

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif (Hipkabi, 2014).

2. Tujuan

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner&Suddarth, 2013):

- a. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparatomi eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan.

3. Tahap dalam keperawatan perioperative

Keperawatan perioperative dilakukan berdasarkan proses keperawatan sehingga perawat perlu menetapkan strategi yang sesuai dengan kebutuhan individu selama periode perioperative (pre, intra, post) (Muttaqin & Sari, 2009).

a. Fase pre operasi

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2014). Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin & Sari, 2011).

b. Fase Intra operasi

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (Hipkabi, 2014). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan *intravena catheter*, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub (instrumentator), atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Majid, 2011).

c. Fase Post operasi

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di

rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

4. Klasifikasi Pembedahan

Klasifikasi dapat memberikan indikasi pada perawat tentang tingkat asuhan keperawatan yang diperlukan pasien.

Tabel 2.1 Klasifikasi Pembedahan

Klasifikasi	Jenis	Pengertian	Contoh
Emergency	Mayor	Melibatkan rekonstruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh, memberikan dampak resiko yang tinggi bagi kesehatan.	<i>Bypass</i> arteri koroner, reseksi kolon, reseksi lobus paru dll.
	Minor	Melibatkan perubahan kecil pada bagian tubuh, sering dilakukan untuk memperbaiki deformitas, dan dengan resiko yang lebih kecil daripada bedah mayor.	Ekstrasi katarak, <i>graft</i> kulit, operasi plastik.
Urgensi	Elektif	Pembedahan dilakukan berdasarkan pilihan pasien, tidak penting dan tidak dibutuhkan untuk kesehatan.	Rekonstruksi payudara atau vagina, bedah plastik pada wajah.
	Gawat	Pembedahan perlu untuk kesehatan atau mencegah timbulnya masalah tambahan pada pasien.	Eksisi tumor ganas, pengangkatan batu kantung empedu.
	Darurat	Pembedahan harus segera dilakukan untuk menyelamatkan jiwa.	Perforasi apendiks, amputasi traumatik, mengontrol perdarahan.
Tujuan	Diagnostik	Pembedahan untuk pemeriksaan lebih lanjut.	Biopsi massa tumor.
	Ablatif	Pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau penyakit.	Amputasi, pengangkatan apendiks.

	Paliatif	Menghilangkan atau mengurangi gejala penyakit, tetapi tidak menyembuhkan.	Kolostomi, debridement jaringan nekrotik.
	Rekronstruktif	Mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami malfungsi.	Fiksasi eksterna fraktur, perbaikan jaringan parut.
	Transplantasi	Mengganti organ atau struktur yang mengalami malfungsi.	Cangkok ginjal, <i>total hip replacement</i> .
	Konstruktif	Mengembalikan fungsi yang hilang akibat anomali kongenital.	Bibir sumbing, penutupan defek katup jantung.

Sumber : (Sjamsuhidajat, 2010)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan perioperatif pada praktiknya akan dilakukan secara berkesinambungan, dimulai dari praoperatif, intraoperatif, dan post operatif.

1. Pre operasi

a. Pengkajian pre operasi

Pengkajian di ruang pra operasi perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dengan kelengkapannya yang berhubungan dengan pembedahan. Pengkajian ringkas tersebut berupa validasi, kelengkapan administrasi, tingkat kecemasan, pengetahuan pembedahan, pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital, dan kondisi abdomen (Muttaqin, 2009).

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara menyeluruh. Pengkajian pasien pre operasi meliputi:

1) Identitas pasien meliputi:

Nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pekerjaan, pendidikan, golongan darah, alamat, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa

- a) Jenis Kelamin
- b) Usia
- 2) Ringkasan hasil anamnesis pre operasi
Keluhan ketika pasien dirawat sampai dilakukan tindakan sebelum operasi
- 3) Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut/cemas dan keadaan emosi pasien
- 4) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu.
- 5) Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.
- 6) Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sistem cardio, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama dan frekuensi jantung.
- 7) Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur
- 8) Sistem abdomen apakah pasien mengalami jejas dan nyeri pada abdomen
- 9) Sistem reproduksi, apakah pasien wanita mengalami menstruasi?
- 10) Sistem saraf, bagaimana kesadaran?
- 11) Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, lavement, kaptur, perhiasan, make up, scheren, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien alergi terhadap obat?

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi

respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pre operasi dalam (SDKI,2017) yaitu:

1) **Ansietas**

Definisi:

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab:

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi sistem keluarga
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i) Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan dan lain-lain)
- l) Kurang terpapar informasi

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Mayor Ansietas

Subjektif	Objektif
1. Merasa bingung	1. Tampak gelisah
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	3. Tampak tegang
4. Sulit berkonsentrasi	3. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Minor Ansietas

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh pusing	1. Frekuensi napas meningkat
2. Anoreksia	2. Frekuensi nadi meningkat
3. Palpitasi	3. Tekanan darah meningkat
5. Merasa tidak berdaya	4. Diaforesis
	5. Tremor
	6. Muka tampak pucat
	7. Suara bergetar
	8. Kontak mata buruk
	9. Sering berkemih
	10. Orientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait:

- a) Penyakit kronis progresif (misal: kanker, penyakit autoimun.)
- b) Penyakit akut
- c) Hospitalisasi
- d) Rencana operasi
- e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- f) Penyakit neurologis
- g) Tahap tumbuh kembang

2) Nyeri akut

Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab:

- a) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan)

- c) Agen pencedera fisik (misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindroma koroner akut
- e) Glaukoma

b. Rencana keperawatan

Rencana intervensi difokuskan pada kelancaran persiapan pembedahan, dukungan prabedah dan pemenuhan informasi. Persiapan

pembedahan dilakukan secara umum seperti pembedahan lainnya dengan penggunaan anastesi general. Pasien perlu dipuasakan 6 jam sebelum pembedahan dan mencukur area pubis . kelengkapan *informed consent* perlu diperhatikan perawat. (Muttaqin,2009).

Menurut (SIKI, 2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.6 Rencana Keperawatan *Preoperatif*

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 jam, maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Konsentrasi membaik - Kontak mata membaik - Frekuensi napas membaik - TD membaik - Frekuensi nadi membaik - Pucat menurun 	<p>Reduksi Ansietas</p> <p><u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor) 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan 2) Temani Pasien untuk mengurangi kecemasan 3) Pahami situasi yang membuat ansietas 4) Dengarkan dengan penuh perhatian 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7) Motivasi mengidentifikasi situassi yang memicu kecemasan 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan dating <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama Pasien 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif

		<p>5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>8) Latih tehnik relaksasi</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas</p>
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 - 3 jam, maka nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik 	<p><u>Manajemen Nyeri</u></p> <p><u>Observasi</u></p> <p>1) Observasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2) Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p><u>Terapeutik</u></p> <p>1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>2) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>1) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>2) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>1) Kolaborasi pemberian analgetik</p>

2. Intra operasi

a. Definisi

Fase intraoperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup:

1) Ruang sementara (*Holding area*)

Perawat dapat menjelaskan tahap-tahap yang akan dilaksanakan untuk menyiapkan pasien menjalani pembedahan. Perawat diruang tahanan sementara biasanya adalah bagian dari petugas ruang operasi dan menggunakan pakaian, topi, dan alas kaki khusus ruang operasi sesuai dengan kebijakan pengontrolan infeksi rumah sakit. Beberapa tempat bedah sehari, perawat primer perioperatif menerima kedatangan pasien, menjadi perawat sirkulator selama prosedur berlangsung, dan mengelola pemulihan serta keputungan pasien.

Di dalam ruangan tahanan sementara, perawat, anestesi, atau ahli anestesi memasang kateter infus ke tangan pasien untuk memberikan prosedur rutin penggantian cairan dan obat-obatan melalui intravena. Biasanya menggunakan kateter IV yang berukuran besar agar pemasukan cairan menjadi lebih mudah. Perawat juga memasang manset tekanan darah. Manset juga terpasang pada lengan klien selama pembedahan berlangsung sehingga ahli anestesi dapat mengkaji tekanan darah pasien.

2) Kedatangan ke ruang operasi

Perawat ruang operasi mengidentifikasi identitas dan keadaan pasien, melihat kembali lembar persetujuan tindakan, riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, dan berbagai hasil pemeriksaan. Pastikan bahwa alat prostese dan barang berharga telah dilepas dan

memeriksa kembali rencana perawatan preoperatif yang berkaitan dengan intraoperatif.

3) Pemberian anestesi

Anestesi Pasien yang mendapat anestesi umum akan kehilangan seluruh sensasi dan kesadarannya. Relaksasi mempermudah manipulasi anggota tubuh. Pasien juga mengalami amnesia tentang seluruh proses yang terjadi selama pembedahan yang menggunakan anestesi umum melibatkan prosedur mayor, yang membutuhkan manipulasi jaringan yang luas.

Ahli anestesi memberi anestesi umum melalui jalur intra vena dan inhalasi melalui empat tahap anestesi. Tahap 1 dimulai saat pasien masih sadar, pasien menjadi pusing dan kehilangan kesadaran secara bertahap, dan status analgesik dimulai. Tahap 2 otot-otot pasien kadang-kadang menegang, reflek menelan dan muntah tetap ada, dan pola nafas pasien mungkin menjadi tidak teratur. Tahap 3 dimulai pada saat irama pernafasan mulai teratur, fungsi vital terdepresi. Tahap 4 adalah tahap depresi pernafasan lengkap.

4) Pengaturan posisi pasien selama pembedahan

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi, karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien.

Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah letak bagian tubuh yang akan dioperasi, umur dan ukuran tubuh pasien, tipe anestesi yang digunakan, nyeri/sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

5) Pemajanan area pembedahan

Pemajanan daerah bedah maksudnya adalah daerah mana yang akan dilakukan tindakan pembedahan. Pengetahuan tentang hal ini perawat dapat mempersiapkan daerah operasi dengan teknik *drapping*.

6) Mempertahankan posisi sepanjang prosedur operasi

Posisi pasien di meja operasi selama prosedur pembedahan harus dipertahankan sedemikian rupa. Hal ini, selain untuk mempermudah proses pembedahan juga sebagai bentuk jaminan keselamatan pasien dengan memberikan posisi fisiologis dan mencegah terjadinya kecelakaan.

7) Peran perawat selama pembedahan

a) Perawat instrumentator (*scrub nurse*)

Perawat instrumentator (*scrub nurse*) atau perawat sirkulator memberikan instrumen dan bahan-bahan yang di butuhkan oleh dokter bedah selama pembedahan berlangsung dengan menggunakan tehnik aspek pembedahan yang ketat dan terbiasa dengan instrumen pembedahan.

b) Perawat sirkulator

Perawat sirkulator adalah asisten perawat intrumentator dan dokter bedah. Perawat sirkulator membantu mengatur posisi klien dan menyediakan alat dan duk bedah yang dibutuhkan dalam pembedahan. Perawat sirkulator menyediakan bahan-bahan yang dibutuhkan perawat instrumentator, membuang alat dan spon kasa yang telah kotor, serta tetap hitung instrument, jarum dan spon kasa yang telah digunakan. Perawat sirkulator juga dapat membantu mengubah posisi klien atau memindahkan posisi lampu operasi, perawat sirkulator juga menggunakan teknik aseptik bedah. Apabila teknik aseptik telah hilang, perawat sirkulator membantu anggota tim bedah dengan mengganti dan memakai gaun dan

sarung tangan steril. Prosedur ini mencegah tertinggalnya bahan-bahan tersebut di dalam luka bedah pasien.

b. Pengkajian keperawatan

Pengkajian intra operasi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Muttaqin, 2009).

c. Diagnosis keperawatan

Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur bedah laparotomi akan memberikan komplikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul dalam (SDKI, 2017) yaitu

1) Resiko perdarahan

Definisi:

Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Faktor risiko:

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal (misal: ulkus lambung, polip, varises)
- c) Gangguan fungsi hati (misal: sirosis hepatis)
- d) Komplikasi kehamilan (misal: ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa, kehamilan kembar)
- e) Komplikasi pasca partum (misal: atoni uterus, retensi plasenta)
- f) Gangguan koagulasi (misal: trombositopenia)

- g) Efek agen farmakologis
- h) Tindakan pembedahan
- i) Trauma
- j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- k) Proses keganasan

Kondisi klinis terkait:

- a) Anuerisma
- b) Koagulopati intravaskular diseminata
- c) Sirosis hepatis
- d) Ulkus lambun
- e) Varises
- f) Trombositopenia
- g) Ketuban pecah sebelum waktunya
- h) Plasenta previa/abruptio
- i) Atonia uterus
- j) Retensi plasenta
- k) Tindakan pembedahan
- l) Kanker
- m) Trauma

d. Rencana keperawatan

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

Tabel 2.7 Rencana Keperawatan *Intra operatif*

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
<p>Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 – 3 jam, maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membran mukosa lembab - Gelisah menurun - Muntah menurun - Mual menurun - Perdarahan pasca operasi menurun - Hemoglobin membaik - Tekanan darah dan denyut nadi membaik 	<p>Pencegahan Perdarahan</p> <p><u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan 2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah 3) Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4) Monitor koagulasi <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pertahankan bedrest selama perdarahan 2) Batasi tindakan invasif, jika perlu 3) Gunakan kasur pencegah dekubitus 4) Hindari pengukuran suhu rektal <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi 3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi 4) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan 5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K 6) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p><u>Kolaborasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 2) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja

e. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, 2011). Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan manifestasi coping.

f. Evaluasi keperawatan

Evaluasi terhadap masalah intrabedah secara umum dapat dinilai dari adanya kemampuan dalam mempertahankan status kesehatan, seperti normalnya tanda vital, kardiovaskular, pernapasan, ginjal, dan lain-lain.

3. Post Operatif

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman.

a. Tahapan keperawatan post operatif

Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi (PACU: *post anesthesia care unit*) memerlukan pertimbangan-pertimbangan khusus. Pertimbangan itu diantaranya adalah letak incisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Letak incisi bedah harus selalu dipertimbangkan setiap kali pasien pasca operatif dipindahkan. Banyak luka ditutup dengan tegangan yang cukup

tinggi, dan setiap upaya dilakukan untuk mencegah regangan sutura lebih lanjut. Selain itu pasien diposisikan, sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase.

Hipotensi arteri yang serius dapat terjadi ketika pasien digerakkan dari satu posisi ke posisi lainnya. Seperti posisi litotomi ke posisi horizontal atau dari posisi lateral ke posisi terlentang. Bahkan memindahkan pasien yang telah dianastesi ke brankard dapat menimbulkan masalah gangguan vaskuler juga, untuk itu pasien harus dipindahkan secara perlahan dan cermat. Segera setelah pasien dipindahkan ke barankard atau tempat tidur, gaun pasien yang basah (karena darah atau cairan lainnya) harus segera diganti dengan gaun yang kering untuk menghindari kontaminasi. Selama perjalanan transportasi tersebut, pasien diselimuti dan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta *side rail* harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko *injury*. Selain hal tersebut diatas untuk mempertahankan keamanan dan kenyamanan pasien. Selang dan peralatan drainase harus ditangani dengan cermat agar dapat berfungsi dengan optimal. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anastesi dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab.

b. Perawatan post anastesi di ruang pemulihan (*recovery room*)

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan).

PACU biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- 1) Perawat yang disiapkan dalam merawat paska operatif (perawat anastesi)'

- 2) Ahli anastesi dan ahli bedah.
- 3) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.
Alat monitoring yang terdapat di ruang ini digunakan untuk memberikan penilaian terhadap kondisi pasien. Jenis peralatan yang ada diantaranya adalah alat bantu pernafasan : oksigen, laringoskop, set trakheostomi, peralatan bronkhial, kateter nasal, ventilator mekanik dan peralatan suction.
- 4) Kriteria penilaian yang digunakan untuk menentukan kesiapan pasien untuk dikeluarkan dari PACU adalah fungsi pulmonal yang tidak terganggu, hasil oksimetri nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat, tanda-tanda vital stabil, termasuk tekanan darah, orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang, haluaran urine tidak kurang dari 30 ml/jam, mual dan muntah dalam kontrol dan nyeri minimal.

c. Transportasi pasien ke ruang rawat

Transportasi pasien bertujuan untuk mentransfer pasien menuju ruang rawat dengan mempertahankan kondisi tetap stabil. Jika mendapat tugas mentransfer pasien, pastikan *aldrete score post* anastesi 7 atau 8 yang menunjukkan kondisi pasien sudah cukup stabil. Waspadai hal-hal berikut: henti nafas, vomitus, aspirasi selama transportasi.

d. Perencanaan

Pemindahan klien merupakan prosedur yang dipersiapkan semuanya dari sumber daya manusia sampai dengan peralatannya.

e. Sumber daya manusia (ketenagaan)

Bukan sembarang orang yang bisa melakukan prosedur ini. Orang yang boleh melakukan proses transfer pasien adalah orang yang bisa menangani keadaan kegawatdaruratan yang mungkin terjadi selama

transportasi. Perhatikan juga perbandingan ukuran tubuh pasien dan perawat, harus seimbang.

f. Equipment (peralatan)

Peralatan yang dipersiapkan untuk keadaan darurat, misal : tabung oksigen, sampai selimut tambahan untuk mencegah hipotermi harus dipersiapkan dengan lengkap dan dalam kondisi siap pakai.

g. Prosedur

Beberapa pasien setelah operasi harus ke bagian radiologi dulu dan sebagainya, sehingga hendaknya sekali jalan saja. Prosedur-prosedur pemindahan pasien dan positioning pasien harus benar-benar diperhatikan demi keamanan dan kenyamanan pasien

1) Pengkajian

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan.

2) Diagnosa keperawatan post operatif

Diagnosa post operasi dalam (SDKI,2017) meliputi:

a) Resiko hipotermia perioperatif

Definisi:

Beresiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan

Faktor risiko:

- (1) Prosedur pembedahan
- (2) Kombinasi anastesi regional dan umum

- (3) Skor *american society of anesthesiologist* (ASA) > 1
- (4) Suhu pra-operasi rendah < 36°C
- (5) Berat badan rendah
- (6) Neuropati diabetik
- (7) Komplikasi kardiovaskuler
- (8) Suhu lingkungan rendah
- (9) Transfer panas (misal: volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi > 2 liter yang tidak dihangatkan)

Kondisi klinis terkait:

- (1) Tindakan pembedahan

b) Nyeri akut

Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab:

- (1) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- (2) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan)
- (3) Agen pencedera fisik (misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.8 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi pembedahan
 - b) Cedera traumatis
 - c) Infeksi
 - d) Sindroma koroner akut
 - e) Glaukoma
- 3) Rencana keperawatan

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

Tabel 2.10 Rencana Keperawatan *Postoperatif*

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
Risiko Hipotermia perioperatif berhubungan dengan suhu lingkungan rendah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 jam, maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : - Menggigil menurun - Pucat menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik	Manajemen Hipotermia <u>Observasi</u> 1) Monitor suhu tubuh 2) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) 3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia <u>Terapeutik</u>

		<ol style="list-style-type: none"> 1) Sediakan lingkungan yang hangat (misal: atur suhu ruangan) 2) Lakukan penghangatan pasif (misal: Selimut, menutup kepala, pakaian tebal) 3) Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru) 4) Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 - 3 jam, maka nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p><u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Observasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi respon nyeri non verbal <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 2) Fasilitasi istirahat dan tidur <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri 2) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <p><u>Kolaborasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgetik

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Konsep Post Matur

a. Pengertian

Kehamilan post matur adalah kehamilan yang melampaui umur 294 hari (42 minggu) dengan seagala kemungkinan komplikasinya (Manuaba, 1999).

b. Penyebab/Etiologi

Penyebab pasti kehamilan lewat waktu sampai saat ini belum diketahui. Diduga penyebabnya adalah siklus haid yang tidak diketahui pasti, kelainan pada janin sehingga tidak ada kontraksi. Ada beberapa teori dari Mansjoer (2000), yang dianjurkan sebagai penyebab kehamilan post date, antara lain sebagai berikut:

1) Pengaruh progesteron

Pengaruh hormon progesteron dalam kehamilandipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalammemacu proses biomokuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga menduga bahwa terjadinya kehamilan karena berlangsungnya pengaruh progesteron

2) Teori oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan post matur memberi kesan bahwa oksitosin secara testiologis memegang peran penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut.

3) Toeri kortesol

Kortesol janin akan mempengaruhi plasentasehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen selanjutnya berpengaruh pada meningkatnya produksi prosteglandin. Kadar kortesol rendah merupakan tidak timbulnya HIS.

4) Saraf uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari fleksus frankenhauser akan mengakibatkan kontraksi uterus dalam keadaan dimana tida terjadi tekanan pada fleksus ini seperti pada kelainan letak, tali pusat

pendek dan bagian bawah masih tinggi diduga sebagai penyebab kehamilan post matur.

5) Heriditer

Seorang ibu mengalami kehamilan post matur saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya akan mengalami kehamilan post matur.

6) Kurangnya air ketuban

7) Insufisiensi plasenta

c. Patofisiologis

Fungsi plasenta mencapai puncaknya adalah kehamilan 38 minggu dan kemudian mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Hal ini dapat dibuktikan dengan penurunan estriol dan plasenta laktogen. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin dengan resiko 3 kali. Permasalahan kehamilan post matur adalah plasenta tidak sanggup memberi nutrisi dan pertuaran O₂/CO₂, akibat tidak timbul HIS sehingga pemasokan nutrisi dan O₂ menurun menuju janin. Adanya spasme arteri spiralis menyebabkan janin mengalami resiko asfiksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurun sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan pertumbuhan janin makin lambat dan penurunan berat badan yang disebut dismatur. ebagian janin bertambah besar sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan. Terjadi perubahan metabolisme janin, jumlah air ketuban berkurang dan makin kental menyebabkan perubahan abnormal jantung janin (Sarwono, 2010).

d. Manifestasi klinis

1) Keadaan klinis yang dapat ditemukan jarang ialah gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali per 30 menit.

- 2) Pada bayi akan ditemukan tanda-tanda lewat waktu yang terbagi menjadi:
 - a) Stadium I : kulit kehilangan vernik kaseosa dan terjadi maserasi hingga kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas.
 - b) Stadium II : seperti stadium I disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) dikulit.
 - c) Stadium III : seperti stadium I disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit dan tali pusat. (Mansjoer, 2010)

2. Seksio Sesaria

a. Definisi

Seksio sesaria adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Seksio sesaria adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Seksio sesaria adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Sarwono, 2009 dalam Fitria, 2018).

b. Etiologi Seksio Sesaria

- 1) Indikasi yang berasal dari ibu (etiologi)

Adalah pada primigravida dengan kelainan letak, *primiparatua* disertai kelainan letak *,disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul)*, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, Komplikasi kehamilan preeklamsia-eklamsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung,DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium,mioma uteri dan sebagainya).

2) Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil. Kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstrasi.

Penyebab persalinan dengan seksio sesaria ini bisa dikarenakan masalah dipihak ibu maupun bayi. Terdapat dua keputusan seksio sesaria. Pertama keputusan seksio sesaria yang sudah didiagnosa sebelumnya. Penyebabnya antara lain, Ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu (panggul sempit, anak besar, letak dahi, letak muka, dsb), keracunan kehamilan yang parah, preeklamsia berat atau eklamsia, kelainan letak bayi (lintang, sungsang), sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta (*plasenta previa*), bayi kembar, kehamilan pada ibu berusia lanjut, riwayat seksio sesaria pada kehamilan sebelumnya, ibu menderita penyakit tertentu dan infeksi saluran persalinan.

Kedua adalah keputusan yang diambil tiba-tiba karena tuntutan kondisi darurat. Meski sejak awal tidak ada masalah apapun dan diprediksi persalinan bisa dilakukan dengan normal, adakalanya suatu dan lain hal timbul selama proses persalinan. Contoh penyebab kasus ini antara lain, ketuban keluar dini, persalinan berkepanjangan, bayi belum lahir lebih dari 24 jam sejak ketuban pecah, kontraksi terlalu lemah, dan sebagainya (M.T.Indriyati, 2012 dalam Aprina & Anita Puri, 2016).

c. Kontra Indikasi Seksio Sesaria

Kalau janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil. Dalam keadaan ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi berbahaya yang tidak diperlukan. Kalau bayi lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk *caesarea extraperitonal* tidak tersedia. Kalau dokter bedahnya tidak berpengalaman. Kalau

keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau kalau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai .

3. Jenis-Jenis Operasi Seksio Sesaria

a. Abdomen (*sectio caesarea abdominalis*)

1) *Sectio caesarea Transperitonealis*

Seksio sesaria klasik atau corporal (dengan insisi memanjang pada corpus uteri) dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada corpus uteri kira-kira 10 cm.

Kelebihan :

- a) Mengeluarkan janin dengan cepat
- b) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik
- c) Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal

Kekurangan :

- a) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik
- b) Untuk persalinan yang berikutnya lebih sering terjadi ruptur uteri spontan.

2) Seksio sesaria *ismika atau fropundal (Low servikal* dengan insisi pada segmen bawah rahim)

Dilakukan dengan melakukan sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim (*low servikal transversal*) kira-kira 10 cm.

Kelebihan :

- a) Penjahitan luka mudah
- b) Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
- c) Tumpang tindih dari peritoneal flaf baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum
- d) Perdarahan tidak begitu banyak
- e) Kemungkinan ruptur uteri spontan berkurang atau lebih kecil

Kekurangan :

- a) Luka dapat melebar ke kiri, kanan dan bawah sehingga dapat menyebabkan uteri uterine pecah sehingga mengakibatkan perdarahan banyak
 - b) Keluhan pada kandung kemih post operasi tinggi
 - c) Seksio sesaria ekstra peritonealis adalah tanpa membuka peritoneum parietal dengan demikian tidak membuka cavum abdominal.
- b. Vagina (*Sectio Caesarea Vaginalis*)
- Menurut sayatan pada rahim, seksio sesaria dapat dilakukan sebagai berikut :
- 1) Sayatan memanjang (*Longitudinal*)
 - 2) Sayatan melintang (*transversal*)
 - 3) Sayatan huruf T (*T insiction*) (Padila,2015)

4. Komplikasi

Komplikasi seksio sesaria yang sering terjadi pada ibu SC adalah :

a. Perdarahan

Perdarahan primer kemungkinan terjadi akibat sayatan atau kegagalan mencapai hemostasis ditempat insisi rahim atau akibat atonia uteri, yang dapat terjadi setelah pemanjangan masa persalinan

b. Sepsis sesudah pembedahan

Frekuensi dan komplikasi ini jauh lebih besar bila sectio caesarea dilakukan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim.

c. Organ - organ sekitar rahim terlukai

Usus besar, kandung kemih, dan saluran kencing bisa saja terlukai pisau bedah saat operasi *caesar* karena organ - organ ini letaknya berdekatan.

d. Bayi terluka

Saat dinding rahim dibuka, bayi bisa terluka

e. Problem buang air kecil

Karena saat pembedahan dokter melakukan manipulasi organ dengan alat - alat (misalnya mendorong kandung kencing supaya tidak ikut tersayat saat membuka dinding rahim), hal ini dapat menyebabkan otot- otot saluran kencing terganggu, akibatnya kandung kencing tidak sepenuhnya kosong setelah buang air kecil.

f. Infeksi

Infeksi dapat terjadi misalnya karena kurangnya sterilitas alat-alat operasi, adanya retensi urin, luka operasi yang terkontaminasi atau melalui transfusi darah.

g. Perlengketan

Resiko perlengketan plasenta pada rahim (plasenta akreta) meningkat pada ibu yang menjalani operasi *caesar*.

h. Trombus dan emboli

Obat bius membuat otot - otot berelaksasi selama operasi, demikian pula dengan otot - otot pembuluh darah. Hal ini membuat aliran darah melambat, konsekuensinya adalah resiko pembentukan trombus dan emboli meningkat. Trombus adalah bekuan darah yang dapat menyumbat aliran darah. Bekuan darah ini dapat terbawa aliran darah

sehingga menyumbat pembuluh darah di kaki, paru-paru, otak atau jantung

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

- a. Pemantauan EKG
- b. JDL dengan diferensial
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin/Hematokrit
- e. Golongan dan pencocokan silang darah
- f. Urinalisis
- g. Amniosintesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- i. Ultrasound sesuai pesanan

6. Penatalaksanaan Medis

a. Perawatan Pre Operasi seksio sesaria

- 1) Persiapan kamar operasi
 - a) Kamar operasi telah dibersihkan dan siap untuk dipakai
 - b) Peralatan dan obat-obatan telah siap semua termasuk kain operasi
- 2) Persiapan pasien
 - a) Pasien telah dijelaskan tentang prosedur operasi
 - b) *Informed consent* telah ditanda tangan oleh pihak keluarga pasien
 - c) Perawat memberikan support kepada pasien
 - d) Daerah yang akan diinsisi telah dibersihkan (rambut pubis dicukur dan sekitar abdomen telah dibersihkan dengan antiseptik)
 - e) Pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengkajian untuk mengetahui penyakit yang pernah di derita oleh pasien
 - f) Pemeriksaan laboratorium (darah,Urine)

g) Pemeriksaan USG

h) Pasien puasa selama 6 jam sebelum dilakukan operasi

b. Perawatan Post Operasi seksio sesaria

1) Analgesia

a) Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg meperidin (*Intra muscular*) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morpin.

b) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis meperidin yang diberikan adalah 50 mg.

c) Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg meperidin.

d) Obat-obatan antiemetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik.

2) 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.

3) Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian jika output urine jauh dibawah 30 ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat hari kedua.

4) Vesika Urinarius dan Usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam, post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belu terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

5) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang- kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

6) Perawatan Luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternative ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahtan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah pembedahan, Paling lambat hari ketiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

7) Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi setelah operasi hematokrit tersebut harus segera dicek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

8) Perawatan payudara

Perawatan ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi nyeri.

9) Memulangkan pasien dari Rumah Sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman jika diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari keempat dan ke lima post operasi, aktivitas ibu sehingga harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain.

D. Jurnal Terkait

1. Berdasarkan hasil penelitian (Hastuti, Safitri, & Nurhidayati, 2017) yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Tentang *Sectio Caesarea* dengan Kecemasan Ibu Pre Operasi di Ruang Catleya Rumah Sakit Panti Waluyo

Surakarta” ibu yang menjalani persalinan dengan *sectio caesarea* dapat mengalami kecemasan karena belum pernah mengalami operasi maupun belum mengetahui tentang tindakan yang akan dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tentang *sectio caesarea* dengan kecemasan ibu pembedahan *sectio caesarea* di ruang Cateliya Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta. Metode yang dilakukan adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang akan menjalani persalinan dengan *sectio caesarea* di ruang cateliya rumah sakit panti waluyo surakarta. Teknik sampling dengan *accidental sampling* dengan jumlah sampel 40 orang. Analisa yang digunakan dengan korelasi *Rank Spearman*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan ibu preoperasi yang akan menjalani operasi *sectio caesarea* paling banyak adalah cukup yaitu sebanyak 19 orang (47,5%), kecemasan ibu pre operasi *sectio caesarea* dengan kecemasan $p\text{-value} = 0,033$, dan keeratan hubungan bersifat lemah. Kesimpulan : terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan ibu hamil tentang *sectio caesarea* dengan kecemasan pada pasien pre operasi.

2. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Aprilia, 2020) dengan judul “Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada pasien dengan Tindakan *Sectio Caesaria* (SC) Diruang Operasi RSUD Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung Tahun 2019” menyatakan bahwa diagnosa keperawatan dengan tindakan *Sectio Caesarea* yang muncul pada saat pre operasi adalah ansietas, pada intra operasi adalah risiko perdarahan, pada post operasi adalah risiko hipotermi. Implementasi tindakan dikerjakan secara kolaboratif dalam tim operasi. Seluruh intervensi yang diberikan dilakukan secara mandiri maupun kolaboratif sehingga tujuan rencana tindakan tercapai. Hasil penelitian didapatkan Evaluasi dari setiap diagnosa yang muncul pada tahap operasi sebagai berikut, tahap pre operasi dengan ansietas teratasi. Pada tahap intra operasi dengan risiko perdarahan diperoleh hasil resiko perdarahan tidak

terjadi. Pada tahap post operasi dengan risiko hipotermi diperoleh hasil masalah teratasi.

3. Enggar (2019) Asuhan Keperawatan Pada Ny.Z Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Postdate Di Ruang Mawar RSUD Bangil ± Pasuruan, Pada pasien dengan post section caesarea atas indikasi post date akan mengalami beberapa masalah keperawatan yang di temukan pada tinjauan kasus adalah nyeri dan hambatan mobilitas fisik. Kedua diagnose ini muncul karena didapatkan data-data dari keadaan pasien itu sendiri, Evaluasi dilakukan penulis dengan metode per 24 jam dengan harapan penulis dapat mengetahui perkembangan yang terjadi pada pasien setiap saat. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan
4. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Safitri, 2020) dengan judul “Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada pasien Kehamilan G3P2A0 *Aterm Inpartu Pre Eklampsi Berat* Dengan Tindakan Operasi *Sectio Caesarea* Di Ruang Operasi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin Bandar Lampung Tahun 2020 ” didapatkan hasil dari permasalahan yang ditemukan adalah pasien dengan diagnosa keperawatan ansietas pada fase pre operatif, setelah diberi tindakan keperawatan salah satu nya adalah *slow deep breathing* pada tahap pre operatif masalah ansietas teratasi. Pada tahap intra operatif masalah resiko perdarahan tidak terjadi. Pada tahap post operatif, diberi tindakan keperawatan salah satu nya adalah penghangatan pasif,hipotermi teratasi .Diharapkan dapat melakukan prosedur asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang berlaku sesuai dengan tahapan pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, pembuatan intervensi keperawatan , pelaksanaan implementasi dan evaluasi baik saat pre operasi, intra operasi , maupun post operasi.