

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh

RISKA EDDELA

AKX.15.073



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Riska Eddela

NPM : AKX. 15.073

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Sectio Caesarea

Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di RSUD Ciamis

Menyatakan :

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

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

Bandung, 27 April 2018

Yang membuat Pernyataan



Riska Eddela

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OP SECTIO CAESAREA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RSUD CIAMIS

RISKA EDDELA
AKX.15.073

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 27 APRIL 2018

Oleh

Pembimbing Ketua



Ade Tika H, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIP : 10107069

Pembimbing Pendamping



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.kep

NIP : 1011603

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



Tuti Suprapti, S,Kp.,M.Kep

NIP : 1011603

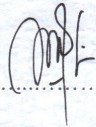
**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

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

Oleh:
RISKA EDDELA
AKX.15.073

Telah diuji
Pada tanggal, 27 April 2018
Peneliti Penguji

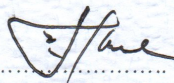
Ketua : Ade Tika Herawati, M.Kep
(Pembimbing Utama)




.....

Anggota :


1. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners
(Penguji I)
2. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
(Penguji II)
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
(Pembimbing Pendamping)



.....



.....



.....

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIP : 10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RSUD CIAMIS” dengan sebaik – baiknya.

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

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprpti, S,Kp.,M.kep selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung dan Pembimbing kedua yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Ade Tika H, S.kep.,Ners.,M.kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
6. Dr. H. Aceng Solahudin A, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Dedeh, S.ST selaku CI Ruangan Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Kedua orang tuaku yang tercinta Bapak H. Eddy Sarju dan Ibuku (alm) Romlah yang telah membesarkan, membimbing serta memberikan dorongan motivasi dan mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini.
9. Kepada kakak pertama dan keduaku yaitu Briptu Asep E dan Admaja Putra. Ssi serta saudariku Lia Senda dan ibu Sri yang telah membimbing serta memberikan dorongan motivasi dan mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini, beserta seluruh anggota keluarga yang selalu memberi semangat dan motivasi untuk penulis.
10. Para sahabat – sahabatku Siti, Heffy, Fia Lisa, Devita, Diyan, Astri Deon, Riva, Uni Tri Yuniarti, Seli, Resti, Anna, Alma, Aat dan Selvi, yang ikut membantu penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman-teman seperjuangan angkatan XI tahun 2015 yang bersama-sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

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

Akhirnya penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Bandung, 27 April 2018



Riska Eddela

ABSTRAK

Latar Belakang : Karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi oleh data statistik dari buku *Medical Record* RSUD Ciamis, menyatakan survey angka kejadian pada tahun 2015 – 2017 proporsi ibu yang mengalami persalinan dengan sectio caesarea 60,15% yaitu 1117 dari 1857 persalinan. Tujuan pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memperoleh pengalaman dalam asuhan keperawatan pada Ny. K dan Ny. M dengan post operasi sectio caesarea secara komprehensif. *Seksio Sesarea* (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. **Metode :** Desain penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus, studi kasus ini adalah studi kasus untuk mengeksplorasi masalah keperawatan pada klien post op sectio caesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut yang dilakukan dengan teknik distraksi dengan terapi murottal *Al-qur'an*. **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan yaitu : Tentukan karakteristik dan lokasi ketidak nyamanan, perhatikan isyarat verbal dan non verbal, ubah posisi klien, kurangi rangsangan berbahaya, kaji tanda – tanda vital, anjurkan penggunaan teknik distraksi, kolaborasi pemberian analgetik. Masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 dan 2 dapat teratasi pada hari ke 3. **Diskusi :** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama, hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya, sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Keyword : *Post Operasi Sectio Caesarea, Nyeri Akut , Asuhan Keperawatan.*
Daftar Pustaka : 10 Buku (2008 - 2017) , 2 Jurnal (2016)

ABSTRACT

Background: Scientific writing is backgrounded by statistical data from *Medical Record* RSUD Ciamis book, states the survey of the incidence rate in 2015 - 2017 the proportion of mothers who experienced birth with a caesarea sectio 60.15% ie 1117 of 1857 deliveries. The purpose of this scientific paper is to gain experience in nursing care in Ny. K and Ny. M with post operative sectio caesarea comprehensively. *Caesarean section* (SC) is a way of giving birth to the fetus by making an incision on the uterine wall through the abdominal wall. **Method:** The research design used was descriptive method with case study approach, this case study is a case study to explore nursing problem on post op client sectio caesarea with acute pain nursing problem done with distraction technique with murottal therapy *Al-qur'an*. **Result:** after nursing care by giving nursing intervention that is: Determine the characteristics and location of discomfort, pay attention to verbal and non verbal cues, change client position, reduce dangerous stimulation, examine vital signs, suggest the use of technique distraksi, collaboration giving analgetik. The problem of acute pain nursing on clients 1 and 2 can be resolved on day 3. **Discussion:** clients with acute pain nursing problems do not always have the same response, this is influenced by the condition or health status of previous clients, so nurses must perform comprehensive nursing care to deal with nursing issues on every client.

Keyword: *Post Operation Sectio Caesarea, Acute Pain, Nursing Care.*
Bibliography: 10 books (2008 – 2017), 2 journals (2016).

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Surat Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat	5
1. Teoritis	5
2. Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Persalinan	7
1. Persalinan	7
a. Definisi Persalinan	7
b. Bentuk – bentuk Persalinan	7
2. Section Caesarea	8
a. Definisi	8
b. Manifestasi Klinik.....	8
c. Etiologi dan Faktor Predisposisi	9
d. Patofisiologi	10
e. Klasifikasi	11
3. Masa Nifas	12
a. Definisi.....	12
b. Perubahan Fisiologi Pada Waktu Nifas	12
c. Proses Adaptasi Psikologis dan Ibu Nifas	15
4. Nyeri	17
a. Definisi	17
b. Klasifikasi	17
c. Strategi Penatalaksanaan Nyeri.....	18
B. Konsep Asuhan Keperawatan	20
1. Pengkajian.....	20

2. Diagnose Keperawatan	29
3. Intervensi dan Rasional Keperawatan.....	30
4. Implementasi Keperawatan.....	42
5. Evaluasi Keperawatan	42
C. Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea	43
BAB III METODE PENELITIAN.....	45
A. Desain Penelitian	45
B. Batasan Istilah.....	45
C. Unit Analisis	46
D. Lokasi dan Waktu	47
E. Pengumpulan Data.....	47
F. Uji Keabsahan Data	49
G. Analisis Data.....	50
H. Etik Penelitian.....	51
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	54
A. Hasil Penelitian	54
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data	54
2. Pengkajian.....	55
3. Analisa Data.....	68
4. Diagnosa Keperawatan	71
5. Intervensi	71
6. Implementasi.....	74
7. Evaluasi.....	78
B. Pembahasan	80
1. Pengkajian.....	80
2. Diagnosa Keperawatan	81
3. Intervensi	86
4. Implementasi.....	87
5. Evaluasi.....	90
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	91
A. Kesimpulan	91
B. Saran	93

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Intervensi Dan Rasional Perubahan Proses Keluarga.....	31
Tabel 2.2 Intervensi Dan Rasional Nyeri Akut	33
Tabel 2.3 Intervensi Dan Rasional Ansietas.....	34
Tabel 2.4 Intervensi Dan Rasional Harga Diri Rendah	35
Tabel 2.5 Intervensi Dan Rasional Resiko Cidera.....	36
Tabel 2.6 Intervensi Dan Rasional Resiko Tinggi Infeksi	37
Tabel 2.7 Intervensi Dan Rasional Gangguan Eliminasi	38
Tabel 2.8 Intervensi Dan Rasional Kurang Pengetahuan	39
Tabel 2.9 Intervensi Dan Rasional Perubahan Eliminasi Urine	40
Tabel 2.10 Intervensi Dan Rasional Kurang Perawatan Diri	41
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	55
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan	55
Tabel 4.3 Riwayat Genikologi dan Obstetric.....	57
Tabel 4.4 Aktivitas sehari-hari	60
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	61
Tabel 4.6 Pemeriksaan Psikologi.....	65
Tabel 4.7 Hasil Laboratorium.....	67
Tabel 4.8 Rencana Pengobatan.....	68
Tabel 4.9 Analisa Data.....	68
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan	71
Tabel 4.11 Perencanaan	71
Table 4.12 Implementasi.....	74
Tabel 4.13 Implementasi.....	76
Tabel 4.14 Evaluasi.....	78

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi Sectio Caesarea	10
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran III Lembar Observasi
- Lampiran IV Surat Persetujuan dan Justifikasi Kasus
- Lampiran V Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
- Lampiran VI Leaflet
- Lampiran VIII Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
KG	: Kilogram
GR	: Gram
L	: Liter
WHO	: World Health Organization
SC	: Sectio Caesarea
OP	: Operasi
N	: Nadi
R	: Respirasi
S	: Suhu
Td	: Tekanan Darah
DM	: Diabetes Melitus
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
CPD	: Cephalo Pelvic Dispropotion
BAB	: Buang Air Kecil
BAK	: Buang Air Kecil
RS	: Rumah Sakit
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
HB	: Hemoglobin
VK	: Verlos Kamer
IRT	: Ibu Rumah Tangga
TTV	: Tanda – Tanda Vital
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
DJJ	: Detak Jantung Janin
KPD	: Ketuban Pecah Dini

TBC	: Tuberculosis
HPHT	: Hari Pertama Hari Terahir
KB	: Keluarga Berencana
USG	: Ultrasonography
TT	: Tetanus Toksid
BB	: Berat Badan
ASI	: Air Susu Ibu
TFU	: Tinggi Fundus Uterus
CRT	: Capillary Refill Time
IVFD	: Intra Vennes Fluid Drip
RL	: Ringer Laktat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
IV	: Intra Vena
WIB	: Waktu Indonesia Barat

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seksio Sesarea merupakan suatu cara melahirkan bayi melalui insisi pada dinding abdomen dan rahim. Indikasi dilakukan seksio sesaria yaitu plasenta previa, panggul sempit, disporsisi janin / panggul, repture uteri yang mengancam, partus lama, partus tak maju, distosia servik, pre-eklamsi dan hipertensi, dan mal persentasi janin.

Menurut World Health Organization (WHO), Mengatakan pada tahun 2014 Sectio Caesarea terus meningkat diseluruh dunia, khususnya di negara-negara berpenghasilan menengah dan tinggi, negara tersebut diantaranya adalah Australia (32%), Brazil (54%), dan Colombia (43%). Angka kejadian Sectio Caesarea di Indonesia menurut data survey nasional pada tahun 2011 adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22.8% dari seluruh persalina (IDI, 2012). Persalinan sesarea di kota jauh lebih tinggi dibandingkan di daerah yaitu 11 persen dibandingkan 3,9 persen.

Angka kejadian Sectio Caesarea di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2011 berjumlah 3.401 operasi dari 170.000 persalinan atau sekitar 20% dari seluruh persalinan (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2012). Adapun hasil survei pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis, pada tahun

2015-2017 proporsi ibu yang mengalami persalinan dengan sectio caesarea 60,15 % yaitu 1117 dari 1857 persalinan. Angka persalinan dengan *Sectio Caesarea*

Beberapa komplikasi dari persalinan melalui tindakan operasi seksio sesaria yaitu adanya komplikasi yang dapat terjadi saat tindakan dengan frekuensi diatas 11% antara lain cedera kandung kemih, cedera rahim, cedera pada pembuluh darah, cedera pada usus, dan infeksi yaitu infeksi pada rahim/endometritis, alat-alat berkemih, usus, serta infeksi akibat luka operasi (Kemenkes RI, 2013). Menurut Benson, P dan Pernoll (2009) angka kematian secara seksio sesaria merupakan 40 sampai 80 setiap 100.000 kehamilan hidup. Angka ini menunjukan resiko 25 kali lebih besar dibandingkan persalinan pervaginam. Terutama untuk kasus karena infeksi mempunyai angka 80 kali lebih tinggi dibandingkan persalinan pervaginam. Komplikasi tindakan anestesi sekitar 10 % dari seluruh angka kematian ibu. Suatu pembedahan pasti menimbulkan berbagai keluhan dan gejala, dimana salah satu keluhan yang sering ditemukan yaitu nyeri.

Nyeri merupakan suatu kondisi perasaan yang tidak nyaman disebabkan oleh stimulus tertentu. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik, maupun mental. Salah satu ketakutan terbesar klien *seksio sesaria* adalah nyeri. Nyeri yang dirasakan pasien post bedah merupakan pengalaman yang bersifat subjektif atau tidak dapat dirasakan oleh orang lain. Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri yaitu

dengan manajemen nyeri yang di bagi dalam dua tindakan, yaitu tindakan farmakologi dan non farmakologi.

Penatalaksanaan nyeri dengan tindakan non farmakologi merupakan metode yang lebih sederhana, murah, peraktis, dan tanpa efek yang merugikan (Siswanti, H dan Kalsum, U. 2016). Pendekatan non farmakologis ada beberapa macam teknik yaitu teknik relaksasi, imajinasi, menghirup aroma terapi, terapi panas atau dingin, pergerakan atau perubahan posisi dan distraksi.

Berdasarkan kasus diatas penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasca persalinan, dengan mengambil judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di RSUD Ciamis”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka diangkat rumusan masalah. Bagaimana Asuhan keperawatan pada pasien post operasi Sectio Caesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu Melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komprehensif dengan pendekatan proses keperawatan pada Klien Post Operasi Sectio

Caesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di RSUD Ciamis tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian terhadap Klien Post Operasi Setio Caesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Post Operasi Sectio Caesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.
- c. Penulis mampu membuat perencanaan yang ingin di capai dan menyusun langkah-langkah pemecahan masalah yang dihadapi oleh klien Post Operasi Sectio Caesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Operasi Sectio Caesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.
- e. Penulis mampu mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Sectio Caesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Sectio Caesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut

- g. Penulis mampu mengidentifikasi kesenjangan antara teori dan kasus yang dibahas pada klien Post Operasi Sectio Caesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi di bidang maternitas tentang asuhan keperawatan pada post operasi sectio caesaria dengan masalah keperawatan nyeri akut.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menambah pengetahuan, pengalaman dan menjadi acuan asuhan keperawatan pada klien post operasi sectio caesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat mempraktikkan teori yang didapat dari Institusi ke Rumah sakit dan dapat menimbah ilmu yang tidak didapat dalam teori.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi referensi bagi mahasiswa program studi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan

kepada klien yang mengalami post operasi sectio caesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut

d. Bagi Klien

Diharapkan dapat menambah informasi dan membantu mempercepat menurunkan rasa nyeri pada luka post operasi sectio caesarea.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Persalinan

1. Persalinan

a. Definisi persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan 37-42 minggu lahir spontan, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Tando, A.M. 2013)

Bentuk persalinan sesuai pengertian diatas adalah :

- 1) Persalinan spontan atau partus bias apabila persalinan dengan presentasi belakang kepala tanpa memakai alat, tanpa melukai ibu dan bayi atau seluruhnya terjadi atas kekuatan ibu sendiri, biasanya berlangsung dalam kurun waktu 24 jam.
- 2) Persalinan buatan, bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari pihak lain dan atau menggunakan peralatan medis.
- 3) Persalinan anjuran, bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan karena rangsangan dari luar.

2. Sectio Caesarea

a. Definisi Penyakit

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

b. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis pada section caesarea yaitu : Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior), Panggul sempit, Disporsi sefalopelvik : yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul, Rupture uteri mengancam , Partus lama prolong lebar (prolonged labor), Partus tak maju (obstructed labor), Distosia serviks, Preeklamsia dan hipertensi, Malpresentasi janin : Letak lintang, Letak bokong, Presentasi dahi dan muka (letak defleksi), Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil, Gemeli (Arif, H.N.A dan Kusuma, H 2015).

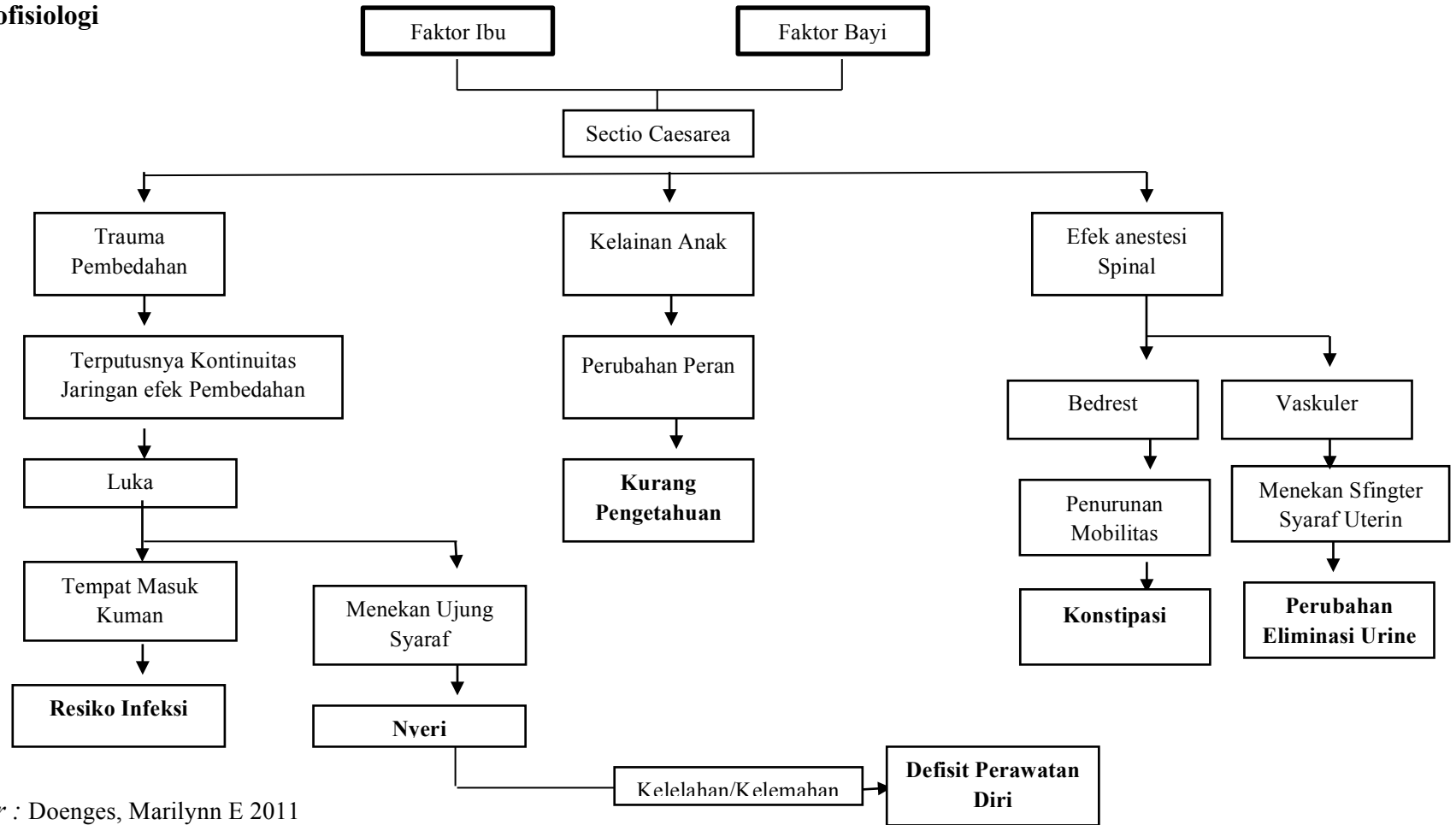
c. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada *sectio caesarea* yaitu : Pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemantauan EKG, Elektrolit, Hemoglobin/Hematokrit, golongan darah, urinalisis, amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi, pemeriksaan sinar x sesuai indikasi, dan ultrasound sesuai pesanan (Arif, H.N.A dan Kusuma, H 2015)

d. Etiologi dan Faktor Predisposisi

- 1) Etiologi yang berasal dari ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi paratua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta tingkat I - II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia - eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, myoma uteri, dsb).
- 2) Etiologi yang berasal dari janin Vetal disstres/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum/vorseps ekstraksi.

e. Patofisiologi



Sumber : Doenges, Marilyn E 2011

f. Klasifikasi

1) Seksio caesarea abdomen :

a) *Seksio caesarea klasik (corporal)*

Adalah *sectio caesarea* dengan insisi memanjang pada *corpus uteri*. Indikasi *sectio caesarea* klasik adalah bila terjadi kerusakan dalam memisahkan kandung kencing untuk mencapai segmen bawah rahim, misalnya karena adanya perlekatan-perlekatan akibat pembedahan *sectio caesarea* yang lalu, atau adanya tumor-tumor di daerah segmen bawah rahim (Prawirohardjo, 2011).

b) *Seksio caesarea ismika (profunda)*.

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

2) *Seksio caesarea vaginalis*

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

- a) Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut kroning.
- b) Sayatan melintang (*transfersal*) menurut kerr.
- c) Sayatan huruf T (*T-incision*)

4. Masa Nifas

a. Definisi

Masa Nifas atau puerperium adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti ke keadaan sebelum hamil, dimana masa ini berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Maryunani, Anik 2010).

b. Perubahan Fisiologi pada waktu nifas

1) Perubahan dalam sistem reproduksi

a) Uterus

Uterus ibu yang baru melahirkan masih membesar, jika diraba dari luar tinggi fundus uteri kira kira 1 jari dibawah umbilikal, sedangkan beratnya ± 1 kg. Sampai hari ke dua, uterus masih membesar dan setelah itu berangsur angsur menjadi kecil. Dan pada hari ke tiga, kira kira 2-3 jari dibawah umbilikal. Hari ke lima, pada pertengahan umbilikal dan symphysis. Hari ke tujuh, $\pm 2-3$ jari diatas symphysis. Hari ke Sembilan, ± 1 jari diatas symphysis.

b) Lochea

Lochea adalah darah dan cairan yang keluar dari vagina selama masa nifas. Macam-macam lochea yaitu: Lochea rubra (cruenta) berisi darah segar sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan, Lochea sanguinolenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan, Lochea serosa berwarna kuning,

cairan tidak berdarah lagi pada hari 7-14 pasca persalinan, Lochea alba yaitu cairan putih setelah 2 minggu persalinan, Lochea purulenta bila terjadi infeksi, dan lochiostatis tidak lancar keluarnya.

c) Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukan-perlukan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk ke rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari.

2) Perubahan pada sistem perkemihan

Wanita yang pasca persalinan mengalami suatu peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses melahirkan. Dinding kemih dapat mengalami hiperemesis dan edema disertai dengan hemoragi pada daerah-daerah kecil. Uretra dan meatus urinarius juga bisa mengalami pembengkakan (Maryunani, Anik 2010).

3) Perubahan dalam sistem endokrin

Perubahan payudara :

Keadaan payudara menjadi besar, mengeras dan sakit bila disentuh (Maryunani, Anik 2010).

4) Perubahan dinding abdomen/perut

Abdomen tetap lunak dan mengendur selama beberapa waktu setelah melahirkan. Dan akan terdapat garis-garis putih pada perut ibu setelah melahirkan. Dalam hal ini, setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, namun berangsur-angsur akan pulih kembali dalam 6 minggu (Maryunani, Anik 2010).

5) Perubahan tanda – tanda vital

a) Suhu

Satu hari (24 jam) post partum suhu badan naik sedikit ($37,5^{\circ}$ - 38° C) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI dan payudara menjadi bengkak, dan berwarna merah karena banyak ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, atau sistem lain (Maryunani, Anik 2010).

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 denyutan per menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat (Maryunani, Anik 2010).

Tekanan darahBiasannya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena ada pendarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsia postpartum (Maryunani, Anik 2010).

c) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas (Maryunani, Anik 2010).

c. Proses Adaptasi Psikologis dan Ibu Masa Nifas

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas. (Maharani, Y.D. 2017).

1) Fase Taking In

Periode talking in terjadi pada 1-2 hari setelah melahirkan. Penjelasan mengenai periode taking in adalah sebagai berikut:

- a) Umumnya periode ini ditandai dengan kondisi ibu yang pasif dan tergantung ibu merasa khawatir akan perubahan tubuhnya
- b) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan, penyembuhan luka, dan persiapan proses laktasi aktif.
- c) Bidan sebagai fasilitator untuk dapat memfasilitasi kebutuhan psikologi ibu. Bidan harus bisa menjadi pendengar yang baik, di saat ibu menceritakan pengalamannya.

- d) Bidan harus memberikan juga dukungan mental dan aspirasi atas hasil perjuangan ibu, sehingga dapat berhasil melahirkan anaknya.
- e) Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu, sehingga dapat leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan dapat dihadapi bidan.
- f) Bidan harus komunikatif dalam membimbing dan menjadi pendamping ibu. Tujuannya, untuk meminimalkan kesalahan dalam penatalaksanaan perawatan.

2) Fase Taking Hold

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum penjelasan mengenai periode Taking Hold adalah sebagai berikut :

- a) Ibu akan berusaha untuk sukses mengasuh bayinya
- b) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi, seperti buang air kecil dan besar. Ibu sangat memperhatikan kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- c) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi.
- d) Bidan berperan memberikan bimbingan cara perawatan bayi.
- e) Bidan menyangga perasaan dan emosi ibu agar tetap nyaman dalam menerima bimbingan mengasuh bayi.
- f) Menghindari kata “jamhan begitu” atau “kalau seperti itu salah” pada ibu. Sebab, hal tersebut akan sangat menyakiti

perasaan ibu dan akibatnya ibu kan putus asa untuk mengikuti bimbingan yang bidan berikan.

3) Fase Letting Go

Periode ini bisa terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini, pun sangat berpengaruh terhadap perhatian yang diebrikan oleh keluarga. Penjelasan mengenai periode letting go adalah sebagai berikut:

- a) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayinya
- b) Berbagai permasalahan akan muncul dan menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial. Ibu harus bisa menghadapi ini.
- c) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

5. Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjek. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatnya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Amirul, Aziz 2009).

b. Klasifikasi

Nyeri diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis. Di bawah ini akan di jelaskan tentang nyeri akut dan kronis tersebut.

1) Nyeri Akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya. Waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya adanya luka karena cedera atau operasi (Mark & Green 2010)

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis didefinisikan sebagai suatu nyeri yang tidak dapat dikenali dengan jelas penyebabnya. Nyeri kerap kali berpengaruh pada gaya hidup klien. Nyeri kronis biasanya terjadi pada tentang waktu 3-6 bulan (Mark & Green, 2010)

c. Strategi penatalaksanaan nyeri

Strategi ini dibagi menjadi dua, yaitu penatalaksanaan nyeri dengan pendekatan farmakologis dan non farmakologis. Kedua pendekatan ini disleksi dan disesuaikan dengan kebutuhan individu atau dapat juga digunakan secara bersama-sama (Mark & Green, 2010)

- 1) Pendekatan Farmakologis Pendekatan ini merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Intervensi farmakologis yang sering diberikan berupa pemberian obat analgetik. Umumnya, secara medis menghilangkan rasa nyeri persalinan dengan tindakan seksio sesaria adalah dengan pemberian obat-obatan analgesia yang disuntikan melalui infus intravena, supositoria, inhalasi saluran pernafasan atau dengan

memblokade saraf yang menghantarkan rasa sakit, cemas, dan tegang.

2) Pendekatan Nonfarmakologis

Pendekatan non farmakologis metode nonfarmakologi yang mampu mengatasi nyeri secara efektif tanpa disertai efek samping. Pendekatan non farmakologis yang bisa dilakukan oleh perawat meliputi :

- (a) Pendekatan dengan modulasi psikologis nyeri, seperti relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, dan distraksi.
- (b) Modulasi sensorik nyeri seperti masage, teraapeutik, akupuntur, akupreasur, musik, hipnoterapi, pengatur posisi dan postur, serta ambulasi.

Adapun penjelasan terapi nonfarmakologis ini adalah sebagai berikut :

(1) Distraksi

Distraksi adalah menempatkan nyeri dibawah ambang sadar atau memfokuskan perhatian pada sesuatu yang lain selain cemas dan nyeri itu sendiri . Distraksi yang dapat digunakan yaitu : Membaca buku, melihat gambar atau lukisan, menonton acara favorit di televisi, humor, mendengar musik atau audio.

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

a) Identitas klien

Nama , umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, diagnose medis, tanggal masuk, tanggal pengkajian, no rekam medis dan alamat

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan Saat Masuk Rumah Sakit

Keluhan yang diungkapkan saat pertama kali klien sebelum masuk rumah sakit sampai dibawa ke rumah sakit. Biasanya keluhan kehamilan klien sudah berapa bulan dan terdapat cairan keluar atau tidak.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi. Apa yang menyebabkan klien mengalami gangguan nyeri.

c) Riwayat kesehatan dahulu

apakah klien mempunyai riwayat tindakan pembedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya biasanya Sectio Caesarea karena indikasi bekas SC, CPD dan lain-lain.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Adakah anggota keluarga yang mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, jantung, atau riwayat penyakit menular seperti hepatitis dan HIV.

3) Riwayat obstetric dan genekologi

a) Riwayat Genikologi

(1) Riwayat Menstruasi

siklus haid, lamanya haid, banyaknya sifat darah, (watna,bau,cair,gumpalan) menarche, desminorrhoe, HPHT dan tapsiran kehamilan

(2) riwayat Perkawinan

usia perkawinan, usia klien dan suami saat menikah, pernikahan yang keberapa bagi klien dan suami, jumlah anak

(3) riwayat keluarga berencana

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

b) Riwayat obstetric

(1) Riwayat kehamilan dahulu

Perlu dikaji riwayat kehamilan, jumlah pemeriksaan kandungan, vitamin dan vaksin yang sudah dilakukan, serta apakah selama trimester memiliki permasalahan seperti hiperemesis berlebihan

(2) riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama hamil, riwayat imunisasi, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya.

(3) Riwayat persalinan.

(a) Riwayat Persalinan Dahulu

Menjelaskan tentang manajemen persalinan sebelumnya dan komplikasi post partum yang terjadi.

(b) Riwayat Persalinan Sekarang

Yang perlu dikaji pada riwayat persalinan sekarang ialah indikasi dilakukan operasi section caesarea, jenis kelamin bayi, berat badan bayi, panjang badan, lingkar lengan dan APGAR SCORE.

(4) Riwayat Nifas

(a) Riwayat Nifas Dahulu.

Menjelaskan tentang proses perawatan post partum klien dahulu, tempat perawatan, komplikasi pos partum seperti

perdarahan post partum, infeksi, atau syok. Kaji lama waktu nifas klien, dan perawatan yang di jalani.

(b) Riwayat Nifas Sekarang

Jenis lochea yang keluar, warna lochea, dan bau lochea, jumlah dar pada pembalut.

4) Pola Aktivitas Sehari-hari (selama hamil dan selama di rumah sakit)

a) Pola nutrisi

Mencakup makan frekuensi, jumlah, jenis makanan, yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu *post section caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bias juga factor nyeri akibat seksio sesarea.

b) Personal hygiene

Mencakup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Pada ibu post section caesarea biasanya mengalami penurunan karena keterbatasan aktivitas.

c) Pola eliminasi

Mencakup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK : frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena factor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi.

d) Pola Istirahat Tidur

Mencakup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama, dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena inu merasa kesakitan dan lemas

e) Aktivitas dan latihan

Kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di RS. Biasanya pada ibu post SC terjadi gangguan karena efek anestesi, penurunan kekuatan otot, penurunan progesterone dan estrogen, serta kelelahan.

5) Pemeriksaan Fisik

a)Pemeriksaan fisik pada ibu

(1) Kesadaran Umum

Kesadaran, tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan, berat badan saat ini, tinggi badan. Biasanya TD, nadi, pernafasan tidak akan berubah drastis biasanya masih dalam batas keadaan normal, sedangkan suhu akan terjadi peningkatan 0,5°C selama hari pertama sampai hari keempat post SC. Di karenakan peningkatan produk ASI.

(2) Kepala

Amati bentuk dan kesimetrisan kepala, kebersihan kepala klien, ada pembesaran kepala, apakah ada lesi pada

kepala, rambut tampak kotor dan lengket karena kurangnya perawatan diri.

(3) Wajah

Bentuk, ekspresi terhadap luka, warna kulit, cloasma gravidarum (kehitaman di sekitar kelopak mata).

(4) Mata

Perhatikan apakah jarak mata lebar atau lebih kecil, amati kelopak mata terhadap penempatan yang tepat, periksa warna konjungtiva dan kesimetrisan bola mata, pergerakan bola mata. Fungsi penglihatan, biasanya klien disuruh membaca pada jarak kurang lebih 30 cm.

(5) Payudara

Letak payudara, keadaan puting susu, warna areola, pengeluaran ASI, kolostrum, adanya pembengkakan, nyeri teka

(6) Abdomen

Periksa tinggi fundus dan bentuk abdomen simetris atau tidak, nyeri abdomen, adanya luka bekas, striae, linea, nyeri tekan, pelebaran otot perut/diastasis rektus abdominus.

(7) Genetalia

Keadaan vulva, kebersihan vagina, jenis lochea, jumlahnya.

(8) Anus

Fungsi mengedan, apakah terdapat benjolan atau tidak, apakah ada hemoroid, dan fisula atau abses perianal.

(9) Ekstremitas

(a) Ekstremitas atas

Bentuk, pergerakan, pemasangan infus dan jenis cairan, reflek bicep, tricep, range of motion dan kekuatan otot. Biasanya terjadi penurunan kekuatam otot pada ibu post SC.

(b) Ekstremitas bawah

Bentuk, pergerakan, reflek patella, reflek babinski, varises, oedema, range of motion dan kekuatan otot. Biasanya terjadi penurunan kekuatan otot menurun.

6) Data Psikologi

a) Adaptasi Psikologi Post Partum

Biasanya pasien berada pada fase takingin yaitu pada hari pertama sampai 3 hari masa nifas, emosi labil (Nurjannah, 2013)

b) Konsep Diri

(1) Gambaran Diri

Kaji Klien bagaimana dengan perubahan badanya selama kehamilan dan setelah persalinan.

(2) Ideal Diri

Kaji persepsi klien tentang bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar pribadi.

(3) Harga Diri

Kaji penilaian pribadi klien dalam memenuhi ideal diri klien.

(4) Peran

Kaji kesadaran diri klien mengenai jenis kelaminnya, dan kaji apakah klien mempunyai tujuan yang bernilai yang dapat direalisasikan.

(5) Identitas Diri

Kaji kepada klien tentang fungsinya sebagai wanita

7) Data Sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitar.

8) Kebutuhan Bounding Attachment

Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/nifas.

9) Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Mengidentifikasi tentang kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/nifas.

10) Data Spritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimism kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah.

11) Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

Mengidentifikasi pengetahuan tentang perawatan diri; breast care, perawatan luka perineum dan episiotomi, perawatan luka dirumah, senam nifas, KB dll.

12) Data Penunjang

Merupakan data yang menunjang adanya kelainan atau komplikasi dari suatu penyakit meliputi pemeriksaan laboratorium, foto rongent, rekam kardiografi, dll.

13) Program dan Rencana Pengobatan diidentifikasi mulai nama obat, dosis, waktu pemberian, Therapy yang diberikan.

b. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan gaya pikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit. Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengeplokkan data, menafsirkan adanya ketimpangan, atau kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah yang ada (Rohmah dan Walid, 2012).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges, Marilyn E (2011) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah :

- a. Perubahan proses keluarga berhubungan dengan perkembangan transisi atau peningkatan anggota keluarga.
- b. Nyeri akut berhubungan trauma pembedahan, efek-efek anestesi atau hormonal, distensi kandung kemih atau abdomen
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi, ancaman pada konsep diri, transmisi atau kontak interpersonal, kebutuhan tidak terpenuhi.
- d. Harga diri rendah berhubungan dengan merasa gagal dalam peristiwa situasional
- e. Resiko tinggi terhadap cedera (injuri) berhubungan dengan fungsi biokimia atau regulasi (misalnya hipotensi, ortostatik, adanya eklamsi), efek-efek anestesi, tromboemboli, profil darah abnormal (anemia atau kehilangan darah berlebihan), trauma jaringan.
- f. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan atau kulit rusak, penurunan Hb, prosedur invasif dan atau peningkatan pemanjangan lingkungan, pecah ketuban lama, malnutrisi.
- g. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (diatasis rekti, kelebihan analgetik atau anestesi, efek-efek progeteron, dehidrasi, diare persalinan, kurang masukan, nyeri perineal)
- h. Kurang pengetahuan mengenai perubahan fisiologi, periode pemulihan, perawatan diri dan kebutuhan perawatan bayi

berhubungan dengan kurang pemejaan atau mengingat, kesalahan interpretasi, tidak mengenal sumber-sumber.

- i. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan trauma atau diversi mekanis, efek-efek hormonal(perpindahan cairan dan peningkatan aliran plasma ginjal), efek-efek anestesi.
- j. Kurang perawatan diri berhubungan dengan efek-efek anestesi, penurunan kekuatan dan ketahuan, ketidaknyaman fisik.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, maka intervensi dan aktivitas keperawatan perlu diterapkan untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan penderita. Tahap ini disebut perencanaan keperawatan yang meliputi penentuan prioritas, diagnosa keperawatan, menetapkan sasaran dan tujuan, menetapkan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi dan aktivitas keperawatan.

Menurut Doengos, Marilyn E (2011) perencanaan keperawatan pada pasien post operasi sectio caesarea adalah :

- a. Perubahan proses keluarga berhubungan dengan perkembangan transisi atau peningkatan anggota keluarga.

Tujuan : dapat menerima perubahan dalam keluarga dengan anggota yang baru

Kriteria hasil :

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

Tabel 2.1 Intervensi dan Rasional Perubahan Proses Keluarga

Intervensi	Rasional
Anjurkan pasien untuk menggendong, menyentuh dan memeriksa bayi, tergantung pada kondisi pasien dan bayi baru lahir. Bantu sesuai kebutuhan.	Jam pertama setelah kelahiran kesempatan unik untuk ikatan keluarga untuk terjadikarena ibu dan bayi secara emosional menerima isyarat satu sama lain, yang memulai proses kedekatan dan proses pengenalan. Bantuan pada interaksi pertama atau sampai jalur interaksi dilepas encegah pasien dan merasa kecewa atau tidak adekut
Berikan kesempatan untuk ayah atau pasangan untuk menyentuh dan menggendong bayi sesuai kemungkinan situasi.	menerima isyarat satu sama lain, yang memulai kedekatan dan proses pengenalan. Bantuan pada interaksi pertama atau sampai jalur intravena dilepas mencegah klien dari merasa kecewa atau tidak kuat
Observasi dan catat interaksi keluarga-bayi, perhatikan perilaku yang dianggap menandakan ikatan dan kedekatan	Kontak mata dengan mata penggunaan posisi wajah, berbicara pada suara nada tinggi, posisi wajah dan menggendong bayi dengan dekat dihubungkan dengan kedekatan budaya amerika.
Diskusikan kebutuhan kemajuan dan sifat interaksi yang lazim dari ikatan. Perhatikan kenormalan dari variasi respon dari satu waktu ke waktu yang lainnya dan diantara anak yang berbeda.	Membantu pasien atau pasangan memahami makna dan pentingnya proses dan memberikan keyakinan bahwa perbedaan diperkirakan.
Perhatikan pengungkapan atau prilaku yang menunjukkan kekecewaan atau kurang minat	Kedatangan anggota keluarga baru, bahkan bila diinginkan dan diantisipasi, menciptakan periode sementara dari disequlibrium, memerlukan penyatuan anak baru kedalam keluarga yang ada
Berikan kesempatan pada orang tua untuk mengungkapkan perasaan – perasaan yang negatif tentang diri mereka dan bayi.	Komplik tidak teratasi selama proses pengenalan awal orang tua bayi dapat mempunyai efek – efek negative jangka panjang pada masa depan hubungan orang tua – anak

Perhatikan lingkungan sekitar kelahiran sesaria, kebanggaan diri orang tua dan persepsi tentang pengalaman kelahiran, reaksi awal mereka terhadap bayi dan partisipasi mereka pada pengalaman kelahiran	Orang tua perlu bekerja melalui hal hal bermakna pada kejadian penuh stres seputar kelahiran anak dan orientasikan mereka sendiri terhadap realitas sebelum mereka dapat berfokuskan pada bayi.
Anjurkan dan bantu dalam menyusui tergantung pada pilihan klien dan keyakinan/praktik budaya	Efek awal mempunyai efek positif pada durasi menyusui: kontak kulit dengan kulit dan mulainya tugas-tugas ibu meningkatkan ikatan.
Sambut keluarga dan sambut untuk kunjungan singkat segera bila kondisi ibu/bayi baru lahir memungkinkan	Meningkatkan kesatuan keluarga dan membantu sibling memulai proses adaptasi positif terhadap peran baru dan memasukkan anggota baru kedalam struktur keluarga.
Berikan informasi sesuai kebutuhan tentang keamanan dan kondisi bayi. Dukung pasangan sesuai kebutuhan	Membantu pasangan untuk memproses dan mengevaluasi informasi yang diperlukan, khususnya bila periode pengenalan awal telah lambat.
Jawab pertanyaan pasien mengenai protokol perawatan selama periode paska kelahiran awal	Informasi menghilangkan ansietas yang mengganggu ikatan absorpsi diri daripada perhatian terhadap bayi baru lahir
Beritahu anggota tim perawatan kesalahan yang tepat	Ketidakadekuatan perilaku ikatan atau interaksi buruk antara pasien atau pasangan dengan bayi memerlukan dukungan dan evaluasi lanjut.
Siapkan untuk dukungan atau evaluasi terus menerus setelah pulang	Banyak pasangan yang mempunyai konflik tidak teratasi mengenai proses pengenalan awal orang tua – bayi yang memerlukan pemecahan setelah pulang

- b. Nyeri akut berhubungan trauma pembedahan, efek-efek anestesi atau hormonal, distensi kandung kemih atau abdomen

Kriteria hasil :

- 1) Mengidentifikasi dan menggunakan intervensi untuk mengatasi nyeri/ketidaknyamanan dengan tepat
- 2) Mengungkapkan berkurangnya nyeri

- 3) Tampak rileks, mampu tidur/istirahat dengan tepat

Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
Tentukan karakteristik dan lokasi ketidaknyamanan, perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti meringis, kaku, dan gerakan melindungi atau terbatas	Klien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung. Membedakan karakteristik khusus dari nyeri membantu membedakan nyeri pascaoperasi dari terjadinya komplikasi
Ubah posisi klien kurangi rangsangan yang berbahaya	Merelaksasikan otot dan meningkatkan kenyamanan
Kaji tanda-tanda vital klien	Pada banyak klien, nyeri dapat menyebabkan gelisah serta TD dan nadi meningkat
Anjurkan penggunaan teknik distraksi	Distraksi dapat mengalihkan perhatian klien dari nyeri yang dirasakan berkurang
Kolaborasi pemberian analgetik	Dengan memberikan obat diharapkan dapat meningkatkan kenyamanan, memperbaiki status psikologis & dapat meningkatkan mobilitas.

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

Kriteria hasil :

- 1) Mengungkapkan kesadaran akan perasaan ansietas
- 2) Mengidentifikasi cara untuk menurunkan atau menghilangkan ansietas
- 3) Melaporkan bahwa ansietas sudah menurun ke tingkat yang dapat diatasi
- 4) Kelihatan rileks, dapat tidur/istirahat dengan tepat

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Ansietas

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

d. Harga diri rendah berhubungan dengan merasa gagal dalam peristiwa situasional

Kriteria Hasil :

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

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Harga Diri Rendah

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

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

Kriteria Hasil :

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

Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Resiko Cedera (Syok)

Intervensi	Rasional
Tinjau ulang catatan prenatal dan intrapartal terhadap faktor-faktor yang memprediposisikan klien pada komplikasi. Catat kadar Hb dan kehilangan darah operatif	Adanya faktor-faktor resiko seperti kelelahan miometrial, distensi uterus berlebihan, stimulasi oksitosin lama, atau tromboflebitis prenatal memungkinkan klien lebih rentan terhadap komplikasi
Pantau TD, nadi dan suhu	Tekanan darah yang tinggi dapat menandakan terjadi atau berlanjutnya hipertensi,,memerlukan magnesium sulfat(MgSO ₄) atau pengobatan antihipertensif lain. Hipotensi dan takikardi dapat menunjukkan dehidrasi dan hipovolemia tetapi mungkin tidak terjadi sampai volume darah sirkulasi telah menurun sampai 35-50%.
Inspeksi balutan terhadap perdarahan berlebihan. Catat drainase pada balutan(bila tidak diganti).	Luka bedah dengan drain dapat membasahi balutan, namun rembesan biasanya tidak terlihat dan dapat menunjukkan terjadinya komplikasi
Pantau masukan cairan dan haluaran urine. Perhatikan penampilan, warna, konsentrasi, dan berat jenis urine.	Fungsi ginjal adalah indeks kunci dari volume darah sirkulasi. Bila haluaran menurun, berat jenis meningkat dan sebaliknya. Urine yang mengandung darah atau bekuan menunjukkan kemungkinan trauma kandung kemih berkenaan dengan intervensi pembedahan.
Anjurkan latihan kaki/pergelangan kaki dan ambulasi dini	Meningkatkan aliran balik vena, mencegah statis/penumpukan pada ekstremitas bawah , menurunkan resiko flebitis.
Perhatikan efek-efek MgSO ₄ , bila diberikan. Kaji respon patella dan pantau frekuensi pernapasan	Tidak adanya reflex patella dan frekuensi pernapasan di bawah 12x/menit menandakan toksisitas dan perlunya penurunan atau penghentian terapi obat.
Kolaborasi : Gantikan kehilangan cairan secara intravena	Rata-rata kehilangan dara biasanya 600-800 ml. tetapi edema fisiologis prenatal, yang mengerahkan pascapartum, meningkatkan kebutuhan terhadap penggantian volume cairan besar. Dianjurkan untuk member cairan melalui infuse secara intravena pada periode intaoperasi dan awal pascoaoperasi(24 jam) dengsn jumlah total 3 L.

- f. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan atau kulit rusak, penurunan Hb, prosedur invasif dan atau peningkatan pemajangan lingkungan, pecah ketuban lama, malnutrisi.

Kriteria hasil :

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

Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Risiko Tinggi Infeksi

Intervensi	Rasional
Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan cermat dan pembuangan pengalasan kotor, dan pembalut perineal, dan linen terkontaminasi dengan tepat. Diskusikan dengan klien pentingnya kelanjutan tindakan-tindakan ini setelah pulang.	Membantu mencegah atau membatasi penyebaran infeksi
Inspeksi insisi terhadap proses penyembuhan. Perhatikan kemerahan, edema, dan nyeri	Tanda-tanda ini menandakan infeksi luka, biasanya disebabkan oleh streptokokus, stafilokokus atau spesies pseudomonas.
Berikan perawatan perineal dan kateter dan penggantian pengalasan sering	Membantu menghilangkan media pertumbuhan bakteri meningkatkan hygiene
Ajarkan klien dan keluarga untuk perawatan luka di rumah	Agar klien dan keluarga dapat melakukan perawatan luka di rumah.
Kolaborasi : Berikan antibiotik khusus untuk proses infeksi	Pemberian terapi antibiotik untuk menghambat penyebaran organisme patogen yang luas sehingga mencegah infeksi pada luka.

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

Kriteria hasil :

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

Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Gangguan Eliminasi

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

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

Kriteria hasil :

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

Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional Kurang Pengetahuan

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

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

Kriteria Hasil :

- 1) Mendapatkan pola berkemih yang biasa/optimal setelah pengangkatan kateter
- 2) Mengosongkan kandung berkemih pada setiap berkemih

Tabel 2.9 Intervensi dan Rasional Perubahan Eliminasi Urine

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

- j. Kurang perawatan diri berhubungan dengan efek-efek anestesi, penurunan kekuatan dan ketahuan, ketidaknyaman fisik

Kriteria Hasil :

- a) Mendemonstrasikan teknik-teknik untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan perawatan diri

- b) Mengidentifikasi/menggunakan sumber-sumber yang tersedia

Tabel 2.10 Intervensi dan Rasional Kurang Perawatan Diri

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

4. Implementasi

Implementasi adalah raslisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Rohmah, dkk 2009)

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, dkk 2009). Ada dua komponen untuk mengevaluasi kualitas tindakan keperawatan yaitu:

a. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif yangd dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paromurna brtorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan atau ketidak berhasilan dan rekapitulasi serta kesimpulan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan (Rohmah, dkk 2009)

b. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif yang dilakukan setiap tindakan keperawatan yang berorientasi pada etiologi dan tindakan

secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai (Rohmah, dkk 2009)

C. Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Nyeri Pasien Post Seksio Sesar

Berdasarkan penelitian Ikit dan Arlyana pada tahun 2016 dengan judul Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Nyeri Pasien Post Seksio Sesar, didapatkan hasil penelitian bahwa mendengarkan *Al-Qur'an* akan memberikan efek ketenangan dalam tubuh sebab adanya unsur meditasi, autosugesti dan relaksasi. Rasa tenang ini akan memberikan respon emosi positif yang sangat berpengaruh dalam mendatangkan persepsi positif. Persepsi positif yang didapatkan dari murottal *Ar-Rahman* selanjutnya akan merangsang hipotalamus untuk mengeluarkan hormon endorfin, selanjutnya amigdala akan merangsang pengaktifan sekaligus pengendalian saraf simpatis dan parasimpatis. Saraf parasimpatis berfungsi untuk mempersarafi dan memperlambat denyut jantung, sedangkan saraf parasimpatis sebaliknya. Rangsangan saraf otonom yang terkendali akan menyebabkan sekresi epinefrin dan norepinefrin oleh medula adrenal menjadi terkendali pula. Terkendalnya hormon epinefrin dan norepinefrin akan menghambat pembentukan angiotensin tekanan darah.

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat perbedaan bermakna penurunan frekuensi nadi dan pernafasan antara kelompok kontrol dengan perlakuan. Hal ini disebabkan karena terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi frekuensi nadi dan pernafasan yang tidak bisa dikontrol oleh peneliti. Beberapa faktor tersebut antara lain : *circadian rhytem* (rata-

rata menurun pada pagi hari dan meningkat pada siang dan sore hari), bentuk tubuh (tinggi, langsing biasanya denyut jantung lebih pelan dan nadi lebih sedikit dibandingkan orang gemuk), stress dan emosi (rangsangan syaraf simpatis dan emosi seperti cemas, takut, gembira, meningkatkan denyut jantung dan nadi), suhu tubuh (setiap peningkatan 1°F menunjukkan nadi meningkat 10x/menit, peningkatan 1°C menunjukkan nadi meningkat 15x/menit dan sebaliknya bila terjadi penurunan suhu tubuh maka nadi akan menurun), volume darah (kehilangan darah yang berlebihan akan menyebabkan peningkatan nadi) serta obat-obatan (beberapa obat dapat menurunkan atau meningkatkan kontraksi jantung seperti golongan digitalis, golongan sedative menurunkan frekuensi nadi sedangkan caffeine, nicotine, cocaine, hormone tyroid, adrenalin meningkatkan frekuensi nadi (Ikit Netra Wirakhimi dan Arlyana Hikmati, 2016).