

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Landasan teori post partum

2.1.1 Definisi Post Partum

Post partum atau persalinan adalah proses pergerakan keluar janin, plasenta, dan selaputnya dari dalam rahim melalui jalan lahir berbagai perubahan terjadi pada system reproduksi ibu dalam hitungan hari dan minggu sebelum persalinan di mulai. Persalinan sendiri dapat di bahas dalam bentuk mekanisme persalinan yang terjadi selama proses dan tahapan kala persalinan yang terjadi selama proses dan tahapan kala persalinan yang di lalui ibu bersalin. (siti 2015)

2.1.2 Perubahan fisiologis pada masa post partum

1. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengencil sampai keadaan sebelum hamil.

2. Lochea

Cairan berasal dari fakum uteri dan vagina selama masa post partum, berikut ini beberapa jenis lokea :

- a. Lochea Rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo, meconium berlangsung selama 2 hari post partum

- b. Lochea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah berlangsung 3-7 hari post partum
- c. Lochea serosa berwarna kuning karna mengandung serum,jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari post partum
- d. Lochea alba berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari sampai 2 minggu berikutnya.

3. Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis,degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3

4. Serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat di lalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal.

5. Vagina dan perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nullipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi karunkula mitiformis. Minggu ke 3 rugae vagina Kembali. Perineum yang terdapat laserasi atau jahitan serta udem akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Oleh karena itu vulva hygiene perlu di lakukan.

6. Mamae/ payudara

Semua Wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami.

Ada 2 mekanisme yaitu produksi asi, sekresi asi atau let down.

7. System pencernaan

Setelah persalinan 2 jam ibu merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan, tidak ada alasan penunda pemberian makan. Konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karena ada luka jahit perineum

8. System perkemihan

Pelvis ginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan, Kembali normal akhir minggu ke 4 setelah melahirkan. Kurang dari 40% Wanita post partum mengalami proteinuria non patologis, kecuali pada kasus preeklamsi.

9. System musculoskeletal

Ligament, fascia, diafragma pelvis meregang saat kehamilan, berangsur angsur mengecil seperti semula.

10. System endokrin

Hormon-hormon yang berperan

- a. Oksitosin berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.
- b. Prolactin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI, jika ibu post partum tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi

- c. Estrogen dan progesterone, setelah melahirkan estrogen menurun, progesterone meningkat

11. Perubahan Tanda-tanda vital

- a. Suhu tubuh saat post partum dapat naik kurang lebih 0,5 C, setelah 2 jam post partum normal
- b. Nadi dan pernapasan, Nadi dapat bradikardi kalau takikardi waspada mungkin ada perdarahan, pernapasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.
- c. Tekanan darah kadang naik lalu kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai. BB turun rata-rata 4,5 kg.

12. Setelah partu/melahirkan, adanya striae pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans). (Sri, 2019)

2.2 Landasan teori post partum *section caesarea* (SC)

2.2.1 Definisi *section caesarea*

Sectio Caesarea adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. 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 suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram (Solehati, 2015).

2.2.2 Indikasi

Murut Amin & Hardi (2013) operasi Sectio Caesarea dilakukan atas indikasi sebagai berikut :

1. Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, Cefalo Pelvik 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).

2. Indikasi yang berasal dari janin

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).

2.2.3 Klasifikasi

Ada beberapa klasifikasi section caesarea menurut Purwoastuti & Walyani, (2015) :

1. 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.

2. Sectio Caesarea *transperitoneal*

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

3. Histerektomi Caesarea

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.

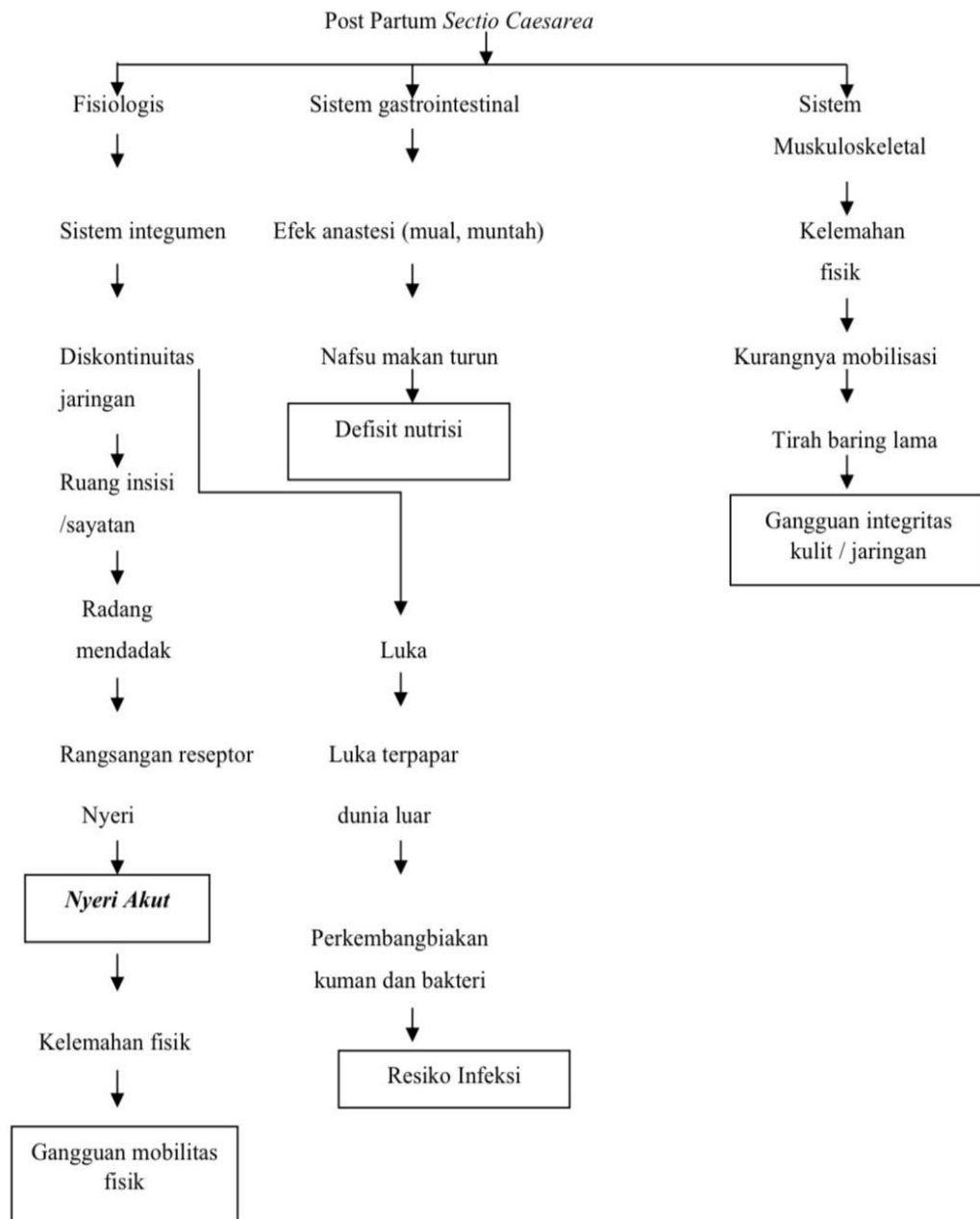
4. Sectio Caesarea extraperitoneal

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 dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

2.2.4 Pathway

Gambar 2.1

pathway section caesarea



(Sumber : Siti Fauziah, 2015)

2.2.5 Komplikasi

Menurut Chamberlain, (2012), komplikasi section caesarea yaitu :

1. Hemoragi, Paling buruk dari sudut insisi uterus atau pada plasenta previa.
2. Infeksi, Antibiotik profilaktik biasaya diberikan untuk sectio caesarea, terutama jika operasi dilakukan setelah ketuban pecah.
3. Thrombosis
 - a) Risiko 8x lebih tinggi dibandingkan setelah kelahiran melalui vagina
 - b) Biasanya terjadi pada vena tungkai atau panggul
 - c) Risiko berupa embolisme thrombus pada pembuluh darah paru
 - d) Antikoagulan profilaktik diberikan, terutama pada ibu yang berisiko tinggi (usia diatas 35 tahun, anemia, riwayat thrombosis, obesitas)

2.2.6 Penatalaksanaan

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

1. 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. 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.

2. Ruang Perawatan

- a) Monitor tanda-tanda vital Tanda-tanda vital yang perlu di evaluasi adalah tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, jumlah urine, jumlah perdarahan, dan status fundus uteri.
- b) Pemberian obat-obatan Analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri seperti, Tramadol, Antrain, Ketorolak. Pemberian antibiotik seperti Ceftriaxone, Cefotaxime, dan sebagainya.
- c) 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.
- d) 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.
- e) 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.

- f) Menyusui Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi Sectio Caesarea.
- g) Keluarga berencana Keluarga Berencana adalah salah satu usaha membantu keluarga/individu merencanakan kehidupan berkeluarganya dengan baik, sehingga dapat mencapai keluarga berkualitas.
- h) 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

3. Personal Hygiene

- a) Perawatan Payudara Sebaiknya perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan menyusui bayinya.
- b) 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 terkontamitasi dengan tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari.

2.3 Landasan teori nyeri

2.3.1 Definisi nyeri

Menurut Mubarak, dkk (2015), nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat.

2.3.2 Etiologi nyeri

1. Agen cedera fisik misal karena adanya trauma fisik
2. Agen cedera biologi karena adanya kerusakan fungsi organ atau jaringan tubuh
3. Agen cedera psikologi karena kelainan organik neurosis trukatik, skizofriniad.
4. Agen cedera kimia karena bahan zat kimia yang tidak hanya satu stimulus menghasilkan suatu yang spesifik nyeri, tetapi nyeri memiliki suatu etiologi multimodal. Nyeri biasa dihubungkan dengan beberapa proses patologis spesifik. Kelainan yang mengakibatkan rasa nyeri, seperti: infeksi, trauma, kelainan degeneratif, keadaan toksik metabolic atau neuplasma. Nyeri juga dapat timbul karena distorsi mekanis ujung-ujung saraf misalnya karena meningkatnya tekanan dinding viskus/organ.

2.3.3 Klasifikasi nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori atau emosional yang tidak menyenangkan yang muncul karena kerusakan jaringan yang aktual atau potensial yang digambarkan dengan kerusakan yang sedemikian rupa (*International Association For The Study Of Pain*) : nyeri dirasakan secara tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau prediksi dan berlangsung < 6 bulan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah pengalaman sensori atau emosional yang tidak menyenangkan yang muncul karena kerusakan jaringan yang aktual atau potensial yang digambarkan dengan kerusakan yang sedemikian rupa (*International Association For The Study Of Pain*) : nyeri dirasakan secara tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat, terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung > 6 bulan.

2.3.4 Factor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Mubarak dkk (2015), berikut faktor yang mempengaruhi nyeri:

1. Etnik dan nilai budaya Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri.

2. Tahap perkembangan Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Anak-anak kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.
3. Lingkungan dan individu pendukung Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi dilingkungan tersebut dapat memperberat. Selain itu, dukungan keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.
4. Pengalaman nyeri sebelumnya Meinhart dan Mc.Caffery mendeskripsikan 3 fase pengalaman nyeri sebagai berikut :
 - a) Fase antisipasi (terjadi sebelum nyeri diterima) Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Peran perawat dalam fase ini sangat penting, terutama dalam memberikan informasi pada pasien.
 - b) Fase sensasi (terjadi saat nyeri terasa) Fase ini terjadi ketika pasien merasakan nyeri. Oleh karena nyeri itu bersifat subjektif, maka tiap orang dalam menyikapi nyeri juga berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri juga akan berbeda antara satu orang dengan orang lain. Orang yang mempunyai tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri tidak akan mengeluh nyeri dengan stimulus kecil, sebaliknya orang yang toleransi terhadap nyerinya rendah akan mudah merasa nyeri dengan stimulus nyeri kecil. Keberadaan enkefalin dan endorfin membantu menjelaskan bagaimana orang yang berbeda merasakan tingkat

nyeri dari stimulus yang sama. Kasus seperti itu tentunya membutuhkan bantuan perawat untuk membantu pasien mengkomunikasikan nyeri secara efektif.

- c) Fase akibat (terjadi ketika nyeri berkurang atau berhenti) Fase ini terjadi saat nyeri sudah berkurang atau hilang. Pada fase ini pasien masih membutuhkan kontrol dari perawat, karena nyeri bersifat krisis, sehingga dimungkinkan pasien mengalami gejala sisa pasca nyeri. Perawat berperan dalam membantu memperoleh kontrol diri untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri berulang.
- 5. Ansietas dan stress Ansietas sering kali menyertasi peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri.
- 6. Makna nyeri Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan dan tantangan. Maka nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.
- 7. Perhatian Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun.
- 8. Dukungan keluarga dan sosial Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respons nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan, dan perlindungan walaupun nyeri

tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan

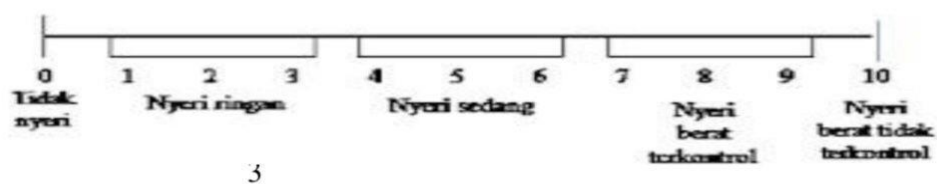
2.3.5 Skala dan intensitas nyeri

a. Skala Pendiskripsi Verbal (Verbal Descriptor Scale / VDS)

VDS merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai 5 katapendiskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendiskripsian ini dirangking dan tidak terasa nyeri sampai sangat nyeri (nyeri yang tak tertahankan). Pengukur menunjukkan kepada pasien skalatersebut dan memintanya untuk memilih intensitas nyeri yang dirasakannya. Instrumen VDS ini memungkinkan pasien memilih sebuah kategori untuk mendiskripsikan nyeri. Skala ini untuk usia diatas 7 tahun.

Gambar 2.2

verbal descriptor Scale



c. Skala penilaian Numerik (Numerical Rating Scale / NRS)

NRS lebih digunakan sebagai pengganti atau pendamping VDS. Dalam hal ini klien memberikan penilaian nyeri dengan menggunakan skala 0 sampai 10. Skala paling efektif digunakan dalam mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Penggunaan skala NRS biasanya dipakai patokan 10 cm untuk menilai nyeri pasien. Nyeri yang dinilai pasien akan dikategorikan menjadi tidak

nyeri (0), nyeri ringan(1-3) secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, (4-6) secaraobyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik, (7-9) secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masihrespon terhadap tindakan, dapat diatasi dengan alih posisi nafas Panjang dan distraksi, dan (10) pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul

Gambar 2.3

Numerical Rating Scale/NRS



(Sumber : Potter dan Perry, 2005)

d. Skala Analog Visual (Visual Analog Scale / VAS)

Menurut McGuire dalam Potter dan Perry (2005), VS merupakan pengukur tingkat nyeri yang lebih sensitive karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian angka yang menurut mereka paling tepat dapat menjelaskan tingkat nyeri yang dirasakan pada satu waktu. VAS tidak melabelkan suatu devisi, tetapi terdiri dari sebuah garis lurus yang dibagi secara merata menjadi 10 segmen dengan angka 0 sampai 10 dan memiliki alat pendiskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diberitahu bahwa 0 menyatakan “tidak ada nyeri sama sekali” dan 10 menyatakan “nyeri paling parah” yang klien dapat bayangkan. Skala ini memberikan kebebasan kepada pasien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat di gunakan pada anak dan orang dewasa yang mengalami gangguan

kognitif, menggantikan dengan kontinum wajah yang terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari yang sedang tersenyum (tidak merasakan nyeri), kemudian kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan (sangat nyeri).

e. Wong-Baker FACES Rating Scale

Ditujukan kepada pasien yang tidak mampu menyatakan intensitas nyerinya melalui skala angka

2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri

a. Definisi Terapi Musik

Terapi musik adalah sebuah proses interpersonal dimana tenaga yang terlatih menggunakan music untuk membantu meningkatkan dan mempertahankan Kesehatan pasien secara fisik, emosional, intelektual, social dan spiritual.

b. Tujuan Terapi Musik

Terapi musik yang di berikan kepada pasien bertujuan mengembangkan fungsi komunikasi, kognitif, motorik, emosional dan kemampuan social dengan cara mendengarkan, membayangkan dan menyanyikan lagu, memainkan instrument musik, bergerak mengikuti irama musik/berjoget, mendiskusikan/mengekspresikan fikiran dan perasaan dan menciptakan lagu/musik. Jenis music yang di gunakan dalam terapi music adalah di sesuaikan dengan tujuan terapi bagi pasien. (Endah Nurugiwiati, 2018)

c. Manfaat terapi musik

Manfaat dari terapi musik yaitu penggunaan musik untuk relaksasi, mempercepat penyembuhan, meningkatkan fungsi mental dan menciptakan rasa sejahtera. Musik dapat mempengaruhi fungsi-fungsi fisiologis, seperti respirasi, denyut jantung, dan tekanan darah. Musik juga merangsang pelepasan hormon endorfin, hormon tubuh yang memberikan perasaan senang yang berperan dalam penurunan nyeri sehingga musik dapat digunakan untuk mengalihkan rasa nyeri sehingga pasien merasa nyerinya berkurang.

2.4 Konsep asuhan keperawatan

2.4.1 Pengkajian keperawatan

1. Identitas klien

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.

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.
Pola
- b. 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

- a) Kepala Pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi, dan biasanya pada ibu post partum terdapat chloasma gravidarum.
- b) Mata Pemeriksaan 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.
- c) Hidung Pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan yang mengganggu pernafasan.
- d) Telinga Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga.
- e) Leher Pemeriksaan leher meliputi kelenjar tiroid, vena jugularis, biasanya pada pasien post partum terjadi pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses menerang yang salah.
- f) 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.

- g) 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 areola 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.
- h) 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, 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 rectae 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 mengkrompensi pembuluh darah. Pada 1-2 jam pertama intensitas kontraksi uterus berkurang jumlahnya dan menjadi tidak teratur karena pemberian oksitosin dan isapan bayi.

- i) Genitalia Pemeriksaan genetalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lochea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.
- j) Anus Pada pemeriksaan anus apakah terdapat hemoroid atau tidak.
- k) Integumen Pemeriksaan integumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi. Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit.
- l) 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 lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

2.4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan *postpartum sectio caesarea* menurut standar diagnosis keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) yaitu :

- a. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. (D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- c. (D.0142) Risiko infeksi berhubungan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.
- d. (D.0012) Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum
- e. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- f. (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi
- g. (D.0109) Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan Ibu
- h. (D.0039) Risiko syok berhubungan kekurangan volume cairan

2.4.3 Perencanaan/intervensi 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.

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan (...) x 8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan Kriteria Hasil : - Keluhan nyeri menurun - Tidak meringis - Gelisah menurun - Frekuensi nadi membaik Mampu tidur atau istirahat, kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Terapeutik 6. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri seperti hypnosis, akupresur, terapi music, terapi pijat, kompres hangat / kompres dingin,, aromaterapi. 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri. 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 10. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 11. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian obat analgetik, bila perlu
2.	(D.0012) Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi <i>pasca partum</i>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (...) x 8 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun (L.02017), penyembuhan luka meningkat (L.14130), status <i>pasca partum</i> membaik (L.07062) dengan kriteria hasil: 1. Hematokrit membaik 2. Hemoglobin membaik 3. Tekanan darah membaik / kembali normal 4. Perdarahan vagina / <i>postpartum</i> menurun 5. Edema pada sisi insisi luka menurun	Pencegahan perdarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor nilai hematokrit / hemoglobin sebelum dan setelah perdarahan 2. Monitor koagulasi (misal <i>prothrombin time</i> , <i>partial thromboplastin time</i> , fibrinogen, degradasi fibrin). Terapeutik 3. Hindari pengukuran suhu rektal Edukasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 7. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu

			<p>Manajemen perdarahan pervaginam pasca persalinan (I.02045)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa uterus (TFU sesuai hari melahirkan, membulat dan keras/lembek) 2. Identifikasi penyebab kehilangan darah (misalnya atonia uteri, <i>retensio</i> plasenta, dll) 3. Identifikasi keluhan Ibu (misalnya keluar banyak darah, pusing, pandangan kabur) 4. Identifikasi riwayat perdarahan pada kehamilan (misalnya abruption, plasenta previa) 5. Monitor risiko terjadinya perdarahan 6. Monitor jumlah kehilangan darah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Lakukan penekanan pada area perdarahan, jika perlu 8. Berikan kompres dingin, jika perlu 9. Pasang oksimetri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu <p>Pemantauan tanda tanda vital (I.02060)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)
3.	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama (...) x 8 jam diharapkan mobilitas fisik klien meningkat (L.05042) dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rentang gerak meningkat 2. Pergerakan ekstremitas meningkat 3. Kekuatan otot meningkat 4. Nyeri menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini <p>Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalkan duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi</p>
4.	(D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (...) x 8 jam diharapkan pola tidur membaik (L.05045)</p>	<p>Dukungan tidur (I. 1.05174)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur seperti fisik dan atau psikologis

	dengan kurang kontrol tidur	dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun	3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 4. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 5. Lakukan prosedur peningkatan kenyamanan seperti pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur Edukasi Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi lainnya
5.	(D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (...) x 8 jam diharapkan tingkat pengetahuan pasien Membaik (L.1211) dengan Kriteria Hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik	Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
6.	(D.0109) Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan Ibu	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama (...) x 8 jam diharapkan perawatan diri diri dapat meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil : 1. Minat melakukan perawatan diri 2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri 3. Mempertahankan kebersihan diri	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 3. Monitor tingkat kemandirian 4. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 5. Sediakan lingkungan yang terapeutik misalnya suasana hangat, rileks, privasi 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Edukasi Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
7.	(D.0142) Risiko infeksi berhubungan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer.	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan (...) x 8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan Kriteria Hasil :	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan, badan meningkat 2. Demam menurun 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Bengkak menurun 6. Kadar sel darah putih atau leukosit membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu <p>Perawatan area insisi (I.14558)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda – tanda dehisen atau eviserasi 2. Monitor proses penyembuhan insisi 3. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat 5. Usap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih 6. Berikan salep antiseptik, jika perlu 7. Ganti balutan luka sesuai jadwal <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan prosedur kepada pasien dengan menggunakan alat bantu 9. Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi 10. Ajarkan cara merawat area insisi
8.	(D.0039) Risiko syok	<p>Setelah dilakukan Tindakan (...) x 8 jam tingkat syok (L.03032) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Akral hangat 4. Pucat menurun 5. Tekanan darah sistolik membaik 6. Tekanan darah diastolik membaik 7. Frekuensi nadi membaik 8. Frekuensi nafas membaik 	<p>Pencegahan Syok (I.02068)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah) 2. skin test untuk mencegah reaksi alergi 3. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi) 4. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 5. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 6. Periksa Riwayat alergi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 8. Siapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 9. Pasang jalur IV, jika perlu 10. Pasang kateter urine untuk mencegah produksi urine, jika perlu 11. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok

			13. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 14. Anjurkan melapor jika menemukan /merasakan tanda dan gejala awal syok 15. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 16. Anjurkan menghindari alergi Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 18. Kolaborasi pemberian transfuse darah, jika perlu 19. Kolaborasi pemberian antinflamasi, jika perlu
--	--	--	--

2.4.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (potter & perry, 2005).

2.4.5 Evaluasi keperawatan

Tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi/tindakan yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Keefektifan ditentukan dengan melihat respon keluarga dan hasil, bukan intervensi-intervensi yang diimplementasikan

