

BAB II

TINJAUN PUSTAKA

A. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada masa *post* operasi meliputi mengevaluasi parameter fisik klien dan kesiapan serta pemahaman terhadap prosedur dan mengidentifikasi kemungkinan factor-faktor resiko yang ada. (Irmadhani, 2021)

a. Identitas atau biodata klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat suku bangsa, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit dan nomor register.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus

2) Riwayat penyakit sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang di rasakan, bagaimana pengeluaran lochea, bagaimana keadaan luka insisi abdomena

3) Riwayat penyakit keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, TBC, hipertensi, penyakit kelamin, abortus dan bayi kembar yang mungkin dapat di turunkan kepada pasien.

4) Riwayat persalihan sekarang

Tanggal persalihan, jenis persalihan, jenis kelamin anak, keadaan bayi (BB dan PB), penolong persalihan. Hal ini perlu di kaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan.

c. Keadaan klien

1) Aktivitas

Mengalami gangguan mobilisasi akhirnya aktivitas klien terganggu karena adanya anestesi dan luka post operasi section caesarea

2) Sirkulasi

Kehilangan banyak darah selama prosedur pembedahan hipertensi dan pendarahan vagina yang mungkin terjadi, kemungkinan kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira 600-800 ml.

3) Integritas ego

Integritas ego dapat menimbulkan prosedur yang diantisipasi sebagai tanda kegagalan pada kemampuan sebagai wanita menunjukkan stabilitas emosional dari kegembiraan, ketakutan, menarik diri dan kecemasan.

4) Neurosensori

Kerusakan gerakan dan sensasi di bawah tingkat anestesi spinal epidural

5) Nyeri/ketidakhnyamanan

Pasien mengeluh nyeri karena trauma bedah dan ketidaknyamanan akibat bedah (insisi), distensi kandung kemih, efek-efek anestesi dan nyeri tekan terus serta mengkaji skala nyeri pada klien post SC.

6) Seksualitas

Fundus kontraksi kuat dan terletak pada umbilicus dan terdapat lochea. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan berlebihan.

d. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan kesadaran klien, berat badan, tinggi badan

2) Tanda –tanda vital (suhu, nadi dan pernafasan, tekanan darah)

3) Rambut (warna rambut, jenis rambut, kebersihan, rontok atau tidak apakah ada lesi atau tidak)

4) Mata (skelanya ikterik atau tidak, konjungtiva anemis atau an anemis, pada ibu yang mengalami persalianan kongjungtivanya anemis, palpebral edema atau tidak, menggunakan alat bantu penglihatan

atau tidak)

- 5) Hidung (bernapas dengan menggunakan cuping hidung atau tidak)
- 6) Leher (apakah klien mengalami pembengkakan kelenjer tiroid)
- 7) Telinga (menggunakan alat bantu pendegaran atau tidak dan fungsi pendengaran klien)
- 8) Mulut (mukosa bibir klien, tekstur dan warna sianosis atau tidak)
- 9) Abdomen (keadaan abdomen, warna, ada lesi atau tidak, keadaan luka operasi, nyeri abdomen post SC dan bising usus klien).
- 10) Payudara (putting susu menonjol atau tidak, warna areola mammae, kondisi mammae, colostrum sudah keluar atau belum).
- 11) Genitalia terdapat varises atau tidak, apakah ada edema atau tidak, pengeluaran lochea berwarna apa. Lochea rubra 1-3 hari berwarna merah kehitaman, lochea sanguinolenta 3-7 hari berwarna merah kekuningan, lochea serosa 8-14 hari berwarna kekuningan/kecoklatan dan lochea alba >14 hari berwarna putih.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Menurut Tim Pokja SDKI PPNI, 2016 jenis- jenis diagnosis keperawatan tersebut dapat di uraikan sebagai berikut:

a. Diagnosis Aktual

Diagnosi ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda /gejala mayor dan minor dapat di temukan dan di validasi pada klien.

b. Diagnosis Risiko

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atas proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien beresiko mengalami masalah kesehatan, tidak ditemukan tanda/gejala mayor pada klien, namun klien memiliki factor resiko mengalami masalah

kesehatan.

c. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik dan optimal.

Masalah yang terjadi pada ibu section caesarea yaitu :

- 1) Gangguan mobilitas fisik (D.0054) b. d nyeri
- 2) Nyeri akut (D. 0077) b.d agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).
- 3) Resiko infeksi (D.0142) b.d efek prosedur invasif .

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnose keperawatan yang telah di tentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhans klien.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No .	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan																								
1	<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>Definisi Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Gangguan mobilitas b. d nyeri</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Pergerakan ekstremitas	1	2	3	4	5	Kekuatan otot	1	2	3	4	5	Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5	<p>Dukungan mobilisasi (1.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melalui mobilisasi
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																						
Pergerakan ekstremitas	1	2	3	4	5																						
Kekuatan otot	1	2	3	4	5																						
Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5																						

No .	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil					Intervensi Keperawatan		
	Gejala dan tanda mayor	Nyeri	1	2	3	4	5	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	
	Subjektif	Kecemasan	1	2	3	4	5		
	1 Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	Kaku sendi	1	2	3	4	5	Terapeutik	
	Objektif	Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5		1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)
	2 Kekuatan otot menurun	Gerakan terbatas	1	2	3	4	5		2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
	3 Rentang gerak (ROM) menurun	Kelemahan fisik	1	2	3	4	5	3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	
Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1 nyeri saat bergerak								Edukasi 1. Jelaskan tujuan	

No .	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan												
	<p>2 enggan melakukan pergerakan</p> <p>Objektif</p> <p>1 Sendi kaku</p> <p>2 Gerakan tidak terkordinasi</p> <p>3 Gerakan terbatas</p> <p>4 Fisik lemah</p>		<p>dan prosedur mobilisasi</p> <p>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah tempat tidur ke kursi)</p>												
2	<p>Nyeri akut fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkut berat prosedur operasi, trauma)</p>	<p>Tujuan dan Kriteria Hasil</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil</p> <table border="1" data-bbox="539 1118 1626 1214"> <thead> <tr> <th data-bbox="539 1118 763 1158">Kriteria Hasil</th> <th data-bbox="763 1118 954 1158">Meningkat</th> <th data-bbox="954 1118 1144 1158">Cukup meningkat</th> <th data-bbox="1144 1118 1335 1158">Sedang</th> <th data-bbox="1335 1118 1525 1158">Cukup menurun</th> <th data-bbox="1525 1118 1626 1158">Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun							<p>Pengaturan posisi (1.01019)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah</p>
Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun										

No .	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil					Intervensi Keperawatan	
	<p>a, latihan fisik berlebihan)</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan</p>	Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5	<p>posisi</p> <p>2. Monitor alat transaksi agar selalu tepat</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Tempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat</p> <p>2. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan</p> <p>3. Sediakan matras yang kokoh/padat</p> <p>4. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi</p> <p>5. Atur posisi untuk mengurangi sesak(</p>
		Keluhan nyeri	1	2	3	4	5	
		Meringis	1	2	3	4	5	
		Sikap protektif	1	2	3	4	5	
		Gelisah	1	2	3	4	5	
		Kesulitan tidur	1	2	3	4	5	
		Menarik diri	1	2	3	4	5	
		Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5	
		Diaforesis	1	2	3	4	5	
		Perasaan depresi(tertekan)	1	2	3	4	5	

No .	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil						Intervensi Keperawatan
	<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif</p> <p>1 Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif</p> <p>1 Tampak meringis</p> <p>2 Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)</p> <p>3 Gelisah</p>	<p>Perasaan takut mengalami cenderung berulang</p> <p>Anoreksia</p> <p>Pereneum merasa tertekan</p> <p>Uterus terba membulat</p> <p>Ketegangan otot</p> <p>Pupil dilatasi</p> <p>Muntah</p> <p>Mual</p> <p>Frekuensi nadi</p> <p>Pola napas</p> <p>Tekanan darah</p>	<p>1</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>	<p>mis, semi- fowler)</p> <p>6. Atur posisi yang meningkatkan drainage</p> <p>7. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat</p> <p>8. Imbolisasi dan topang bagian tubuh yang ceder dengan tepat</p> <p>9. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat</p> <p>10. Tinggikan anggota gerak 20 derajat atau lebih di atas level jantung</p>

No .	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	
	4 Frekuensi nadi meningkat	Proses berpikir 1 2 3 4 5	11. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 12. Berikan bantal yang tepat pada leher 13. Berikan topangan pada area edema (mis, bantal dibawah lengan dan sroktum) 14. Posisikan untuk mempermudah ventilasi 15. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif 16. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan	
	Gejala dan tanda Minor Subjektif (tidak tersedia)	Fokus 1 2 3 4 5		
		Fungsi berkemih 1 2 3 4 5		
		Perilaku 1 2 3 4 5		
		Nafsu makan 1 2 3 4 5		
	Objektif	Pola tidur 1 2 3 4 5		
		1 Tekanandarah meningkat		
		2 Pola napas berubah		
		3 Nafsu makan berubah		
	4 Proses berpikir terganggu			

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
	5 Menarik diri 6 Berfokus pada diri sendiri 7 Diaforesis		17. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri 18. Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi 19. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan padaluka 20. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi 21. Ubah posisi setiap 2 jam 22. Ubah posisi dengan teknik log roll 23. Jadwalkan secara

No .	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			<p>tertulis untuk perubahan posisi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi jika

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan																																				
			perlu																																				
3	<p>Resiko infeksi</p> <p>Definisi Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p> <p>Resiko infeksi (0142)b.d efek prosedur invasif</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p>	<p>Tujuan dan Kriteria Hasil</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil</p> <table border="1" data-bbox="544 619 1621 1241"> <thead> <tr> <th></th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup meningkat</th> <th>sedang</th> <th>Cukup menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebersihan tangan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kebersihan badan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Demam</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Meningkat	Cukup meningkat	sedang	Cukup menurun	Menurun	Kebersihan tangan	1	2	3	4		Kebersihan badan	1	2	3	4	5	Nafsu makan	1	2	3	4	5	Demam	1	2	3	4	5	Kemerahan	1	2	3	4	5	<p>Pencegahan infeksi (1.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>
	Meningkat	Cukup meningkat	sedang	Cukup menurun	Menurun																																		
Kebersihan tangan	1	2	3	4																																			
Kebersihan badan	1	2	3	4	5																																		
Nafsu makan	1	2	3	4	5																																		
Demam	1	2	3	4	5																																		
Kemerahan	1	2	3	4	5																																		

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil					Intervensi Keperawatan	
	(tidak tersedia) Gejala dan tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif (tidak tersedia)	Nyeri	1	2	3	4	5	4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien bersiko tinggi
		Bengkak	1	2	3	4	5	
		Vesikel	1	2	3	4	5	
		Cairan berbau busuk	1	2	3	4	5	Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
		Sputum berwarna hijau	1	2	3	4		2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
		Drainase malaise	1	2	3	4		3. Ajarkan etika batuk
		Periode mengigil	1	2	4	4		4. Ajarkan cara memeriksa luka atau luka operasi
		Lelargi				4		5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
		Gangguan kognitif	1	2	3	4		6. Anjurkan meningkatkan asupan
		Kadar sel darah putih	1	2	3	4		

No .	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil					Intervensi Keperawatan		
		Kultur darah	1	2	3	4		5 cairan	Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
		Kultur urine	1	2	3	4		Kolaborasi	
		Kultur sputum	1	2	3	4		15 Kolaborasi	
		Kultur area luka	1	2	3	4		5 imunisasi, jika	
		Kultur feses	1	2	3	4		5	
		Kadar sel darah putih	1	2	3	4		5	

4. Implementasi

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari gangguan kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang jauh lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, atau implementasi juga adalah proses pelaksanaan atau penerapan suatu rencana, konsep, kebijakan, ide ke dalam tindakan nyata sehingga dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Sholikhah, 2023)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan, evaluasi adalah proses membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan. (Sholikhah, 2023). Evaluasi juga disebut evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (*subjektif, objektif, asesment, perencanaan*).

Teknik SOAP :

S (*subjektif*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

O (*objektif*) merupakan informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan.

A (*asesment*) adalah membandingkan antar informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.

P (*Planing*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang dilakukan berdasarkan hasil analisa.

B. Konsep Teori

1. *Sectio Caesarea*

a. Definisi *section caesarea*

Sectio caesar (SC), merupakan sebuah tindakan medis yang di perlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa di lakukan secara normal. dikenal sebagai persalinan caesar, SC merupakan tindakan ini di artikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Rofiah et al., 2024)

b. Etiologi

Beberapa penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut:

1) Prelekmnsia Berat (PEB)

Preeklamsia adalah sindrom khusus kehamilan yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan dan ditandai oleh vasospasme dan berkurangnya perfusi organ karena aktivasi endotel, yang menyebabkan peningkatan tekanan darah (TD), edema, dan bermanifestasi sebagai proteinuria. Preeklamsia dan eklamsia merupakan penyakit yang secara langsung disebabkan oleh kehamilan, namun penyebabnya masih belum diketahui. Setelah pendarahan dan infeksi, hipertensi dan eklampsia akibat kehamilan merupakan penyebab terpenting kematian ibu dan perinatal. (Anggria, 2022)

2) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini terjadi ketika kantung ketuban pecah sebelum tanda-tanda persalinan muncul dan persalinan tidak dimulai setelah masa tunggu. Kebanyakan kasus ketuban pecah dini terjadi pada usia kehamilan 37 minggu atau lebih, dan ketuban pecah dini diperkirakan terjadi sebelum persalinan. Ketuban pecah dini disebabkan oleh penurunan kekuatan selaput atau peningkatan tekanan intrauterin. Kelemahan selaput ketuban disebabkan oleh infeksi yang berasal dari vagina atau leher rahim. Penatalaksanaan

pecahnya ketuban sebelum persalinan harus mempertimbangkan usia kehamilan, adanya infeksi atau komplikasi ibu dan janin, dan adanya tanda-tanda persalinan. (Anggria, 2022)

3) Plasenta Previa

Pada plasenta previa, plasenta tertanam di lokasi abnormal, lebih rendah di dalam rahim, sering kali menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir, sehingga bagian terendahnya sulit masuk ke panggul. pintu masuk (PAP) atau menyebabkan kelainan janin di dalam rahim. Biasanya, plasenta terletak di bagian anterior atau posterior rahim, sedikit miring ke arah fundus. (Anggria, 2022)

4) Letak Sungsang

Pada presentasi sungsang, janin terletak memanjang dengan kepala di fundus dan pantat di dasar rongga rahim. Ada jenis presentasi sungsang: presentasi panggul, presentasi sungsang komplet, presentasi sungsang tidak inkomplet, dan presentasi sungsangkomplet. (Anggria, 2022)

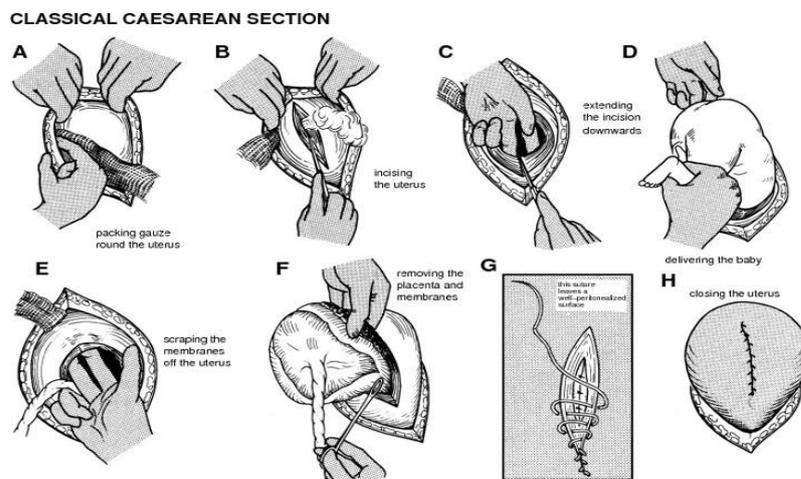
5) Letang lintang

Letak melintang merupakan posisi janin di dalam rahim yang sumbu tubuh janin tegak lurus dengan sumbu rahim. Faktanya, posisi melintang sejati (di mana sumbu tubuh bayi tegak lurus dengan rahim, membentuk sudut 90°) jarang terjadi. Pada posisi berbaring miring, bahu biasanya terletak di atas pintu masuk panggul atas, kepala berada di salah satu fossa panggul, dan bokong berada di dalam fossa panggul. yang lain. Pada kondisi. (Anggria, 2022)

c. Anatomi fisiologis

Abdomen adalah bagian tubuh yang berongga antara tulang rusuk dan panggul. Rongga ini berisi organ-organ internal dan dikelilingi oleh dinding perut, yang dibentuk oleh otot perut, tulang belakang, dan tulang panggul. Cara yang paling umum untuk mengidentifikasi daerah perut adalah dengan membagi perut menjadi

dua bidang horizontal dan dua bidang vertikal. Bidang bayangan membagi dinding perut anterior menjadi sembilan daerah. Dua dari tingkat berjalan horizontal pada tingkat tulang rawan tulang rusuk kesembilan tingkat bawah berjalan pada tingkat atas *crista iliaca*, dan dua bidang lainnya vertikal kiri dan kanan tubuh yaitu tulang rawan iga kedepan hingga kepertengahan ligamen ingueneale.(Anggria, 2022)



Gambar 2. 1 Anatomi *sectio Caesarea*

Sumber :(Anggria, 2022)

d. Patofisiologis

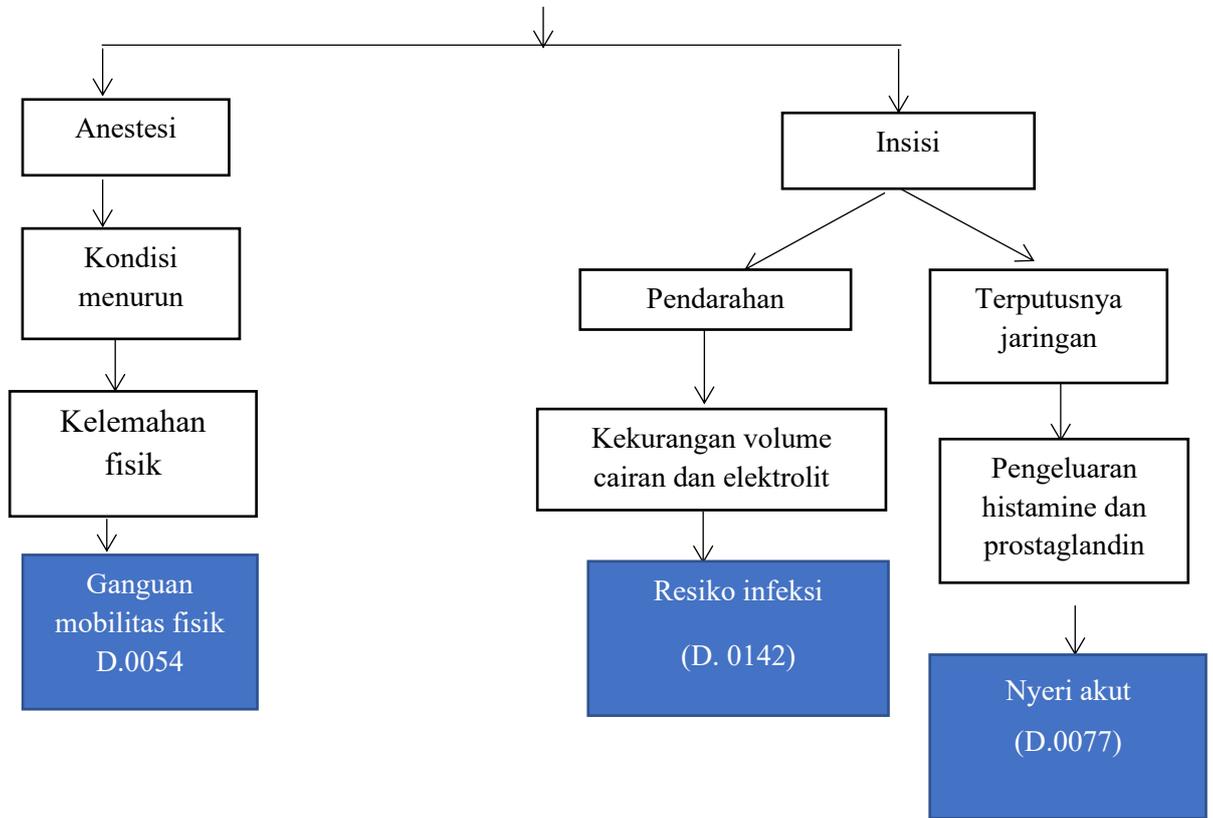
Menurut (Anggria, 2022) *sectio caesar* adalah suatu persalihan buatan di mana janin dilahirkan melalui sayatan di dinding perut dan rahim jika rahim utuh dan beratnya lebih dari 500 gram. Selama operasi caesar sayatan dibuat di perut. dan dinding Rahim Saat rongga rahim terbuka, kantung ketuban pecah. Setelah janin dan plasenta lahir, lapisan endometrium, miometrium, dan periuterin dijahit menjadi satu.

Pada proses pembedahan, sayatan dibuat di dinding perut dan jaringan, pembuluh darah, dan saraf di sekitar sayatan robek. Hal ini merangsang pelepasan histamin dan prostaglandin, yang menyebabkan

nyeri (nyeri akut), keengganan untuk bergerak, dan masalah mobilitas terbatas. Setelah operasi selesai, lokasi sayatan akan ditutup, tetapi luka pasca operasi dapat terbentuk, yang dapat menyebabkan masalah, termasuk risiko infeksi.

e. *Pathway* (WOC)

Sectio caesarea



Bagan 2. 1 Pathway *Post Sectio Caesarea*
 Sumber:(Anggria, 2022)

f. Manifestasi Klinis

Persalinan melalui operasi caesar akan membutuhkan perawatan yang lebih komprehensif, termasuk perawatan pascanatal dan pasca operasi. Dengan manifestasi klinis : (Mustikawati, 2022)

Nyeri yang di sebabkan dari luka pembedahan

- 1) Adanya luka insisi di bagian abdomen
- 2) Umbilicuc, fundus uterus kontraksi kuat
- 3) Aliran lonchea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- 4) Ada kurang lebih 600-800 ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- 5) Emosi yang lebih atau ketidakmampuan menhadapi situasi baru pada perubahan emosional
- 6) Tidak terdengarnya suara bising usus
- 7) Pengaruh anestesi dapat memicu mual, muntah dan imobilisasi
- 8) Klien memilih untuk tidak banyak melakukan pergerakan.
- 9) Status pulmonary bunyi paru jelas dan vesikuler

g. Komplikasi

Persalinan bedah besar (*section caesarea*) memiliki resiko lebih besar untuk terjadinya komplikasi dibandingkan persalihan normal dengan factor yang paling dominan adalah factor anestesi, pengeluaran darah oleh ibu selama selama proses operasi, komplikasi penyulit, endomititis (radang endometrium), tromboplebitis (pembekuan darah pemulihan balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah) dan pemulihan bentuk dan letak Rahim menjadi tidak sempurna. Dampak dari *section caesarea* ini adalah terjadinya infeksi pada ibu seperti infeksi rahim, infeksi kandung kemih dan infeksi pada bekas operasi, jika di biarkan maka akan terjadi kematian pada ibu. (Farlikhatun & Supardi, 2024)

Komplikasi *post sectio Caesarea* meliputi:

- 1) Nyeri pada daerah insisi
- 2) Perdarahan primer sebagai kegagalan mencapai homeostatis karena insisi rahim atau akibat atonia uteri
- 3) Sepsis setelah pembedahan, frekuensi dan komplikasi yang lebih besar bila *section caesarea* di laksanakan selama persalianan atau bila terdapat infeksi dalam rahim
- 4) Infeksi akibat luka operasi
- 5) Cidera pada sekeliling usus besar, kandung kemih yang lebar dan ureter.
- 6) Bengkak pada ekstremitas bawah
- 7) Penurunan elastisitas otot perut dan otot dasar panggul

h. Penatalaksanaan

Perawatan yang tepat sangat penting dalam penyembuhan luka untuk membantu regenerasi jaringan kulit, mencegah infeksi luka dan membuat proses penyembuhan lebih efektif. Kondisi klinis ibu merupakan dasar yang perlu dinilai untuk mengelola atau menetapkan proses perawatan luka yang efektif. Perawatan luka ibu akan ditentukan berdasarkan tingkat keparahan luka. Jika diduga ada infeksi, rawat inap dan rujukan atau tindakan pembersihan lebih lanjut mungkin diperlukan. (Saleh, 2023)

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan dengan *post sectio Caesarea*.

1) Perawatan awal

a) Letakan pasien pada posisi pemulihan (recovery)

Pantau keadaan umum pasien, monitor tanda- tanda vital tiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit sekali tiap 15 menit hingga sadar

b) Pemberian cairan

Pasca operasi *sectio Caesarea* , pasien akan puasa dalam 6 jam pertama. Oleh karena itu dalam pemberian cairan intravena ke

pasien harus tercukupi yang mengandung zat elektrolit supaya tidak mengalami hipotermia, dehidrasi ataupun komplikasi pada organ tubuh lainnya.

c) Pastikan jalan nafas pasien bersih dan cukup ventilasi

(1) Diet

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

(2) Kateterisasi

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

(3) Pemberian terapi obat

- a) Antibiotic
- b) Analgesic
- c) Suppositoria

i. Pencegahan

Manajemen perawatan luka operasi di bidang obstetri untuk mencegah infeksi pada pasien pasca operasi caesar terutama klasifikasi jenis luka, komplikasi luka, proses penyembuhan luka, jenis-jenis penyembuhan luka, faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka, dan pengetahuan tentang perawatan luka.

Pencegahan menurut, (Jannah, 2022)

- 1) Melakukan senam hamil
- 2) Nutrisi selama hamil terpenuhi
- 3) Rutin memeriksa kandungannya di bidan atau dokter kandungan
- 4) USG rutin

2. Luka

a. Pengertian luka SC

Luka *sectio caesar* adalah terputusnya kontinuitas sel yang disebabkan oleh pembedahan untuk membuka dinding perut dengan tujuan mengeluarkan janin dan plasenta. Luka pascaoperasi adalah luka akut yang paling umum, dan karena operasi dilakukan dalam kondisi steril di ruang operasi, risiko infeksi diminimalkan. Penyembuhan luka pasca operasi terjadi terutama karena luka ditutup dengan jahitan dan alat penutup lainnya, sehingga meminimalkan kehilangan jaringan akibat laserasi. (Firdaus, 2022)

Luka *sectio Caesarea* adalah luka yang timbul selama prosedur pembedahan, yang merupakan metode persalinan di mana bayi di lahirkan melalui insisi pada dinding perut dan rahim ibu. (L. C. Ningrum et al., 2024)

Luka adalah terputusnya kesinambungan sel, yang diikuti oleh penyembuhan luka, yakni pemulihan kesinambungan tersebut.

b. Jenis irisan bedah SC

Menurut (Kusumanagari, 2021) jenis irisan/bedah SC adalah;

a. Teknik sc klasik

Dilakukan insisi (irisasi sayatan) pada korpus uteri (tubuh rahim) sepanjang 10- 12 cm, sehingga sayatan terbentuk adalah garis vertical.

b. Teknik transperitonealis profunda

Pembedahan ini paling banyak dilakukan. Melakukan insisi pada segmen bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan dan kiri agak melengkung ke atas untuk menghindari terbukanya cabang pembuluh darah, sehingga garis terbentuk adalah horizontal.

c. Komplikasi luka

Menurut (Andriani et al., 2023) Komplikasi luka di bagi menjadi 3 yaitu sebagai berikut :

1) Hematoma

Balutan dilihat terhadap perdarahan (hemoragi) pada interval yang sering selama 24 jam setelah pembedahan. Setiap perdarahan dengan jumlah yang tidak semestinya di laporkan. Hemoragi ini biasanya berhenti spontan tetapi mengakibatkan pembentukan bekuan di dalam luka.

2) Infeksi

Bila terjadi proses inflamatori, hal ini biasanya menyebabkan gejala dalam 36-48 jam. Frekuensi nadi dan suhu tubuh meningkat dan luka biasanya bengkak hangat dan nyeri tekan, tanda-tanda lokal mungkin tidak terdapat ketika infeksi sudah mendalam.

3) Dehiscence dan Eviserasi

Dehiscence adalah insisi atau luka bedah dan Eviserasi adalah penonjolan isi luka. Komplikasi ini sering terjadi pada jahitan yang lepas, infeksi dan yang sering karena batuk keras dan mengejan.

d. Proses penyembuhan luka *sectio Caesarea*

Penyembuhan luka merupakan proses yang kompleks dan teratur secara umum yang melibatkan regenerasi epitel dan pembentukan jaringan parut jaringan ikat. Proses penyembuhan luka yang terjadi melalui sayatan bedah yang bersih dan bebas infeksi di sekitar jahitan bedah disebut penyembuhan luka atau penyembuhan primer. Sayatan tersebut secara lokal mengganggu kontinuitas membran dasar epitel dan menyebabkan kematian relatif sedikit sel epitel dan jaringan ikat. Sayatan sempit tersebut dengan cepat terisi darah mengandung fibrin, dan saat permukaannya. (Asnaniar et al., 2023)

Proses fisiologi penyembuhan luka dapat di bagi menjadi 4 bagian menurut (Melanie & SA, 2023) sebagai berikut ;

1) Fase inflamasi (durasi 0-3 hari)

Jaringan yang rusak dan sel mati melepas histamine dan mediator lain, sehingga dapat vase di latasi dari pembuluh darah sekeliling yang masih utuh serta meningkatkan penyediaan darah ke daerah tersebut, sehingga menyebabkan merah dan hangat.

2) Fase destruksi (1-6 hari)

Pembersihan terhadap jaringan mati atau yang mengalami devitalisasi dan bakteri oleh polimorf dan makrog. Polimorf menelan dan menghancurkan bakteri. Tingkat aktivitas polimorf yang tinggi hidupnya singkat saja penyembuhan dapat berjalan terus tanpa keberadaan sel tersebut.

3) Fase proliferasi (durasi 3-24 hari)

Fibroblas memperbanyak diri dan membentuk jarring-jaring untuk sel-sel yang bermigrasi

4) Fase Epitelialisasi

Proses ini berlansung bersamaan dengan proses penyembuhan jaringan untuk membentuk lapisan perlindungan luar. Proses ini di mulai sejak 1 hari terjadinya luka. Pada proses mingrasi dan poliferasi dari sel epitel ke luka tersebut, yang terlihat sebagai penebalan epidermis pada tepi luka.

3. Mobilisasi Dini

a. Pengertian

Mobilisasi dini merupakan suatu kegiatan yang dapat di lakukan secara bertahap pasca operasi di awali dengan cara latihan secara ringan di atas bed, sampai mampu bangkit dari tempat tidur, kekamar mandi hingga berjalan keluar kamar. Mobilisasi dini sangatlah penting bago ibu section caesarea dalam proses penyembuhan luka karena dapat meningkatkan aliran darah dan membantu luka agar segera mengalami penyembuhan (Sa'diyyah et al., 2023)

b. Tujuan mobilisasi dini

Menurut (Anggria, 2022), manfaat mobilisasi dini adalah sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernafasan
 - 2) Meningkatkan sirkulasi peredaran darah
 - 3) Meningkatkan berkemih untuk mencegah retensi urin
 - 4) Meningkatkan metabolisme
 - 5) Meningkatkan peristaltic
- c. Manfaat latihan mobilisasi dini
- Mobilisasi dini merupakan factor yang berhubungan dengan pemulihan luka *section caesarea* karena salah satu manfaatnya yaitu menlancarkan sirkulasi darah. Sirkulasi darah yang lancar dapat membantu dalam proses penyembuhan luka karena darah mengandung zat yang di butuhkan untuk penyembuhan luka seperti oksigen, obat- obatan dan gizi. Mobilisasi dini memiliki efek positif yang signifikan terhadap proses penyembuhan luka dan mencegah risiko trombosis, tromboemboli, kehilangan fungsi, dan infeksi (Suryanti et al., 2024).
- d. Tahap- tahap mobilisasi dini
- Menurut (Patandung et al., 2023) mobilisasi dini di lakukan secara bertahap yaitu :
- 1) Setelah operasi, pada 6 jam pertama pasien harus tirah baring mobilisasi dini yang bisa di lakukan yaitu menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan kedua juga memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, mengeser kaki, bertujuan agar kerja organ pencernaan kembali normal.
 - 2) Setelah 6-10 jam, pasien harus dapat miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah thrombosis dan trombo emboli.
 - 3) Setelah 24 jam pasien di anjurkan untuk dapat mulai belajar untuk bisa duduk
 - 4) Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien belajar jalan