

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Sectio Caesarea (SC)

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan dengan cara menginsisi menembus pada dinding abdomen bawah dan uterus (Nurarif & Kusuma, 2015, Reeder, 2014).

2. Jenis-Jenis *Sectio Caesarea* (SC)

Menurut (Purwoastuti & Walyani 2015:12), SC dibagi menjadi beberapa jenis yaitu :

- a. Jenis klasik dengan melakukan sayatan vertical sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan lahir. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan hari ini karena sangat beresiko terhadap terjadinya komplikasi.
- b. Sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan resiko terjadinya perdarahan dan cepat penyembuhan.
- c. Histerektomi Caesar yaitu bedah Caesar diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus - kasus dimana perdarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan oleh rahim.
- d. Bentuk lain dari bedah Caesar seperti extraperitoneal CS atau porro CS

3. Indikasi

Indikasi persalinan SC menurut Reeder & Martin (2014) dapat diklasifikasikan sebagai berikut ini :

a. Ibu dan Janin

Distosia (kemajuan persalinan yang abnormal). Hal ini mungkin berhubungan dengan ketidaksesuaian antara ukuran panggul dengan ukuran kepala janin (*disproporsi sefalopelvik*), kegagalan kontraksi uterus yang abnormal

b. Ibu

Penyakit ibu yang berat, seperti penyakit jantung berat, diabetes melitus, pre-eklamsia berat atau eklamsia, kanker serviks, atau infeksi berat

c. Janin

Gawat janin, seperti janin dengan kasus prolaps tali pusat, insufisiensi uteroplasenta berat, malpresentasi, seperti letak melintang, janin dengan presentasi dahi kehamilan ganda dengan bagian terendah janin kembar adalah posisi melintang bokong

d. Plasenta

Plasenta previa (Pemisahan plasenta sebelum waktunya).

4. Komplikasi

Komplikasi SC mencakup periode masa nifas yang normal dan komplikasi setiap prosedur pembedahan utama. Komplikasi SC (Hecker, 2001).

Komplikasi bisa berakibat pada ibu dan bayi, yang diuraikan sebagai berikut:

a. Komplikasi pada ibu

1) Infeksi puerpural / sepsis sesudah pembedahan :

- a) Infeksi puerpuralis, dapat bersifat ringan, seperti kenaikan suhu beberapa hari selama nifas atau dapat bersifat berat, seperti peritonitis dan sepsis.
 - b) Infeksi postoperative terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala infeksi intrapartum, atau ada faktor yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu.
 - c) Bahaya infeksi sangat diperkecil dengan pemberian antibiotika, akan tetapi tidak dapat dihilangkan sama sekali.
 - d) Dalam hal ini, sepsis sesudah pembedahan frekuensi dan komplikasi ini jauh lebih besar bila SC dilakukan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim. Antibiotic profilaksis selama 24 jam diberikan untuk mengurangi sepsis.
- 2) Perdarahan, yang jumlahnya banyak dapat timbul pada waktu pembedahan jika cabang arteri uterine ikut terbuka, atau karena Antonia uteri. Dalam hal ini jika perdarahan primer kemungkinan terjadi akibat kegagalan mencapai hemostatis ditempat insisi rahim atau akibat Antonia uteri, yang dapat terjadi setelah perpanjangan.
- 3) Cedera pada sekeliling struktur:
- a) Beberapa organ didalam abdomen seperti usus besar, kandung kemih, pembuluh didalam ligamen yang lebar, dan ureter, terutama cenderung terjadi cedera. Hematuria yang singkat dapat terjadi

akibat terlalu antusias dalam menggunakan retraktor didalam dinding kandung kemih.

- b) Komplikasi lain seperti luka pada kandung kencing, embolisme paru, dan sebagainya sangat jarang terjadi.
- c) Suatu komplikasi yang kemudian tampak adalah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya dapat terjadi ruptur uteri.

b. Komplikasi pada bayi:

- 1) Seperti halnya dengan ibunya, nasib anak yang dilahirkan dengan SC banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan sectio caesarea
- 2) Menurut statistik di negara dengan pengawasan antenatal dan intranatal yang baik, kematian prenatal pasca section caesarea berkisar 4 - 7 % (Maryunani, 2014).

5. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, *Cephalopelvik Disproportion*, *rupture* uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea* (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang

akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Efek anestesi juga dapat menimbulkan otot relaksasi dan menyebabkan konstipasi.

Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf -saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut) Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post SC, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Setelah kelahiran bayi prolaktin dan oksitosin meningkat menyebabkan efeksi ASI, efeksi ASI yang tidak adekuat menimbulkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI pada bayi (Astuti, 2015).

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Jumlah Darah Lengkap dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/Hematokrit
- f. Golongan darah

- g. Urinalisis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- j. Ultrasound sesuai pesanan
- k. Paru janin sesuai indikasi
- l. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- m. Ultrasound sesuai pesanan

(Nurarif & Kusuma, 2015)

B. Konsep Dasar Nyeri Akut

1. Pengertian

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaannya (Mubarak, 2015).

2. Penyebab Nyeri

Menurut Mubarak (2015) ada beberapa penyebab nyeri yaitu :

- a. Trauma
 - 1) Mekanik, yaitu rasa nyeri timbul akibat ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan. Misalnya akibat benturan, gesekan, dan luka
 - 2) Termal, yaitu nyeri timbul karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas dan dingin. Misal karena api dan air
 - 3) Kimia, yaitu timbul karena kontak dengan zat kimia yang bersifat asam atau basa kuat

- 4) Elektrik, yaitu timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar
- b. Peradangan, yakni nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan, misalnya abses
- c. Gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah
- d. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri
- e. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik

3. Fisiologi Nyeri

Fisiologi nyeri merupakan alur terjadinya nyeri dalam tubuh. Rasa nyeri merupakan sebuah mekanisme yang terjadi dalam tubuh, yang melibatkan fungsi organ tubuh, terutama sistem saraf sebagai reseptor nyeri. Reseptor nyeri merupakan organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat secara potensial merusak (Mubarak, 2015).

4. Faktor-Faktor Nyeri

Menurut Yosefni (2015) ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri saat menghadapi pasca persalinan (post partum) :

a. Faktor fisiologis

Perjalanan penyakit dapat memengaruhi kondisi fisiologis organ tertentu dan hal ini berhubungan dengan sistem saraf yang terdapat pada organ tersebut. Kerusakan atau masalah pada organ tertentu dapat menimbulkan respons nyeri. Perubahan posisi atau adanya blok nyeri terhadap saraf yang berhubungan dengan rasa nyeri tersebut dapat menjadi alternatif asuhan yang diberikan.

b. Faktor psikologis

1) Persepsi

Respons nyeri merupakan hal yang sangat subjektif, hal ini dikarenakan setiap individu memiliki pengalaman dalam menghadapi nyeri sebelumnya yang berbeda-beda.

2) Kondisi emosional

Pada saat seseorang mengalami kecemasan yang berlebihan, hal ini akan merangsang keluarnya katekolamin yang berlebihan dan hal tersebut dapat menghasilkan sensasi dan persepsi nyeri yang berlebihan. Pada saat seseorang mengalami nyeri, asuhan yang utama dapat dilakukan adalah membantu pasien untuk menghadapinya dengan ketenangan

3) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan memengaruhi respons nyeri seseorang dapat berupa kondisi lingkungan fisik maupun individu yang berada disekitar pasien. Kondisi lingkungan yang nyaman dapat mendukung

pasien dalam menghadapi nyerinya karena mampu menciptakan situasi yang nyaman.

5. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua :

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang dirasakan kurang dari enam bulan dan menghilang setelah keadaan pulih pada area jaringan yang rusak dan ditandai dengan peningkatan tegangan otot

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan dan akan berlanjut walaupun klien diberi pengobatan atau penyakit tampak sembuh (Mubarak, 2015).

Tabel 2.1
Perbedaan Nyeri Akut & Nyeri kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
1. Pengalaman	Satu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
2. Sumber	Sebab eksternal atau penyakit yang berasal dari Dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
3. Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, berkembang, dan tersembunyi
4. Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari 6 bulan sampai bertahun-tahun
5. Pernyataan nyeri	Daerah nyeri pada umumnya tidak diketahui dengan pasti	Daerah yang nyeri dan yang tidak, Intensitasnya menjadi sangat sukar dievaluasi
6. Gejala klinis	Pola-pola respons yang khas dengan gejala-gejala yang lebih jelas	Pola-pola respons bervariasi
7. Perjalanan	Penderita biasanya mengeluh berkurang setelah beberapa waktu lama	Berlangsung terus, Intensitas bervariasi atau tetap konstan lama

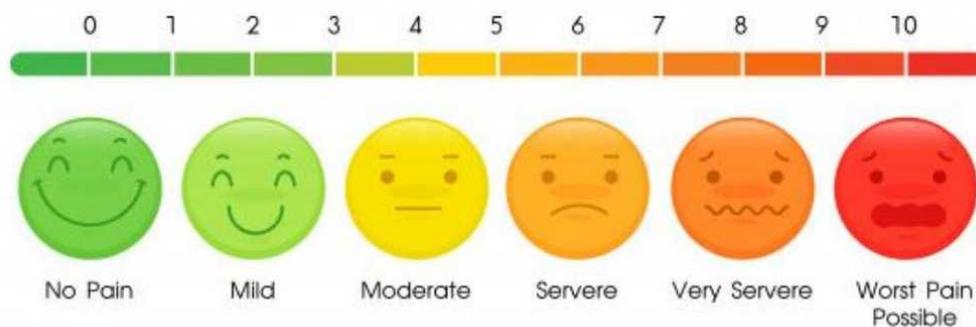
(Mubarak, 2015)

6. Cara Mengukur Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri.

Skala Wong Baker FACES Rating Scale yang ditujukan untuk klien yang tidak mampu menyatakan intensitas nyerinya melalui skala angka. Termasuk anak-anak yang tidak mampu berkomunikasi secara verbal dan klien yang mengalami kognisi berkomunikasi (Mubarak, 2015).

Gambar 2.1
Skala Wajah Wong Baker

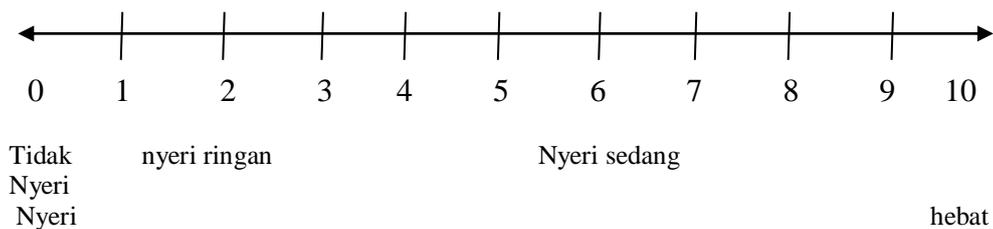


<https://doktersehat.com/wp-content/uploads/2019/03/skala-nyeri-doktersehat.jpg>

Dianggap sederhana dan mudah mengerti, sensitif terhadap dosis jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk

menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik (Mubarak, 2015)

Gambar 2.2
Skala Numeric Rating Scale



Keterangan:

(0) : Tidak nyeri

nyeri ringan

(1) : Nyeri sangat ringan

(2) : Nyeri tidak nyaman

(3) : Nyeri hebat ditoleransi

Nyeri sedang

(4) : Nyeri menyusahkan

(5) : Nyeri sangat menyusahkan

(6) : Nyeri hebat

Nyeri berat

(7) : Nyeri sangat hebat

(8) : Nyeri sangat menyiksa

(9) : Nyeri tak tertahan

(10) : Nyeri tak diungkapkan

7. Pentalaksanaan

a. Farmakologi

- 1) Analgesik narkotik, terdiri atas berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini membuat ikatan dengan reseptor opiat dan mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Nyeri yang membandel tidak dapat dihilangkan secara permanen. Nyeri dapat menjadi melemahkan sehingga klien akan mencoba segala sesuatu untuk mengatasi nyeri.
- 2) Analgesik non-narkotik, seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek antinyeri juga memiliki efek antiinflamasi dan antipiretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma inflamasi (Smeltzer dan Bare, 2001). Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

b. Non-farmakologi

1) Relaksasi progresif

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

2) Stimulasi kutaneus plasebo

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

3) Teknik Distraksi

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

(Mubarak, 2015).

4) Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik Relaksasi Napas Dalam merupakan intervensi mandiri keperawatan dimana seorang perawat mengajarkan kepada klien cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan untuk merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri (Widiatie, 2015).

Adapun prosedur teknik relaksasi napas dalam yaitu ciptakan lingkungan yang tenang, jaga privasi pasien, usahakan tangan dan kaki pasien dalam keadaan rileks, minta pasien untuk memejamkan mata dan usahakan agar pasien berkonsentrasi, minta pasien menarik napas melalui hidung secara perlahan-lahan sambil menghitung dalam hati “hirup, satu, dua, tiga”, minta pasien untuk

menghembuskan udara melalui mulut dan membuka mata secara perlahan-lahan sambil menghitung dalam hati”hembuskan, dua, tiga” minta pasien untuk mengulangi kembali dengan prosedur yang sama seperti sebelumnya sebanyak tiga kali selama lima menit (Kristianto, 2013).

C. Konsep Fisiologi Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwaty, 2010). *Puerperium* atau masa nifas adalah suatu masa yang berlangsung antara terminasi persalinan dan kembalinya organ reproduksi ke keadaan sebelum hamil, dalam waktu sekitar 6 minggu (Reeder, 2014).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Marmi (2011) asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- b. Melaksanakan skrinning secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari

- c. Memberikan pelayanan keluarga berencana
- d. Mendapatkan kesehatan emosi

3. Tahapan Masa Nifas

Menurut Purwoastuti (2015:12) masa nifas dibagi menjadi 3 periode yaitu *puerperium dini*, *puerperium intermedial*, dan *remote puerperium*. Perhatikan penjelasan berikut :

a. *Puerperium dini*

Puerperium dini merupakan kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan

b. *Puerperium intermedial*

Puerperium medial merupakan kepulihan menyeluruh alat-alat genitala

c. *Remote purperium*

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun.

4. Perubahan Fisiologi pada masa nifas

a. Sistem reproduksi dan struktur terkait

1) Uterus

a) Proses Involusi

Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot polos uterus

b) Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir

c) *Afterpains*

Kondisi ini banyak terjadi pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik sering dialami multipara dan bisa menimbulkan nyeri yang bisa bertahan sepanjang awal *puerperium* (Reeder, Martin & Griffin, 2014).

2) Tempat plasenta

Tempat plasenta dan ketuban dikeluarkan, pertumbuhan endometrium ke atas menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan perut yang menjadi karakteristik penyembuhan luka (Indriyani, Asmuji & Wahyuni 2016).

3) *Lochea*

Akibat involusi uteri setelah bayi lahir. *Lochea* mula-mula berwarna merah kemudian berubah menjadi merah tua atau merah coklat. *Lochea* arah ini mengandung bekuan darah kecil. Pengeluaran *Lochea* dapat dibagi menjadi *Lochea* rubra, sanguinolenta, serosa dan alba. Masing-masing *Lochea* dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 2.2
Lochea

<i>Lochea</i>	<i>Waktu</i>	<i>Warna</i>	<i>Ciri-ciri</i>
<i>Rubra</i>	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel-sel desidua, verniks, caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, dan sisa darah
Sanguilenta	3-7hari	Merah kekuningan	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kuningan kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	➤ 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut mati

Umumnya jumlah *Lochea* lebih sedikit bila wanita post partum dalam posisi berbaring daripada berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran *Lochea* sekitar 240-270 ml (Reeder, Martin & Griffin, 2014).

4) Servik

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan, 18 pascapartum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula (Indriyani, Asmuji & Wahyuni, 2016).

5) Vagina dan perineum

Estrogen post partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya *rugae*. Vagina yang semula sangat meregang akan kembali bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6-8

minggu setelah bayi lahir. *Rugae* akan kembali terlihat pada sekitar minggu ke 4. Mukosa akan tetap atropik pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali (Indriyani, Asmuji & Wahyuni 2016).

b. Sistem endokrin

1) Hormon plasenta

Dengan terjadi perubahan hormon yang menyebabkan penurunan hormon-hormon yang diproduksi oleh organ tersebut

2) Hormon hipofisis dan fungsi ovarium

Waktu dimulainya ovulasi dan menstruasi pada wanita menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita yang menyusui dampaknya berperan dalam menekan ovulasi (Reeder, Martin & Griffin, 2014).

c. Abdomen

Abdomen akan terlihat menonjol ketika wanita berdiri dihari pertama setelah melahirkan dan tampak seperti wanita masih hamil. Diperlukan sekitar waktu 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil (Indriyani, Asmuji & Wahyuni, 2016).

d. Sistem urinarius

Perubahan hormonal pada masa hamil menyebabkan fungsi ginjal meningkat, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan menurunkan fungsi ginjal selama post partum. Fungsi ginjal kembali normal setelah satu bulan melahirkan. Diperlukan waktu sekitar

8 minggu supaya pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil (Indriyani, Asmuji & Wahyuni, 2016).

e. Sistem cerna

1) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua haro (Vivian, 2011).

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal (Vivian, 2011).

3) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama poses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid, ataupun laserasi jalan lahir (Vivian, 2011).

f. Sistem kardiovaskuler

1) Volume darah

Perubahan volume darah tergantung dari beberapa faktor, misal kehilangan darah selama melahirkan dan mobilitas serta pengeluaran cairan ekstrasvaskuler edema fisiologis

2) Curah jantung

Denyut jantung, volume sekuncup dan curah jantung meningkat selama masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini akan meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkuit euro plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran (Vivian, 2011).

g. Sistem neurologi

Perubahan neurologis selama masa puerperium merupakan kebalikan adaptasi neurologis yang terjadi saat wanita hamil dan disebabkan trauma yang dialami wanita saat melahirkan (Padila, 2015)

h. Sistem muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbaik pada masa post partum. Adaptasi ini menyangkut hal-hal yang membantu relaksasi dan perubahan ibu akibat pembesaran rahim (Padila, 2015)

i. Sistem Integument

Hiperpigmentasi di areola dan linea nigra tidak menghilang seluruhnya setelah bayi lahir. Abdomen dan panggul mungkin memudar tapi tidak hilang seluruhnya. Rambut kasar yang timbul selama hamil biasanya akan menetap. Kekuatan kuku biasanya akan kembali ke keadaan sebelum hamil (Padila, 2015).

5. Perubahan Psikologis pada masa nifas

Fase-fase yang akan dialami ibu pada masa nifas menurut Vivian (2011) antara lain :

a. Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungan. Ketidaknyamanan yang dirasakan antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

b. Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan dirinya dan bayinya.

c. Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

6. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Menurut Dewi (2011) kebutuhan-kebutuhan yang dibutuhkan ibu nifas antara lain sebagai berikut :

a) Nutrisi dan Cairan

Setelah masa nifas klien membutuhkan nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Tambahan protein memerlukan 20 gram protein di atas kebutuhan normal ketika menyusui, jumlah ini hanya 16% dari tambahan 500 kalori yang dianjurkan. Nutrisi lain yang diperlukan selama laktasi yaitu asupan cairan. Pada ibu masa nifas yang menyusui dianjurkan minum 2-3 liter perhari dalam bentuk air putih, susu, dan jus buah (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).

b) Ambulasi

Ambulasi merupakan kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing ibu setelah nifas keluar dari tempat tidurnya secepat mungkin untuk berjalan. Perawatan *puerperium* lebih aktif dengan

dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini. Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan sebagai berikut :

- 1) Melancarkan pengeluaran lokia, mengurangi infeksi puerperium
- 2) Mempercepat involusi uterus
- 3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin
- 4) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme

c) Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK) harus dicepatkan karena pada ibu setelah melahirkan terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan akan terasa pedih saat BAK sehingga penderita takut BAK, bila kandung kemih penuh maka harus diusahakan penderita dapat buang air kecil sehingga tidak memerlukan penyadapan karena penyadapan bagaimanapun akan membawa bahaya infeksi. BAK spontan tiap 3-4 jam, bila ibu tidak mampu buang air kecil sendiri, tindakan yang dilakukan sebagai berikut :

- 1) Dirangsang dengan mengalirkan air keran di dekat klien
- 2) Mengompres air hangat di atas simfisis
- 3) Saat berendam air hangat klien disuruh BAK

d) *Personal Hygiene* (kebersihan diri)

Bagian yang paling utama dibersihkan adalah puting susu dan mammae.

1) Puting susu

Harus diperhatikan kebersihannya dan luka pecah harus segera diobati. Air susu yang menjadi kering akan menjadi kerak dan akan

merangsang kulit sehingga timbul enzema. Oleh karena itu, sebaiknya puting susu dibersihkan dengan air yang telah dimasak, tiap kali sebelum dan sesudah menyusukan bayi, diobati dengan salep penicillin, lanolin, dan sebagainya

2) Partum *Lochea*

Lochea merupakan cairan yang keluar dari vagina pada masa nifas yang tidak lain adalah sekret dari rahim terutama luka plasenta. Pada 2hari pertama, *Lochea* berupa darah disebut lokia rubra. Setelah 3-7 hari merupakan darah encer disebut *Lochea* serosa, dan pada hari ke-10 menjadi cairan putih atau kekuning-kuningan yang disebut *Lochea* alba.

Tanda-tanda pengeluaran lokia yang menunjukkan keadaan yang abnormal adalah sebagai berikut :

- 1) Pendarahan berkepanjangan
- 2) Pengeluaran lokia tertahan
- 3) Rasa nyeri yang berlebihan
- 4) Terdapat sisa plasenta yang merupakan sumber pendarahan
- 5) Terjadi infeksi *intrauterine*

e) Istirahat

Berikut adalah hal-hal yang harus dianjurkan pada ibu setelah melahirkan :

- 1) Beristirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan
- 2) Sarankan untuk kembali ke kegiatan-kegiatan yang tidak berat

Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, diantaranya adalah sebagai berikut :

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
 - 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak pendarahan
 - 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri
- f) Latihan / Senam Nifas

Senam nifas merupakan senam yang dilakukan ibu-ibu setelah melahirkan setelah keadaan tubuhnya pulih kembali. Senam nifas bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul dan otot perut

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan *Sectio Caesarea*

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dalam melakukan asuhan keperawatan secara keseluruhan. Pengkajian terdiri dari tiga tahapan yaitu pengumpulan data, pengelompokan data atau analisa data perumusan diagnosa keperawatan (Padila, 2015).

Pengkajian pada post partum SC menurut (Padila, 2015) :

a. Sirkulasi

Perhatikan riwayat masalah jantung, edema pulmonal, penyakit vaskuler perifer atau statis vaskuler (peningkatan risiko pembentukan thrombus).

b. Integritas Ego

Perasaan cemas, takut, marah, apatis, serta adanya faktor-faktor stress multiple seperti financial, hubungan, gaya hidup. Dengan tanda-tanda tidak dapat beristirahat, peningkatan ketegangan, stimulasi simpatis.

c. Makanan / cairan

Malnutrisi, membran mukosa yang kering, pembatasan puasa pra operasi malnutrisi, insufisiensi pankreas / DM, predisposisi untuk hipoglikemia / ketoasidosis.

d. Pernafasan

Adanya infeksi, kondisi yang kronik / batuk, merokok

e. Keamanan

Adanya alergi sensitif terhadap otot, makanan dan larutan, adanya defisiensi imun, riwayat penyakit hepatic, riwayat transfusi darah, tanda munculnya proses infeksi.

2. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Bagaimana bentuk kepala, kebersihan kepala, kadang-kadang terdapat adanya cloasma gravidarum, dan apakah ada benjolan

b) Leher

Kadang-kadang ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid, karena adanya proses menerang yang salah

- c) Mata terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning
- d) Telinga
Biasanya bentuk telinga simetris atautidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga
- e) Hidung
Adanya polip atau tidak dan apabila pada post partum kadang-kadang ditemukan pernapasan cuping hidung
- f) Dada
Terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papila mammae
- g) Fundus uteri 3 jari dibawah pusat pada saat dilakukan pemeriksaan
- h) Genetalia
Pengeluaran darah campur lendir, pengeluaran air ketuban, bilaterdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anakdalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak
- i) Anus
Kadang-kadang pada klien nifas ada luka pada anus karena rupture
- j) Ekstremitas
Pemeriksaan odema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarnya uterus,karena preeklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal

h) Tanda-tanda vital

Apabila terjadi perdarahan pada post partum tekanan darah turun, nadi cepat, pernapasan meningkat, suhu tubuh turun

(Setiono, 2013)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah tahapan kedua dalam proses keperawatan dan merupakan suatu pernyataan dari masalah klien baik aktual maupun resiko berdasarkan data pengkajian yang sudah dianalisis (Padila, 2015)

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut Reeder & Martin (2011), Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, (2016) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan (pembedahan)
- b. Ketidakefektifan pola napas yang berhubungan dengan pernapasan dangkal sebagai akibat sekunder dari nyeri pada insisi
- c. Gangguan kenyamanan yang berhubungan dengan nyeri pada insisi dan involusi uterus
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
- e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum SC
- f. Gangguan eliminasi urin
- g. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
- h. Resiko infeksi berhubungan dengan pembedahan

- i. Defisit perawatan diri mandi / kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan nyeri post partum SC, Ketidaknyamanan
- j. Konstipasi
- k. Resiko syok (hipovolemik)
- l. Resiko perdarahan
- m. Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum SC berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum SC
- n. Cemas berhubungan dengan perubahan dalam (status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran)

4. Perencanaan

Perencanaan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien (Depkes, 1993 dalam Maryam, 2013).

Tabel 2.3
Rencana Keperawatan

Nyeri Akut	Tujuan :	Intervensi	Rasional
Definisi : Pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International association for the	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang atau dapat teratasi dengan : Kriteria hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari	1. Akupressur 2. Pemberian Analgetik 3. Pemberian anastesi 4. Pengurangan kecemasan 5. Manajemen Lingkungan 6. Pengurangan Perut Kembung 7. Manajemen nyeri dengan menggunakan	: 1. Untuk membantu meningkatkan sirkulasi darah dan merangsang system saraf pusat 2. Untuk memberikan pengobatan mengurangi nyeri neuropatik 3. memberikan ketenangan pasien 4. untuk memberikan ketenangan terhadap seseorang 5. Mencapai tujuan lingkungan yang

study of pain) : awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan	bantuan)	teknik relaksasi napas dalam	produktif
	2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan menejemnyeri	8. Terapi latihan : Ambulasi	6. Pencegahan untuk pengurangan asupan
	3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	9. Terapi latihan : Mobilitas (Pergerakan) sendi	7. Untuk mengontrol dan mengurangi rasa nyeri
	4. Menyatakan rasa nyaman setelah berkurang	10. Sentuhan Terapeutik	8. Memberikan proses penyembuhan luka
Batasan Karakteristik :		11. Monitor tanda-tanda vital	9. Memberikan latihan untuk melakukan pergerakan
1. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkan lainnya (Misalnya Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assesment Checklist for senior with Limited Ability to Communicate)		12. Fasilitasi meditasi	10. Membantu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
2. Diaforesis		13. Terapi oksigen	11. Mengetahui tanda-tanda vital
3. Dilatasi pupil		14. Perawatan paska anastesi	12. Untuk mengatasi fungsi-fungsi kesehatan tubuh secara menyeluruh
4. Ekspresi wajah nyeri (Misalnya, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus, meringis)		15. Peningkatan keselamatan	13. Membantu proses pernafasan
5. Fokus menyempit (Misalnya, persepsi waktu, proses berpikir,		16. Peningkatan keselamatan	14. Mencegah terjadinya proses iritasi
		17. Terapi Musik	15. Mewujudkan masyarakat sehat, nyaman ,fisik, mental dan bebas dari cedera
		18. Imajinasi terbimbing	16. untuk meningkatkan kualitas fisik dan mental dengan rangsangan suara
		19. Humor	17. Mengurangi stress dan meningkatkan perasaan tenang
		20. Hipnosis	18. Mengendalikan diri untuk mengatasi masalah
		21. Terap latihan : Kontrol otot	19. Mengontrol seseorang untuk menahan rasa sakitnya
		22. Memandikan	20. Memajukan aktifitas pebderita
			21. Memberikan rasa aman dan nyaman
			22. .Memberikan rasa aman dan nyaman

-
- interaksi
dengan orang
dan
lingkungan
6. Fokus pada diri sendiri
 7. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (misalnya, skala wong baker FACES, skala analog visual, skala penilaian numerik)
 8. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
 9. Sikap melindungi area nyeri
 10. Mengekspresikan perilaku (misalnya, gelisah, merengek, menangis, waspada)
 11. Laporan tentang perilaku nyeri / perubahan aktivitas (misalnya, anggota keluarga. Pemberi asuhan)

Faktor yang berhubungan:

1. Agens cedera biologis (misalnya, infeksi, iskemia, neoplasma)
 2. Agens cedera fisik (misalnya, abses,
-

-
- amputasi, luka bakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur bedah, trauma, olahraga berlebihan
 - 2. Agens cedera kimiawi (misalnya, luka bakar, kapsaisin, metilen klorida, agens mustard)
-

(Herdman, 2015&Moorhead dkk, 2013)

5. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan meruokan perintah atau petunjuk dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan dari hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain (Tarwoto & Wartonah, 2011).

6. Evaluasi

Evaluasi adalah proses untuk menjamin kulaitas dan ketepatan perawatan yang diberikan dengan meninjau keefektifan rencana perawatan (Maryam, 2013). Adapun evaluasi yang diharapkan pada klien dengan post partum SC Menurut Padila (2015) sebagai berikut:

- a. Klien mampu melakukan relaksasi untuk mengontrol dan mengurangi rasa nyeri
- b. Klien dapat melaksanakan mobilisasi dini,
- c. Rasa nyaman klien terpenuhi,
- d. Klien menunjukkan respon adaptif, dan
- e. Tidak terjadi komplikasi: perdarahan dan infeksi.