

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SECTIO
CAESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
NYERI AKUT DI RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

LULU ASHFIYAH NAFIS

NIM : AKX.15.053



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2018**

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Lulu Ashfiyah Nafis
NPM : AKX.15.053
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea
Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD
Ciamis

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, April 2018

Yang Membuat Pernyataan



Lulu Ashfiyah Nafis

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SECTIO
CAESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
NYERI AKUT DI RSUD CIAMIS**

**LULU ASHFIYAH NAFIS
AKX.15.053**

**KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 24 APRIL 2018**

Oleh
Pembimbing Ketua



Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIP : 10107069

Pembimbing Pendamping



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
NIP : 1011603

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
NIP : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SECTIO
CAESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
NYERI AKUT DI RSUD CIAMIS**

Oleh :

LULU ASHFIYAH NAFIS

AKX.15.049

Telah diuji
Pada tanggal, 30 April 2018

Penitia Penguji

Ketua : Ade Tika Herawati , S.Kep.,Ners.,M.Kep

Anggota :

1. Iceu Komalanengsih, SKM
(Penguji I)
2. Ingrid Dirgahayu, MKM
(Penguji II)
3. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
(Pembimbing Pendamping)

.....
.....
.....
.....

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,

Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIP 101070641

ABSTRAK

Latar Belakang: Karya tulis ini dilatar belakangi oleh banyaknya pasien post *sectio caesarea* yang dirawat di RSUD Ciamis, pada periode Januari sampai Desember tahun 2017 berjumlah 1117 kasus atau 60,15 %. Tujuan pembuatan karya tulis ini adalah untuk memperoleh pengalaman dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di RSUD Ciamis secara komprehensif. *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat insisi pada dinding uterus melalui dinding perut dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua ibu post *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil** yang ditemukan setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi relaksasi napas dalam, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 dan klien 2 teratasi sebagian pada hari ketiga. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan perbedaan respon terhadap nyeri dimana klien 1 memiliki skala nyeri 7 (nyeri berat) sedangkan klien 2 memiliki skala nyeri 5 (nyeri sedang), mengapa ada perbedaan respon nyeri terhadap kedua klien, faktor ini disebabkan oleh pengalaman masa lalu yakni klien 1 belum pernah melakukan operasi *sectio caesarea* sedangkan klien 2 sudah pernah melakukan operasi *sectio caesarea*. Untuk itu, perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Keyword : *Post seksio sesarea, Nyeri akut, Asuhan keperawatan*

Daftar Pustaka : 9 buku (2008 – 2018), 3 jurnal (2010-2018)

ABSTRACT

Background : *This paper is based on the number of post-*sectio caesarea* patients treated at RSUD Ciamis, from January to December of 2017 amounting to 1117 cases or 60.15%. The aim of this paper was to gain an experience in implementing Nursing Care in Post *Sectio Caesarea* Mother with Acute Pain In RSUD Ciamis comprehensively. *Sectio caesarea* is a way how to give birth to the fetus by making an incision in the uterine wall through the abdominal wall with the condition of the uterus intact and fetal weight above 500 grams. **Method:** *This paper uses case study method to explore a problem / phenomenon with detailed constraints, has a deep data retrieval and includes various sources of information. This case study was conducted on two post-*sectio caesarea* mothers with acute pain nursing problems. The results showed acute pain on client 1 and client 2 resolved partially on the third day after nursing care by providing deep breathing relaxation. **Discussion:** There was a difference of response to pain where client 1 had pain scale 7 (severe pain) while client 2 had pain scale 5 (moderate pain), this factor was caused by past experience where client 1 has never performed a cesarean section surgery while client 2 has already performed a cesarean section surgery. Therefore nurses should perform comprehensive nursing care to overcome nursing issues on each client.**

Keyword: *post-*sectio caesarea*, acute pain, nursing care*

Bibliography: *9 books (2008 - 2018), 3 journals (2010-2018)*

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala nikmat-Nya sehingga karya tulis ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Sectio Caesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD Ciamis”** ini berhasil penulis selesaikan. Shalawat beserta salam selalu terlimpahkan kepada nabi Muhammad SAW, keluarga beserta para pengikutnya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Ribuan terimakasih penulis ucapkan kepada Ibu Ade Tika Herawati, H. S.Kep., Ners., M.Kep dan Ibu Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan motivasi, saran dan juga meluangkan waktunya untuk membimbing penulis. Semoga apa yang telah ibu berikan, Allah balas dengan segala kebaikan.

Disamping itu, ucapan terimakasih tak terhingga di sampaikan kepada ayahanda Akhmad Rojali SAg, umi Dewi Cahyanti AmdKeb, kakak Syifa Aulia Luthfiyani dan adik Nazhwa Aulia Az-zahra serta seluruh keluarga yang tidak henti-hentinya memberikan semangat dan do'a. Penulis juga sampaikan terimakasih kepada teman-teman seperjuangan angkatan XI semoga selalu jadi yang ter-istimewa, khususnya *Girls Power* ; Dwi Ratiningsih, Ghassany Marterany, dan Jenica H yang saat ini sudah bagaikan keluarga bagi penulis.

Tidak lupa penulis sampaikan ucapan terimakasih kepada pihak yang ikut membantu penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini yaitu ;

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Bhakti Kencana Bandung.
4. dr. Husi Husaini H. Sp.An, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Garurat Medik.
5. H. Jajang Sujana Mail, dr., Sp.An, selaku Ketua Pelaksana Harian Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.
6. Iceu Komalanengsih, SKM, selaku Penguji Sidang KTI
7. Inggrid Dirgahayu, MKM, selaku Penguji Sidang KTI
8. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
9. dr. H. Aceng Solahudin A, M.Kes. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

10. Dedeh, S.ST. selaku CI Ruang Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, April 2018

(Lulu Ashiyah Nafis)

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Anatomi Sistem Reproduksi	8
B. Konsep Seksio Sesarea.....	11
C. Konsep Dasar Nifas.....	19
D. Konsep Nyeri	56

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	64
B. Batasan Istilah	65
C. Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	66
D. Lokasi dan Waktu penelitian.....	66
E. Pengumpulan Data	66
F. Uji Keabsahan Data.....	68
G. Analisa Data	69
H. Etik Penelitian	70

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil	72
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	72
2. Pengkajian	74
3. Diagnosa Keperawatan.....	87
4. Perencanaan.....	90
5. Implementasi	93
6. Evaluasi	98
B. Pembahasan	98
1. Pengkajian	99
2. Diagnosis Keperawatan.....	100
3. Perencanaan.....	105
4. Implementasi	107
5. Evaluasi	111

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	112
---------------------	-----

B. Saran	115
Daftar Pustaka	116

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Genetalia Eksternal	8
Gambar 2.2 Genetalia Internal.....	10

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 involusi Uterus	22
Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Perubahan Proses Keluarga	45
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Nyeri Akut	47
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Ansietas	48
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Harga Diri Rendah.....	49
Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Resiko Cedera (Syok).....	50
Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Resiko Tinggi Infeksi	51
Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional Gangguan Eliminasi	52
Tabel 2.9 Intervensi dan Rasional Kurang Pengetahuan.....	53
Tabel 2.10 Intervensi dan Rasional Perubahan Eliminasi Urine.....	54
Tabel 2.11 Intervensi dan Rasional Kurang Perawatan Diri	54
Tabel 4.1 Identitas Klien	74
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	74
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi	75
Tabel 4.4 Riwayat Obstetri	76
Tabel 4.5 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	77
Tabel 4.6.1 Pemeriksaan Fisik Ibu	79
Teabel 4.6.2 Pemeriksaan Fisik Bayi.....	82
Tabel 4.7 Data Psikologi	83
Tabel 4.8 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	84

Tabel 4.9 Program dan Rencana Pengobatan.....	84
Tabel 4.10 Analisis Data.....	85
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan	87
Tabel 4.12 Perencanaan	90
Tabel 4.13 Implementasi.....	93
Tabel 4.14 Evaluasi.....	98

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea.....	13
---------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	Lembar Observasi
Lampiran IV	Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
Lampiran V	Format Review Artikel
Lampiran VI	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VII	Leaflet
Lampiran VIII	Jurnal

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sectio caesarea adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi. Lebih dari 85% indikasi *sectio caesarea* dilakukan karena riwayat *sectio caesarea*, distosia persalinan, gawat janin dan letak sungsang (Cunningham, 2006). Selain itu *sectio caesarea* juga menjadi alternative persalinan tanpa indikasi medis karena dianggap lebih mudah dan nyaman. *Sectio cesarea* sebanyak 25% dari jumlah kelahiran yang ada dilakukan pada ibu-ibu yang tidak memiliki resiko tinggi untuk melahirkan secara normal maupun komplikasi persalinan lain (Depkes, 2012).

World Health Organization (WHO) menetapkan standar rata-rata *sectio caesarea* di sebuah Negara adalah sekitar 5-15 % per 1000 kelahiran di dunia. Rumah Sakit pemerintah kira – kira 11 % sementara Rumah Sakit swasta bias leih dari 30%(Gibbson L. et all, 2010). Menurut WHO standar persalinan *sectio caesarea* di Inggris tahun 2008 sampai 2009 angka *section caesarea* mengalami peningkatan sebesar 24,6 % yang pada tahun 2004 sekitar 24,5 % dan di Australia tahun 2007 terjadi peningkatan 31% yang pada tahun 1980 hanya sebesar 21% (Afriani, 2012). Peningkatan persalinan dengan section caesarea di seluruh Negara selama

tahun 2007 – 2008 yaitu 110.000 per kelahiran di seluruh Asia (Sinha Kounteya, 2010). Sejak tahun 2006 angka kejadian *sectio caesarea* di Amerika Serikat meningkat hingga 24-30%. Peningkatan ini juga terjadi di Indonesia. Angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia menurut data survey nasional pada tahun 2007 adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22.8% dari seluruh persalinan (Arini, 2008).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sesar sebesar 9,8 persen dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013, dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (19,9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3,3%) (Depkes RI, 2013). Angka kejadian *sectio caesarea* berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) provinsi Jawa Barat tahun 2013 sebesar 7,8 % dan di daerah Bandung sebesar 2,6 %. Berdasarkan data yang di dapatkan dari medical record RSUD Ciamis periode awal Januari sampai akhir Desember tahun 2017, di dapatkan kasus kebidanan sebanyak 1117 kasus atau 60,15 % persalinan dengan tindakan *section caesarea*, 609 kasus atau 32,79 % ginekologi, dan 131 kasus atau 7,05 % persalinan spontan.

Dampak postpartum dengan *Sectio Caesarea* diantaranya nyeri, ambulasi dini, aktivitas, *personal hygiene*, eliminasi, dan pola istirahat tidur. Komplikasi yang dapat terjadi yaitu infeksi puerperalis, pendarahan, dan komplikasi lain seperti luka kandung kemih, embolisme paru-paru,

kurang kuatnya parut pada dinding uterus sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri.

Nyeri yang disebabkan oleh operasi biasanya membuat pasien merasa sangat kesakitan. Ketidaknyamanan atau nyeri bagaimanapun keadaannya harus diatasi dengan manajemen nyeri, karena kenyamanan merupakan kebutuhan dasar manusia. Manajemen nyeri bisa dilakukan dengan metode farmakologis atau pemberian obat penghilang nyeri dan nonfarmakologis. Metode non-farmakologis yang dapat diberikan adalah teknik relaksasi pernapasan dalam. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenisasi darah yang bias membuat penyembuhan luka lebih cepat.

Hasil penelitian yang dilakukakan oleh Trullyen Vista Lukman tahun 2013 tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada 39 pasien post-operasi *sectio caesarea*. Sebagian besar responden yaitu 74,36% atau 29 responden mengalami nyeri hebat sebelum diberikan metode relaksasi napas dalam. sebagian besar responden yaitu 61,54% atau 24 responden mengalami nyeri sesudah diberikan metode relaksasi napas dalam. Ada pengaruh pemberian metode relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* di RSUD PROF. DR. HI. ALOEI SABOE KOTA GORONTALO. Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wiwiek Widiatie tahun 2015 tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam

terhadap penurunan intensitas nyeri pada 10 pasien post-operasi *sectio caesarea*. Sebagian besar responden yaitu 60,0% atau 6 responden mengalami nyeri berat sebelum diberikan metode relaksasi napas dalam. Sebagian besar responden yaitu 70,0% atau 7 responden mengalami nyeri sedang sesudah diberikan metode relaksasi napas dalam. Ada pengaruh pemberian metode relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* di RS UNIPDU MEDIKA JOMBANG.

Berdasarkan hal di atas, Perawat berperan besar dalam penanggulangan nyeri non farmakologis. Salah satu penanggulangan nyeri non farmakologis yang mudah dalam mengatasi nyeri akibat kerusakan jaringan akibat tindakan pembedahan adalah teknik relaksasi. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan intervensi mandiri keperawatan dimana perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan untuk merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Maka penulis tertarik untuk menganalisa masalah keperawatan nyeri akut dengan tindakan keperawatan menggunakan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi skala nyeri yang akan dibuat menjadi judul karya tulis Asuhan keperawatan pada ibu post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas “Bagaimanakah Asuhan keperawatan pada ibu post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis tahun 2018 ?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien post *section caesare* dengan nyeri luka post operasi di RSUD Ciamis.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien post *section caesare* dengan nyeri luka post operasi di RSUD Ciamis.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien post *section caesare* dengan nyeri luka post operasi di RSUD Ciamis.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post *section caesare* dengan nyeri luka post operasi di RSUD Ciamis.
- e. Melakukan evaluasi pada klien post *section caesare* dengan nyeri luka post operasi di RSUD Ciamis.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Memberikan kontribusi terhadap perkembangan ilmu pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada Ibu post operasi *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

2. Manfaat Praktisi

a. Bagi Perawat

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini perawat dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan pada pasien seksio sesarea tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

b. Bagi Rumah Sakit

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan khususnya pada pasien seksio sesarea tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu khususnya pada pasien *sectio caesarea* tentang cara

menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

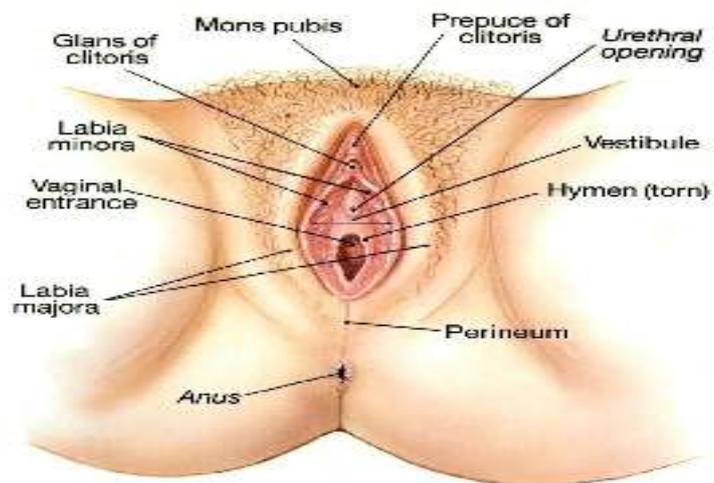
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Sistem Reproduksi

Anatomi alat kandungan terbagi atas 2 bagian :

1. Alat *Genetalia Eksternal*



Gambar 2.1 Genetalia Eksternal (Prawirohardjo,2005)

a. Mons Veneris

Adalah bagian yang menonjol di atas simfisis dan pada wanita dewasa ditutup oleh rambut kemaluan.

b. Labia Mayora (bibir-bibir besar)

Terdiri atas bagian kanan dan kiri, lonjong mengecil kebawah, terisi oleh jaringan lemak yang serupa dengan yang ada di mons veneris.

c. Labia Minora (bibir-bibir kecil)

Adalah suatu lipatan tipis dari kulit sebelah dalam bibir besar.

d. Klitoris

Klitoris tertutup oleh prepetium klitoridis, dan terdiri atas glans klitoridis, dan dua krura yang menggantungkan klitoris ke os pubis.

e. Vulva

Berbentuk lonjong, berukuran panjang mulai dari klitoris, kanan kiri dibatasi bibir kecil sampai ke belakang dibatasi perineum.

f. Vestibulum

Terletak di bawah selaput lendir vulva, dekat ramus ossis pubis. Besarnya 3-4 cm panjang, 1-2 cm lebar, dan 0,5-1 cm tebal.

g. Introitus vagina

Adalah pintu masuk ke vagina yang selalu dilindungi oleh labia minora ; jika bibir kecil ini dibuka maka barulah dapat terlihat introitus vagina.

h. Hiatus Himenalis (lubang selaput dara)

Merupakan selaput yang menutupi introitus vagina.

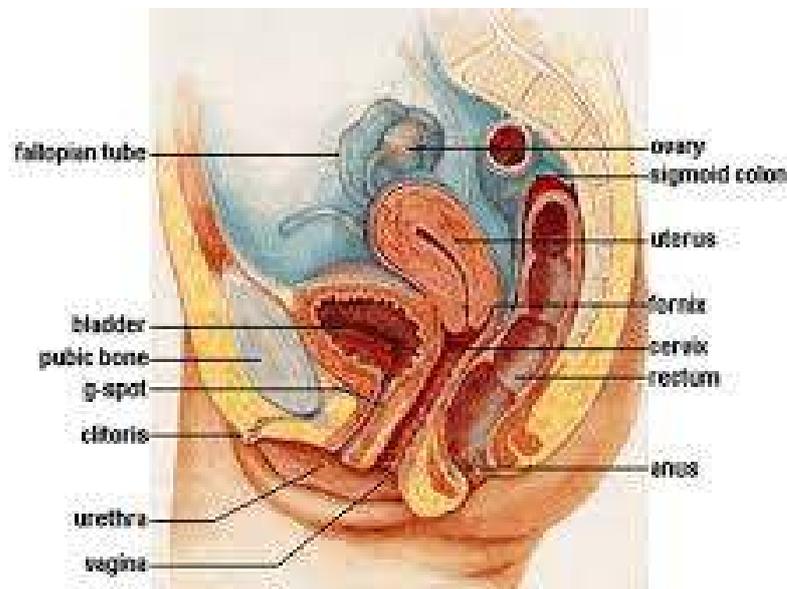
i. Lubang kemih (orifisium uretra eksterna)

Adalah tempat keluarnya air kemih yang terletak di bawah klitoris.

j. Perineum

Terletak diantara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm.

2. Alat Genetalia Internal



Gambar 2.2 Genetalia Internal (Prawirohardjo,2005)

a. Vagina (liang kemaluan)

Merupakan suatu penghubung antara introitus dan uterus. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain, masing-masing panjangnya 6,5 cm dan 9 cm. Bentuk vagina sebelah dalam yang berlipat-lipat disebut rugae: ditengah-tengahnya ada bagian yang lebih keras, disebut kolumna rugarum.

b. Uterus

Dindingnya terdiri atas otot polos. Ukuran panjangnya 7-7,5 cm, lebar di atas 5,25 cm, tebal 2,5 cm, dan tebal dinding 1,25 cm. Letak uterus dalam keadaan fisiologis adalah anteversiofleksio (serviks ke depan dan membentuk sudut dengan vagina, demikian pula, korpus uteri ke depan dan membentuk sudut dengan serviks uteri).

c. Tuba Fallopii

Adalah saluran yang keluar dari ujung rahim kanan dan kiri, panjangnya 12-13 cm dengan diameter 3-8 mm. Fungsi utama saluran telur yaitu sebagai saluran telur dan tempat terjadinya pembuahan.

d. Ovarium (indung telur)

Wanita pada umumnya mempunyai 2 indung telur kanan dan kiri, besarnya kurang lebih sebesar ibu jari tangan dengan ukuran panjang kira-kira 4 cm, lebar dan tebal kira-kira 1,5 cm. Fungsi dari indung telur yaitu menghasilkan sel telur (*ovum*), menghasilkan hormone-hormon (*progesterone* dan *estrogen*), dan ikut serta mengatur haid.

B. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Definsi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayantan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru sofian, 2012)

Sectio caesarea adalah suatu persalihan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2010).

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau

vagina. Atau disebut juga *histerotomia* untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 1998).

Dari beberapa pengertian tentang *sectio caesarea* diatas dapat diambil kesimpulan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat insisi pada dinding uterus melalui dinding perut dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. Prosedur ini disebut juga *histerotomia*.

2. Etiologi

Menurut Amin & Hardhi (2015), etiologi *sectio caesarea* ada dua yaitu sebagai berikut:

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvik (disporposi janin / panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solution plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

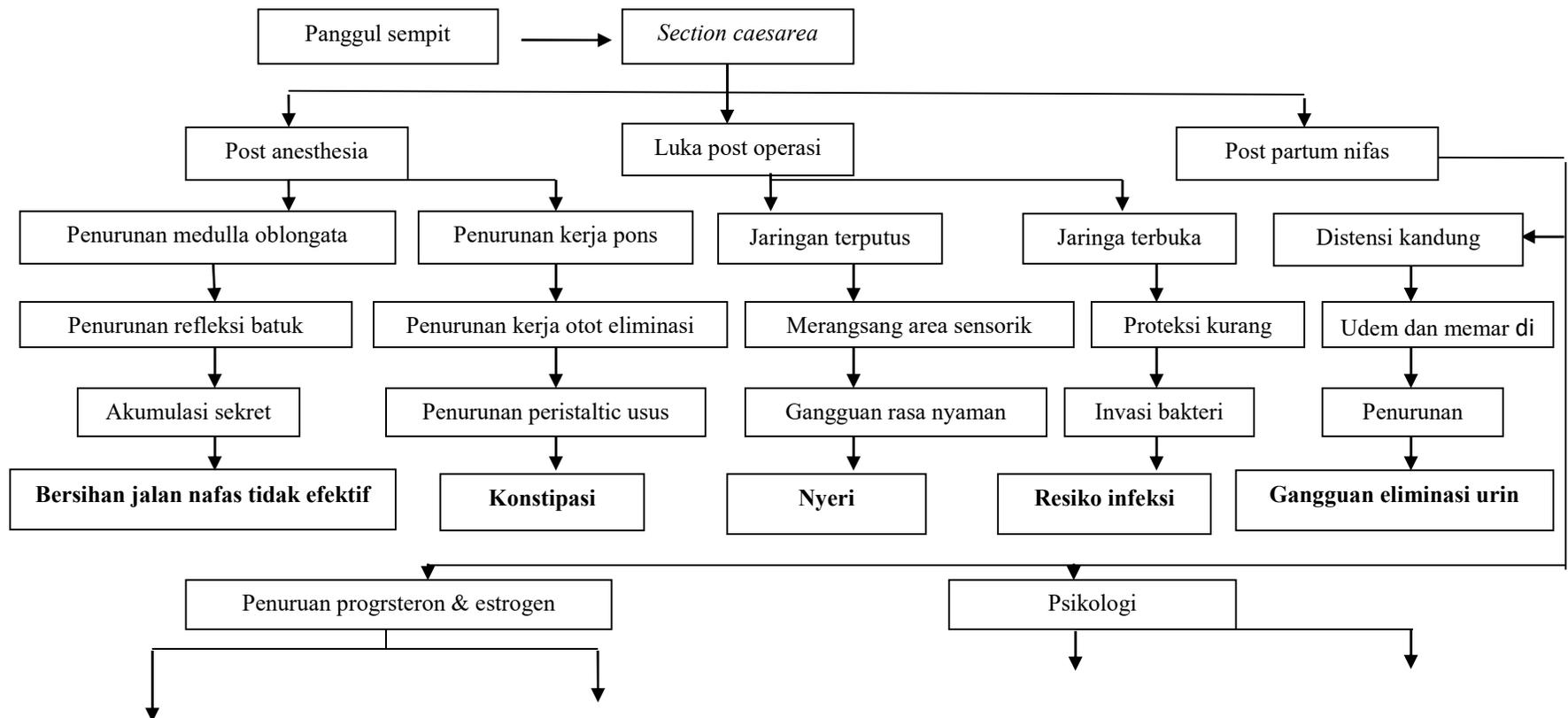
b. Etiologi yang berasal dari janin

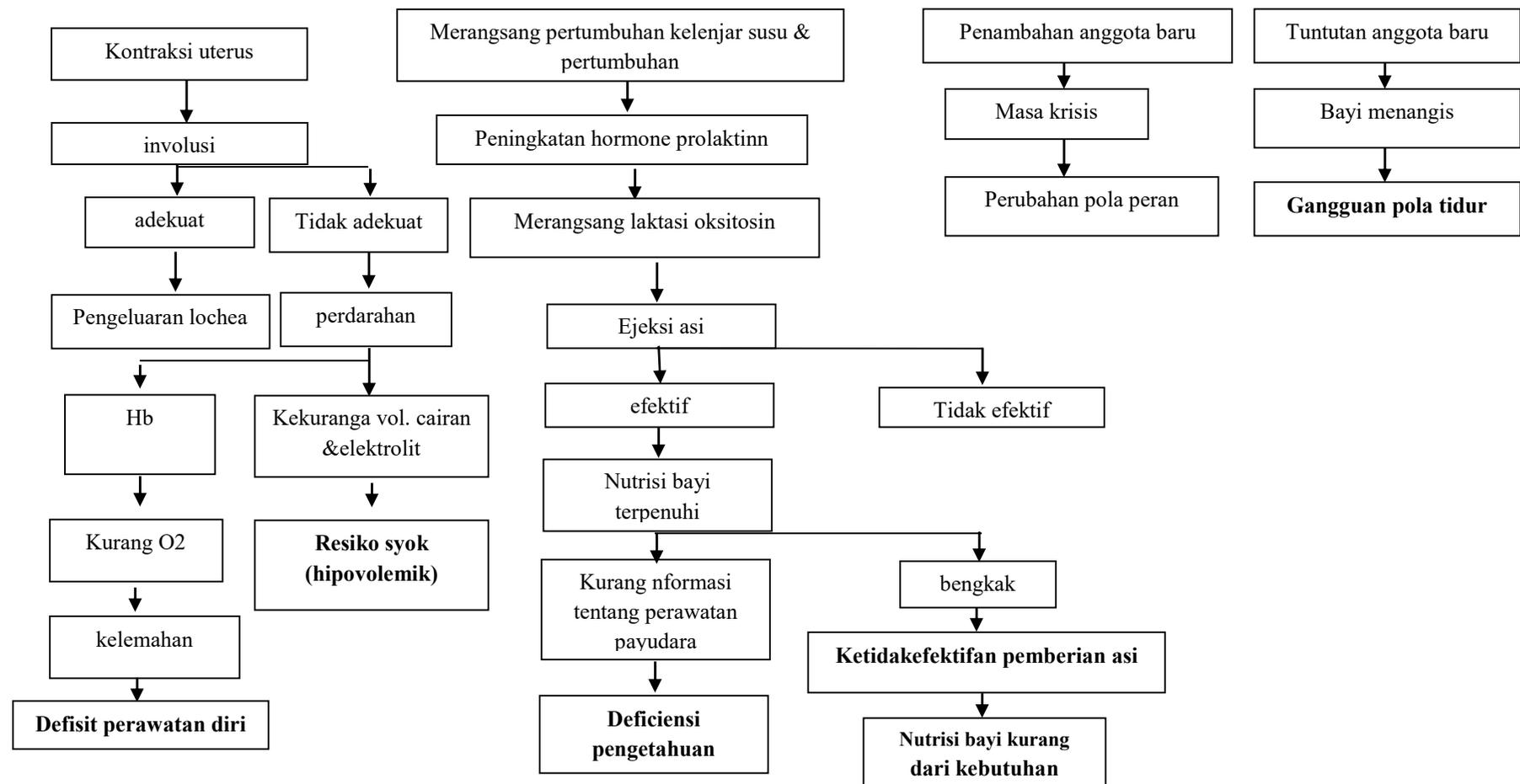
Fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

3. Patofisiologi

Bagan 2.1

Pathway Sectio Caesarea





Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

4. Klasifikasi

a. *Sectio caesarea* abdomen :

1) *Sectio caesarea transperitonealis*.

a) *Sectio caesarea* klasik (corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

b) *Sectio caesarea* ismika (profunda).

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang pada segmen bawah rahim (*low cervical transfersal*) kira-kira sepanjang 10cm.

2) *Sectio sesarea peritonealis* yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka kavum abdomen.

b. *Seksio caesarea* vaginalis

Menurut arah sayatan pada rahim, *sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut:

1) Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut Kroning.

2) Sayatan melintang (*transfersal*) menurut Kerr.

3) Sayatan huruf T (*T-incision*)

5. Komplikasi

Kemungkinan yang timbul setelah dilakukan operasi ini antara lain :

a. Infeksi puerperal (Nifas)

Komplikasi ini bisa bersifat :

- 1) Ringan, dengan suhu meningkat dalam beberapa hari
 - 2) Sedang, suhu meningkat lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung.
 - 3) Berat, seperti peritonealis, sepsis, usus paralitik.
- b. Perdarahan
- Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.
- c. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru, dan keluahan kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi.
- d. Kemungkinan besar pada kehamilan berikutnya bisa terjadi rupture uteri. Peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah sectio caesarea klasik.

6. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/ hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalisis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi

- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- j. Ultrasound sesuai pesanan

(Tucker, Susan Martin, 1998)

7. Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan

a. Pemberian cairan

Karena 24 jam pertama penderita pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairannya yang biasanya diberikan biasanya DS10%, garam, fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita platus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada pada 6 – 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 – 10 jam setelah operasi.
- 2) Latihan pernapasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar hari ke 2 post operasi, penderita dapat

didudukan selama 5 menit dan diminta untuk bernapas dalam lalu menghembuskannya.

- 3) Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi setengah posisi duduk (semi fowler).
- 4) Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi.

d. Kateterisasi

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

e. Pemberian Analgesia

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntikan 75 mg Meperidin (intra muskuler) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morfin.

- 1) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis Meperidin yang diberikan adalah 50 mg
- 2) Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg Meperidin
- 3) Obat-obat antiemetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik.

f. Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

C. Konsep Dasar Nifas

1. Definisi Nifas

Puerperium ialah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pemulihannya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu (Obstetri Fisiologi, 1983)

Masa puerperium atau masa nifas mulai setelah partus selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Prawirohardjo, 2002)

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, dimana masa nifas ini berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, 2002)

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas adalah:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.

- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana

3. Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. Puerperium Dini

Yaitu kepulihan di mana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

- b. Puerperium Intermedial

Yaitu suatu kemulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sejak 6-8 minggu.

- c. Puerperium Remote

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

4. Adaptasi Fisiologis Postpartum

- a. Perubahan tanda-tanda vital

Dalam hal ini perubahan tanda-tanda vital, yaitu:

- 1) Suhu

Suhu badan wanita in partus tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$. Sesudah partus dapat naik $+ 0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal, tetapi tidak melebihi

38,0⁰C. Sesudah 12 jam pertama melahirkan, umumnya suhu badan badan akan kembali normal. Bila suhu badan lebih dari 38,0⁰C, mungkin ada infeksi.

2) Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum. Tetapi ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam \pm 2 bulan tanpa pengobatan.

3) Nadi

Nadi berkisar umumnya antara 60-80 denyutan permenit. Segera setelah partus dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikaedia sedangkan badan tidak panas, mungkin ada perubahan berlebihan atau ada vitium kordis (gangguan jantung pada kehamilan) pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi lebih labil dibandingkan dengan suhu badan.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan pada saluran nafas.

b. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

a) Pengerutan Rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembelinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi neurotic (layu/mati). Involusi terjadi karna masing-masing sel menjadi lebih kecil karna cytoplasmanya yang berlebihan dibuang. Involusi disebabkan oleh proses autolisis, dimana zat protein pada dinding rahim dipecah, diabsorpsi dan kemudian dibuang melalui urine.

Tabel 2.1 Involusi Uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berta Uterus (gr)	Diameter Bekas Melekat Plasenta (cm)	Keadaan Serviks
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri Lahir	2 jari di bawah pusat	750	12,5	Lembek
Satu Minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500	7,5	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui
Dua Minggu	Tak teraba di atas simfisis	350	3-4	2 jari.
Enam Minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	Akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari.
Delapan Minggu	Sebesar normal	30		

Sumber : Vivian & Tri, 2011

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

(1) Iskemia myometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relative anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

(2) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali lipat panjangnya dari semula dan 5 kali lebar dari semula selama kehamilan atau juga dikatakan sebagai merusak secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesteron.

(3) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total.

b) Involusi tempat placenta

Setelah persalinan, tempat placenta merupakan tempat dengan permukaan yang kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Penyembuhan luka bekas placenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas placenta banyak mengandung pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Biasanya luka seperti itu akan menjadi jaringan parut, tetapi luka bekas placenta tidak meninggalkan jaringan parut. Hal ini disebabkan karena luka dilepaskan dari dasarnya dengan pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka.

c) Lochia

Pada bagian pertama masa nifas biasanya keluar cairan dari vagina yang dinamakan lochia. Lochia mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus.

Lochia berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita, lochia yang berbau busuk menandakan adanya infeksi.

Terdapat 4 jenis lochia berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

(1) Lochia rubra/merah

Muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Cairan berwarna merah karena terisi darah segar,

jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa meconium.

(2) Lochia sanguinolenta

Berwarna merah kecokelatan dan berlendir, karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya berlangsung dari hari ketiga sampai hari kelima postpartum.

(3) Lochia serosa

Lochia ini muncul pada hari keenam sampai hari kesembilan postpartum. Berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta.

(4) Lochia alba/putih

Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

2) Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga terdapat perbatasan antara korpus dan serviks uteri yang berbentuk cincin. Warna serviksnya merah kehitaman.

3) Vagina

Vagian mengalami peregangan, serta penekanan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Pada minggu ketiga, vagina kembali kepada keadaan tidak hamil. *Rugae* akan muncul kembali sekitar minggu keempat. Penebalan mukosa vagina terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium.

4) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapat kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

c. Perubahan Sistem Kardiovaskular

1) Komponen darah

Lekositosis normal selama kehamilan rata-rata sekitar 12.000/mm³. Selama 10-12 hari pertama setelah bayi lahir, nilai leukosit antara 15.000 dan 20.000/mm³ adalah hal umum. Kadar hemoglobin dan hematokrit dalam 2 hari pertama setelah melahirkan agak mengalami perubahan karena adanya perubahan volume darah. Pada umumnya, penurunan nilai 2% dari nilai hematokrit pada saat masuk sampai saat melahirkan mengindikasikan kehilangan darah 500ml. Kadar

hemoglobin dan hematokrit akan kembali ke keadaan sebelum melahirkan atau ke konsentrasi normal dalam 2-6 minggu.

2) Curah jantung (cardiac output)

Denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung meningkat selama masa hamil. Segera setelah melahirkan, keadaan tersebut akan meningkat lebih tinggi lagi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi utero/plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

3) Berkeringat banyak atau berlebihan

Berkeringat dingin merupakan suatu mekanisme tubuh untuk mereduksi cairan yang bertahan selama kehamilan. Pengeluaran cairan berlebihan dan sisa-sisa produk tubuh melalui kulit selama masa nifas menimbulkan banyak keringat.

4) Menggigil

Sering kali ibu mengalami menggigil segera setelah melahirkan, yang berhubungan dengan respon persyarafan atau perubahan vasomotor. Dalam masa nifas bila ibu masih ditemukan dalam keadaan menggigil dan demam mengindikasikan adanya infeksi dan memerlukan evaluasi lebih lanjut.

d. Perubahan Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dimana sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik dari 25.000 sampai 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Jumlah haemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal postpartum sebagai akibat dari volume darah. Volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah akan dipengaruhi oleh status gizi wanita tersebut. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3 -7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 – 5 minggu postpartum.

e. Perubahan Sistem Endokrin

Selama kehamilan, payudara disiapkan untuk laktasi (hormone estrogen dan progesteron) kolostrum, cairan payudara yang keluar sebelum produksi susu terjadi pada trimester III dan minggu pertama

postpartum. ASI diproduksi pada hari ke tiga atau ke empat setelah melahirkan. Pembesaran mammae/payudara terjadi dengan adanya penambahan pada sistem vaskuler dan limpatik sekitar mammae. Mammae menjadi besar, mengeras dan sakit bila disentuh. Sementara itu, konsentrasi hormone(estrogen,progesterone,human chronic ,gonadotropin, prolaktin,krotisol, dan insulin) yang menstimulasi perkembangan payudara selama ibu menurun dengan cepat setelah bayi lahir.

f. Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah melahirkan biasanya akan mengalami haus dalam 2-3 hari pertama melahirkan karena pertukaran cairan dalam tubuh berkaitan dengan diuresis. Usus besar cenderung tidak lancar setelah melahirkan karena masih adanya efek progesteron yang tertinggal dan penurunan tonus otot abdomen. Dengan menunda untuk buang air besar, hal ini bisa menyebabkan konstipasi dan menimbulkan nyeri ketika buang air besar.

Dengan persalinan seksio sesarea boleh minum sedikit setelah operasi, jika bising ususnya telah terdengar, dapat diberikan diet lunak atau bertahap.

g. Perubahan Sistem Perkemihan

Wanita yang pasca persalinan mengalami suatu peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses melahirkan. Terkadang pembengkakan dapat menimbulkan obstruksi dari urethra sehingga terjadi retentio urine.

Dilatasi ureter dan pyelum normal kembali dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliurine) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuri akibat katalitik involusi. Acetonuria terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat yang banyak, karena kegiatan otot-otot rahim dan karena kelaparan. Proteinurine akibat dari autolisis sel-sel otot.

h. Perubahan Sistem Integumen

Peningkatan aktivitas melanin pada kehamilan yang menyebabkan hiperpigmentasi pada puting susu, aerola, dan linea nigra secara berangsur-angsur menurun setelah melahirkan. Kelainan pembuluh vaskuler selama kehamilan yang menyebabkan spider angioma.

i. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Perubahan pada sistem muskulokeletal pada ibu selama masa nifas berlangsung terbalik dengan selama kehamilannya. Perubahan ini

meliputi hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi serta perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran rahim. Untuk menstabilkan sendi dengan lengkap diperlukan waktu sampai minggu ke- 8 setelah ibu melahirkan .

5. Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

Setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase berikut:

a. Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri.

b. Fase *taking hold*

Fase *taking hold* adalah fase / periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

c. Fase *letting go*

Fase *letting go* merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya yang sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan

pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

6. Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun yang potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikannya, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan.

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya.

1) Teknik Pengumpulan Data

a) Identitas dan penanggung jawab

Dikaji tentang identitas klien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, golongan darah, ruang rawat, nomor medrek, diagnosa medis, dan alamat. Serta dikaji juga identitas

penanggung jawab klien yang meliputi : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat dan hubungan dengan klien.

b) Riwayat kesehatan

(1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Biasanya klien mengeluh nyeri pada abdomen

(2) Keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi (Maryunani, 2015), keluhan ini diuraikan dengan metode PQRST :

P = Paliatif/Propokatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan.

Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q = Quality/Quantity

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya.

Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti diiris-iris.

R = Region/Radiasi

Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya.

Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S = Severity, Skale

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0 – 10.

T= Timing

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut.

Pada post partum dengan SC biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan.

(3) Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi tentang penyakit yang pernah dialami klien pada masa lalu, seperti riwayat hipertensi, penyakit keturunan seperti diabetes dan asma riwayat alergi dan penyakit menular seperti hepatitis dan TBC, kebiasaan klien seperti merokok, minum alkohol, minum kopi dan obat-obatan yang sering dipakai.

(4) Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi tentang riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus, ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV dan hepatitis.

c) Riwayat Ginekologi dan Obstetri

(1) Riwayat ginekologi

(a) Riwayat menstruasi

Siklus haid, lamanya, banyaknya sifat darah (warna, bau, cair gumpalan) menarche disminorhae, HPHT dan taksiran persalinan.

(b) Riwayat perkawinan (suami istri)

Usia perkawinan, umur klien dan suami saat kawin, pernikahan yang keberapa bagi klien dan suami.

(c) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan, jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan.

(2) Riwayat obstetri

(a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

(b) Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya.

(c) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

(d) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan yang keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama.

(e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

(f) Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat.

d) Pola aktivitas sehari-hari, selama hamil dan selama di rumah sakit

(1) Pola nutrisi (Lowdermilk, 2013)

(2) Mencakup makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu post sektio sesarea akan terjadi peningkatan porsi makan setelah pulih dari anestesi, analgesia serta kelelahan.

(3) Pola eliminasi

Mencakup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK : frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

(4) Pola istirahat dan tidur

Mencakup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan sektio sesarea.

(5) Personal hygiene

Mencangkup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan sectio caesarea yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu. (Maryunani, 2015)

(6) Aktifitas dan latihan

Kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit.

e) Pemeriksaan Fisik

(1) Pemeriksaan fisik ibu

(a) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan. Pada klien dengan post partum dengan SC biasanya kesadaran composmentis, dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

(b) Tanda-tanda vital

Pada tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu, yaitu mencapai 36-37°C, dengan frekuensi nadi 65-80 kali/menit pada hari pertama dan normal kembali pada hari ketiga tekanan darah dan respirasi normal.

(c) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan.

(d) Pemeriksaan fisik ibu

(i) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi. Keluhan nyeri kepala post partum dapat disebabkan oleh keadaan, termasuk preeklamsi, stres, bocornya cairan serebrospinal keruang epidural saat menyuntikan epidural atau spinal. (Lowdermilk, 2013)

(ii) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum.

(iii) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan pada system penglihatan, fungsi penglihatan.

(iv) Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pada fungsi pendengaran.

(v) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, warna mukosa, dan fungsi penciuman.

(vi) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil, dan nyeri pada saat menelan.

(vii) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidak penikatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk.

(viii) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan. (Lowdermilk, 2013).

(ix) Abdomen

Pada hari pertama, tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi *sectio caesarea*.

(x) Punggung dan bokong

Bentuk, ada tidaknya lesi, ada tidak kelainan tulang belakang.

(xi) Genetalia

Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.

(xii) Anus

Hemoroid (varises anus) umum ditemui. Hemoroid interna dapat terbuka saat ibu mengejan ketika melahirkan.

(xiii) Ekstremitas

Adaptasi sistem musculoskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravid ibu sebagai respon terhadap

uterus yang membesar. Serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

(2) Pemeriksaan fisik bayi

(a) Keadaan umum

Meliputi tampilan, dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR Score.

(b) Antropometri

Meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, dan lingkaran lengan atas.

f) Data psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan *sectio caesarea* yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami *baby blues*.

g) Pemeriksaan penunjang

(1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

(2) Pemantauan EKG

(3) JDL dengan diferensial

(4) Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit

(5) Golongan darah

(6)Urinalisis

(7)Ultrasonografi

Sumber : Nurarif, 2015

h) Analisa data

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisa data sehingga dapat ditentukan masalah keperawatannya. Disamping mengkaji juga harus memperhatikan kekuatan/kemampuan ibu post partum sectio caesarea untuk melakukan perawatan mandiri secara bertahap dan mengatasi dan mengatasi rasa ketidaknyamanan. (Maryunani, 2015)

b. Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post operasi seksio sesarea adalah : (Doengoes, 2011)

- 1) Perubahan proses keluarga berhubungan dengan perkembangan transisi atau peningkatan anggota keluarga.
- 2) Nyeri akut berhubungan trauma pembedahan, efek-efek anestesi atau hormonal, distensi kandung kemih atau abdomen
- 3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasi, ancaman pada konsep diri, transmisi atau kontak interpersonal, kebutuhan tidak terpenuhi.
- 4) Harga diri rendah berhubungan dengan merasa gagal dalam peristiwa situasional

- 5) Resiko tinggi terhadap cedera (injuri) berhubungan dengan fungsi biokimia atau regulasi (misalnya hipotensi, ortostatik, adanya eklamsi), efek-efek anestesi, tromboemboli, profil darah abnormal (anemia atau kehilangan darah berlebihan), trauma jaringan.
- 6) Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan atau kulit rusak, penurunan Hb, prosedur invasif dan atau peningkatan pemanjangan lingkungan, pecah ketuban lama, malnutrisi.
- 7) Gangguan eliminasi : berhubungan dengan penurunan tonus otot (diatasis rekti, kelebihan analgetik atau anestesi, efek-efek progeteron, dehidrasi, diare persalinan, kurang masukan, nyeri perineal)
- 8) Kurang pengetahuan mengenai perubahan fisiologi, periode pemulihan, perawatan diri dan kebutuhan perawatan bayi berhubungan dengan kurang pemejaan atau mengingat, kesalahan interpretasi, tidak mengenal sumber-sumber.
- 9) Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan trauma atau diversifikasi mekanis, efek-efek hormonal(perpindahan cairan dan peningkatan aliran plasma ginjal), efek-efek anestesi.
- 10) Kurang perawatan diri berhubungan dengan efek-efek anestesi, penurunan kekuatan dan ketahanan, ketidaknyamanan fisik.

c. Rencana Keperawatan

Perencanaan atau intervensi pada pasien post operasi seksio sesaria (4jam – 5 hari), (Dongoes,2001) adalah:

1) Perubahan proses keluarga berhubungan dengan perkembangan transisi atau penigkatan anggota keluarga.

Tujuan : dapat menerima perubahan dalam keluarga dengan anggota yang baru

Kriteria hasil :

- a) Menggendong bayi, bila kondisi ibu dan neonatus memungkinkan.
- b) Mendemonstrasikan perilaku kedekatan dan ikatan yang tepat.
- c) Mulai secara aktif mengikuti perawatan bayi baru lahir dengan tepat.

Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Perubahan Proses Keluarga

Intervensi	Rasional
Anjurkan pasien untuk menggendong, menyentuh dan memeriksa bayi, tergantung pada kondisi pasien dan bayi baru lahir. Bantu sesuai kebutuhan.	Jam pertama setelah kelahiran kesempatan unik untuk ikatan keluarga untuk terjadikarena ibu dan bayi secara emosional menerima isyarat satu sama lain, yang memulai proses kedekatan dan proses pengenalan. Bantuan pada interaksi pertama atau sampai jalur interaksi dilepas encegah pasien dan merasa kecewa atau tidak adekut
Berikan kesempatan untuk ayah atau pasangan untuk menyentuh dan menggendong bayi sesuai kemungkinan situasi.	menerima isyarat satu sama lain, yang memulai kedekatan dan proses pengenalan. Bantuan pada interaksi pertama atau sampai jalur intravena dilepas mencegah klien dari merasa kecewa atau tidak kuat
Observasi dan catat interaksi keluarga-bayi, perhatikan perilaku yang dianggap menandakan ikatan dan kedekatan	Kontak mata dengan mata penggunaan posisi wajah, berbicara pada suara nada tinggi, posisi wajah dan menggendong bayi dengan dekat dihubungkan dengan kedekatan budaya amerika.

Diskusikan kebutuhan kemajuan dan sifat interaksi yang lazim dari ikatan. Perhatikan kenormalan dari variasi respon dari satu waktu ke waktu yang lainnya dan diantara anak yang berbeda.	Membantu pasien atau pasangan memahami makna dan pentingnya proses dan memberikan keyakinan bahwa perbedaan diperkirakan.
Perhatikan pengungkapan atau perilaku yang menunjukkan kekecewaan atau kurang minat	Kedatangan anggota keluarga baru, bahkan bila diinginkan dan diantisipasi, menciptakan periode sementara dari disequilibrium, memerlukan penyatuan anak baru kedalam keluarga yang ada
Berikan kesempatan pada orang tua untuk mengungkapkan perasaan – perasaan yang negatif tentang diri mereka dan bayi.	Komplik tidak teratasi selama proses pengenalan awal orang tua bayi dapat mempunyai efek – efek negative jangka panjang pada masa depan hubungan orang tua – anak
Perhatikan lingkungan sekitar kelahiran sesaria, kebanggaan diri orang tua dan persepsi tentang pengalaman kelahiran, reaksi awal mereka terhadap bayi dan partisipasi mereka pada pengalaman kelahiran	Orang tua perlu bekerja melalui hal hal bermakna pada kejadian penuh stres seputar kelahiran anak dan orientasikan mereka sendiri terhadap realitas sebelum mereka dapat berfokuskan pada bayi.
Anjurkan dan bantu dalam menyusui tergantung pada pilihan klien dan keyakinan/praktik budaya	Efek awal mempunyai efek positif pada durasi menyusui: kontak kulit dengan kulit dan mulainya tugas-tugas ibu meningkatkan ikatan.
Sambut keluarga dan sambut untuk kunjungan singkat segera bila kondisi ibu/bayi baru lahir memungkinkan	Meningkatkan kesatuan keluarga dan membantu sibling memulai proses adaptasi positif terhadap peran baru dan memasukkan anggota baru kedalam struktur keluarga.
Berikan informasi sesuai kebutuhan tentang keamanan dan kondisi bayi. Dukung pasangan sesuai kebutuhan	Membantu pasangan untuk memproses dan mengevaluasi informasi yang diperlukan, khususnya bila periode pengenalan awal telah lambat.
Jawab pertanyaan pasien mengenai protokol perawatan selama periode paska kelahiran awal	Informasi menghilangkan ansietas yang mengganggu ikatan absorpsi diri daripada perhatian terhadap bayi baru lahir
Beritahu anggota tim perawatan kesalahan yang tepat	Ketidakadekuatan perilaku ikatan atau interaksi buruk antara pasien atau pasangan dengan bayi memerlukan dukungan dan evaluasi lanjut.
Siapkan untuk dukungan atau evaluasi terus menerus setelah pulang	Banyak pasangan yang mempunyai konflik tidak teratasi mengenai proses pengenalan awal orang tua – bayi yang memerlukan pemecahan setelah pulang

2) Nyeri akut berhubungan trauma pembedahan, efek-efek anestesi atau hormonal, distensi kandung kemih atau abdomen

Kriteria hasil :

- a) Mengidentifikasi dan menggunakan intervensi untuk mengatasi nyeri/ketidaknyamanan dengan tepat
- b) Mengungkapkan berkurangnya nyeri
- c) Tampak rileks, mampu tidur/istirahat dengan tepat

Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
Tentukan karekeristik dan lokasi ketidaknyamanan, perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti meringis, kaku, dan gerakan melindungi atau terbatas	Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung. Membedakan karakteristik khusus dari nyeri membantu membedakan nyeri pascaoperasi dari terjadinya komplikasi
Berikan informasi dan petunjuk antisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan dan intervensi yang tepat	Meningkatkan pemecahan masalah, membantu mengurangi nyeri berkenaan dengan ansietas dan ketakutan karena ketidaktahuan dan memberikan rasa control
Evaluasi tekanan darah (TD) dan nadi, perhatikan perubahan perilaku (bedakan antara kegelisahan karena kehilangan darah berlebihan dan karena nyeri)	Pada banyak klien, nyeri dapat menyebabkan gelisah serta TD dan nadi meningkat
Perhatikan nyeri tekan uterus dan adanya/karakteristik nyeri penyerta, perhatikan infuse oksitosin pascaoperasi	Selama 12 jam pertama pascapartum, kontraksi uterus kuat dan teratur, dan ini berlanjut selama 2-3 hari berikutnya, meskipun frekuensi dan intensitasnya dikurangi.
Ubah posisi klien, kurangi rangsangan yang berbahaya, dan berikan gosokan punggung. Anjurkan penggunaan tehnik pernapasan dan relaksasi dan distraksi.	Merileksasikan otot, dan mengalihkan perhatian dari sesuai nyeri.
Lakukan latihan napas dalam	Napas dalam meningkatkan upaya pernapasan
Berikan analgetik setiap 3-4 jam, berlanjut dari rute IV/IM sampai ke rute oral	Meningkatkan kenyamanan yang memperbaiki status psikologis dan meningkatkan mobilitas.

- 3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasi, ancaman pada konsep diri, transmisi atau kontak interpersonal, kebutuhan tidak terpenuhi.

Kriteria hasil :

- a) Mengungkapkan kesadaran akan perasaan ansietas
- b) Mengidentifikasi cara untuk menurunkan atau menghilangkan ansietas
- c) Melaporkan bahwa ansietas sudah menurun ke tingkat yang dapat diatasi
- d) Kelihatan rileks, dapat tidur/istirahat dengan tepat

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Ansietas

Intevensi	Rasional
Dorong keberadaan/pasrtisipasi dari pasangan	Memberikan dukungan emosional,dapat mendorong pengungkapan masalah
Tentukan tingkat ansietas klien dan sumber dari masalah	Kelahiran cesarea mungkin dipandang sebagai suatu kegagalan dalam hidup oleh klien/pasangan dan hal tersebut dan memiliki dampak negative dalam proses ikatan/menjadi orang tua
Bantu klien/pasangan dalam mengidentifikasi mekanisme koping yang lazim dan perkembangan strategis koping baru jika dibutuhkan.	Membantu memfasilitasi adaptasi yang positif terhadap peran baru, mengurangi perasaan ansietas.
Berikan informasi yang akurat tentang keadaan klien/bayi	Khayalan di sebabkan oleh kurangnya informasi atau kesalah pahaman dapat meningkatkan tingkat ansietas
Mulai kontak antara klien/pasangan dengan bayi sesegera mungkin	Mengurangi ansietas yang mungkin berhubungan dengan penanganan bayi, takut terhadap sesuatu yang tidak di ketahui, dan/atau menganggap hal yang buruk berkenaan dengan keadaan bayi

4) Harga diri rendah berhubungan dengan merasa gagal dalam peristiwa situasional

Kriteria Hasil :

- a) Mendiskusikan masalah sehubungan peran dalam dan persepsi terhadap pengalaman kelahiran dari klien/pasangan.
- b) Mengungkapkan pemahaman mengenai faktor individu yang dapat mencetuskan situasi saat ini.
- c) Mengekspresikan harapan diri positif

Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Harga Diri Rendah

Intervensi	Rasional
Tentukan respon emosional klien/pasangan terhadap kelahiran sesaria.	Kedua anggota pasangan mungkin mengalami reaksi emosi negative terhadap kelahiran sesaria. Kelainan sesaria yang tidak direncanakan dapat berefek negative terhadap harga diri klien, membuat klien merasa tidak adekuat dan telah gagal sebagai wanita.
Tinjau ulang partisipasi klien/pasangan dan peran dalam pengalaman kelahiran. Identifikasi perilaku positif selama proses prenatal dan antenatal	Respon berduka dapat berkurang bila ibu dan ayah mampu saling berbagi akan pengalaman kelahiran. Memfokuskan kembali perhatian klien/pasangan untuk membantu mereka memandang kehamilan dalam totalitasnya dan melihat bahwa tindakan mereka telah bermakna terhadap hasil yang optimal. Dapat membantu menghindari rasa bersalah/mempersalahkan.
Tekankan kemiripan antara kelahiran sesaria dan vagina. Sampaikan sikap positif terhadap kelahiran sesaria, dan atur perawatan pascapartum sedekat mungkin pada perawatan yang diberikan pada klien setelah kelahiran vagina.	Klien dapat mengubah persepsinya tentang pengalaman kelahiran sesaria sebagaimana persepsinya tentang kesehatannya atau penyakitnya berdasarkan pada sikap professional. Perawatan serupa menunjukkan pesan bahwa kelahiran sesaria adalah pilihan yang dapat diterima di samping kelahiran vagina.
Kolaborasi : Rujuk klien/pasangan untuk konseling professional bila reaksi maladaptif.	Klien yang tidak mampu mengatasi rasa berduka atau perasaan negative memerlukan bantuan professional lebih lanjut.

5) Resiko tinggi terhadap cedera (injury) atau syok berhubungan dengan fungsi biokimia atau regulasi (misalnya hipotensi, ortostatik, adanya eklamsi), efek-efek anestesi, tromboemboli, profil darah abnormal (anemia atau kehilangan darah berlebihan), trauma jaringan

Kriteria Hasil :

- a) Mendemostrasikan perilaku untuk menurunkan faktor-faktor risiko dan/atau perlindungan diri.
- b) Bebas dari komplikasi

Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Resiko Cedera (Syok)

Intervensi	Rasional
Tinjau ulang catatan prenatal dan intrapartal terhadap faktor-faktor yang memprediposisikan klien pada komplikasi. Catat kadar Hb dan kehilangan darah operatif	Adanya faktor-faktor resiko seperti kelelahan miometrial, distensi uterus berlebihan, stimulasi oksitosin lama, atau tromboflebitis prenatal memungkinkan klien lebih rentan terhadap komplikasi
Pantau TD, nadi dan suhu	Tekanan darah yang tinggi dapat menandakan terjadi atau berlanjutnya hipertensi,,memerlukan magnesium sulfat(MgSO ₄) atau pengobatan antihipertensif lain. Hipotensi dan takikardi dapat menunjukkan dehidrasi dan hipovolemia tetapi mungkin tidak terjadi sampai volume darah sirkulasi telah menurun sampai 35-50%.
Inspeksi balutan terhadap perdarahan berlebihan. Catat drainase pada balutan(bila tidak diganti).	Luka bedah dengan drain dapat membasahi balutan, namun rembesan biasanya tidak terlihat dan dapat menunjukkan terjadinya komplikasi
Pantau masukan cairan dan haluaran urine. Perhatikan penampilan, warna, konsentrasi, dan berat jenis urine.	Fungsi ginjal adalah indeks kunci dari volume darah sirkulasi. Bila haluaran menurun, berat jenis meningkat dan sebaliknya. Urine yang mengandung darah atau bekuan menunjukkan kemungkinan trauma kandung kemih berkenaan dengan intervensi pembedahan.
Anjurkan latihan kaki/pergelangan kaki dan ambulasi dini	Meningkatkan aliran balik vena, mencegah statis/penumpukan pada ekstremitas bawah , menurunkan resiko flebitis.
Perhatikan efek-efek MgSO ₄ , bila diberikan. Kaji respon patella dan pantau frekuensi pernapasan	Tidak adanya reflex patella dan frekuensi pernapasan di bawah 12x/menit menandakan toksisitas dan perlunya penurunan atau

	penghentian terapi obat.
Kolaborasi : Gantikan kehilangan cairan secara intravena	Rata-rata kehilangan dara biasanya 600-800 ml. tetapi edema fisiologis prenatal, yang mengerahkan pascapartum, meningkatkan kebutuhan terhadap penggantian volume cairan besar. Dianjurkan untuk member cairan melalui infuse secara intravena pada periode intaoperasi dan awal pascaoperasi(24 jam) dengsn jumlah total 3 L.

6) Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan atau kulit rusak, penurunan Hb, prosedur invasiv dan atau peningkatan pemajangan lingkungan, pecah ketuban lama, malnutrisi.

Kriteria hasil :

- a) Mendemostrasikan teknik-teknik untuk menurunkan risiko/meningkatkan penyembuhan
- b) Menunjukkan luka yang bebas dari drainase purulen
- c) Bebas dari infeksi, tidak febris dan mempunyai aliran lokhial dan karekter normal.

Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Resiko Tinggi Infeksi

Intervensi	Rasional
Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan cermat dan pembuangan pengalas kotoran, dan pembalut perineal,dan linen terkontaminasi dengan tepat. Diskusikan dengan klien pentingnya kelanjutan tindakan-tindakan ini setelah pulang.	Membantu mencegah atau membatasi penyebaran infeksi
Inspeksi insisi terhadap proses penyembuhan. Perhatikan kemerahan, edema, dan nyeri	Tanda-tanda ini menandakan infeksi luka, biasanya disebabkan oleh streptokokus,stapilokokus atau spesies pseudomonas.

Berikan perawatan perineal dan kateter dan penggantian penggalas sering	Membantu menghilangkan media pertumbuhan bakteri meningkatkan hygiene
Ajarkan klien dan keluarga untuk perawatan luka dirumah	Agar klien dan keluarga dapat melakukan perawatan luka dirumah.
Kolaborasi : Berikan antibiotik khusus untuk proses infeksi	Pemberian terapi antibiotik untuk menghambat penyebaran organisme pathogen yang luas sehingga mencegah infeksi pada luka.

7) Gangguan eliminasi : berhubungan dengan penurunan tonus otot (diatasis rekti, kelebihan analgetik atau anestesi, efek-efek progeteron, dehidrasi, diare persalinan, kurang masukan, nyeri perineal)

Kriteria hasil :

- a) Berkemih tidak di bantu dalam 6-8 jam paska persalinan
- b) Mengosongkan kandung kemih pada saat berkemih

Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional Gangguan Eliminasi

Intervensi	Rasional
Kaji masukan cairan dan haluaran urin	Penggantian cairan yang tidak efektif dapat mengakibatkan dehidrasi dan menurunkan haluaran urin
Palpasi kandung kemih	Aliran plasma ginjal, yang meningkatkan 20%-50% selama periode prenatal, tetap tinggal pada minggu pertama pascapartum, mengakibatkan peningkatan pengisian kandung kemih
Perhatikan adanya edema	Trauma kandung kemih atau edema dapat mengganggu pola berkemih
Anjurkan berkemih dalam 6-8 jam pasca partu	Kandung kemih yang penuh dapat mengganggu motilitas dan infplusi uteri serta aliran lochea
Anjurkan minum 6-8 gelas cairan/hari	Membantu mencegah dehidrasi dan mengganti cairan yang hilang waktu persalinan

8) Kurang pengetahuan mengenai perubahan fisiologi, periode pemulihan, perawatan diri dan kebutuhan perawatan bayi berhubungan dengan kurang pemejaan atau mengingat, kesalahan interpretasi, tidak mengenal sumber-sumber.

Kriteria hasil :

- a) Mengungkapkan pemahaman perubahan fisiologis kebutuhan individu
- b) Melakukan aktifitas yang perlu dan menjelaskan alasan untuk tindakan

Tabel 2.9 Intervensi dan Rasional Kurang Pengetahuan

Intervensi	Rasional
Pastikan perspsi klien tentang persalinan dan kelahiran, lama persalinan dan tingkat kelemahan klien.	Terdapat hubungan antara lama persalinan dan kemampuan untuk melakukan tanggung jawab tugas dan aktivitas-aktivitas perawatan diri atau perawatan bayi.
Kaji kesiapan klien dan motivasi untuk belajar	Periode pascanatal dapat merupakan pengalaman positif bila penyuluhan yang tepat diberikan untuk membantu mengembangkan pertumbuhan ibu maturasi dan kompetensi.
Berikan informasi tentang perawatan diri, termasuk perawatan perianal.	Membantu mencegah infeksi, mempercepat pemulihan dan penyembuhan.
Diskusikan kebutuhan seksualitas dan rencana untuk kontrasepsi	Pasangan mungkin memerlukan kejelasan mengenai ketersediaan metode kontrasepsi.
Beri penguatan pentingnya pemeriksaan pasca partum minggu ke enam dengan pemberian perawatan kesehatan.	Kunjungan tidak lanjut perlu untuk mengevaluasi pemulihan organ reproduksi, penyembuhan insisi atau perbaikan episiotomy, kesejateraan dan perubahan hidup

9) Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan trauma atau diversifikasi mekanis, efek-efek hormonal(perpindahan cairan dan peningkatan aliran plasma ginjal), efek-efek anestesi.

Kriteria Hasil :

a) Mendapatkan pola berkemih yang biasa/optimal setelah pengangkatan kateter

Mengosongkan kandung berkemih pada setiap berkemih

Tabel 2.10 Intervensi dan Rasional Perubahan Eliminasi Urine

Intervensi	Rasional
Perhatikan dan catat jumlah, warna, dan konsentrasi drainase urin.	Oliguria (keluaran kurang dari 30 ml/jam) mungkin disebabkan oleh kelebihan kehilangan cairan, ketidakadekuatan penggantian cairan, atau efek-efek antidiuretik dari infus oksitosin.
Berikan cairan per oral misal 6-8 gelas perhari.	Cairan meningkatkan hidrasi dan fungsi ginjal, dan membantu mencegah stasis kandung kemih
Palpasi kandung kemih. Pantau tinggi fundus dan lokasi dan jumlah aliran lochia.	Aliran plasma ginjal, yang meningkat 25-50% selama periode prenatal, tetap tinggi pada minggu pertama pascapartum, mengakibatkan peningkatan pengisian kandung kemih.
Perhatikan tanda dan gejala infeksi saluran kemih(mis : warna keruh, bau busuk, sensasi terbakar, atau frekuensi) setelah pengangkatan kateter	Adanya kateter indwelling mempredisposisikan klien pada masuknya bakteri dan ISK.
Gunakan metode-metode untuk memudahkan pengangkatan kateter setelah berkemih (mis: membuka kran air, menyiramkan air hangat diatas perineum)	Klien harus berkemih dalam 6-8 setelah pengangkatan kateter, masih mungkin mengalami kesulitan pengosongan kandung kemih secara lengkap.
Kolaborasi : Pertahankan infus intravena selama 24 jam setelah pembedahan, sesuai indikasi. Tingkatkan jumlah cairan infus bila haluaran 30 ml/jam kurang	Biasanya 3 L cairan, meliputi Ringer Laktat , adekuat untuk menggantikan kehilangan dan mempertahankan aliran ginjal/haluaran urine.

- 10) Kurang perawatan diri berhubungan dengan efek-efek anestesi, penurunan kekuatan dan ketahuan, ketidaknyaman fisik

Kriteria Hasil :

- a) Mendemonstrasikan teknik-teknik untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan perawatan diri
- b) Mengidentifikasi/menggunakan sumber-sumber yang tersedia.

Tabel 2.11 Intervensi dan Rasional Kurang Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
Pastikan berat/durasi ketidaknyamanan.	Nyeri berat mempengaruhi respon emosi dan periku, sehingga klien mungkin tidak mampu berfokus pada aktivitas perawatan diri sampai kebutuhan fisiknya terhadap kenyamanan terpenuhi.
Kaji status fisiologis klien	Pengalaman nyeri fisik mungkin disertai dengan nyeri mental yang mempengaruhi keinginan klien dan motivasi untuk mendapatkan otonomi
Tentukan tipe-tipe anestesi, perhatikan adanya pesanan atau protocol mengenai perubahan posisi	Klien yang telah menjalani anestesi spinal dapat diarahkan untuk berbaring datar dan tanpa bantal selama 6 -8 jam setelah pemberian anestesi
Ubah posisi klien setiap 1-2 jam	Membantu mencegah komplikasi bedah seperti flebitis atau pneumoni
Memberikan bantuan sesuai kebutuhan dengan hygiene misalnya perawatan mulut,mandi,gosok punggung dan perawatan perineal	Memperbaiki harga diri, meningkatkan perasaan kesejahteraan
Berikan pilihan bila mungkin misalnya pemilihan jadwal mandi, jarak selama ambulasi.	Mengizinkan beberapa otonomi meskipun klien tergantung pada bantuan profesional
Kolaborasi Berikan agen analgetik setiap 3-4 jam sesuai kebutuhan	Menurunkan ketidaknyaman, yang dapat mempengaruhi kemampuan untuk melaksanakan perawatan diri

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan menggambarkan kegiatan yang dibuat sesuai kondisi dan permasalahan agar dapat diatasi berdasarkan tujuan yang ingin dicapai. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu *post partum sectio caesarea*. (Maryunani, 2015)

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu postpartum dengan tindakan *sectio caesarea* adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri, dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat *sectio caesarea* dapat teratasi. (Maryunani 2015).

D. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri setiap orang berdeda-beda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Azis,2009)

Definisi nyeri yang dikutip dari Brunner dan Sudarth (2002) dalam Keperawatan Medikal Bedah mengatakan, bahwa nyeri adalah apa pun

yang menyakitkan tubuh individu yang mengalaminya dan kapan pun individu yang mengatakannya adalah nyata.

2. Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam kurun waktu yang singkat, biasanya kurang dari 6 bulan. Nyeri akut yang tidak diatasi secara adekuat mempunyai efek yang membahayakan di luar ketidaknyamanan yang disebabkan karena dapat mempengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imonulogik (Potter & Perry, 2005).

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan, karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Jadi nyeri ini biasanya dikaitkan dengan kerusakan jaringan (Guyton & Hall, 2008). Nyeri kronik mengakibatkan supresi pada fungsi sistem imun yang dapat meningkatkan pertumbuhan tumor, depresi, dan ketidakmampuan

3. Fisiologi Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait. Proses berikutnya, yaitu transmisi, dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex. Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin. Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang ditransmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya (Dewanto, 2003).

4. Skala Nyeri

Skala intensitas nyeri numeric ini berbentuk garis horizontal yang menunjukkan angka-angka dari 0-10, yaitu angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 10 menunjukkan nyeri yang paling hebat. Skala ini merupakan garis panjang berukuran 10cm, yaitu setiap panjangnya 1cm diberi tanda. Skala ini dapat dipakai pada klien dengan nyeri yang hebat atau klien yang baru mengalami operasi. Tingkat angka yang ditunjukkan oleh klien dapat digunakan untuk mengkaji efektivitas dari intervensi pereda rasa nyeri.

Menuru Wong (1995), skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut

0 = tidak ada nyeri

1-3 = sedikit nyeri

4-6 = nyeri sedang

7-9 = nyeri berat

10 = nyeri yang paling berat

5. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Banyak faktor yang mempengaruhi nyeri, diantaranya factor lingkungan, keadaan umum, endorfin, factor situasional, jenis kelamin, pengalaman masa lalu, status emosional, *anxietas*, kepribadian, usia, fungsi kognitif, kepercayaan individu, budaya dan social (Prihardjo,1996 ; Reeder, Martin, & Griffin,1997 ; Lowdermilk, Perry, & Bobak,2000 ; Niven,2002 ; Azis,A.,2009).

6. Penatalaksanaan Nyeri

Strategi ini dibagi menjadi dua, yaitu penatalaksanaan nyeri dengan pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis. Kedua pendekatan ini diseleksi dan disesuaikan dengan kebutuhan individu atau dapat juga digunakan secara bersamaan.

a. Pendekatan Farmakologis

Tindakan farmakologis menurut Smeltzer et al. (2010) dibagi menjadi tiga kategori umum, yaitu anestesi lokal, agen analgesik opioid, dan Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs).

b. Pendekatan Nonfarmakologis

Tindakan nonfarmakologis dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pemberian analgesik, tetapi tindakan nonfarmakologis tidak ditujukan sebagai pengganti analgesik (Urden, et al. 2009). Tindakan nonfarmakologis menurut Smeltzer et al. (2010) meliputi masase, terapi es dan panas, stimulasi saraf elektrik transkutan, teknik relaksasi napas dalam, distraksi, hipnosis, guided imagery dan musik.

1) Relaksasi Nafas Dalam

a) Definisi

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan.

Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002).

Smeltzer & Bare (2002) menyatakan bahwa tujuan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

b) Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Priharjo (2003), bentuk pernapasan yang digunakan pada prosedur ini adalah pernapasan diafragma yang mengacu pada pendataran kubah diafragma selama inspirasi yang mengakibatkan pembesaran abdomen bagian atas sejalan dengan desakan udara masuk selama inspirasi.

Adapun langkah-langkah teknik relaksasi napas dalam adalah sebagai berikut :

- (1) Ciptakan lingkungan yang tenang
- (2) Usahakan tetap rileks dan tenang
- (3) Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
- (4) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks

- (5) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- (6) Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
- (7) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- (8) Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
- (9) Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri
- (10) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- (11) Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.
- (12) Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat.

c) Jurnal Relaksasi Nafas Dalam

Penelitian yang dilakukan oleh Trullyen Vista Lukman tahun 2013 tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada 39 pasien post-operasi *sectio caesarea*. Sebagian besar responden yaitu 74,36% atau 29 responden mengalami nyeri hebat sebelum diberikan metode relaksasi napas dalam. sebagian besar responden yaitu 61,54% atau 24 responden mengalami nyeri sesudah diberikan metode relaksasi napas dalam. Disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian metode relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* di RSUD PROF. DR. HI. ALOEI SABOE

KOTA GORONTALO. Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wiwiek Widiatie tahun 2015 tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada 10 pasien post-operasi *sectio caesarea*. Sebagian besar responden yaitu 60,0% atau 6 responden mengalami nyeri berat sebelum diberikan metode relaksasi napas dalam. Sebagian besar responden yaitu 70,0% atau 7 responden mengalami nyeri sedang sesudah diberikan metode relaksasi napas dalam. Ada pengaruh pemberian metode relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* di RS UNIPDU MEDIKA JOMBANG.