

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Konsep Post Partum

2.1.1 Pengertian

Post partum merupakan masa atau waktu sejak bayi di lahirkan dan plasenta keluar lepas dari Rahim sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ - organ yang berkaitan dengan kandungan yang mengalami perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan saat melahirkan (Maryunani, 2015).

2.1.2. Etiologi

Penyebab persalinan belum pasti diketahui, namun beberapa teori menghubungkan dengan faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi (Hafifah, 2019).

a. Teori penurunan hormone

1-2 minggu sebelum partus mulai, terjadi penurunan hormone progesterone dan estrogen. Fungsi progesterone sebagai penenang otot – otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila progesterone turun.

b. Teori placenta menjadi tua

Turunnya kadar hormone estrogen dan progesterone menyebabkan kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan kontraksi rahim.

c. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

d. Teori iritasi mekanik

Di belakang servik terlihat ganglion servikale (fleksus franterrhauus). Bila ganglion ini digeser dan ditekan misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

d. Induksi partus

Dapat pula ditimbulkan dengan jalan gagang laminaria yang dimasukan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotomi pemecahan ketuban), oksitosin drip yaitu pemberian oksitosin menurut tetesan perinfus.

2.1.3 Patofisiologi

Dalam masa post partum atau masa nifas, alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat genetal ini dalam keseluruhannya disebut “involusi”. Disamping involusi terjadi perubahan-perubahan penting lain yakni memokonsentrasi dan timbulnya laktasi yang terakhir ini karena pengaruh hormon laktogen dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjar-kelenjar mammae.

Otot-otot uterus berkontraksi segera post partum, pembuluh-pembuluh darah yang ada antara nyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta lahir. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks ialah segera post partum bentuk serviks agak menganga seperti corong, bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri terbentuk semacam cincin. Perubahan-perubahan yang terdapat pada endometrium ialah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basalis yang memakai waktu 2 sampai 3 minggu. Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang merenggang sewaktu kehamilan dan pertu setelah janin lahir berangsur-angsur kembali seperti sedia kala (Hafifah, 2019).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Menurut Neonatal (2019)

- a. Peningkatan perdarahan
- b. Keluar darah segar terus menerus setelah persalinan
- c. Nyeri yang hebat
- d. Peningkatan suhu
- e. Muka pucet, dingin, kulit lembab

2.1.5 Komplikasi

a. Perdarahan

Perdarahan yaitu yang keluar lebih dari 500 – 600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Perdarahan dibagi menjadi dua yaitu :

1. Perdarahan post partum primer yaitu pada 24 jam pertama akibat Antonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, laserasi jalan lahir dan inolusio uteri.
2. Perdarahan post partum sekunder yaitu terjadi setelah 24 jam penyebab perdarahan sekunder adalah sub invokusio uteri, retensio sisa plasenta, infeksi post partum.

Pada trauma atau laseeasi jalan lahir bisa terjadi robekan perineum, vagina serviks, forniks dan Rahim. sekitar klitoris dan uretra dapat menimbulkan perdarahan habit dan mungkin sangat sulit untuk diperbaiki. Episiotomi dapat menyebabkan perdarahan yang berlebihan jika mengenai arteria tau vena yang besar, episitomi luas, ada penundaan antara episitomi dan persalinan, atau ada penundaan anatar persalinan dan perbaikan episitomi.

b. Infeksi

Infeksi masa post partum adalah infeksi pada genitalia setelah persalinan, di tandai dengan kenaikan suhu hingga mencapai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama pasca persalinan dengan mengecualikan 24 jam pertama. Infeksi post partum mencakup semua peradangan yang sebabkan oleh masuk kuman- kuman atau bakteri ke

dalam alat genetalia pada waktu persalinan dan post partum. Infeksi post partum dapat di sebakkan oleh adanya alat yang tidak steril, luka robekan jalan lahir, perdarahan, pre eklamsia, dan kebersihan daerah perineum yang kurang terjaga. Infeksi masa post partum dapat terjadi karena beberapa faktor pemungkin, anatar lain pengetahuan yang kurang, gizi, pendidikan, dan usia.

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah segala apa yang di ketahui berdasarkan pengalaman yang di dapatkan oleh setiap manusia. Pengalaman yang di dapat berasal dari pengalaman sendiri maupun pengalaman yang di dapatkan dari orang lain.

2. Pendidikan

Tingkat Pendidikan ibu yang rendah akan mempengaruhi pengetahuan ibu yang mempunyai latar belakang pendidikan lebih rendah akan sulit untuk menerima masukan dari pihak lain.

3. Usia

Usia berpengaruh terhadap imunitas. Penyembuhan luka yang terjadi pada orang tua sering tidak sebaik pada orang yang muda.

4. Gizi

Proses fisiologi penyembuhan luka *sectio caesarea* bergantung pada tersedianya protein, vitamin (terutama vitamin A dan C), dan mineral renik zink dan tembaga. Kolagen adalah protein yang terbentuk dari asam amino yang di peroleh fibroblas dari protein yang

di makan. Vitamin C di butuhkan untuk mensintesis kolagen. Vitamin A dapat mengurangi efek negatif steroid pada penyembuhan luka (siska S, 2019).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan post partum meliputi (Hafifah, 2019) :

- a. Pemeriksaan umum: tensi, nadi, keluhan dan sebagainya
- b. Keadaan umum: TTV, selera makan, dll
- c. Payudara: air susu, puting
- d. Dinding perut, perineum, kandung kemih, rectum
- e. Sekret yang keluar atau lochea
- f. Keadaan alat kandungan
- g. Hemoglobin, hematokrit, leukosit, ureum
- h. Ultra sosografi untuk melihat sisa plasenta

2.1.7 Panatalaksanaan

Menurut Ari dan Esti, (2019) :

- a. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, gizi yang seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengkonsumsi 3 sampai 4 porsi setiap hari). Minum minimal 3 liter air setiap hari (anjurkan untuk ibu minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya salaam 40 paska persalinan. Minum kapsul vitamin A

(200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A ke pada bayinya melalui ASI ibu.

b. Ambulasi dini

Ambulasi dini atau disebut juga early ambulation. Setelah ibu bersalin, ibu akan merasa lelah. Maka dari ibu harus beristirahat dengan cukup. Mobilisasi yang dilakukan tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka. Ambulasi dini merupakan mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidur. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidur 24 - 48 jam setelah persalinan *sectio caesarea*. Anjurkan ibu untuk miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan.

c. Eliminasi

1. Miksi (BAK)

Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Selama kehamilan terjadi peningkatan ekstraseluler 50%. Sebaiknya dipasang dower cateter untuk memberi istirahat pada otot-otot kandung kencing. Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secara cepat. Miksi normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo sfingterani selama persalinan atau dikarenakan edema kandung kemih selama persalinan.

2. Defekasi (BAB)

Buang air besar biasanya akan tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah persalinan karena edema pra persalinan, diet cair, obat-obatan analgesic selama persalinan dan luka pasca operasi. Memberikan asupan nutrisi yang cukup dan seimbang, serta asupan cairan yang cukup bagi wanita post partum.

2.2 Konsep Post *Sectio Caesarea* (SC)

2.2.1 Pengertian

Sectio Caesarea (SC) merupakan salah satu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Setiana et al., 2019). Menurut Febiantri & Machmudah (2021) menjelaskan bahwa *Sectio Caesarea* (SC) adalah tindakan persalinan yang dilakukan dengan cara memutuskan jaringan kontinuitas atau persambungan dengan insisi untuk mengeluarkan bayi dan meninggalkan reseksi nyeri pada luka bekas insisi dan nyeri akan semakin bertambah apabila obat anastesi telah habis.

Istilah *Sectio Caesarea* (SC) berasal dari bahasa latin *Caedere* yang memiliki arti adalah memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetrik, istilah tersebut mengacu pada suatu tindakan pembedahan yang memiliki tujuan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding pada perut dan rahim ibu. Persalinan yang dilakukan dengan metode *sectio caesarea* (SC) dapat dilakukan dengan indikasi medis tertentu. Indikasi

tersebut terbagi menjadi dua diantaranya adalah indikasi medis untuk ibu dan indikasi medis untuk bayi. Persalinan secara *sectio caesarea* (SC) menjadi sebuah alternatif dari metode persalinan apabila persalinan secara normal tidak dapat dilakukan karena suatu masalah (Mulyawati et al., 2020).

2.2.2 Etiologi

Menurut Burhan et al., (2021) menjelaskan bahwa persalinan secara *sectio caesarea* (SC) pada ibu hamil dapat dilakukan beberapa indikasi diantaranya adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan faktor penyebab atau etiologi dari tindakan *sectio caesarea* (SC) diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)

Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) merupakan ukuran lingkaran panggul pada ibu hamil dimana tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan janin tidak dapat dilahirkan secara normal.

b. Pre-Eklampsia Berat (PEB)

Pre Eklampsia Berat (PEB) merupakan suatu kesatuan penyakit yang secara langsung disebabkan oleh kehamilan, namun penyebab terjadinya belum jelas.

c. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan suatu pecahnya ketuban pada ibu hamil sebelum terdapat adanya tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadinya inpartus.

d. Bayi Kembar

Bayi kembar tidak selalu dapat dilahirkan dengan cara *sectio caesarea* (SC). Pada persalinan bayi kembar memiliki risiko terjadinya komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan satu bayi. Selain itu, ibu dengan kehamilan bayi kembar dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Pada faktor hambatan jalan lahir dapat terjadi karena adanya gangguan pada jalan lahir. Adapun faktor hambatan jalan lahir diantaranya adalah jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor, kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu mengalami sulit bernafas.

2.2.3 Klasifikasi

Menurut Syaiful & Fatmawati (2020) menjelaskan bahwa klasifikasi tindakan *Sectio Caesarea* (SC) diantaranya adalah sebagai berikut :

a. *Sectio Caesarea* Transperitonealis Profunnda

Sectio Caesarea transperitonealis profunnda merupakan klasifikasi sc yang dilakukan dengan insisi di segmen bawah uterus, insisi pada bawah rahim yang dapat dilakukan dengan teknik melintang atau memanjang.

b. *Sectio Caesarea* Klasikal Atau Section Cecaria Corpal

Sectio caesarea klasikal atau *sectio caesarea corpal* merupakan klasifikasi sc dimana dilakukan dengan membuat kepala korpus uteri. Tindakan *sectio caesarea* klasik ini dapat dilakukan apabila terdapat suatu halangan untuk melakukan *sectio caesarea transperitonealis profunda*. Pada *sectio caesarea* klasik ini dilakukan insisi memanjang pada segmen atas uterus.

c. *Sectio Caesarea* Ekstra Peritoneal

Sectio Caesarea ekstra peritoneal merupakan klasifikasi sc yang dilakukan pada masa dahulu dengan tujuan untuk mengurangi bahaya injeksi perporal. Pada tindakan *sectio caesarea* ekstra peritoneal ini dilakukan pada pasien dengan infeksi uterin berat dimana pada rongga peritoneum tidak dilakukan pembukaan.

d. *Sectio Caesarea Hysterectomy*

Sectio caesarea hysterectomy merupakan klasifikasi sc yang dilakukan dengan indikasi atonia uteri, plasenta accrete, myoma uteri, dan infeksi intra uteri berat.

2.2.4 Patofisiologi

Terdapat beberapa kelainan maupun hambatan pada proses persalinan yang mengakibatkan bayi tidak dapat lahir secara spontan. Adapun hambatan yang terjadi diantaranya terjadinya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, ruptur uteri, partus lama, partus tidak maju, pre eklampsia, distosia serviks dan

mal presentasi janin. Dari penyebab hambatan tersebut maka perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea* (SC). Setelah dilakukan tindakan persalinan SC maka ibu akan mengalami apatasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurangnya pengetahuan. Dampak dari kekurangan informasi tersebut dan dampak dari aspek fisiologis menyebabkan produksi hormon oksitosin menjadi tidak adekuat yang berakibat pengeluaran ASI menjadi tidak lancar dan berakibat luka dari insisi yang menyebabkan post de entris bagi kuman. Dalam menangani masalah tersebut maka perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri merupakan salah satu masalah yang sering timbul akibat dari insisi yang menyebabkan gangguan rasa nyaman.

Pada kurangnya informasi pasca partum mengenai pembedahan dan proses penyembuhan *Sectio Caesarea* (SC) menyebabkan timbulnya masalah ansietas pada pasien, selain itu dalam proses pembedahan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen yang mengakibatkan terputusnya intkontunuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf disekitar insisi akan merangsang pengeluaran histamin dna prostaglandin yang menyebabkan nyeri. Setelah proses pembedahan berakhir, luka insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang apabila tidak dilakukan perawatan dengan baik maka dapat mengakibatkan terdapat infeksi (Syaiful & Fatmawati, 2020)

2.2.5 Tanda dan Gejala

Menurut (oktrarina,R Misnaniarti ,M Sutrisnawati ,D.,Nyoman ,N.(2018)

- a. Nyeri akibat luka pembedahan
- b. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
- c. Fundus uterus kontraksi kuta dan terletak di umbilicus
- d. Aliran lokhea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- e. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira – kira 600 – 800 ml
- f. Emosi labil / perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru
- g. Biasanya terpasang kateter urinarius
- h. Aukultasi bising usus tidak terdengar atau samar
- i. Pengaruh anestasi dapat menimbulkan mual dan muntah

2.2.6 Komplikasi

Komplikasi dari tindakan *Sectio Caesarea* (SC) menurut Syaiful & Fatmawati, (2020) dibagi menjadi dua yaitu kompikasi pada ibu dan komplikasi pada bayi. Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut:

a. Komplikasi Ibu

Infeksi puerperium (nifas) merupakan suatu peningkatan suhu tubuh yang terjadi beberapa hari dalam masa nifas. Komplikasi dari infeksi ini diantaranya adalah:

1. Pendarahan
 2. Trauma kandung kemih akibat kandung kemih yang terpotong saat dilakukan tindakan *sectio caesarea*
 3. Endometritis merupakan infeksi atau peradangan yang terjadi pada endometrium
 4. Resikruptura uteri pada kehamilan
- b. Komplikasi Bayi
1. Hipoxia
 2. Depresi pernapasan
 3. Sindrom gawat pernapasan
 4. Trauma persalinan

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

a. Elektroensefalogram (EEG)

Untuk membantu menetapkan jenis dan fokus dari kejang.

b. Pemindaian CT

Untuk mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan.

c. 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.

d. Pemindaian positron emission tomography (PET)

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

e. Uji laboratorium

1. Fungsi lumbal: menganalisis cairan serebrovaskuler
2. Hitung darah lengkap: mengevaluasi trombosit dan hematocrit
3. Panel elektrolit
4. Skrining toksik dari serum dan urin
5. Analisis gas darah (AGD)
6. Kadar kalsium darah
7. Kadar natrium darah
8. Kadar magnesium darah

2.2.8 Penatalaksanaan

Tindakan yang biasa dilakukan oleh tenaga kesehatan baik perawat maupun bidan untuk menangani pasien *post sectio caesarea* dimulai dari keluar ruang operasi yaitu sebagai berikut:

a. Analgesia

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg meperidin (intra muskuler) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morfin. - wanita dengan postur tubuh kecil, diberikan dosis 50 mg meperidin - wanita dengan postur tubuh

besar, dosisnya lebih tinggi yaitu 100 mg meperidin - obat- obatan antiemetic, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama dengan pemberian preparat narkotik.

b. Tanda – tanda vital

Tanda- tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali. Perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

c. Terapi cairan dan diet

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

d. Vesika urinarius dan usus

Setelah 12 jam post operasi kateter dapat dilepaskan atau keesokan paginya setelah operasi. Pada hari pertama setelah pembedahan biasanya bising usus belum terdengar, pada hari kedua juga bising usus masih lemah. Kemudian usus baru aktif di hari ketiga.

e. Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien bangun dengan bantuan perawatan dari tempat tidur sebentar, sekurang

- kurangnya 2 kali pada hari kedua baru pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

f. Perawatan luka

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

g. Laboratorium

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

h. Perawatan payudara

Jika ibu memutuskan tidak menyusui maka pemberian ASI dapat dimulai pada hari *post* operasi, pemasangan pembalut payudara untuk mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasa untuk mengurangi rasa sakit.

i. Pemulangan pasien dari rumah sakit

Akan lebih aman jika seorang pasien yang baru melahirkan bila diperbolehkan pulang pada hari ke empat atau kelima post operasi, dan aktivitas ibu untuk seminggu harus dibatasi hanya

untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain. (Roberia, 2018)

2.3 Konsep Pre-Eklampsia Berat (PEB)

2.3.1 Pengertian

Pre eklampsia merupakan kelainan multi sistemik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya hipertensi dan edema serta dapat disertai adanya proteinuria. Pre eklampsia merupakan sindroma spesifik kehamilan yang terutama berkaitan dengan berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivitas endotel yang dapat bermanifestasi dengan adanya peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Pada preeklampsia dapat berkembang dari ringan, sedang sampai dengan berat, yang dapat berlanjut menjadi eklampsia (Lalenoh, 2018). Pada wanita dengan usia kehamilan 20 minggu atau lebih memiliki tekanan darah yang sebelumnya dalam kisaran normal. Pre eklampsia didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik maupun diastolik yaitu 140/90 mmHg (Fox et al., 2019).

Menurut National Institute for Health and Care Excellence (NICE), (2019) menjelaskan bahwa ibu yang berisiko tinggi mengalami pre eklampsia yaitu apabila memiliki riwayat penyakit hipertensi sebelum kehamilan atau memiliki riwayat penyakit kronis seperti ginjal kronis, penyakit autoimun, diabetes atau hipertensi kronis.

2.3.2 Etiologi

Menurut Wisner (2019) menjelaskan bahwa faktor risiko yang menyebabkan terjadinya pre eklampsia diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Nuliparitas
- b. Kehamilan multtifetal
- c. Riwayat pre eklampsi pada kehamilan sebelumnya
- d. Hipertensi kronis
- e. Diabetes pregestasional
- f. Diabetes gestasional
- g. Trombofilia
- h. Lupus eritematos sistemik
- i. IMT sebelum hamil >30
- j. Sindrom antibodi antifosfolipid
- k. Usia ibu > 35 tahun
- l. Penyakit ginjal
- m. Teknologi reproduksi berbantu
- n. Apnea tidur obstruktif

2.3.3 Patofisiologi

Pada pre eklampsia terjadi spasme pembuluh darah yang disertai dengan retensi air dan garam. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga nyata dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi apabila semua arteriola di dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah

akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam.

Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus. Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis pre eklampsia yang dapat menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan menimbulkan hipertensi. Adanya vasokonstriksi juga akan menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran arteriola disertai perdarahan mikro tempat endotel.

Pada pre eklampsia serum antioksidan kadarnya menurun dan plasenta menjadi sumber terjadinya peroksidase lemak. Sedangkan pada wanita hamil normal, serumnya mengandung transferin, ion tembaga dan sulfhidril yang berperan sebagai antioksidan yang cukup kuat. Peroksidase lemak beredar dalam aliran darah melalui ikatan lipoprotein. Peroksidase lemak ini akan sampai kesemua komponen sel yang dilewati termasuk sel-sel endotel tersebut. Rusaknya sel-sel endotel tersebut akan menyebabkan beberapa masalah diantaranya adhesi dan agregasi trombosit, gangguan permeabilitas lapisan endotel terhadap plasma, terlepasnya enzim lisosom, tromboksan dan serotonin sebagai akibat rusaknya trombosit. Produksi tetrasiklin terhenti, terganggunya

keseimbangan prostasiklin dan tromboksan, terjadi hipoksia plasenta akibat konsumsi oksigen dan peroksidase lemak (Indrieni, 2020).

2.3.4 Tanda dan Gejala

Menurut Mitayani (2014), pre eklamsia memiliki dua gejala yang sangat penting yaitu hipertensi dan proteinuria yang biasanya tidak disadari oleh wanita hamil. Penyebab dari kedua masalah diatas yaitu sebagai berikut:

a. Tekanan darah

Peningkatan tekanan darah merupakan tanda peningkatan awal yang penting pada preeklamsia. Tekanan diastolik adalah tanda prognostik yang lebih andal dibandingkan dengan tekanan sistolik. Pada tekanan diastolik sebesar 90 mmHg atau lebih yang terjadi terus-menerus menunjukkan keadaan abnormal.

b. Kenaikan berat badan

Peningkatan berat badan yang tiba-tiba mendahului serangan preeklamsia serta bahkan kenaikan berat badan (BB) yang berlebihan adalah tanda pertama pre eklamsia pada sebagian wanita. Peningkatan berat badan normal ialah 0,5 kg per minggu. Apabila 1 kg dalam seminggu, maka kemungkinan terjadinya pre eklamsia harus dicurigai. Peningkatan berat badan terutama disebabkan karena retensi cairan serta selalu dapat ditemukan sebelum timbulnya gejala edema yang tampak jelas seperti kelopak mata yang bengkak atau jaringan tangan yang membesar.

c. Proteinuria

Pada pre eklamsia ringan, proteinuria hanya minimal positif satu, positif dua, atau tidak sama sekali. Pada kasus berat proteinuria dapat ditemukan serta dapat mencapai 10 g/dL. Proteinuria hampir selalu timbul kemudian dibandingkan hipertensi serta kenaikan berat badan (BB) yang berlebihan.

2.3.5 Komplikasi

Komplikasi yang terberat dari pre eklampsia adalah kematian ibu dan janin, namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi baik pada ibu maupun janin adalah sebagai berikut (Marianti, 2017) :

a. Bagi Ibu

1. Sindrom HELLP (Haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver, dan rendahnya jumlah trombosit.
2. Eklamsia, preeklamsia bisa berkembang menjadi eklamsia yang ditandai dengan kejang-kejang.
3. Penyakit kardiovaskular, risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat pre eklamsia.
4. Kegagalan organ, preeklamsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti, paru, ginjal, dan hati.

5. Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul dapat berupa perdarahan karena kurangnya protein yang diperlukan untuk pembekuan darah, atau sebaliknya, terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.
 6. Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum kelahiran dapat mengakibatkan perdarahan serius dan kerusakan plasenta, yang akan membahayakan keselamatan wanita hamil dan janin.
 7. Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan di dalam pembuluh tersebut. Ketika seseorang mengalami perdarahan di otak, sel-sel otak akan mengalami kerusakan karena adanya penekanan dari gumpalan darah, dan juga karena tidak mendapatkan pasokan oksigen akibat terputusnya aliran darah, kondisi inilah yang menyebabkan kerusakan otak atau bahkan kematian.
- b. Bagi Janin
 - c. Prematuritas.
 - d. Kematian Janin.
 - e. Terhambatnya pertumbuhan janin.
 - f. Asfiksia Neonatorum.

2.3.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Saifuddin (2016), Pemeriksaan Laboratorium Pre eklamsia adalah sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan darah lengkap, hemoglobin menurun kadar normal Hb pada ibu yang sedang hamil adalah 12-14 gram%, peningkatan hemaktrosit (dengan nilai 37-43 vol%), dan trombosit mengalami penurunan (dengan nilai 150.000-450.000/mm³)
- b. Tes urin, yang ditemukan proteinuria
- c. Tes fungsi hati, Bilirubin mengalami peningkatan (yang Normalnya < 1 mg/dl), Serum Glutamat Piruvat Transaminase (SGPT) mengalami peningkatan dari nilai normal (N= 15-45 u/ml), Aspartat Aminotransferase (AST) > 60 ul, SGOT juga mengalami peningkatan (N=< 31 u/l), maka total protein serum menurun (N=6,7-8,7 g/dl)
- d. Tes asam urat, peningkatan asam urat (N=2,4-2,7 mg/dl)
- e. Radiologi
 1. Ultrasonografi, adanya perlambatan pertumbuhan janin intrauterin, respirasi intrauterin melambat, aktivitas pada janin melambat, dan cairan ketuban dengan volume sedikit.
 2. Kardiografi, ditemukan denyut jantung janin (DJJ) dapat diketahui bahwa mengalami kelemahan.

2.3.7 Penatalaksanaan

Menurut Muaningsih et al., (2020) menjelaskan bahwa penatalaksanaan pre eklampsia diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Penatalaksanaan pre eklampsia tanpa proteinuria kehamilan < 37 minggu maka dilakukan secara rawat jalan dengan memantau tekanan darah, proteinuria, kesehatan janin setiap minggu.
- b. Penatalaksanaan pre eklampsia ringan apabila kehamilan < 37 minggu, apabila tidak terdapat tanda – tanda membaik maka monitor seminggu 2x secara rawat jalan dengan memonitor tekanan darah, kondisi janin dan refleks janin.
- c. Penatalaksanaan pre eklampsia ringan yang di rawat di rumah sakit yaitu diet biasa, memonitor tekanan darah sehari dua kali dan proteinuria satu kali sehari, diuretik diberikan apabila terdapat edema paru, dekomposisi kordis maupun gagal ginjal akut. Apabila tekanan darah sistolik normal maka klien dapat dipulangkan untuk rawat jalan dan mengajarkan memantau terjadinya pre eklampsia berat. Namun apabila terdapat pertumbuhan janin terhambat maka mempertimbangkan untuk terminasi kehamilan. Apabila proteinuria meningkat, maka tangani sesuai penanganan pre eklampsia berat, apabila kehamilan >37 minggu pertimbangkan untuk terminasi kehamilan.

d. Penatalaksanaan pre eklampsia berat yaitu pemberian obat anti hipertensi (nifedipin), glukokortikoid dengan tujuan untuk pematangan paru janin, obat anti kejang (magnesium sulfat/mgso4) dengan syarat terpenuhi yaitu tersedianya antidotum mgso4 yaitu kalsium glukonas untuk persiapan apabila terjadinya intoksikasi (hiperrefleksia, frekuensi napas <12 x/menit, hipotensi, latergi), memberikan oksigen 4-6 lpm setelah klien kejang.

2.4 Konsep asuhan keperawatan pada pasien post partum dengan SC

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2019). Pengkajian merupakan proses yang kontinu dilakukan setiap tahap proses keperawatan. Semua tahap proses keperawatan tergantung pada pengumpulan data (informasi) yang lengkap dan akurat (Padila, 2015).

a. Identitas umum

Identitas umum meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk rumah sakit, sumber informasi, diterima dari, dan cara datang.

b. Riwayat perawatan

1. Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa dirasakan klien *post partum* adalah nyeri seperti ditusuk-tusuk, panas, perih, mules, dan sakit pada jahitan luka saesar (Mohamed & Saied, 2017).

2. Riwayat penyakit sekarang

Kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba/perlahan, lokasi, obat yang diminum, dan cara penanggulangan (Suratun, 2018).

3. Riwayat penyakit keluarga

Meliputi penyakit yang pernah diderita keluarga baik penyakit kronis, keturunan, maupun menular. (Potter & Perry, 2019).

4. Riwayat seksualitas/reproduksi

Kebanyakan klien enggann diajak untuk berhubungan dengan pasangan. Frekuensi untuk melakukan hubungan juga berkurang, karena pasien masih merasakan sakit pda area bekas operasi.

- a). Usia menarche, siklus haid, lama haid, haid terakhir
- b). Masalah dalam mentruasi, apakah ibu pernah pap smear.
- c). Penggunaan kontrasepsi sebelumnya (IUD,suntik,implant, oral)
- d). Riwayat reproduksi

c..Pengkajian psikososial

Pengkajian factor emosional, perilaku, dan social pada masa pasca partum memungkinkan perawat mengidentifikasi kebutuhan ibu dan keluarga terhadap dukungan, penyuluhan, dan bimbingan antisipasi, respons mereka terhadap pengalaman kehamilan dan persalinan dan perawatan pasca partum dan faktor-faktor yang memengaruhi pengembangan tanggung jawab menjadi orang tua baru. Perawat juga mengkaji pengetahuan dan kemampuan ibu yang terkait dengan perawatan diri, perawatan bayi baru lahir, dan pemeliharaan kesehatan serta perasaan tentang diri dan gambaran dirinya.

d. Pemeriksaan fisik

1. Tanda-tannda vital

Suhu tubuh diukur setiap 4 sampai 8 jam selama beberapa hari pasca partum karena demam biasanya merupakan gejala awal infeksi. Suhu tubuh 38°C mungkin disebabkan oleh dehidrasi atau karena awitan laktasi dalam 2 sampai 4 hari. Demam yang menetap atau berulang diatas angka ini pada 24 jam pertama dapat menandakan adanya infeksi.

Brakikardi merupakan perubahan fisiologis normal selama 6 sampai 10 hari *pasca partum* dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/ menit. Frekuensi diatas 100 kali/menit (takikardi) dapat menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan.

Nadi yang cepat dan dangkal yang dihubungkan dengan hipotensi menunjukkan hemoragi, syok, atau emboli.

Tekanan darah umumnya tetap dalam batasan normal selama kehamilan. Wanita pasca partum dapat mengalami hipotensi ortostik karena diuresis dan diaphoresis, yang menyebabkan pergeseran volume cairan kardiovaskuler. Hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan, yang dapat muncul pertama kali pada masa pasca partum. Kejang eklamsia dilaporkan terjadi sampai lebih dari 10 hari pasca partum (Cunningham, et al , 2017 dalam Sharon J, dkk 2015). Nadi dan tekanan darah diukur setiap 4 sampai 8 jam, kecuali jika ada penyimpangan dari nilai normal sehingga perlu diukur lebih sering.

2. Pernafasan

Menurut sholikhah (2014) klien post operasi *Sectio caesarea* terjadi peningkatan pernafasan, lihat adanya tarikan dinding dada, frekuensi pernapasan, irama nafas serta kedalaman bernapas.

3. Kepala dan muka

Amati kesimetrisan muka, amati ada atau tidaknya hiperpigmentasi pada wajah ibu (*cloasmagravidanum*), amati

warna dari keadaan rambut, kaji kerontokan dan kebersihan rambut, kaji pembengkakan pada muka.

4. Mata

Amati ada atau tidaknya peradangan pada kelopak mata, kesimetrisan kanan dan kiri, amati keadaan konjungtiva (konjungtivitis atau anemis), sklera (ikterik atau indikasi hiperbilirubin atau gangguan pada hepar), pupil (isokor kanan dan kiri (normal), reflek pupil terhadap cahaya miosis atau mengecil, ada atau tidaknya nyeri tekan atau peningkatan tekanan intra okuler pada kedua bola mata.

5. Hidung

Amati keadaan septum apakah tepat di tengah, kaji adanya masa abnormal dalam hidung dan adanya sekret, kaji adanya nyeri tekan pada hidung.

6. Telinga

Amati kesimetrisan, warna dengan daerah sekitar, ada atau tidaknya luka, kebersihan telinga

7. Mulut

Amati bibir apa ada kelainan kogenital (bibir sumbing), warna, kesimetrisan, sianosis atau tidak, pembengkakan, lesi, amati jumlah dan bentuk gigi, warna dan kebersihan gigi.

8. Leher

Amati adanya luka, kesimetrisan dan masa abnormal, kaji adanya distensi vena jugularis, dan adanya pembesaran kelenjar tiroid.

9. Paru-paru

Kesimetrisan bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi irama, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan, kaji pergerakan dada, apakah normal kanan dan kiri, perkusi (normalnya berbunyi sonor), kaji bunyi (normalnya kanan dan kiri terdengar vesikuler).

10. Cardiovaskuler

Terjadi peningkatan frekuensi nadi, irama tidak teratur, serta peningkatan tekanan darah.

11. Payudara

Pengkajian payudara selama masa pasca partum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan serta palpasi konsistensi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Pada 1 sampai 2 hari pertama pasca partum, payudara tidak banyak berubah kecil kecuali sekresi kolostrum yang banyak.

12. Abdomen

(Anggraini, 2014) mengkaji luka jahitan post *Section caesarea* yang meliputi kondisi luka (melintang atau membujur,

kering atau basah, adanya nanah atau tidak), dan mengkaji kondisi jahitan (jahitan menutup atau tidak, terdapat tanda-tanda infeksi serta warna kemerahan pada sekitar area jahitan luka *post Sectio caesarea* atau tidak).

13. Ekstermitas bawah

Pengkajian pasca partum pada ekstermitas bawah meliputi inspeksi ukuran, bentuk, kesimetrisan, warna, edema, dan varises. Suhu dan pembengkakan dirasakan dengan palpasi.

14. Genetalia

Melihat kebersihan dari genetalia pasien, adanya lesi atau nodul dan mengkaji keadaan lochea. Lochea yang berbau menunjukkan tanda-tanda resiko infeksi (Handayani, 2015)

e. Nutrisi

Ibu yang menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca bersalin, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup , mengonsumsi kapsul vitamin A 9200.000) unit, agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui asinya (Saifuddin, 2013 dalam Siti, dkk 2013). Makanan bergizi terdapat pada sayur hijau, lauk pauk dan buah. Konsumsi sayur hijau seperti bayam, sawi, kol dan sayur hijau lainnya menjadi sumber makanan bergizi. Untuk lauk pauk dapat memilih daging ayam, ikan, telur, dan sejenisnya.

Ibu *post Sectio Caesarea* harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas karena gas perut kadang-kadang menimbulkan masalah sesudah *Sectio Caesarea*. Jika ada gas dalam perut, ibu akan merasakan nyeri yang menusuk. Gerak fisik dan bangun dari tempat tidur, pernapasan dalam, dan bergoyang dikursi dapat membantu mencegah dan menghilangkan gas Simkin dkk. (2017) dalam Siti dkk, (2013).

f. Eliminasi

Pada klien post SC biasanya 2-3 hari mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) hal ini dikarenakan ketakutan akan rasa sakit pada daerah sekitar post operasi, takut jahitan terbuka karena mengejan. (handayani, 2015).

g. Pemeriksaan laboratorium

Pada klien untuk mengkaji terdapat anemia atau tidak, pemeriksaan hitung darah lengkap, hematokrit atau haemoglobin dilakukan dalam 2 sampai 48 jam setelah persalinan. Karena banyaknya adaptasi fisiologis saat wanita kembali ke keadaan sebelum hamil, nilai darah berubah setelah melahirkan. Dengan rata-rata kehilangan darah 400-500 ml, penurunan 1g kadar haemoglobin atau 30% nilai hematokrit masih dalam kisaran yang diharapkan. Penurunan nilai yang lebih besar disebabkan oleh perdarahan hebat saat melahirkan, hemoragi, atau anemia prenatal. Selama 10 hari pertama pasca partum, jumlah sel darah putih dapat meningkat sampai 20.000/mm³ sebelum akhirnya kembali ke nilai

normal (Bond, 2018 dalam Sharon J dkk, 2016). Karena komponen selular leukosit ini mirip dengan komponen selular selama infeksi, peningkatan ini dapat menutupi proses infeksi kecuali jika jumlah sel darah putih lebih tinggi dari jumlah fisiologis.

2.4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan digunakan sebagai landasan untuk pemilihan intervensi guna mencapai hasil yang menjadi tanggung jawab perawat. Diagnosa keperawatan perlu dirumuskan setelah melakukan analisa data dari hasil pengkajian untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang melibatkan klien beserta keluarganya. Dengan demikian asuhan keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan yakni memenuhi kebutuhan fisik, emosi atau psikologis, tumbuh kembang, pengetahuan atau intelektual, social dan spiritual yang didapatkan Dari pengkajian. (Wilkins & Williams, 2015). Masalah keperawatan yang actual/potensial sering muncul pada ibu post partum setelah kelahiran sesar berdasarkan definisi dan klasifikasi (Nurarif & Hardhi, 2015) diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik pembedahan.
- b. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dari kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.
- d. Gangguan eliminasi urine.

- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- g. Deficit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan *post partum*.
- h. Resiko syok (hipofolemik) berhubungan dengan kekurangan cairan dan elektrolit.
- i. Defisiensi pengetahuan : perawatan *post partum* berhubungan kurangnya informasi tentang penanganan *post partum*

2.4.3 Perencanaan

Rencana keperawatan dapat diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan. Rencana keperawatan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah di identifikasikan pada diagnosis keperawatan. Intervensi yang mungkin muncul berkaitan dengan pemenuhan kenyamanan bebas dari rasa nyaman nyeri pada ibu post partum dengan tindakan *Seccio Caesarea* menurut (Bulechek, Gloria M, dkk 2013)

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan kondisi pembedahan (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam keluhan klien berkurang dengan kriteria hasil : • Kemampuan menuntaskan aktivitas (5)	1) Manajemen Nyeri (1.08238) • Observasi - Identifikasi lokasi, larakteristik durasi, frekuensi, kualitas,

	• Skala nyeri klien menurun (5) • Meringis (5) • Tekanan darah (5) • Pola nafas (5) • Mengetahui terapi nonfarmakologis tehnik relaksasi nafas dalam (5)	- intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik • Terapeutik - Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri • Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Anjurkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001)	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1X24 jam diharapkan oksigenasi dan	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi: • Monitor pola napas

	eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler normal (L.0002) Kriteria hasil : - batuk efektif menurun (1) - produksi sputum menurun (1) - mengi menurun (1) - sianosis menurun (1) - gelisah menurun (1) - pola nafas menurun (1)	• Monitor bunyi napas tambahan • Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik • Pertahankan kepatenan jalan napas • Posisikan semi fowler atau fowler • Lakukan fisioterapi dada, jika perlu • Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik • Berikan oksigen, jika perlu Edukasi • Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi Kolaborasi • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
Defisit nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan Kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Nyeri abdomen menurun 3. Berat badan membaik 4. Frekuensi makan membaik 5. Nafsu makan membaik 6. Bising usus membaik 7. Membran mukosa membai	Manajemen Nutrisi (I. 03119) Observasi • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan • Identifikasi makanan yang disukai • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient • Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)

-
- Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
 - Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
 - Berikan suplemen makanan, jika perlu
 - Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu Kolaborasi
- dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : • Kemampuan mandi (5) • Kemampuan mengenakan pakaian (5) • Kemampuan makan (5) • Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) • Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri (5) • Minat melakukan perawatan diri (5)	Edukasi kesehatan (1.12383) • Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi factor – factor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat • Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya • Edukasi - Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
---	---	--

	• Mempertahankan kebersihan diri (5) • Mempertahankan kebersihan mulut (5)	- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
Gangguan eliminasi urin (D.0040)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam diharapkan eliminasi urine dapat membaik (L.04034) kriteria hasil: • Sensasi berkemih • Desakan berkemih (urgensi) • Distensi kandung kemih • Berkemih tidak tuntas (hesitancy) • Volume residu urine • Urin menetes (dribbling) • Nokturia • Mengompol • Enuresis • Disuria • Anuna • Frekuensi BAK • Karakteristik urino	1. Alokasikan kesesuaian luas ruang perpasien, seperti yang di indikasikan oleh pedoman pusat pengendalian dan 2. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien 3. Ganti peralatan perawatan perpasien sesuai protoko institusi. 4. Isolasi orang yang terkena penyakit menular. 5. Tempatkan isolasi sesuai tindakan pencegahan yang sesuai. 6. Pertahankan teknik isolasi yang sesuai. 7. Batasi jumlah pengunjung. 8. Ajarkan cuci tangan bagi tenaga kesehatan.
Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur membaik dengan kriteria hasil : • Keluhan sulit tidur (5) • Keluhan sering terjaga (5) • Keluhan tidak puas tidur (5) • Keluhan pola tidur berubah (5) • Keluhan istirahat tidak cukup (5)	a. Kaji kebutuhan tidur pasien setiap hari b. Ciptakan lingkungan yang nyaman c. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur d. Anjurkan pasien untuk beristirahat e. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat f. Diskusikan dengan pasien

		dan keluarga tentang dukungan untuk memenuhi tidur pasien
		g. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan mengandung tinggi protein
Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam glokosa derajat infeksi menurun . kriteria hasil: 1.Demam 2.Kemerahan 3.nyeri 4.Bengkak 5.Kadar sel darah putih	OBSERVASI - Monitor tanda gejala infeksi local dan sistemik TERAPEUTIK -batasi jumlah pengujung -Berikan perawatan kulit pada daerah edema -Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko EDUKASI -jelaskan tanda dan gejala infeksi -Anjurkan meningkat asupan cairan KOLABORASI -kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan minat ditandai dengan minat melakukan perawatan diri kurang (D. 0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24jam kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : • Kemampuan mandi (5) • Kemampuan mengenakan pakaian (5) • Kemampuan makan (5) • Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) • Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri (5) • Minat melakukan perawatan diri (5)	Dukungan Perawatan Diri (1.11348) • Observasi - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. • Terapeutik - Sediakan lingkungan yang terapeutik - Siapkan keperluan pribadi - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri - Jadwalkan rutinitas perawatan diri

		• Edukasi - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
Resiko syok (hipofolemik) berhubungan dengan kekurangan cairan dan elektrolit.	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x 24 jam di harapkan tingkat syok Kriteria hasil: 1.Kekuatan nadi Meningkat (5) 2.Tingkat kesadaran Meningkat (5) 3.Akral dingin Menurun(1) 4..Pucat Menurun (1) 5.Haus 6.konfusi	OBSERVASI : - Monitor Status kardiopulmonal -Monitor status oksigenasi -Monitor status cairan -Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil - Periksa riwayat alergi TERAPEUTIK : - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94 % - persiapan intubasi dan ventilasi mekanik jika perlu -pasang jalur IV, jika perlu - Pasang kateter urine untuk menilai produksi urin -lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi EDUKASI : -jelaskan penyebab / factor resiko syok -jelaskan tanda dan gejala awal syok -anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala syok -Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral -anjurkan menghindari alergi KOLABORASI -Kolaborasi pemberian IV , jika perlu -kolaborasi pemberian transfuse darah , jika perlu -Kolaborasi pemberian anti inflamasi jika perlu

2.4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan atau implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik (Iyer et al., 2014 dalam buku Nursalam 20013). Menurut (asmadi 2013), implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi 3 kategori :

- a. *Independent*, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.
- b. *Interdependent*, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan lainnya.
- c. *Dependent*, berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis.

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada waktu kegiatan sedang dilakukan, intermitten dan terminal. Evaluasi yang dilakukan pada saat kegiatan berjalan atau segera setelah implementasi meningkatkan kemampuan perawat dan memodifikasi intervensi. Evaluasi terminal, menunjukkan keadaan pasien pada waktu pulang. Hal tersebut mencakup status pencapaian tujuan dan evaluasi terhadap kemampuan klien untuk perawatan diri sendiri sehubungan dengan perawatan lanjutan (Wilkins & Williams, 2015). Perumusan evaluasi formatif meliputi 4 komponen yang diikenal istilah SOAP, yaitu :

S : Subjektif (data berupa keluhan informan)

O : Objektif (data hasil pemeriksaan)

A : Analisis data (pembanding data dengan teori)

P : Perencanaan

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan.

2.5 Konsep Nyeri pada pasien post section caesarea

2.5.1 Pengertian

Nyeri post *sectio caesarea* 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). Ketidaknyamanan atau nyeri post SC merupakan keadaan yang harus diatasi dengan manajemen nyeri, karena kenyamanan merupakan kebutuhan dasar manusia (Evrianasari dan Yosaria, 2019).

2.5.2 Etiologi

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Dalam proses pembedahan *sectio caesarea* akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf- saraf disekitar abdomen. Hal ini akan

merangsang pengeluaran histamine, bradikinin, dan prostaglandin yang akan menimbulkan nyeri akut. Selanjutnya akan merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf bebas dan nyeri di hantarkan ke dorsal spinal. Setelah impuls nyeri naik ke medulla spinalis, thalamus menransmisikan informasi ke pusat yang lebih tinggi ke otak termasuk pembentukan jaringan system limbik, korteks, somatosensory dan gabungan korteks sehingga nyeri di persepsikan.

Maka untuk mengurangi rasa nyeri post *sectio caesarea* dapat dilakukan dengan teknik farmakologis dan non farmakologis seperti teknik distraksi dan relaksasi, sehingga akan menghasilkan hormone endorpin dari dalam tubuh. Endorpin berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri yang memblok transmisi impuls dalam otak dan medula spinalis.

2.5.3 Patofisiologi

Menurut (Bahrudin 2017), Fisiologi Nyeri Mekanisme timbulnya nyeri di dasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitasek topik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri: tranduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif.

2.5.4 Tanda dan Gejala

Gejala dan tanda menurut PPNI (2016) adalah sebagai berikut:

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

2.5.5 Komplikasi

Menurut (Potter dan Perry 2014) efek nyeri pada klien/pasien ada tiga yaitu:

a. Efek fisiologis/fisik

Apabila klien/pasien merasakan nyeri perawat harus mengkaji tanda vital, melakukan pemeriksaan fisik dan mengobservasi keterlibatan system saraf otonom. Saat awitan nyeri akut maka denyut jantung, tekanan darah dan frekuensi pernapasan meningkat (Potter dan Perry, 2014). Respon fisik timbul akibat impuls nyeri yang ditransmisikan oleh medula spinalis menuju batang otak dan thalamus menyebabkan terstimulasinya sistem saraf otonom sehingga akan menimbulkan

respon yang serupa dengan respon tubuh terhadap stress (Tamsuri, 2015).

b. Efek perilaku

Banyak klien/pasien tidak mampu mengungkapkan secara verbal mengenai ketidaknyamanan, hal ini dikarenakan mereka tidak mampu berkomunikasi. Merintih, mendengkur dan menangis merupakan contoh vokalisasi yang digunakan untuk mengekspresikan nyeri. Sifat nyeri menyebabkan seseorang merasa tidak nyaman, nyeri yang berat secara serius dapat menghambat perilaku atau gaya hidup seseorang (Potter dan Perry, 2014).

c. Respon psikologis

Respon ini berkaitan dengan pemahaman seseorang terhadap nyeri yang terjadi. Klien yang mengartikan nyeri sebagai suatu yang negatif akan menimbulkan suasana hati sedih, berduka, tidak berdaya, marah, dan frustrasi. Hal ini berbalik dengan klien yang menganggap nyeri sebagai pengalaman yang positif karena mereka akan menerima rasa nyeri yang dialami (Tamsuri, 2015).

2.5.6 Penatalaksanaan

Secara farmakologis yaitu dengan pemberian analgesik menjadi pilihan banyak pasien dalam mengatasi nyeri. Pada keadaan nyeri ringan dapat menggunakan obat seperti anti inflamasi nonsteroid atau parasetamol, nyeri sedang dapat menggunakan obat seperti tramadol atau codein, dan nyeri berat dapat menggunakan obat morfin.

Sedangkan terapi non farmakologis yang dapat diberikan yaitu relaksasi nafas dalam (Aini dan Reskita 2018) Berdasarkan dari ke-3 jurnal yang di dapatkan hasil dari terapi relaksasi napas dalam berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien *post sectio caesarea*, adapun ke-3 jurnal tersebut sebagai berikut :

Menurut Amita, D., Fernalia, & Rika, Y. (2018) Hasil analisis data didapatkan bahwa ada pengaruh yang bermakna penurunan intensitas nyeri ($p = 0,004$) setelah dilakukan relaksasi napas dalam.

Menurut Manzahri (2017) Hasil penelitian analisis bivariat yang menggunakan uji Wilcoxon menunjukkan $p\text{-value} = 0,000$, karena $p\text{-value} < 0,05$ maka hipotesis kerja diterima yaitu ada pengaruh dari Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea di Rumah Sakit Umum Kartini Kalirejo Provinsi Lampung Tahun 2017

Menurut Widiatie, W (2019) Hasil penelitian dengan uji statistic wilcoxon menunjukkan nilai $p = 0,003$: H_1 diterima. Jadi dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada ibu post sectio caesarea di Rumah Sakit Unipdu Medika Jombang.

Rata – rata intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam didapat skor 5. Rata – rata intensitas nyeri

sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam didapat skor 3.
Teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh terhadap intensitas nyeri
pada pasien post operasi sectio caesarea.