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang.

b. Nyeri Kronik

Nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang periode waktu dan berlangsung lebih dari enam bulan.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Zakiyah (2017) antara lain :

a. Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia. Wanita usia subur adalah wanita yang berusia 20-35 tahun organ reproduksinya sudah berkembang dengan baik dan sempurna, sedangkan saat memasuki usia 40 tahun kesempatan hamil akan berkurang dan akan menyebabkan berbagai resiko untuk ibu hamil. Adapun kelompok usia yang digunakan dalam pengelompokan menurut (Depkes,2009) sebagai berikut:

- 1) Masa balita (0-5 tahun)
- 2) Masa anak-anak (5-11 tahun)
- 3) Masa remaja awal (12-16 tahun)
- 4) Masa remaja akhir (17-25 tahun)
- 5) Masa dewasa awal (26-35 tahun)
- 6) Masa dewasa akhir (36-45 tahun)
- 7) Masa lansia awal (46-55 tahun)
- 8) Masa lansia akhir (56-65 tahun)

b. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang ajarkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka.

c. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat. Sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini merupakan salah satu konsep yang perawat terapkan di berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (*guided imaginary*) dan *masase*, dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, misalnya pengalihan pada distraksi.

d. *Ansietas*

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri. Namun nyeri juga dapat menimbulkan *ansietas*. Stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang khususnya *ansietas*.

e. Kelemahan

Kelemahan atau keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

f. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak berarti bahwa individu akan menerima nyeri lebih mudah pada masa yang akan. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh maka *ansietas* atau rasa takut dapat muncul, dan juga sebaliknya. Akibatnya klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri.

g. Gaya koping

Gaya koping mempengaruhi individu dalam mengatasi nyeri. Sumber koping individu diantaranya komunikasi dengan keluarga, atau melakukan latihan atau menyanyi.

h. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran dan sikap orang-orang terdekat sangat berpengaruh untuk dapat memberikan dukungan, bantuan, perlindungan, dan meminimalkan ketakutan akibat nyeri yang dirasakan.

i. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan persepsi individu menerima dan menginterpretasikan nyeri berdasarkan pengalaman masing-masing. Nyeri yang dirasakan tiap individu berbeda-beda. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh toleransi individu terhadap nyeri.

4. Fisiologi Nyeri

a. Transduksi

Merupakan suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (contohnya tertusuk jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Dalam proses ini ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat, yaitu serabut *A-beta*, *A-delta*, dan *C*. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau disebut nosiseptor. Serabut ini adalah *A-delta* dan *C*. *Silent nociceptor*, juga terlibat dalam proses transduksi, serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

b. Transmisi

Proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal

c. Modulasi

Proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari *korteks* frontalis, *hipotalamus*, dan area otak lainnya ke otak tengah (*midbrain*) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi descendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di *kornu dorsalis*.

d. Persepsi

Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nosiseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nosiseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari saraf aferen (Anas Tamsuri, 2006 dalam Bahrudin, 2017).

5. Penatalaksanaan nyeri

a. Penatalaksanaan Nyeri Secara Farmakologi

Cara farmakologi untuk menghilangkan nyeri menggunakan analgesik yang terbagi atas dua golongan, yaitu analgesik nonnarkotik dan analgesik narkotik. Berbagai pilihan penatalaksanaan secara farmakologi sebagai berikut:

- 1) Non-narkotik dan obat antiinflamasi (NSAID)
- 2) Analgesik narkotika atau opiat
- 3) Obat tambahan (adjuvant)

b. Penatalaksanaan Nyeri Secara Non Farmakologi

Secara nonfarmakologi terdapat beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri yang terdiri atas (Alam, 2020):

- 1) Relaksasi

Relaksasi menyebabkan penurunan ketegangan, membuat ketenangan dan lebih rileks (Alam, 2020).

2) Tarik Nafas

Tarik nafas dapat mengurangi rasa nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri (Alam, 2020).

3) Massage (Pemijatan)

Massage atau pijat adalah metode penyembuhan atau terapi kesehatan secara tradisional, dengan cara memberikan tekanan kepada tubuh – baik secara terstruktur, tidak terstruktur, dengan getaran ataupun memberikan tekanan baik dilakukan secara manual ataupun menggunakan alat mekanis. Pijat dapat memberikan relaksasi, rasa nyaman, dan kebugaran. Pada pelayanan kesehatan pijat diaplikasikan untuk mengurangi rasa nyeri (Widaryanti, 2019).

4) Mobilisasi

Mobilisasi dapat mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi. Manfaat mobilisasi dini yaitu meningkatkan sirkulasi darah yang dapat menyebabkan pengurangan rasa nyeri (Alam, 2020).

5) Terapi Musik

Individu yang kesakitan akan merasa rileks saat mendengar musik. Mekanisme fisiologis yang tepat belum ditemukan, namun beberapa teori yang mungkin termasuk distraksi, pelepasan opioid endogen, atau disosiasi. Ketiga mekanisme ini terjadi saat pemberian terapi musik. Musik memberikan efek distraksi dan disosiasi dengan memfokuskan pada karakteristik pilihan musik (Black & Hawks, 2014).

6) Aromaterapi

Terapi aroma adalah terapi menggunakan zat pengharum atau minyak esensial yang diekstraksi dari tumbuhan. Aroma yang dihirup memberikan efek distraksi dan relaksasi bagi pasien.

Penggunaan dengan dihirup atau dipakai pada pijatan (Black & Hawks, 2014).

7) Akupresur

Akupresur adalah metode non invasive dari pengurangan atau peredaan nyeri yang berdasarkan pada prinsip akupuntur. Tekanan, pijatan, atau stimulasi kutaneus lainnya, seperti kompres panas atau dingin, diberikan pada titik-titik akupuntur (Black & Hawks, 2014).

8) Teknik Imajinasi Terbimbing

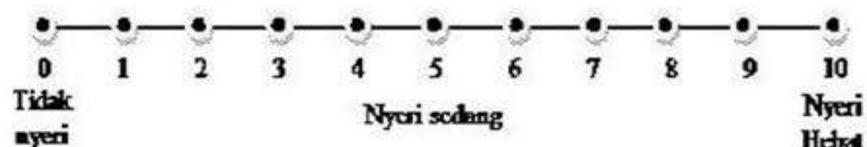
Imajinasi menurunkan nyeri melalui berbagai mekanisme. Hal ini juga merupakan cara untuk membantu individu mendistraksi diri mereka sendiri. Imajinasi dapat menghasilkan respons relaksasi, sehingga dapat menurunkan nyeri (Black & Hawks, 2014).

6. Pengukuran Nyeri

Skala numerik (*Numerical Rating Scale*)

Digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan skala 0 sampai 10. Angka 0 diartikan kondisi klien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengindikasikan nyeri paling berat yang dirasakan klien. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.

NRS dianggap sederhana dan mudah dimengerti. NRS lebih sederhana daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut, namun kekurangannya adalah tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti. Jika VAS lebih cocok untuk mengukur intensitas nyeri dan efek terapi pada penelitian karena mampu membedakan efek terapi secara sensitif maka NRS lebih cocok dipakai dalam praktek sehari-hari karena lebih sederhana (Suwondo et al., 2017).



Gambar 2.1 Skala Nyeri Numerik

Keterangan :

- a. Angka 0 artinya tidak nyeri
- b. Angka 1–3 artinya nyeri ringan
- c. Angka 4–6 artinya nyeri sedang
- d. Angka 7–10 artinya nyeri berat

2.3 Mobilisasi dini

1. Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah proses aktivitas yang dilakukan sesudah pembedahan, mulai dari olahraga ringan di tempat tidur hingga kemampuan untuk bangun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan keluar dari kamar tidur (Brunner & Suddarth, 2016).

2. Tahap-tahap Mobilisasi Dini

Tahap-tahap mobilisasi dini menurut Kasdu (2013) :

- a. 6 jam pertama *post sectio caesarea*, pasien harus beristirahat terlebih dahulu. mobilisasi dini yang dapat dilakukan antara lain menggerakkan tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit dan menegangkan otot betis, menggeser kaki. Masing-masing gerakan dilakukan sebanyak tiga kali, setiap pengulangan 8 kali hitungan.
- b. Setelah 6-10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan setiap 2 jam untuk mencegah trombosis dan tromboemboli masing-masing selama 15 menit.
- c. Setelah 24 jam, pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar duduk, paling sedikit 2x30 menit baik bersandar ataupun tidak dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki dijatuhkan sambil digerak gerakan selama 15 menit. Setelah itu duduk dianjurkan untuk belajar berjalan dengan bantuan. Pada hari kedua pasca operasi, pasien dianjurkan untuk belajar berjalan sendiri.

3. Manfaat mobilisasi dini

Mobilisasi dini baik dilakukan untuk pasien yang menderita beberapa jenis penyakit. Menurut Mubarak (2015), keuntungan dari mobilisasi dini adalah:

- a. Meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernapasan, yaitu mencegah atelektasis dan pneumonia hipostatik, dengan meningkatkan kesadaran mental akan dampak peningkatan oksigen pada otak.
- b. Meningkatkan sirkulasi darah yaitu nutrisi untuk memudahkan penyembuhan pada daerah luka, dapat mencegah tromboflebitis, meningkatkan fungsi ginjal, mengurangi nyeri.
- c. Meningkatkan buang air kecil untuk menghindari retensi urin.
- d. Meningkatkan metabolisme, antara lain:
 - 1) Mencegah penurunan tonus otot
 - 2) Kembalikan keseimbangan nitrogen
- e. Meningkatkan peristaltik yaitu memperlancar terjadinya perut kembung, mencegah distensi abdomen dan nyeri gas, mencegah konstipasi dan mencegah ileus paralitik.

4. Resiko bila tidak melakukan mobilisasi dini

Menurut Manuba (2010) resiko bila tidak melakukan mobilisasi dini antara lain :

- a. Peningkatan suhu tubuh
Karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi dan salah satu dari tanda infeksi adalah peningkatan suhu tubuh.
- b. Perdarahan yang abnormal
Dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uteri keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka.
- c. Involusi uterus yang tidak baik
Tidak dilakukan mobilisasi secara dini akan menghambat pengeluaran darah dan sisa plasenta sehingga menyebabkan terganggunya kontraksi uterus.

d. Menambah lama perawatan di rumah sakit

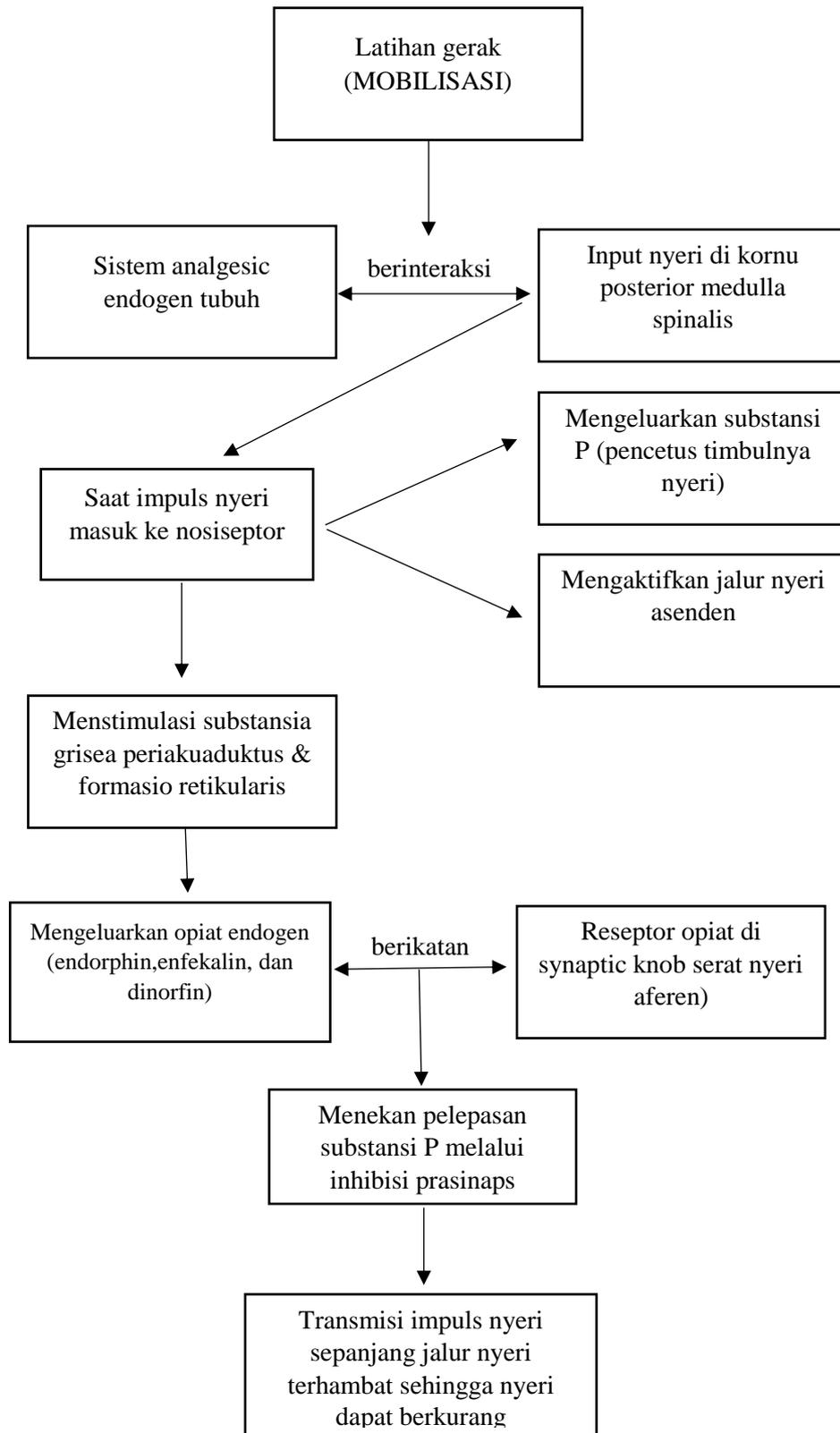
5. Patofisiologi mobilisasi dini terhadap nyeri

Latihan gerak yang dilakukan dalam mobilisasi dini menyebabkan terjadinya proses interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan tubuh dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Ketika impuls nyeri masuk ke nosiseptor sebagian jalur nyeri aferen mengeluarkan substansi P dan mengaktifkan jalur nyeri asenden. Substansi P merupakan suatu substansi yang dikeluarkan oleh kornu dorsalis saat terdapat impuls nyeri dan berfungsi sebagai pencetus timbulnya nyeri dan penyaluran/transmisi impuls nyeri dari jalur aferen. Secara bersamaan impuls nyeri juga menstimulasi substansi grisea periaqueductus dan formasio retikularis pada jalur analgesik asendens untuk mengeluarkan opiat endogen (endorphin, enkefalin, dan dinorfin) yang kemudian berikatan dengan reseptor opiat di synaptic knob serat nyeri aferen. Pengikatan ini menekan pelepasan substansi P melalui inhibisi prasinaps yang menyebabkan transmisi impuls nyeri sepanjang jalur nyeri asendens terhambat sehingga nyeri dapat berkurang (Ganong, 2008; Sherwood, 2009, dalam Sella, Triana 2019)

6. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan mobilisasi dini

- a. Mobilisasi jangan dilakukan terlalu cepat karena bisa menyebabkan ibu terjatuh, apalagi bila kondisi ibu masih lemah.
- b. Pastikan ibu melakukan gerakan mobilisasi dini secara bertahap, jangan terburu-buru.
- c. Jangan melakukan mobilisasi secara berlebihan karena akan meningkatkan kerja jantung. (Partini, 2016)

7. Pathway mobilisasi dini



Gambar 2.2 Pathway mobilisasi dini

Sumber : Ganong, 2008; Sherwood, 2009, dalam Sella, Triana 2019

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Dermawan, 2012).

1. Data Pengkajian

Perawat mengkaji data demografi, riwayat kesehatan dahulu, riwayat obstetri, pola fungsi kesehatan serta melakukan pemeriksaan fisik

a. Data demografi

Pengkajian data demografi meliputi nama, tempat dan tanggal lahir klien, pendidikan, alamat orang tua, serta data lain yang dianggap perlu diketahui. Nama agar dapat lebih mudah memanggil, mengenali klien antara yang satu dengan yang lain agar tidak tertukar. Umur mengetahui usia ibu apakah termasuk resiko tinggi / tidak. Pendidikan pemberian informasi yang tepat bagi klien. Penghasilan mengetahui bagaimana taraf hidup dan sosial ekonomi klien.

b. Riwayat kesehatan meliputi keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan keluarga. Pada umumnya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan, nyeri bertambah bila bergerak. Pada riwayat penyakit keluarga dikaji adanya penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, keturunan hamil kembar pada klien, TBC, Hepatitis, Penyakit kelamin, memungkinkan penyakit tersebut ditularkan pada klien, sehingga memperberat persalinannya.

c. Pola fungsi kesehatan yang meliputi pola nutrisi, aktivitas, eliminasi, konsep diri, pola hubungan dan peran, serta pola stress dan coping.

d. Riwayat pengkajian obstetri meliputi riwayat menstruasi, riwayat kehamilan terdahulu, riwayat kehamilan sekarang, dan riwayat persalinan lalu.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum :

Kaji terkait tingkat kesadaran klien.

2) Tanda-tanda vital

Kaji tekanan darah, suhu, nadi dan RR

3) Kepala dan leher

Kaji konjungtiva anemis atau tidak, kaji masalah di kepala dan leher

4) Dada

Terdapat adanya pembesaran pada payudara, adanya hiperpigmentasi areola dan papila mammae serta ditemukan adanya kolostrum.

5) Abdomen

Terdapat bekas jahitan luka SC, TFU (normalnya berada di midline, 2 cm dibawah umbilikus), diastasis rectus abdominis (palpasi bagian abdomen untuk merasakan pemisahan antara kedua sisi otot perut ketika menundukkan kepala), kaji masih ada tidaknya kontraksi uterus.

6) Genitalia

Kaji lochea, merupakan cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas, sifat lochea alkalis sehingga memudahkan kuman penyakit berkembang biak. Jumlah lebih banyak dari pengeluaran darah dan lendir waktu menstruasi, berbau anyir, tetapi tidak busuk. Lochea dibagi dalam beberapa jenis :

a) Lochea rubra: Pada hari 1 – 2 berwarna merah, berisi lapisan desidua, sisa-sisa chorion, liquor amnii, rambut lanugo, verniks kaseosa sel darah merah.

b) Lochea sanguinolenta: Dikeluarkan hari ke 3 – 7 warna merah kecoklatan bercampur lendir, banyak serum selaput lendir, leukosit, dan kuman penyakit yang mati.

c) Lochea serosa: Dikeluarkan hari ke 7 – 10, setelah satu minggu berwarna agak kuning cair dan tidak berdarah lagi.

d) Lochea alba: Setelah 2 minggu, berwarna putih jernih, berisi selaput lendir, mengandung leukosit, sel epitel, mukosa serviks dan kuman penyakit yang telah mati.

f. Ekstremitas

Pemeriksaan oedema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarnya uterus, karena pre eklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal. Ada varises pada ekstremitas bagian bawah karena adanya penekanan dan pembesaran uterus yang menekan vena abdomen.

2. Diagnosis Keperawatan

Tabel 2.1 Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri, ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri, tekanan darah meningkat.
2	Risiko infeksi b.d efek prosedur invasive
3	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d mengeluh nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas, fisik lemah
4	Risiko gangguan perlekatan b.d penghalang fisik

3. Rencana Tindakan keperawatan

Tabel 2.2 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa (PPNI, 2017)	Tujuan dan Kriteria Hasil (PPNI, 2019)	Intervensi (PPNI, 2018)												
1	Nyeri akut	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .. x 24 jam, maka nyeri akut teratasi dengankriteria hasil : Status Intra Partum L.07060</p> <table border="1" data-bbox="707 592 1117 887"> <thead> <tr> <th data-bbox="707 592 862 703">Kriteria Hasil</th> <th data-bbox="862 592 992 703">Skala Awal</th> <th data-bbox="992 592 1117 703">Skala Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="707 703 862 772">Keluhan nyeri</td> <td data-bbox="862 703 992 772"></td> <td data-bbox="992 703 1117 772"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="707 772 862 831">Meringis</td> <td data-bbox="862 772 992 831"></td> <td data-bbox="992 772 1117 831"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="707 831 862 887">Gelisah</td> <td data-bbox="862 831 992 887"></td> <td data-bbox="992 831 1117 887"></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir	Keluhan nyeri			Meringis			Gelisah			<p>I.108238 Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas. intensitas nyeri, skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi pengetahuan tentang nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan teknik non farmakologi 5. Fasilitasi istirahat tidur 6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9. Ajarkan teknik nonfarmakologi yang tepat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi pemberian analgesic <p>Intervensi pendukung</p> <p>I.14567 Perawatan post sectio caesarea</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan 2. Monitor tanda-tanda vital ibu 3. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan nafas dan lokis)
Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir													
Keluhan nyeri															
Meringis															
Gelisah															

			<p>4. Monitor kondisi luka dan balutan</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian pasien terkait permedahan 2. Pindahkan pasien keruang rawat nifas 3. Motivasi mobilisasi dini 6 jam 4. Fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi 5. Berikan dukungan menyusui yang memadai, jika memungkinkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi 2. Ajarkan latihan ekstermitas, peubahan posisi, batuk dan nafas dalam 3. Anjurkan ibu cara menyusui, jika memungkinkan 4. Anjurkan ibu mengkonsumsi nutrisi tinggi kalori tinggi protein (TKTP) 												
2	Risiko infeksi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, maka risiko infeksi dapat dicegahdengan kriteria hasil :</p> <p>L.14137 Tingkat Infeksi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Skala Awal</th> <th>Skala Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demam</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir	Demam			Kemerahan			Bengkak			<p>I.14539 Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 4. Berikan perawatan pada kulit yang terluka <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara memeriksa kondisi atau luka operasi 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 8. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir													
Demam															
Kemerahan															
Bengkak															

4	Gangguan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .. x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>L. 05042</p> <table border="1" data-bbox="707 400 1122 683"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Skala Awal</th> <th>Skala Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kelemahan Fisik</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir	Nyeri			Kecemasan			Kelemahan Fisik			<p>I.05173 Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 4. Fasilitasi melakukan pergerakan 5. Libatkan keluarga dalam membantu klien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir													
Nyeri															
Kecemasan															
Kelemahan Fisik															
5	Risiko gangguan perlekatan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .. x 24 jam, maka perlekatan meningkat dengankriteria hasil :</p> <p>L.13122 Perlekatan</p> <table border="1" data-bbox="707 855 1122 1200"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Skala Awal</th> <th>Skala Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekhawatiran akibat hospitalisasi</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Penghalang fisik</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kekhawatiran Menjalan peran orang tua</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir	Kekhawatiran akibat hospitalisasi			Penghalang fisik			Kekhawatiran Menjalan peran orang tua			<p>I. 13490 Promosi keutuhan keluarga</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pemahaman keluarga terhadap masalah 2. Identifikasi mekanisme koping keluarga 3. Monitor hubungan antara anggota keluarga <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi kunjungan keluarga 5. Fasilitasi keluarga melakukan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Informasikan kondisi pasien secara berkala kepadakeluarga 7. Anjurkan keluarga mempertahankan keharmonisan keluarga <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Rujuk untuk terapi keluarga, <i>jika perlu</i>
Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir													
Kekhawatiran akibat hospitalisasi															
Penghalang fisik															
Kekhawatiran Menjalan peran orang tua															

4. Implementasi Keperawatan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Implementasi juga meliputi pencatatan perawatan pasien dalam dokumen yang telah disepakati. Dokumen ini dapat digunakan sebagai alat bukti apabila ternyata timbul masalah hukum terkait dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit umumnya dan perawat khususnya (Budiono, 2016).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi merupakan proses terakhir keperawatan yang menentukan tingkat keberhasilan keperawatan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak (Budiono, 2016)

6. Penelitian terkait

Tabel 2.3 Penelitian Terkait

No	Judul artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1	Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Post Operasi Sectio Cessarea Di Rumah Sakit Bengkulu (Metasari, D., & Sianipar, B. K. 2018)	D : Quasy experiment S : 40 orang ibu post operasi section caesarea V : (I) Mobilisasi dini (D) Nyeri I : Numeric Rating Scale (NRS) A : Analisis Bivariat	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh mobilisasi dini dengan penurunan intensitas nyeri post operasi SC dengan nilai P value 0,000. Kesimpulan penelitian ini adalah mobilisasi dini dapat menurunkan intensitas nyeri pasien post operasi SC sehingga disarankan kepada pihak Rumah Sakit Agar melaksanakan mobilisasi dini kepada pasien post op sectio caesarea.
2	Perbedaan intensitas nyeri sebelum dan sesudah ambulasi dini pada ibu postpartum post seksiosesar (Novita, R., & Saragih, M. 2019)	D : pre eksperimental design S : 40 responden V : (I) Ambulasi dini (D) Intensitas yeri I : ambulasi dini menggunakan lembar observasi A : uji Wilcoxon	Dari intervensi ambulasi dini pada hari pertama ibu berada dominan pada intensitas nyeri berat (75%), pada hari kedua intensitas nyeri sedang (77.5%) dan hari ketiga intensitas nyeri ringan (75%). Nilai intensitas nyeri sebelum dan sesudah ambulasi dini menurun secara bertahap ditunjukkan pada hari pertama dengan nilai P value 0.004, hari kedua P value 0.000 dan hari ketiga P value 0.000. Hasil penelitian menunjukkan significant perubahan dan penuruan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan ambulasi dini pada ibu postpartum dengan SC selama tiga hari perawatan di RS. Ambulasi dini sangat efektif sebagai salah

			satu metode menurunkan intensitas nyeri pada ibu post SC.
3	Efektifitas mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri post operasi sectio caesarea (Sri, K., Muhammad, H., & Dwi, A. 2018).	D : Non Equivalent Control Group S : 20 orang V : (I) Mobilisasi dini (D) Skala Nyeri I : check point skala nyeri yang diisi oleh peneliti A : uji Independent Sample T test	Didapatkan hasil pada hari I secara bermakna skala nyeri kelompok 24 lebih tinggi daripada kelompok 48 ($p= 0.040$), namun pada hari II dan III terjadi kebalikannya, yaitu secara bermakna skala nyeri kelompok 24 lebih rendah daripada kelompok 48. Mobilisasi dini 24 jam pada hari II dan III lebih efektif dibandingkan dengan mobilisasi dini 48 jam. Untuk itu diperlukan prosedur tetap terhadap intervensi mobilisasi dini pada pasien pasca SC dan diperlukan kecakapan perawat dalam pemberian terapi