

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Partum

2.1.1 Definisi Post Partum

Post partum adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan serta plasenta dari rahim, dan membutuhkan waktu 6 minggu, yang disertai pemulihan organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan dengan proses persalinan (Anwar dan Safitri, 2022).

Post partum merupakan masa yang dilewati ibu melahirkan dimulai dari hari kelahiran pertama sampai 6 minggu kelahiran. Pada tahap ini adanya perubahan fisik, alat reproduksi, perubahan psikologis menghadapi penambahan keluarga baru dan masa laktasi atau menyusui. (Pujiati et al., 2021).

Jadi post partum (puerperium) dapat disimpulkan bahwa post partum adalah masa dimana kondisi pemulihan ibu dari persalinan hingga kembali ke kondisi ibu hamil, kurang lebih terjadi selama 6 minggu.

2.1.2 Tahapan Post Partum

Menurut Maryunani, (2017) post partum dibagi dalam 3 tahap/periode, yaitu:

- a. Puerperium Dini (Periode immediate postpartum) :
 1. Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.
 2. Yaitu masa segera setelah plasenta lahir sampai kepulihan dimana ibu sudah diperbolehkan mobilisasi jalan.
 3. Masa pulih/kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
 4. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri.
 5. Peran: teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu
- b. Puerperium Intermedial (Periode Early Postpartum 24 jam–1 minggu):
 1. Masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
 2. Peran: memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dari cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Remote Puerperium (Periode Late Postpartum, 1 minggu–5 minggu) :

1. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat, terutama bila ibu selama hamil maupun bersalin, ibu mempunyai komplikasi, masa ini bisa berlangsung 3 bulan bahkan lebih lama sampai tahunan.
2. Peran: pada periode ini tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling

2.1.3 Perubahan Fisiologi Post Partum

a. Perubahan uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram , pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebi 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang (Saleha, 2017).

Namum pada keadaan yang abnormal tinggi fundus mengalami perlambatan akibat adanya luka insisi pada posisi Seksio Sesarea (SC) timbul rasa nyeri akibat luka insisi sehingga involusi lebih lambat.

Beberapa faktor yang mempengaruhi proses involusi uteri diantaranya:

1. Gizi.

Faktor gizi dapat memperlambat penurunan TFU karena pada ibu nifas Post Seksio Sesarea (SC) tidak boleh langsung makan dan harus diet makanan terlebih dahulu. Jadi bila gizi ibu Post Partum kurang, maka proses pertunbuhan serta pemeliharaan jaringan terutama untuk mengganti sel-sel yang rusak akibat persalinan mengalami gangguan sehingga pengembalian alat-alat kandungan atau involusio uteri menjadi lebih lambat dan rentan terkena infeksi.

Gizi yang adekuat akan mempercepat pemulihan kesehatan ibu pasca persalinan dan pengembalian kekuatan otot-ototnya menjadi lebih cepat serta akan mengakibatkan kualitas maupun kuantitas Air Susu Ibu atau ASI. Disamping itu juga ibu pasca persalinan akan lebih mampu menghadapi serangan-serangan kuman sehingga tidak terjadi infeksi dalam nifas.

2. Mobilisasi.

Mobilisasi dini adalah aktifitas segera yang dilakukan setelah beberapa jam dengan beranjak dari tempat tidur pada ibu dengan pasca persalinan.

Hasil penelitian bahwa sebagian besar (60,6%) Ibu Nifas Post Seksio Sesarea (SC) mengalami keterlambatan penurunan TFU Hal ini disebabkan oleh ibu Post Seksio Sesarea (SC) kurang melakukan mobilisasi dini karena rasa nyeri yang timbul akibat pada luka jahitan pada abdomen.

3. Usia.

Usia reproduksi yang optimal bagi seorang wanita adalah umur antara 20- 35 tahun, dibawah dan diatas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan. Usia mudah dibawah 20 tahun karena perkembangan organ-organ reproduksi yang belum optimal dimana sistim dalam tubuh terutama organ reproduksi masih dalam proses pematangan.

Pada usia yang lebih tu diatas 35 tahun telah terjadi kemunduran fungsi fisiologi maupun reproduksi secara umum, penurunan daya ingat membuat informasi yang disampaikan oleh bidan tidak terserap dengan baik sehingga memungkinkan terjadi komplikasi yang tidak di inginkan pada pasca persalinan.

4. Pekerjaan.

Pekerjaan juga mempengaruhi proses penurunan Tinggi Fundus Uteri dikarenakan pekerjaan akan mempengaruhi tingkat pendapatan sehingga akan mempengaruhi kebutuhan kesehariannya.

5. Pendidikan.

Tinggi rendahnya pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan dan cara memahami yang di jelaskan oleh bidan.

b. Lokea

Lokea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas (Saleha, 2017).

Berikut ini adalah beberapa jenis Lokea yang terdapat pada wanita pada Masa Nifas, yaitu:

1. Lokea rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan. Inilah lokea yang akan keluar selama tiga hari post partum.
2. Lokea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.
3. Lokea serosa adalah lokia berikutnya. Dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lokia rubra. Lokia ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai

hari ke-14 pasca persalinan. Lokia alba mengandung cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit.

4. Lokea alba adalah lokea yang terakhir yang dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua (Saleha, 2017).

c. Serviks

Segera setelah persalinan bentuk serviks akan menganga seperti corong berwarna merah kehitaman, setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk ke rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari.

d. Bekas implantasi plasenta

Proses involusi tempat melekatnya plasenta mempunyai kepentingan klinis yang besar, karena bila proses ini terganggu dapat terjadi perdarahan nifas

e. Rasa sakit (after pains)

Mules-mules sesudah partus akibat kontraksi uterus kadang-kadang akan sangat mengganggu selama 2-3 hari Post partum. Perasaan mules ini lebih terasa bila wanita tersebut sedang menyusui. Perasaan sakit itupun timbul bila masih

terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sisa-sisa plasenta atau gumpalan darah didalam kavum uteri

f. Laktasi

Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak adalagi untuk menghambatnya kelenjar pituitari akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak dan rasa sakit. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi ketika bayi mengisap puting refleks saraf merangsang lobus posterior pituitari untuk mengekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang refleks let dow (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak. Refleks ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama (Saleha, 2017:58).

g. Perubahan sistem pencernaan

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi Seksio Sesarea (SC) biasanya membutuhkan waktu sekitar 1-3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Dibandingkan ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada proses persalinan

h. Perubahan Sistem urinaria

Kesulitan buang air kecil selama 24 jam, urin akan keluar dalam jumlah banyak diproduksi dalam 12-36 jam setelah melahirkan. Hal tersebut menyebabkan diuresis dari urete yang melebar untuk kembali normal waktu 6 minggu. Sehingga perlu dilakukan pemasangan kateter karena kondisi tersebut organ reproduksi belum berfungsi optimal pasca *sectio caesarea*.

i. Sistem Endokrin

Selama kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut, diantaranya:

1. Oksitosin.

Oksitosin disekresi dari kelenjar otak bagian belakang.

Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan

dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut dapat membantu uterus kembali ke bentuk semula.

2. Prolaktin.

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperang dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu.

3. Estrogen dan Progesteron.

Selama hamil volume darah meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Di samping itu, progesteron memengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina (Saleha, 2017).

j. Perubahan Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda Vital yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau masalah kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu, dan tekanan darah.

1. Suhu Badan .

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal (36° – $37,5^{\circ}\text{C}$), namun tidak lebih dari 38°C . Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan.

2. Nadi.

Denyut Nadi normal berkisar antara 60–80 kali per menit pada saat proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan. Namun pada masa nifas denyut nadi akan kembali normal.

3. Tekanan darah.

Tekanan darah normal untuk systole berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastole antara 60-80 mmHg. Namun setelah persalinan, tekanan darah dapat sedikit rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada saat proses persalinan.

4. Pernafasan.

Frekuensi pernafasan normal berkisa antara 18-24 kali permenit. Setelah persalinan, frekuensi pernafasan akan kembali normal. Keadaan pernafasan biasanya berhubungan dengan suhu dan denyut nadi.

k. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Kardiak autput meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama postpartum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke 3 postpartum.

l. Perubahan Sistem Hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikitmenurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

m. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ligament, fasia dan diagfragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang

uterus jatuh kebelakang dan dan menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat setelah putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan lendur untuk sementara waktu.

2.1.4 Perubahan Psikologi Ibu Post Partum

Menurut Susanto, (2018) 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa post partum ialah:

a. Fase *taking In*

Fase ini biasanya setelah melahirkan sampai hari kedua dengan ciri-ciri:

1. Perasaan ibu yang berfokus pada dirinya
2. Ibu masih pasif dan bergantung dengan orang lain
3. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
4. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi
5. Apabila ibu nafsu makan nya berkurang itu menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.

6. Adanya gangguan psikologis yang dirasakan sang ibu seperti kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

b. Fase *Taking Hold*

Fase ini biasanya terjadi pada hari ketiga sampai hari ke sepuluh dengan ciri-ciri:

1. Ibu merasa khawatir akan tidak mampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (baby blues)
2. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya
3. Ibu berusaha untuk menguasai keteirampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.

c. Fase *Letting Go*

Pada fase ini biasanya terjadi pada hari ke sepuluh sampai akhir masa nifas dengan ciri-ciri:

1. Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.
2. Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi.

Menurut Nurul Azizah (2019), Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain:

a. Respon dan dukungan keluarga dan teman.

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya karena ia belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Ia masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu fantastis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yakni peran sebagai “ibu” Dengan respon positif dari lingkungan, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan yang sehat.

b. Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ia akhirnya menjadi tahu bahwa begitu beratnya ia harus berjuang untuk melahirkan bayinya dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa. Banyak kasus terjadi, setelah ibu melahirkan anaknya yang pertama, ia bertekad untuk lebih meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya.

c. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu.

Walaupun bukan kelahiran anak berikutnya bukan pengalaman pertama, namun kebutuhan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang melahirkan anak yang pertama. Hanya perbedaannya adalah teknik penyampaian dukungan yang dibeirikan lebih kepada support dan apresiasi dari keberhasilannya dalam melewati saat-saat sulit pada persalinan yang lalu.

d. Pengaruh budaya

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit lebih banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini, apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang di anut pada lingkungan ibu. Dalam hal ini bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

2.2 Konsep *Sectio Caesarea*

2.2.1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam. (Juliathi *et al.*, 2021) .

Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Arda & Hartaty, 2021)

Dari kedua pengertian tentang *Sectio Caesarea* diatas dapat diambil kesimpulan bahwa *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan yang menjadi alternatif bila ibu dan janin terganggu untuk mengeluarkan janin dengan cara sayatan pada dinding perut dan dinding uterus.

2.2.2. Indikasi *Sectio Caesarea*

Martowirjo dalam Satus (2018) menjelaskan indikasi dari pasien *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut:

- a. Etiologi yang berasal dari ibu
 1. Plasenta Previa Sentralis dan Lateralis (posterior) dan totalis.
 2. Panggul sempit.
 3. Disporsi sefalo-pelvik: ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan panggul.
 4. Partus lama (prolonged labor)
 5. Ruptur uteri mengancam
 6. Partus tak maju (obstructed labor)
 7. Distosia serviks
 8. Pre-eklamsia dan hipertensi
 9. Disfungsi uterus
 10. Distosia jaringan lunak.
- b. Etiologi berasal dari janin
 1. Letak lintang.
 2. Letak bokong.
 3. Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil.
 4. Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara-cara lain tidak berhasil.
 5. Gemeli menurut Eastma, *section caesarea* di anjurkan :

- a) Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (*Shoulder Presentation*).
- b) Bila terjadi interlok (*locking of the twins*).
- c) Distosia oleh karena tumor.
- d) Gawat janin.
- e) Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (*Shoulder Presentation*).

6. Bila terjadi interlok (*locking of the twins*).

7. Distosia oleh karena tumor.

Sihombing, (2017) dalam Sagita (2019) menjelaskan bahwa indikasi ibu dilakukan *Sectio Caesarea* adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini.

Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram > dan polihidramnion. Dari beberapa faktor *Sectio Caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa penyebab *sectio* sebagai berikut:

a. Hambatan jalan lahir

Indikasi dilakukannya *sectio caesarea* bisa disebabkan karena adanya hambatan pada jalan lahir seperti, CPD (Cephalo Pelvic Disproportion) dimana ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin sehingga ibu tidak dapat

melahirkan secara normal, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

b. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebabterjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternatal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.

d. Bayi kembar

Tak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *Sectio Caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Polihidramnion

Polihidramnion/ Hidramnion adalah suatu kondisi pada ibu hamil dimana volume cairan ketuban lebih dari 3000 ml. Pada keadaan normal, air ketuban maksimal berkembang sampai dengan 1 liter, namun dalam keadaan polihidramnion, air ketuban bisa mencapai 2-3 liter. Diagnosis klinis sulit ditegakkan dan cukup bervariasi dengan menggunakan pengukuran yang berbeda-beda. Untuk itu pemeriksaan USG (ultrasonografi) dapat dibantu dengan pemeriksaan pengukuran lingkaran perut menggunakan medline. (Kostania, 2014)

Honestdocs.id (2019) menjelaskan etiologi dari Polihidramnion sendiri sampai saat ini belum dapat diketahui dengan pasti. Namun ada beberapa kemungkinan penyebab dari polihidramnion, antara lain:

a. Kecacatan janin yang mempengaruhi sistem pencernaan atau sistem saraf pusat. Kecacatan seperti anemia fetalis bisa menyebabkan polihidramnion.

b. *Diabetic gestasional*.

Kecenderungan ibu dengan penyakit diabetes yang sedang mengandung memiliki keadaan polihidramnion lebih besar dibanding ibu hamil yang tidak memiliki diabetes.

c. Sindrom transfusi bayi kembar juga memiliki kemungkinan lebih besar mengalami polihidramnion, dimana salah satu janin menerima

terlalu banyak darah dari plasenta yang menyebabkan cairan yang dikeluarkan janin tersebut melalui kencing lebih banyak dan membuat cairan ketuban lebih banyak.

- d. Abnormalitas pada kromosom, seperti *Down's syndrome* dan sindrom *Edward* dapat menyebabkan polihidramnion.

Pada keadaan polihidramnion akan menimbulkan keluhan bagi si ibu yang sedang mengandung, seperti:

- a. Kesulitan bernafas, dimana ibu hamil akan mengalami nafas terengah-engah atau nafas pendek
- b. Pembesaran dinding perut karena terjadi penumpukan cairan ketuban yang berlebihan
- c. Tidak nyaman pada daerah rahim. Ketidak nyamanan juga terjadi pada saat mengalami kontraksi dalam kehamilan
- d. Pergerakan janin yang hebat. Dikarenakan ruang gerak yang lebih besar tercipta dari banyaknya air ketuban, posisi janin bisa sewaktu waktu berubah menjadi sungsang ataupun letak lintang
- e. Gangguan pencernaan
- f. Stretch mark pada kulit
- g. Pelebaran pembuluh darah vena pada kaki (*Honestdocs.id*, 2019)

Honestdocs.id (2019) menjelaskan bahwa Polihidramnion merupakan penyakit yang harus diperiksa secara langsung ke dokter guna memastikan diagnosanya. Adapun beberapa pemeriksaan yang dapat

dilakukan seorang dokter bila terkena polihidramnion ini adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik yang biasa dilakukan adalah pemeriksaan fisik ANC (ante natal care) yang terdiri dari pemeriksaan TFU (Tinggi Fundus Uteri).

b. Lab darah

Hal ini biasa akan dilakukan bila didapatkan kecenderungan polihidramnion terjadi akibat penyakit infeksi atau diabetes

c. USG (ultrasonografi) kehamilan akan dilakukan untuk memastikan keadaan polihidramnion.

2.2.3. Patofisiologi

Adanya hambatan atau kelainan saat persalinan yang dapat mengakibatkan bayi tidak bisa lahir spontan, seperti tidak sesuaian antara panggul ibu dengan ukuran kepala bayi, pre eklampsia dan eklampsia berat, keracunan kehamilan yang parah, kelainan letak bayi yaitu lintang dan sungsang, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini atau solusio plasenta, leher rahim yang tertutup oleh plasenta atau dikenal dengan plasenta previa, ibu hamil yang berusia lanjut, bayi kembar, ketuban pecah sebelum waktunya dan bayi yang belum keluar dalam waktu 24 jam, serta kontraksi lemah. (Susanto, 2018)

Opeirasi *sectio caesarea* ini dilakukan tindakan pembiusan yang dapat mengakibatkan pasien imobilisasi, sedangkan efek dari anastesi dapat menyebabkan konstipasi. Pada dinding abdomen dan rahim pasien dilakukan tindakan insisi atau proses pembedahan sehingga mengakibatkan terputusnya jaringan yang merangsang area sensorik. Hal ini yang menyebabkan gangguan rasa nyaman pada pasien yaitu nyeri. (Yuanita Syaiful, 2020)

Selepas berakhirnya operasi bedah ini, daerah sayatan yang ditutup akan meinyebabkan luka *post seictio caesarea*, yang apabila dalam perawatannya tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan risiko infeksi. Pada saat post partum, hormon progesteron dan estrogen akan menurun yang dapat menyebabkan kontraksi dan involusi uterus tidak adekuat sehingga terjadi perdarahan dan risiko syok, hemoglobin menurun, kekurangan O₂, mengakibatkan kelemahan serta dapat menyebabkan defisit perawatan diri (Samsider Sitorus, 2021)

2.2.4. Klasifikasi

Ramandanty (2019) menyatakan ada beberapa jenis *sectio caesarea* (SC), yaitu diantaranya:



Gambar 2.1 Jenis-jenis *Sectio Caesarea*

Sumber : (Contoh *et al.*, 2019)

a Sayatan Klasik

Sayatan klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. *Sectio* jenis ini kini jarang digunakan karena lebih berisiko terhadap kelahiran. Sering kali diperlukan luka insisi yang lebih besar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong terlebih dahulu

b Sayatan Mendatar

Sayatan mendatar yaitu dengan membuat sayatan kecil melintang di bawah uterus (rahim), kemudian sayatan ini dilebarkan dengan jari-jari tangan dan berhenti di daerah pembuluh-pembuluh darah uterus. Metode ini sangat umum digunakan pada masa sekarang ini karena dapat meminimalkan risiko terjadinya perdarahan serta cepat proses pemulihan lukanya.

c *Sectio Caesarea* ulang (*repeat caesarean section*)

Ibu pada kehamilan yang sebelumnya mengalami *sectio caesarea* (*previous caesarean section*) dan kehamilan selanjutnya dilakukan *sectio caesarea* ulang. Umumnya, sayatan dilakukan pada luka bekas operasi sebelumnya.

d *Sectio Caesarea* histerektomi

Suatu operasi dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea*, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana perdarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.

e Operasi Porro (Porro operation)

Suatu operasi dengan kondisi janin yang telah meninggal dalam rahim tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri dan langsung dilakukan histerektomi, misalnya pada keadaan infeksi rahim yang berat.

2.2.5. Tanda dan Gejala

Berdasarkan Hijratun (2019), manifestasi klinis *sectio caesarea*, antara lain:

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- b. Terpasang kateter, urin berwarna jernih dan pucat.
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- d. Tidak ada bising usus.
- e. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru.
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- g. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan, dan banyak.

2.2.6. **Komplikasi**

Komplikasi *Post Sectio Caesarea* menurut Nurjaya (2022) ialah:

- a. Nyeri pada daerah insisi,
- b. Perdarahan primer sebagai akibat kegagalan mencapai homeostatis karena insisi Rahim atau akibat atonia uteri,
- c. Sepsis setelah pembedahan, frekuensi dan komplikasi ini lebih besar bila section caesaria dilaksanakan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim,
- d. Cidera pada sekeililing usus besar, kandung kemih yang lebar dan ureter,
- e. Infeksi akibat luka pasca opeirasi,
- f. Bengkak pada ekstremitas bawah,
- g. Gangguan laktasi,
- h. Penurunan elastisitas otot perut dan otot dasar panggul.

2.2.7. **Pemeriksaan Diagnostik**

Menurut (Indriyani, 2018) Pemantau janin terhadap kesehatan janin:

- a. Pemantauan EKG.
- b. Jumlah Darah lengkap dengan diferensial.
- c. Elektrolit.
- d. Hemoglobin/Hematokrit.
- e. Golongan dan pencocokan silang darah.
- f. Urinalis.

- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi.
- h. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi.
- i. Ultrasound sesuai kebutuhan.

2.2.8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan *post sectio caesarea* menurut (Noveralin, 2022), yaitu:

a. Perawatan awal

1. Letakkan pasien pada posisi pemulihan (*recovery*)

Pantau keadaan umum pasien, monitor tanda-tanda vital tiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit sekali untuk 1 jam selanjutnya. Pada jam selanjutnya, pantau tingkat kesadaran pasien setiap 15 menit hingga sadar.

2. Pemberian cairan

Pasca operasi *sectio caesarea* , pasien akan puasa dalam 6 jam pertama. Oleh karena itu dalam pembeirian cairan intravena ke pasien harus tercukupi yang meingandung zat elektrolit supaya tidak mengalami hipotermia, dehidrasi ataupun komplikasi pada organ tubuh lainnya. Biasanya cairan intravena yang diberikan adalah D5 10 %, NaCl, dan Ringer Laktat secara selang-seling dengan jumlah tetesan tergantung kebutuhan pasien. Jika kadar hemoglobin rendah

maka pasien diberikan transfusi darah sesuai dengan kebutuhan pasien.

b. Pastikan jalan nafas pasien bersih dan cukup ventilasi.

1. Diit

Biasanya pemberian cairan intravena dihentikan setelah pasien kentut, selanjutnya diawali dengan memberikan minuman dan makanan melalui mulut. Minuman diberikan dalam jumlah yang sedikit pada 6-8 jam setelah operasi *sectio caesarea* yaitu air putih dan teh.

2. Kateterisasi

Penuhnya bladder dapat mengakibatkan rasa nyeri dan tidak nyaman pada pasien, hal ini dapat menghambat involusi uteri dan menyebabkan perdarahan. Biasanya selama 24 sampai 48 jam atau bisa lebih, kateter terpasang bergantung pada jenis operasi dan kondisi pasien.

c. Pemberian terapi obat

1. Antibiotik,

2. Analgesik,

3. Supposituria

2.3 Konsep Gagal Induksi

2.3.1 Definisi Gagal Induksi

Induksi Persalinan adalah tindakan yang dilakukan kepada wanita hamil yang belum memasuki tahap persalinan diberikan rangsangan rahim secara artifisial atau buatan untuk memulai persalinan dengan cara merangsang kontraksi uterus sehingga uterus tersebut berdilatasi dan mengalami pendataran dari serviks kemudian diakhiri dengan kelahiran (Nyoman SMH *et al*, 2017)

Induksi persalinan adalah dilakukannya stimulasi buatan terhadap kontraksi uteri sebelum terjadi awitan sesungguhnya dari persalinan spontan yang dilakukan untuk mencapai persalinan pervaginam. Induksi harus dilakukan ketika keselamatan ibu dan janin terancam bila kehamilan dilanjutkan atau dapat menyebabkan komplikasi pada ibu dan janin. (Safitri *et al.*, 2020)

Jadi gagal induksi adalah gagalnya membuat tindakan proses untuk persalinan/ merangsang timbulnya kontraksi rahim ibu untuk terjadinya persalinan secara normal.

2.3.2 Indikasi dan kontraindikasi dalam induksi persalinan

a Indikasi induksi persalinan

Induksi diindikasikan jika manfaat bagi ibu dan janin melebihi manfaat jika kehamilan dilanjutkan. Salah satu yang menjadi induksi persalinan adalah kehamilan postterm. Indikasi yang lain

meliputi kondisi segera, seperti ruptur membran disertai korioamnionitis, atau preeklampsia berat. Indikasi yang lebih sering meliputi ruptur membran tanpa persalinan, hipertensi, dan kondisi medis ibu seperti diabetes mellitus

b Kontraindikasi induksi persalinan

Beberapa kondisi yang merupakan kontraindikasi dari dilakukan induksi pada ibu hamil. Beberapa kontraindikasi tersebut dibagi menjadi dua yaitu:

1. Absolut

- a) Kontraindikasi ibu: kondisi medis kronis yang serius.
- b) Kontraindikasi janin: malpresentasi, gawat janin.
- c) Kontraindikasi uteroplacenta: prolaps tali pusat, plasenta previa, vasa previa.

2. Relatif

- a) Kontraindikasi ibu: karsinoma serviks, kelainan bentuk panggul.
- b) Kontraindikasi janin: makrosomia yang berat.
- c) Kontraindikasi uteroplacenta: plasenta letak rendah, perdarahan pervaginam yang tidak dapat dijelaskan, miomektomi yang melibatkan rongga uterus.

2.3.3 Risiko Induksi Persalinan

Risiko dari induksi persalinan adalah efek samping dari obat-obatan yang digunakan pada saat induksi. Pada oksitosin efek samping yang terjadi adalah *neusea dan vomiting*, intoksikasi air, pendarahan, dan hiperstimulasi uterus (Jordan and sue, 2017)

2.3.4 Bentuk-bentuk indikasi persalinan

Menurut Affandi (2017) bentuk-bentuk indikasi persalinan dibagi menjadi dua yaitu secara medik dan secara mekanik, yaitu :

a Secara medik

1. Induksi melalui intravaginal atau endoservikal dengan obat dinoprostone atau misoprostol. Dosis misoprostol diberikan sebesar 25-50 mcg tiap enam jam untuk mematangkan serviks dan sekaligus membuat uterus berkontraksi
2. Pemberian oksitosin melalui jalur intravena (tetesan oksitosin/ oksitosin drip)

Tabel 2.1 Perubahan infus oksitosin (Affandi, 2017)

Jangka waktu sejak mulai (menit)	Dosis oksitosin (mU permenit)	Volume infus (ml per jam)
0	4	12
15	8	24
30	12	36
45	16	48
60	20	60
75	24	72

90	28	84
105	32	96
120	36	108

3. Pemasangan *foley catheter* yang diberi bandul untuk merangsang pengeluaran hormon prostaglandin yang menyebabkan adanya kontraksi (Affandi, 2017)

b Secara Mekanik

Selain dilakukan dengan cara medis, induksi persalinan juga dapat dilakukan dengan cara mekanik seperti pemecahan selaput ketuban yang melekat di dinding dalam serviks agar menimbulkan pengeluaran prostaglandin yang memicu terjadinya kontraksi. Pemecahan selaput ketuban dilakukan menggunakan jari yang dimasukan diantara selaput ketuban dan dinding dalam serviks secara memutar mengelilingi lingkaran dilatasi serviks (Affandi, 2017).

2.3.5 Oksitosin

Oksitosin merupakan obat yang digunakan untuk merangsang kontraksi uterus dengan kemampuan yang poten. Pada kehamilan aterm terjadi peningkatan sensitivitas uterus terhadap oksitosin. Fase pertama persalinan memiliki kondisi serviks yang belum matang, oleh karena itu induksi persalinan menggunakan infus oksitosin memiliki

tingkat keberhasilan yang rendah. Sedangkan fase kedua persalinan penggunaan oksitosin memiliki keberhasilan yang tinggi, karena berperan memaksimalkan proses persalinan dengan cara merangsang kontraksi uterus (Alexander and Conningham, 2015)

Oksitosin merupakan obat yang banyak digunakan pada induksi persalinan, walaupun kondisi komplikasi penyakit pada ibu dan janin kecil oksitosin banyak terjadi kegagalan dalam induksi persalinan. Oksitosin bekerja dengan mendorong miosit agar terjadi peningkatan kontraksi uterus (Kabilan, 2014).

2.3.6 Kriteria Gagal Induksi

Kriteria dan kegagalan induksi adalah ketika pada saat persalinan tidak bisa membentuk pola persalinan yang konstan dan tidak berhasil pada penurunan bagian terendah janin, penipisan serviks dan mempengaruhi pembukaan. Induksi persalinan idel nya maksimal 40 tetesan per menit dalam RL 500cc 5 IU yang dinaikan 15 menit dari tetesan 8 tpm dan naik 4 tpm tidap 15 menit, bila setelah 40 tpm tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan dan tidak ada bukaan maka akan mengalami kegagalan induksi persalinan dan berakhir dengan tindakan *Sectio Caesarea* (Salmarini *et al.*, 2016).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Dengan *Sectio Caesarea*

2.4.1 Pengkajian

- a. Pola Pengkajian pada pasien post *sectio caesarea* menurut Dongoes (2018) dan Kozier & Erb (2019)

- 1) Aktivitas dan istirahat

Gejala: kelemahan dan keletihan, keterbatasan dalam ambulasi, perubahan pola istirahat, dan jam tidur pada malam hari, adanya faktor mempengaruhi tidur misalnya nyeri dan ansietas.

- 2) Sirkulasi darah

Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kurang lebih 600- 800 ml. Volume darah menurun seperti sebelum hamil.

- 3) Integritas ego

Gejala: faktor stress (keuangan, pekerjaan, dan perubahan peran) masalah dalam penampilan, misalnya lesi dalam pembedahan, masalah tentang keluarga, penolakan terhadap keadaan saat ini, perasaan tidak berdaya, putus asa, tidak bermakna, rasa bersalah dan depresi.

Tanda: ansietas, terjadi penolakan, menyangkal, menarik diri, marah, harga diri rendah.

4) Eliminasi

Kateter *urinarius* mungkin terpasang dengan urine berwarna jernih pucat. Pasien yang tidak terpasang kateter tetap diajarkan untuk melakukan kateterisasi rutin kira-kira 12 jam pasca bedah, kecuali jika pasien dapat buang air kecil sebanyak 100 cc atau lebih dalam suatu jangka. Pasien kemungkinan mengalami konstipasi dengan tanda adanya perubahan bising usus dan distensi abdomen.

5) Makanan atau cairan

Gejala: membran mukosa yang kering (pembatasan masukan atau periode puasa pre operatif dan post operatif) anoreksia, mual, muntah, haus.

6) Neurosensori

Kerusakan gerakan dan sensasi dibawah tingkatan anestesi spinal epidural. Setelah 24 jam pasien boleh duduk, miring ke kanan, miring ke kiri serta melipat kaki agar perdarahan lancar.

7) Nyeri atau ketidaknyamanan

Provocative: adanya indikasi *sectio caesarea*, menyebabkan klien dilakukan operasi *sectio caesarea* akibatnya terjadi trauma pembedahan diskontinuitas jaringan menimbulkan nyeri, *Quality:* nyeri dirasakan klien setelah

efek anestesi secara perlahan hilang, nyeri akan timbul jika efek pemberian analgetika berakhir (4jam setelah pemberian) dan akan hilang saat analgetika diberikan. *Qualitas* nyeri bersifat subyektif tergantung bagaimana klien mempersiapkan nyeri tersebut, *Region*: daerah yang mengalami nyeri adalah luka insisi yang terdapat pada abdomen. Insisi pada *sectio caesarea* klasik di midline abdomen antara pusat dan simpisis pubis, pada *sectio caesarea transprovunda* didaerah supra simpisis pubis dengan luka insisi melintang, *Severity Scale*: Keparahan atau intensitas nyeri berkisar antara dari nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6) sampai nyeri berat (7-10), *Timing*: nyeri dirasakan setelah 6 - 12 jam *post sectio caesarea*, dan 1 - 3 hari setelah *sectio caesarea*

8) Pernafasan

Bunyi paru jelas dan vesikuler

9) Keamanan

Balutan abdomen tampak sedikit atau kering dan utuh. Jalur parenteral bila digunakan, paten dan sisi bebas aritmia, bengkak dan nyeri tekan.

10) Seksualitas

Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus. Terjadi pengeluaran lokhea yaitu lokhea rubra pada hari pertama sampai ke tiga masa post partum, lokhea serosa pada hari kelima sampai hari ke sembilan post partum, serta lokhea alba pada hari kesepuluh sampai enam minggu post partum.

11) Pembelajaran

Respon klien terhadap ketidaktahuan

12) Higiene

Dilakukan personal higiene yang mungkin dibantu pihak keluarga

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum: baik, sedang, atau buruk.
- 2) Tingkat kesadaran: composmentis, sopor atau somnolen.
- 3) Tanda-tanda vital
 - a) Tekanan Darah: Mengetahui faktor risiko hipertensi atau hipotensi. Batas normal tekanan darah adalah 110/60-140/90 mmHg.
 - b) Nadi: Mengetahui denyut nadi pasien sehabis operasi, denyut nadi akan lebih cepat. Batas normal denyut nadi 50-90 x/menit.

- c) Suhu: Mengetahui suhu badan apakah ada peningkatan atau tidak, jika terjadi kenaikan suhu diatas 37°C , kemungkinan terjadi infeksi. Batas normal $35,6-37,7^{\circ}\text{C}$.
 - d) Respirasi: Mengetahui frekuensi pernafasan pasien yang dihitung dalam 1 menit. Batas normal 18-24x/menit.
- 4) Kepala: perlu dikaji untuk mengetahui bentuk kepala dan kebersihan rambut
 - 5) Mata: perlu dikaji untuk mengetahui keadaan mulut, kebersihan mulut.
 - 6) Hidung: perlu dikaji untuk mengetahui adanya polip atau tidak.
 - 7) Telinga: perlu dikaji untuk mengetahui ada serumen atau tidak.
 - 8) Mulut: perlu dikaji untuk mengetahui keadaan mulut dan kebersihan mulut.
 - 9) Leher: perlu dikaji untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tiroid.
 - 10) Dada: mengetahui kesimetrisan, massa, lesi, dan suara paru, dan keadaan jantung.

- 11) Mammae: perlu dikaji untuk mengetahui adanya pembesaran atau tidak, puting susu menonjol atau tidak.
- 12) Abdomen: perlu dikaji untuk mengetahui luka post operasi dan DRA (Diastasis Rektus Abdominis). Pemeriksaan diastasis rectie yaitu tujuannya untuk mengetahui apakah pelebaran otot perut normal atau tidak.
- 13) Ekstremitas: perlu dikaji untuk mengetahui terdapat edema, varises, dan reflek pattela, nyeri tekan, atau panas pada betis. Adanya tanda Homan, caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan dilakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis, disimpulkan terdapat tanda homan.
- 14) Genetalia: perlu dikaji untuk mengetahui kebersihan pada genetalia. Adanya perdarahan pada vagina.

c. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemindaian CT

Untuk mendeteksi perbedaan kecepatan jaringan

- 2) Magneti Resonance Imaging (MRI)

Menghasilkan bayangan dengan menggunakan lapangan magnetik dan gelombang radio, berguna untuk

memperlihatkan daerah-daerah otak yang tidak jelas terlihat bila menggunakan pemindaian CT

3) Pemindaian positron emission tomography (PET)

Untuk mengevaluasi kejang yang membandel dan membantu menetapkan lokasi lesi, perubahan metabolik, atau aliran darah dalam otak

4) Uji laboratorium

- a) Fungsi lumbal Menganalisis cairan serebrovaskular
- b) Hitung darah lengkap Mengevaluasi trombosit dan hematokrit
- c) Panel elektrolit
- d) AGD
- e) Kadar kalsium darah
- f) Kadar natrium darah
- g) Kadar magnesium darah

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan member intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah (Dongoes, 2018)

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada ibu *post section caesarea*:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan sekunder terhadap pembedahan.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan peningkatan metabolik skunder terhadap pembedahan.
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan sisi masuknya organisme skunder terhadap pembedahan, pengeluaran lochea dan pemasangan alat invasive.
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak adekuatnya pengeluaran ASI
- e. Defisit Nutrisi berhubungan dengan factor psikologis
- f. Definisi pengetahuan: perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan luka post SC.
- g. Konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik skunder akibat, efek dari anastesi, imobilisasi
- h. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan trauma atau diversi mekanisme efek-efek hormonal atau anastesi.
- i. Defisit prawatan diri nerhubungan dengan kelelahan post partum.
- j. Ganggguan pola istirahat tidur berhubungan dengan intoleransi aktivitas skunder akibat nyeri.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan, tahap ini di mulai setelah menentukan diagnosa keperawatan. Dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Dongoes, Marilyn E.dkk. 2018).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Miringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Mual menurun 7. Muntah menurun 8. Pola makan membaik	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identitas skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, Jika perlu
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan aktivitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

		2. Nyeri menurun 3. Kecemasan menurun 4. Gerakan terbatas menurun 5. Kelemahan fisik menurun	3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
3	Risiko Infeksi b.d Efek Prosedur Infasif (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil : 1. Nyeri menurun 2. Bengkak menurun 3. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka 5. Anjurkan cara meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, Jika perlu

4	Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan Reflek Oksitosin (D.0029)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik, dengan kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat. 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat. 3. Pancaran ASI meningkat 4. Suplai ASI adekuat meningkat. 5. Pasien melaporkan payudara tidak bengkak	Konseling Laktasi (I.03093) Observasi 1. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui. 3. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. Terapeutik 1. Gunakan tehnik mendengar aktif. 2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar. Edukasi 1. Ajarkan tehnik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu.
5	Deficit Nutrisi b.d factor psikologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka deficit nutrisi menurun dengan kriteria hasil : 1. porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. frekuensi makan membaik 3. nafsu makan membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi : 1. identifikasi status nutrisi 2. identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. identifikasi makanan yang disukai 4. identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. monitor asupan makanan 7. monitor berat badan 8. monitor hasil pemeriksaan labolatorium Terapeutik : 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan,jiak perlu 2. fasilitasi menentukan pedoman diet 3. sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. berikan supelmen makananhentikan pemberian makan melalui selang NGT jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi : 1. Anjurkkan posisi duduk

			2. Ajarkan diet yang diprogramkan
			Kolaborasi :
			1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan
			2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan
6	Definisi Pengetahuan perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan luka post SC.	b.d	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka Definisi Pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1. perilaku sesuai anjuran meningkat 2. pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
			Edukasi kesehatan (I.12383)
			Observasi:
			1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
			Terapeutik :
			1. sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
			2. berikan kesempatan untuk bertanya
			Edukasi :
			1. berikan penyuluhan mengenai perawatan luka jahitan operasi sc dan mengajarkan cara perawatan luka jahitan
			2. anjurkan keluarga klien untuk melakukan perawatan luka jahitan operasi sc 2x/hari atau saat balutan basah atau kotor kepada keluarga
			3. diskusikan kembali tentang prosedur pelaksanaan pada klien dan keluarga klien
7	Konstipasi penurunan peristaltik akibat, efek dari anastesi, imobilisasi	b.d	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka Konstipasi membaik dengan kriteria hasil : 1. control pengeluaran feses membaik 2. keluhan defekasi lama dan sulit membaik 3. mengejan saat defekasi membaik 4. konsistensi feses membaik 5. peristaltic usus membaik
			Manajemen eliminasi fekal (I.04151)
			Observasi :
			1. identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar
			2. identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal
			3. Monitor buang air besar
			4. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi
			Terapeutik :
			1. berikan air hangat setelah makan
			2. jadwalkan waktu defekasi bersama pasien
			3. sediakan makanan tinggi serat
			Edukasi :
			1. jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus
			2. anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses
			3. anjurkan meningkatkan aktifitas fisik
			4. anjurkan pengurangan asupan makanan yang mengandung tinggi serat
			5. anjurkan meningkatkan asupan cairan

			Kolaborasi : 1. kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu
8	Gangguan eliminasi urine b.d trauma atau diversifikasi mekanisme efek-efek hormonal atau anastesi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka Gangguan eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil : 1. sensasi berkemih membaik 2. distensi kandung kemih membaik 3. volume residu urine membaik	Dukungan perawatan diri : BAB/BAK (I.11349) Observasi : 1. identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2. monitor integritas kulit pasien Terapeutik : 1. buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 2. dukung gangguan toilet/ pispot 3. jaga privasi selama eliminasi 4. bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 5. latih BAK/BAB sesuai jadwal 6. sediakan alat bantu Edukasi : 1. anjurkan BAK/BAB secara rutin 2. anjurkan ke kamar mandi/ toilet
9	Defisit perawatan diri b.d kelelahan post partum.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil : 1. verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 2. minat melakukan perawatan diri meningkat 3. Mempertahankan kebersihan diri	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi: 1. monitor tingkat kemandirian 2. identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri Terapeutik : 1. Siapkan keperluan pribadi 2. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
10	Gangguan pola istirahat dan tidur b.d intoleransi aktivitas sekunder akibat nyeri.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan pola istirahat dan tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. keluhan sulit tidur membaik 2. keluhan sering terjaga membaik 3. keluhan tidak puas tidur	Dukungan tidur (I.05174) Observasi : 1. identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. identifikasi factor pengganggu tidur 3. identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik : 1. modifikasi lingkungan

	membalik\keluhan berubah membaik	pola	tidur	2. batasi waktu tidur siang 3. fasilitasi menghilangkan stress
4.	keluhan istirahat berubah	tidak	cukup	4. tetapkan jadwal tidur rutin 5. lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 6. sesuaikan jadwal pemberian obat/ tindakan untuk menunjang siklus tidur Edukasi : 1. jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM hidup 5. Anjurkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya.

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana implementasi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi di mulai setelah rencana intervensi di susun dan di tunjukan nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Sulistianingsih, A.R.,& Bantas, K, 2018).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan intervensi dan implementasi. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi (Sulistianingsih, A.R.,& Bantas, K, 2018).

2.5 Konsep Nyeri

2.5.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat subjektif. Durasi nyeri dapat bertahan selama 24 sampai 48 jam, namun dapat bertahan lebih lama tergantung pada kemampuan dan adaptasi pasien terhadap nyeri, serta persepsi pasien terhadap nyeri itu sendiri (Ika dan Utami, 2018).

Nyeri post sc adalah nyeri yang disebabkan adanya insisi dan jaringan yang rusak. Sensasi nyeri yang dirasa tergantung pada persepsinya, dan persepsi setiap pasien terhadap nyeri berbeda-beda 10 tergantung nilai ambang batas nyerinya. Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual. Nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda (Astutik dan Kurlinawati, 2017).

Dari beberapa sumber diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Nyeri *post Sectio Caesarea* adalah nyeri yang banyak dirasakan disaerah bekas jahitan ibu yang telah dilakukan *Sectio Caesarea*.

2.5.2 Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Ririnmiran (2015) ada 2 tindakan untuk mengurangi nyeri yaitu dengan tindakan nyeri farmakologis dengan pemberian obat obatan seperti analgesik dan tindakan non farmaakologis ada 2 yaitu dengan cara distraksi merupakan suatu metode untuk menghilangkan rasa nyeri.

a. Farmakologi

1. Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri atas berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini membuat ikatan dengan reseptor

opiate dan mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Namun, penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernafasan dimedula batang otak sehingga perlu perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernafasan jika menggunakan analgesik jenis ini.

b. Nonfarmakologi

1. Relaksasi progresif

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stres. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri.

2. Stimulasi kutaneus plasebo

Plasebo merupakan zat tanpa kegiatan farmakologis dalam bentuk yang dikenal oleh pasien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri atas larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa

3. Teknik distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami.

4. Teknik Relaksasi Genggam jari

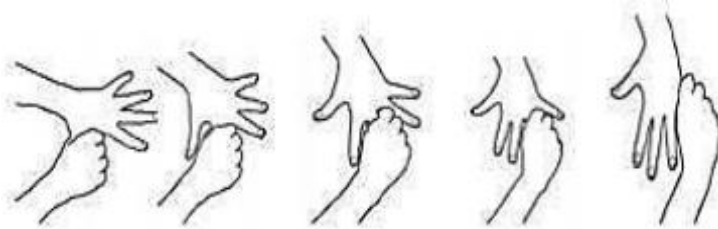
Teknik relaksasi genggam jari atau juga teknik *magic hold finger* merupakan salah satu teknik penyembuhan yang berasal dari Jepang dan terkenal dengan teknik *jin shin jyutsu*. Cara ini hanya membutuhkan waktu sekitar 5 menit pada setiap tangan untuk mencapai efek relaksasi. Jika dilakukan dengan benar, *jin shin jyutsu* dapat memperbaiki ketidakseimbangan emosi tubuh yang disebabkan oleh ketakutan, kemarahan, kesedihan, kesombongan atau kebanggaan (Saras, 2019)

a) Manfaat Relaksasi Genggam Jari

Menurut Puji dan Eka, 2017 terdapat beberapa manfaat dari relaksasi genggam jari yaitu:

- 1) Dapat mengurangi nyeri dan mengontrol diri ketika terjadi perasaan yang tidak nyaman.
- 2) Dapat menenangkan pikiran, mengontrol emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional.
- 3) Memberikan rasa damai, fokus dan nyaman.
- 4) Menurunkan kecemasan dan depresi.
- 5) Dapat memperlancar aliran darah.

b) Tata Cara Relaksasi Genggam Jari



Gambar 2.2 Relaksasi Genggam Jari (Sumber: Puji dan Eka, 2017)

Adapun langkah-langkah relaksasi genggam jari yaitu:

- 1) Ibu post sectio *caesarea* dalam posisi yang nyaman atau berbaring terlentang dan bersikap tenang.
- 2) Ibu post sectio *caesarea* dianjurkan untuk menarik nafas dalam dan hembuskan perlahan melalui mulut untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata.
- 3) Peneliti menggenggam jari tangan responden dengan lembut dan tidak keras.
- 4) Peneliti menggenggam jari tangan responden satu per satu dimulai dari ibu jari selama 2-5 menit dan melakukan hal yang sama pada jari-jari lainnya dengan rentang waktu yang sama.
- 5) Saat jari digenggam, peneliti menganjurkan responden untuk fokus dan lakukan sambil menarik nafas dengan lembut dan hembuskan nafas secara teratur. Saat menarik

nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan. Saat menghembuskan nafas, hembuskan secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran

- 6) Melakukan relaksasi genggam jari secara bergantian antara tangan kanan dan tangan kiri (Puji dan Eka, 2017)

2.5.3 Edukasi Tentang Manajemen Nyeri

Ajarkan mengenai waktu efektif pemberian dosis obat sebelum melakukan aktivitas yang memperparah periode nyeri hebat. Pasien dapat membantu mengelola rasa sakit mereka secara efektif dengan pengetahuan tambahan tentang kapan harus meminta obat pereda nyeri untuk memaksimalkan efektivitasnya dan mencegah episode nyeri parah.

Jika pasien tidak mampu menjawab pertanyaan secara verbal, perawat dapat meminta pasien menganggukan kepala, meremas tangan, menggerakkan mata ke atas dan ke bawah, atau mengangkat jari, tangan, lengan, atau kaki untuk menunjukkan adanya pertanyaan tidak nyaman. Jika memungkinkan berikan pasien bahan tulisan, grafik intensitas nyeri, atau angka yang dapat mereka rujuk (Ratnasari, 2020)