

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber adalah tahap pertama dari proses keperawatan dan digunakan untuk menilai status kesehatan klien

a. Identitas pasien

Meliputi nama, usia, tanggal lahir, alamat, nomor RM, tanggal pengkajian.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Nyeri pada luka operasi kaki, kesemutan, pusing, ketidakmampuan untuk kentut, efek anastesi, dan pendarahan adalah keluhan utama ibu dengan kasus *post sectio caesarea*.

2) Riwayat Menstruasi

Tanyakan tentang riwayat menstruasi ibu, termasuk usia menarche, siklus haid, lama haid, karakteristik darah haid seperti warna, bau, dan konsistensi, dan apakah ada keluhan saat haid (disminorhea).

3) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan dan tanggal pertama kali menikah adalah pertanyaan penting.

4) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui *HPHPT* untuk menentukan tafsiran parstus (TP), hamil pertama umur berapa, berapa kali pernah hamil, berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah pernah mengalami keguguran atau perdarahan, berapa kali imunisasi TT, persalinan dimana, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak pada saat lahir, jenis

kelamin anak, keadaan anak pada saat lahir, keadaan ibu setelah melahirkan, umur anak saat ini.

5) Penggunaan Alat Kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah memakai alat kontrasepsi, alat kontrasepsi apa yang pernah digunakan, adakah keluhan pada saat menggunakan alat kontrasepsi, sejauh mana pengetahuan ibu tentang alat kontrasepsi.

6) Riwayat Penyakit Yang Pernah Diderita

Tanyakan tentang penyakit yang pernah diderita yang ada hubungannya dengan sistem reproduksi serta penyakit lain yang mempengaruhi persalinan.

7) Riwayat Penyakit Keluarga

Tanyakan pada ibu apakah ada keluarga ibu yang menderita penyakit yang bersifat menurun seperti; TBC, hipertensi, HIV/AIDS, jantung, diabetes melitus (DM). Penyakit seksual (sifilis, gonorrhea), serta tanyakan pada ibu apakah ada riwayat gemeli (kembar).

8) Data Biologis

a) Bernafas

Tanyakan kesulitan dalam bernafas terutama pasca persalinan.

b) Makan dan Minum

Tanyakan bagaimana kebiasaan makan dan minum pasien apakah telah mencukupi gizi yang ditentukan.

c) Eliminasi

Tanyakan kebiasaan dan kesulitan atau masalah BAB dan BAK.

d) Istirahat dan Tidur

Perlu ditanyakan bagaimana kebiasaan dan masalah apa yang dapat mengganggu istirahat dan tidur ibu.

e) Gerak dan Aktivitas

Tanyakan hal-hal yang dapat dilakukan oleh ibu sebelum dan setelah pembedahan.

f) Kebersihan Diri

Tanyakan kebiasaan menjaga kebersihan diri terutama payudara dan vulva.

g) Berpakaian

Tanyakan kebiasaan mengganti baju

h) Pengaturan Suhu Tubuh

Tanyakan apakah ibu pernah mengalami peningkatan suhu tubuh.

i) Seksualitas

Tanyakan sebelum saat dan setelah melakukan, bagaimana pola dalam hubungan seksual.

9) Data Psikologis

a) Rasa aman

Tanyakan ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.

10) Konsep Diri

a) Identitas Diri

Tanyakan pada ibu tentang identitasnya dalam keluarga.

b) Harga Diri

Bagaimana perasaan ibu setelah melahirkan di dalam keluarga.

c) Ideal Diri

Apa yang ingin dilakukan ibu setelah melahirkan.

d) Gambaran Diri

Tanyakan pada ibu bagaimana perasaan ibu dengan perubahan tubuh yang dialami ibu selama hamil ataupun setelah melahirkan.

e) Peran Diri

Tanyakan kepada ibu apa perannya dalam keluarga.

11) Data Sosial

a) Sosial

Tanyakan tentang interkasi atau tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain.

b) Bermain dan Rekreasi

Tanyakan tentang kebiasaan pengisian waktu luang.

c) Prestasi

Kaji hal-hal yang membanggakan dari ibu yang ada hubungannya dengan kondisinya.

d) Belajar

Kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partum terutama untuk ibu dengan sectio caesarea meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva, atau cara cebok, yang benar, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara menyusui yang benar.

e) Data Spiritual

Kaji kepercayaan ibu pada Tuhan.

12) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum ibu: Suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, berat badan, tinggi badan, keadaan kulit (sianosis), raba akral.

b) Pemeriksaan Kepala: Bentuk kepala, kebersihan, ada tidak nyeri tekan.

c) Pemeriksaan Muka: Bentuk muka, ada tidaknya edema, ada tidaknya kloasma, dan nyeri tekan.

d) Pemeriksaan Mata: Bentuk mata, kongjutiva pucat atau tidak, sclera, lampang pandang, pergerakan mata.

e) Pemeriksaan Hidung: Bentuk hidung, ada tidaknya, secret, lesi, mukosa hidung, kebersihan, penciuman, pernafasan cuping hidung, dan nyeri tekan.

f) Pemeriksaan Telinga: Bentuk telinga, kebersihan, kemampuan mendengar, ada tidaknya pembesaran tonsil, ada tidaknya nyeri tekan.

- g) Pemeriksaan Mulut: Bentuk mulut, mukosa bibir, ada tidak stomatitis, kebersihan, ada tidaknya pembesaran tonsil.
- h) Pemeriksaan Leher: Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, ada tidak bendungan vena jugularis, pergerakan leher, ada tidaknya hiperpigmentasi.
- i) Pemeriksaan Payudara: Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, keadaan puting susu, hiperpigmentasi areola mammae, lecet/luka, pembengkakan buah dada, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), ada tidaknya nyeri tekan.
- j) Pemeriksaan Abdomen: Bentuk abdomen, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, keadaan luka post operasi, distensi kandung kemih, bising usus, terdapat luka, striae gravidarum.
- k) Pemeriksaan Ekstremitas: Kemampuan pergerakan, ada tidaknya edema.
- l) Genitalia dan Anus
Kebersihan pengeluaran lochea (jumlah, warna, bau, konsistensi) haemoroid.

13) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), hematokrit (Ht) dan sel darah putih (WBC).

14) Data Anastesi

Data anastesi yang digunakan mencakup jenis anastesi, lokasi penyuntikan, jenis obat yang digunakan, jumlah dosis, dan teknik suntikan.

15) Serta mencakup pengertian tentang jenis kelamin bayi, keadaan bayi pada waktu lahir, berat dan panjang badan bayi, kelainan-kelainan yang terdapat pada bayi serta keadaan tali pusat dan plasenta.

16) Data Keluarga

Mencakup tentang riwayat kesehatan keluarga, peran keluarga, fungsi keluarga, tahap perkembangan keluarga, dan coping keluarga (Nisa, 2022).

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, 2017).

Jenis-jenis diagnosis keperawatan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut (Carpenito, 2013; Potter & Perry, 2013 dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

a) Diagnosis Aktual

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

b) Diagnosis Risiko

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien beresiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayo dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami kesehatan.

c) Diagnosis Promosi Kesehatan

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

Berikut adalah uraian dari masing-masing komponen diagnosa keperawatan tersebut menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

Tabel 2.1 Jenis, Komponen dan Penulisan Diagnosa Keperawatan

No	Jenis Diagnosis Keperawatan	Komponen Dan Penulisa Diagnosis
1	Diagnosis Aktual	Masalah b.d Penyebab d.d. Tanda/Gejala
2	Diagnosis Risiko	Masalah d.d. Faktor Risiko
3	Diagnosis Promosi Kesehatan	Masalah d.d. Tanda/Gejala

SDKI mengelompokkan tanda dan gejala menjadi dua kategori, yaitu :

1. Mayor

Tanda dan gejala yang ditemukan dalam rentang 80-100 % untuk validasi penegakan diagnosa (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Minor

Tanda dan gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat digunakan sebagai pendukung tanda dan gejala mayor dalam penegakan diagnosa.

Masalah yang mungkin terjadi pada Ibu post Sc yaitu :

- a. Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik
- b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d nyeri
- c. Menyusui Tidak Efektif (D.0029) b.d ketidakadekuatan suplai ASI
- d. Resiko Infeksi (D.0142) b.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penelitian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja DPP PPNI,2018).

Tujuan perawatan berdasarkan SMART yaitu ;

1. S : *Spesifik* (Tidak memberikan makna ganda)
2. M : *Measeruble* (Dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu)
3. A : *Achievable* (Secara realistis dapat dicapai)
4. R : *Reasonble* (Dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)
5. T : *Time* (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien)

Diagnosa Keperawatan (SDKI)		Perencanaan Keperawatan					Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi	
No		Luaran Keperawatan (SLKI) dan Intervensi Keperawatan (SIKI)						
1	Nyeri Akut (D.0077) Defenisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atu fungsional, dengan osndet mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri Akut (D.0077) b.dengan Pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengengkut berat, prosedur operasi, treuma, latihan fisik berlebihan) d.d Gejala dan Tanda Mayor	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Nyeri menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut : Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	1. Identifikasi lokasi, karekteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skla nyeri 3. Identifikasi respons skala nyeri 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
		1. Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5	
		2. Keluhan nyeri	1	2	3	4	5	
		3. Meringis	1	2	3	4	5	
		4. Sikap protektif	1	2	3	4	5	
		5. Gelisah	1	2	3	4	5	
		6. Kesulitan tidur	1	2	3	4	5	
		7. Menarik diri	1	2	3	4	5	
		8. Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5	
		9. Diaforesis	1	2	3	4	5	
		10. Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5	
		11. Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5	
		12. Anoereksia	1	2	3	4	5	
		13. Perinium terasa	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)		Perencanaan Keperawatan					
			Luaran Keperawatan (SLKI) dan Intervensi Keperawatan (SIKI)					
	Subjektif	tertekan					8. Monitor	
	1. Mengeluh nyeri	14. Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5	keberhasilan terpai komplementer yang sudah diberikan
	Objektif							
	1. Tampak meringis	15. Ketegangan otot	1	2	3	4	5	9. Monitor efek samping penggunaan analgetik
	2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)	16. Pupil dilatsi	1	2	3	4	5	Terapeutik
		17. Muntah	1	2	3	4	5	
		Mual	1	2	3	4	5	10. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
		Frekuensi nadi	1	2	3	4	5	11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
		Pola napas	1	2	3	4	5	
		Tekanan darah	1	2	3	4	5	12. Fasilitasi istirahat
	3. Gelisah	Proses berpikir	1	2	3	4	5	
	4. Frekuensi nadi meningkat	Fokus	1	2	3	4	5	
	5. Sulit tidur	Fungsi berkemih	1	2	3	4	5	
	Gejala dan Tanda Minor	Perilaku	1	2	3	4	5	
	Subjektif	Nafsu makan	1	2	3	4	5	
	(tidak tersedia)							
	Objektif							
	1. Tekanan darah meningkat							
	2. Nafsu makan berubah							
	3. Pola napas berubah							
	4. Proses berpikir terganggu							
	5. Menarik diri							

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan	Luaran Keperawatan (SLKI) dan Intervensi Keperawatan (SIKI)
6.	Berfokus pada diri sendiri		dan tidur
7.	Diaforesis		13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
			Edukasi
			14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
			15. Jelaskan strategi maredakan nyeri
			16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
			17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
			18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
			Kolaborasi
			19. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
2	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Mobilitas Fisik (L.050442)	Dukungan Mobilisasi (1.05173)
		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobilitas	

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan					Observasi	
		Luaran Keperawatan (SLKI) dan Intervensi Keperawatan (SIKI)						
	Defenisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	Fisik meningkat, deng`an kriteria hasil sebagai berikut : Kriteria Hasil					1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainny	
			Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d. nyeri d.d.	Pergerakan ekstramitas	1	2	3	4	5	3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
	Gejala dan Tanda Mayor	Kekuatan otot	1	2	3	4	5	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
	Subjektif	Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5	Terapeutik
	1. Mengeluh sulit menggerakan ekstremitas	Nyeri	1	2	3	4	5	
		Kecemasan	1	2	3	4	5	5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
	Objektif	Kaku sendi	1	2	3	4	5	6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
	1. Kekuatan otot menurun	Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5	7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meingkatkan pergerakan
	2. Rentang gerak (ROM) menurun	Gerakan terbatas	1	2	3	4	5	
	Gejala dan Tanda Minor	Kelemahan fisik	1	2	3	4	5	
	Subjektif							
	1. Nyeri saat bergerak							
	2. Enggan melakukan							

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan					Edukasi	
		Luaran Keperawatan (SLKI) dan Intervensi Keperawatan (SIKI)						
	pergerakan						8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	
	3. Merasa cemas saat beregerak						9. Anjurkan Melakukan mobilisasi dini	
	Objektif						10. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	
	1. Sendi kaku							
	2. Gerakan tidak terkoordinasi							
	3. Gerakan terbatas							
	4. Fisik lemah							
3	Menyusui Tidak Efektif (D.0029) Defenisi : Kondisi dimana Ibu dan Bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui Menyusui Tidak Efektif (D.0029) b.d. ketidakadekuatan suplai ASI d.d. Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status Menyusui membaik, dengan kriteria hasil sebagai berikut : Kriteria Hasil Perlekatan bayi pada payudara ibu Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam Berat badan bayi Tetes /pancaran ASI Suplai ASI adekuat	Meningkat 1 1 1 1 1	Cukup meningkat 2 2 2 2 2	Sedang 3 3 3 3 3	Cukup menurun 4 4 4 4 4	Menurun 5 5 5 5 5	Edukasi Menyusui (1.12393) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui Terapeutik 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)		Perencanaan Keperawatan					
	Luaran Keperawatan (SLKI) dan Intervensi Keperawatan (SIKI)							
1.	Kelemahan meternal	Puting tidak lecet setelah 2 minggu	1	2	3	4	5	kesehatan sesuai kesepakatan
2.	Kecemasan maternal	melahirkan						5. Berikan kesempatan untuk bertanya
Objektif		Kepercayaan diri ibu	1	2	3	4	5	
1.	Bayi tidk mampu melekat pada payudara Ibu	Bayi tidur setelah menyusui	1	2	3	4	5	6. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
2.	ASI tidak menetap/memancar	Payudara ibu kosong setelah menyusui	1	2	3	4	5	
		Intake bayi	1	2	3	4	5	7. Libatkan sistem pendukung suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat
		Hisapan bayi	1	2	3	4	5	
3.	BAK Bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam	Lecet pada puting	1	2	3	4	5	
		Kelemahan maternal	1	2	3	4	5	
		Kecemasan maternal	1	2	3	4	5	
4.	Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua	Bayi rewel	1	2	3	4	5	
		Bayi menangis setelah menyusui	1	2	3	4	5	8. Berikan konseling laktasi
								9. Jelaskan manfaat menyusui bagi bayi dan ibu
								10. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan bayi (latch on) dengan benar
								11. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan					
		Luaran Keperawatan (SLKI) dan Intervensi Keperawatan (SIKI)					
3.	Bayi menangis saat disusui	dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa					
		12. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)					
4	Resiko Infeksi (D.0142) Defenisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik Resiko Infeksi (D.0142) b.d. peningkatan paparan organisme patogen lingkungan d.d.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut : Kriteria Hasil					Pencegahan Infeksi (1.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi
			Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
	Kebersihan tangan	1	2	3	4	5	
	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	
	Nyeri	1	2	3	4	5	
	Bengkak	1	2	3	4	5	
	Vesikel	1	2	3	4	5	
	Cairan berbau busuk	1	2	3	4	5	
	Sputum berwarna hijau	1	2	3	4	5	
	Drainase purulen	1	2	3	4	5	
	Piuna	1	2	3	4	5	
	Periode malaise	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan					
		Luaran Keperawatan (SLKI) dan Intervensi Keperawatan (SIKI)					
	Periode mengigil	1	2	3	4	5	6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
	Lelargi	1	2	3	4	5	7. Ajarkan mencuci tangan dengan benar
	Gangguan kognitif	1	2	3	4	5	8. Ajarkan etika batuk
	Kadar sel darah sel putih	1	2	3	4	5	9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
	Kultur darah	1	2	3	4	5	10. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi
	Kultur urine	1	2	3	4	5	11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
	Kultur sputum	1	2	3	4	5	Kolaborasi
	Kultur area luka	1	2	3	4	5	12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
	Kultur feses						

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan dalam melakukan penanganan untuk menurunkan rasa nyeri *post sectio caesarea* yaitu manajemen nyeri. Sebagai perawat mempunyai andil besar dalam pengontrolan nyeri dengan metode nonfarmakologis salah satu caranya yaitu dengan cara teknik akupresur (Guarango, 2022).

5. Evaluasi

Evaluasi terhadap masalah yang di implementasi didapatkan bahwa masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dapat teratasi, dengan ditandai klien tidak mengeluh nyeri, penurunan skala nyeri dan lebih rileks (Revianti et al., 2021).

B. Konsep Teori

1. Konsep Dasar *Post Partum*

a. Definisi *Post partum*

Masa Post Partum, atau Masa Nifas, adalah periode yang dimulai setelah kelahiran Plasenta dan berakhir ketika organ reproduksi kembali ke kondisi sebelum hamil yang berlangsung 6 hingga 8 minggu. Masa Nifas sangat penting bagi seorang wanita karena merupakan masa pemulihan untuk mengembalikan alat kandungan serta fisik ibu ke kondisi seperti sebelum hamil. (Manulu, 2023)

Masa nifas disebut juga *postpartum* atau *puerperium* adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan saat melahirkan (Fatsena et al., 2023).

b. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahap menurut Fatsena et al., (2023), antara lain:

1) *Puerperium Dini*

Tahap pertama adalah *puerperium dini*, di mana ibu dapat berdiri dan

berjalan. Mobilisasi segera disarankan untuk ibu yang melahirkan pervagina tanpa masalah dalam enam jam pertama setelah kala IV.

2) *Puerperium Intermedial*

Suatu periode pemulihan dimana sistem reproduksi secara bertahap kembali ke kondisi mereka sebelum kehamilan. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 62 hari.

3) *Remote Puerperium*

Wanita yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami atau persalinan.

c. Periode *Post Partum*

Periode *postpartum* atau nifas (*puerperium*) ialah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Masa nifas adalah periode pemulihan, yang dimulai setelah persalinan selesai dan berlangsung sampai alat kandungan kembali, seperti pra hamil. Lama masa nifas yaitu 6 minggu (Jannah & Prasastia LD, 2022).

d. Perubahan Fisiologis dan Psikologis

1) Perubahan Fisik

Perubahan fisiologis pada masa *postpartum* menurut Jannah & Prasastia LD, (2022) yaitu:

a) Uterus

Uterus akan mengecil (involusi) secara bertahap seiring berjalannya waktu sehingga kembali seperti semula. Setelah plasenta lahir, otot-otot rahim akan mengeras karena kontraksi dan retraksi. Fundus uteri akan berada di bawah pusat lebih dari tiga jari. Dua hari pertama setelah partum, fundus uteri belum berubah banyak. Namun, setelah dua hari, akan cepat mengecil. Setelah sepuluh hari *post partum*, fundus uteri tidak akan teraba

lagi. Dalam waktu enam minggu, ukuran rahim akan kembali normal

b) Serviks

Serviks mempunyai bentuk yang terbuka seperti corong berwarna merah kehitaman setelah proses persalinan. Setelah bayi lahir, serviks lunak dan kadang-kadang terjadi perlukaan kecil. Setelah persalinan, tangan dapat memasuki rongga rahim dengan dua atau tiga jari. Ini dapat dilakukan setelah dua jam dan hanya satu jari dapat dimasuki setelah tujuh hari setelah persalinan.

c) Lochea

Lochea rubra adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina pada hari pertama postpartum. Ini terdiri dari darah segar yang dicampur dengan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, *verniskaseosa*, lanugo, dan mekonium. Hari ke 3-7 postpartum muncul *lochea sanguinolenta* yang berwarna merah kekuningan disertai lendir. *Lochea serosa* muncul pada hari ke 7-14 postpartum cairan berwarna kekuningan tanpa darah. *Lochea alba* merupakan cairan yang keluar setelah dua minggu masa postpartum, cairan tersebut berwarna putih.

d) Sistem Hormonal

Kelenjar *hipofise posterior* menyekresi oksitosin, yang bereaksi pada otot uterus dan jaringan payudara. Oksitosin bereaksi selama proses persalinan karena mengakibatkan pelepasan plasenta. Kontraksi uterus untuk memperkecil bekas tempat perlekatan plasenta juga dipengaruhi oleh aksi oksitosin. Wanita yang memilih untuk menyusui bayinya akan membantu untuk memperkecil uterus dan memperlancar ASI. Hisapan pada saat bayi menyusui adalah stimulasi untuk ekskresi atau pengeluaran oksitosin.

e) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah < 140/90 mmHg dapat naik dari tingkat di saat persalinan 1-3 hari postpartum. Suhu tubuh mencapai 38°C.

2) Perubahan psikologis

Menurut Fatsena et al., (2023), stres pasca persalinan mempengaruhi wanita, terutama mereka yang primipara. Banyak faktor, termasuk kelelahan, kegagalan menyusui, tuntutan keibuan, kekhawatiran tentang kesehatannya sendiri atau kesehatan anaknya, juga banyak dukungan yang tersedia bagi ibu, semuanya berdampak pada kesehatan mental ibu selama masa *puerperium*. Ibu

lebih rentan terhadap periode *puerperium* ketika status mereka mengalami penyesuaian yang mendadak. Ibu akan merasa tidak nyaman dalam keadaan kurang istirahat. Ada beberapa penyebab ibu menangis minimal satu kali setelah melahirkan, diantaranya depresi ringan yang sering disebut dengan *four days blues* (kemurungan hari keempat) yang sering terjadi

a) *Postpartum Blues*

Wanita *postpartum* sering menderita *postpartum blues*, suatu nyerang, biasanya selama 14 hari pertama. Meskipun asal dari *postpartum blues* tidak diketahui, diyakini bahwa faktor internal dan lingkungan memiliki peran dalam perkembangan bentuk gangguan *moody* yang ringan. Faktor internal meliputi perubahan hormonal, sifat kepribadian, masalah psikologis, riwayat depresi, kelahiran yang rumit, operasi caesar, harapan tidak ingin hamil, bayi dengan berat badan bayi lahir kurang (BBLR), ibu yang sedang menyusui tetapi kesulitan melakukannya serta ibu yang tidak memiliki pengetahuan dalam mengasuh anak sebelumnya.

b) Depresi *Puerperium*

Ketidaknyamanan yang dialami wanita setelah

melahirkan, yang dikenal sebagai depresi pascapersalinan, dapat disebabkan oleh perubahan hormonal dan masalah psikologis. Sering merasa geram, depresi dalam waktu lama, tidak mau makan dan khawatir berlebihan terhadap kesehatan bayi adalah beberapa gejala yang muncul. Meskipun sering berinteraksi dengan profesional kesehatan, ibu yang mengalami gejala depresi sering kali memilih untuk mengabaikan penyakitnya dan menolak mencari bantuan dari tenaga medis terlatih. Kenyataannya, lebih dari separuh wanita ini juga menolak tawaran bantuan dari teman dan kerabat.

c) Psikosis Masa Nifas

Kemampuan untuk beradaptasi sangat penting selama periode *puerperium* karena adaptasi yang buruk dapat menyebabkan berbagai masalah bagi ibu, termasuk depresi *postpartum*, psikosis *postpartum*, dan *postpartum* blues. Jika seorang wanita depresi menunjukkan pikiran atau delusi untuk bunuh diri, disebut psikosis pasca persalinan.

d) Kemurungan *Puerperium*

Depresi pasca persalinan adalah normal, sebagai akibat dari perubahan dalam tubuh wanita selama kehamilan serta perubahan ritme/pola sehari-harinya setelah bayi lahir. Karena masih mudanya dan kesulitan menyusui bayinya, ibu lebih rentan mengalami depresi pasca melahirkan. Kemurungan selama masa nifas menurun dalam waktu 14 hari setelah melahirkan.

2. Konsep *Post sectio caesarea*

- a. *Sectio caesarea* merupakan salah satu tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan atau melakukan insisi untuk membuka dinding perut bagian depan (*laparotomi*) dan dinding uterus (*histerotomi*) untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam rahim ibu (Sudjarwo & Solikhah, 2023). *Sectio caesarea* dinilai

sangat berisiko dilakukan oleh ibu yang akan melahirkan, karena dengan metode yang mengharuskan membuka dinding atau dengan istilah medis *Insisi Trans Abdominal Uterus* dengan rasa nyeri yang akan dirasakan oleh seorang ibu, yang merupakan stresor yang paling akan dirasakan oleh ibu secara biologis yang dirasakan secara psikis dan fisik (Aisyah et al., 2023)

b. Prosedur bedah yang dikenal sebagai *sectio caesarea*, atau operasi caesar, melibatkan sayatan pada dinding perut dan rahim ibu untuk melahirkan bayi. Penyebab *sectio caesarea* dapat bervariasi dan termasuk faktor-faktor berikut:

- 1) Kondisi Kesehatan Ibu: Melakukan *sectio caesarea* dapat diindikasikan oleh beberapa kondisi kesehatan ibu, seperti plasenta previa, kehamilan pertama dengan presentasi janin yang tidak normal, usia ibu yang lebih tua dengan presentasi janin yang tidak normal, ketidakseimbangan antara ukuran kepala janin dan panggul ibu, dan riwayat kehamilan dan persalinan yang tidak sehat.
- 2) Kondisi Kesehatan Janin: Selain itu, kondisi kesehatan janin seperti tekanan darah janin yang rendah, risiko pecahnya rahim segera, pendarahan sebelum persalinan, tekanan darah janin yang rendah, atau ruptur ketuban sebelum waktunya adalah alasan untuk *sectio caesarea*.
- 3) *Sectio caesarea* adalah prosedur medis penting yang dapat dilakukan dalam beberapa kasus yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan janin. Keputusan untuk melakukan prosedur ini didasarkan pada penilaian medis yang cermat dari tim medis yang merawat (Pengurus Pusat Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2022).

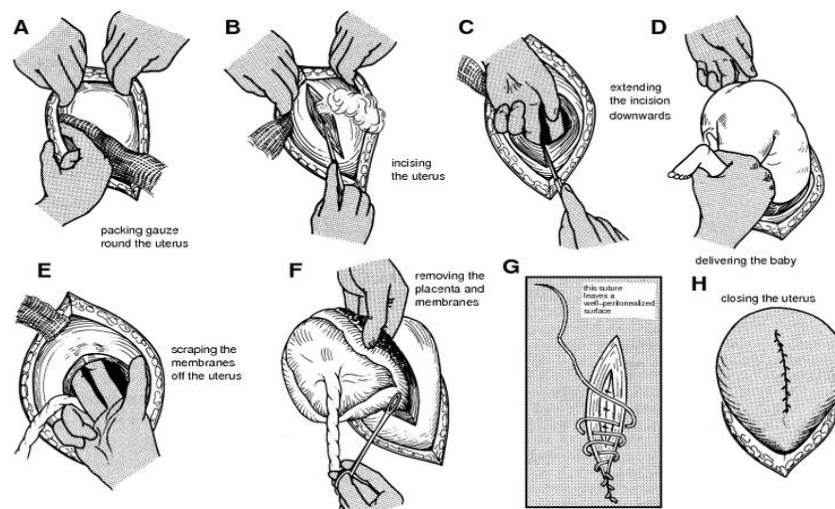
c. Anatomi Fisiologi

Sectio caesarea atau operasi *caesar* adalah prosedur bedah untuk mengeluarkan bayi dari rahim melalui sayatan pada dinding perut dan

rahim ibu. Berikut adalah gambaran anatomi dan fisiologi terkait *sectio caesarea*:

1) Anatomi *sectio caesarea*

- a) Sayatan pada Dinding Perut: Sayatan dilakukan pada lapisan kulit, lemak bawah kulit, dan otot-otot perut.
- b) Sayatan pada Rahim: Setelah sayatan pada dinding perut, rahim dibuka untuk mengeluarkan bayi.

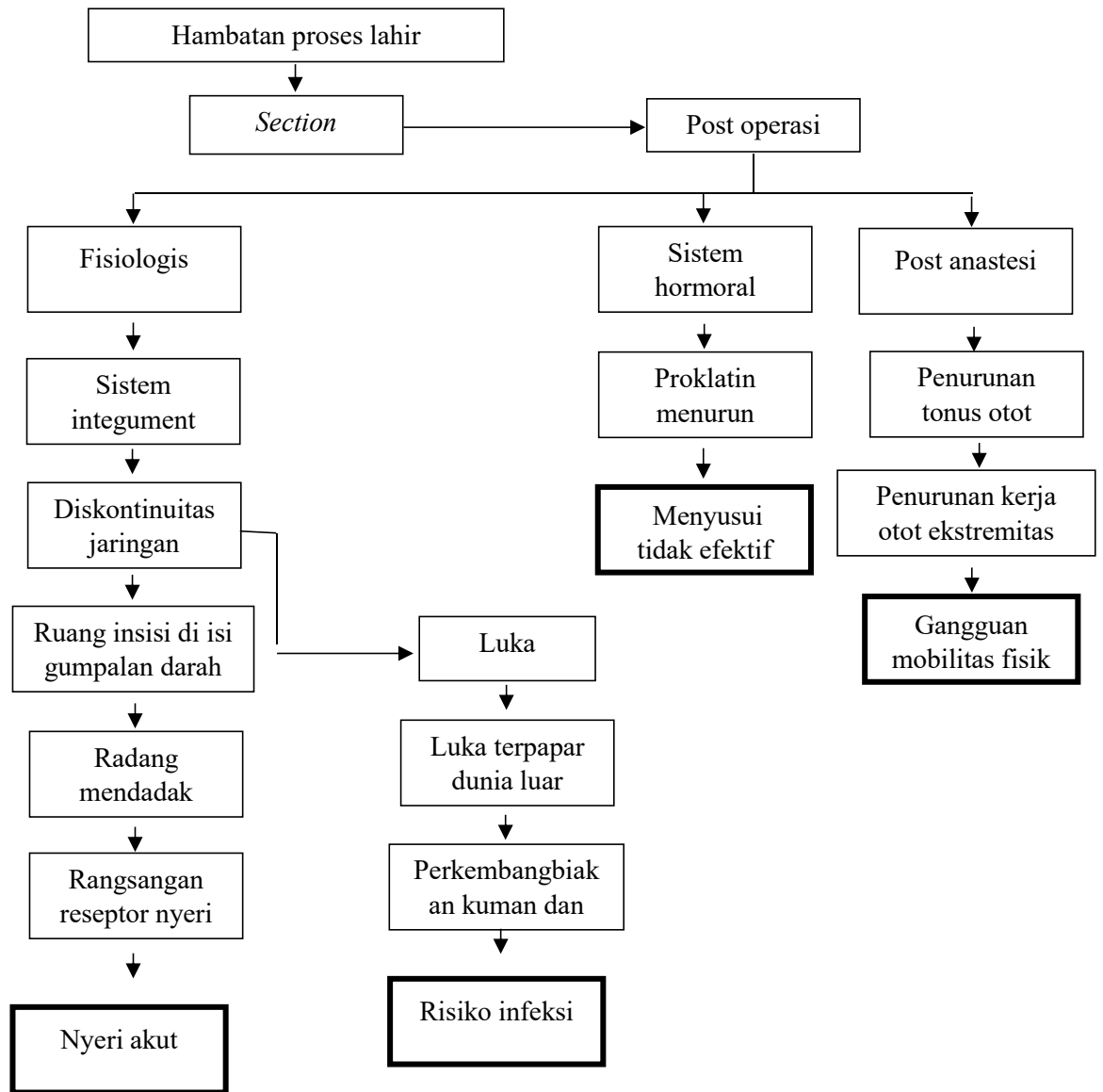


Gambar 2.1 Anatomi *sectio caesarea*

2) Fisiologi *sectio caesarea*

- a) Penggunaan Anestesi: Biasanya, anestesi regional seperti epidural atau spinal digunakan untuk membuat ibu tetap sadar tetapi tidak merasakan rasa sakit selama operasi.
- b) Pemotongan Tali Puser: Setelah bayi lahir, tali puser dipotong dan bayi dikeluarkan.
- c) Penutupan Luka: Setelah operasi selesai, luka pada dinding perut dan rahim ditutup dengan jahitan.

d. Pathway



Bagan 2.1 Pathway Sectio Caesarea(Archi et al., 2023)

e. Manifestasi Klinis

Pasien pasca pembedahan dapat menunjukkan gejala berikut: jahitan di kulit perut menjadi merah dan meradang, sangat gatal, dan mengeluarkan cairan putih kekuningan (pus) atau darah dari sela-sela jahitan; daerah jahitan menjadi panas, bengkak, dan nyeri saat ditekan; dan darah keluar dari sela-sela jahitan (Mulyanah & Rini, 2023).

f. Komplikasi

Menurut (Wilson, 2020) *sectio caesarea* komplikasi pada pasien *sectio caesarea*:

1) Komplikasi pada ibu

Infeksi *puerperalis* dapat bersifat ringan, seperti peningkatan suhu selama beberapa hari selama nifas, atau dapat berkembang secara bertahap, seperti peritonitis atau sepsis. Infeksi post operatif dapat terjadi pada orang yang memiliki gejala yang mengindikasikan kelainan sebelum pembedahan, seperti partus lama, terutama setelah ketuban pecah, atau operasi vagina sebelumnya. Selama prosedur pembedahan, jika cabang arteri uterina terbuka atau karena atonia uteri, komplikasi tambahan seperti luka kandung kencing dan embolisme paru-paru, dapat terjadi perdarahan. Setelah itu, perut menekan dinding uterus, yang menyebabkan komplikasi. Ini dapat menyebabkan ruptur uteri pada kehamilan berikutnya. Ini menjadi lebih mungkin setelah *sectio caesarea*.

2) Komplikasi-komplikasi lain yaitu:

Seperti luka pada kandung kemih, dan pada embolisme paru.

3) Komplikasi baru

Setelah *sectio caesarea* klasik, risiko ruptur uteri pada kehamilan berikutnya meningkat karena parut dinding uterus menjadi kurang kuat.

g. Penatalaksanaan

Proses pembedahan persalinan yang dikenal sebagai *sectio caesarea* melibatkan insisi pada dinding perut dan rahim untuk mengeluarkan bayi dari rahim. Proses ini dilakukan dengan cara berikut.:

- 1) Persiapan: Pasien akan diperiksa sebelum persalinan, diberi cairan intravena, dan diberi antibiotik untuk pencegahan.
- 2) Anestesia : Sesuai dengan kondisi klinis dan kebutuhan pasien, anestesia lokal, regional (*spinal* atau *epidural*), atau umum akan diberikan kepada pasien.
- 3) Insisi : Dokter akan memotong dinding perut dan rahim untuk mendapatkan bayi. Tergantung pada kebutuhan medis, jenis insisi dapat berupa insisi melintang (*transversal*) atau vertikal.
- 4) Pengeluaran bayi : Bayi akan dikeluarkan melalui insisi yang dibuat pada rahim. Setelah keluar, tim medis akan mengurus bayi.
- 5) Penutupan : Dokter akan menutup perut dan rahim secara berurutan setelah bayi keluar.
- 6) Pemulihan : Setelah operasi, pasien akan diawasi dan dirawat sesuai protokol medis.

Untuk memastikan kesehatan ibu dan bayi selama dan setelah persalinan, *sectio caesarea* dilakukan oleh tim medis yang terlatih dan berpengalaman dalam prosedur ini (Pengurus Pusat Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2022).

h. Pencegahan

Untuk menghindari *sectio caesarea*, ada beberapa langkah pencegahan yang dapat dilakukan menurut (Ulfa, 2021), antara lain:

- 1) Konsultasi dengan Bidan atau Dokter: Penting untuk mengikuti konsultasi dengan bidan atau dokter secara teratur selama kehamilan untuk memantau perkembangan janin dan kesehatan ibu hamil.
- 2) Gaya Hidup Sehat: Mengonsumsi makanan sehat, rutin berolahraga ringan sesuai anjuran dokter, dan menghindari kebiasaan merokok atau minum alkohol.
- 3) Pemantauan Kesehatan: Memantau tekanan darah, gula darah, dan berat badan secara teratur selama kehamilan.
- 4) Pendidikan Kesehatan: Mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan yang memadai tentang persalinan alami, teknik pernafasan, dan persiapan persalinan.
- 5) Konsultasi Jika Ada Komplikasi: Jika timbul komplikasi selama kehamilan, segera berkonsultasi dengan dokter untuk mendapatkan penanganan yang tepat.

Selain itu, penting untuk mendapatkan perawatan kesehatan prenatal yang optimal dan mengikuti anjuran dokter secara teratur selama kehamilan.

C. Konsep Nyeri

1. Definisi

Nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan atau pengalaman yang tidak nyaman baik secara sensori maupun emosional yang dapat ditandai dengan kerusakan jaringan, atau dapat didefinisikan sebagai perasaan yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan tubuh yang sebenarnya atau potensial (A.A & Boy, 2020).

2. Fisiologis Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri tersebar pada kulit dan mukosa dimana reseptor nyeri memberikan respon jika adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimia seperti histamine, bradikinin, prostaglandin dan macam-macam asam yang terlepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigen. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanis.

Ketika serabut C dan A-delta menyampaikan rangsang dari serabut saraf perifer maka akan melepaskan mediator biokimia yang aktif terhadap respon nyeri, seperti : kalium dan prostaglandin yang keluar jika ada jaringan yang rusak. Transmisi stimulus nyeri berlanjut di sepanjang serabut saraf aferen sampai berakhir di bagian kornu dorsalis medulla spinalis. Didalam kornu dorsalis, neurotransmitter seperti substansi P dilepaskan sehingga menyebabkan suatu transmisi sinapsis dari saraf perifer ke saraf traktus spinolatus. Selanjutnya informasi di sampaikan dengan cepat ke pusat thalamus (Lufianti & Vinasajati, 2023).

3. Jenis-jenis Nyeri

Jenis-jenis nyeri(Aldhila, 2021), sebagai berikut:

1) Nyeri akut atau sementara

Nyeri akut memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berlangsung pendek, menyebabkan sedikit kerusakan jaringan dan respons emosional, dan berlangsung kurang dari tiga bulan.

2) Nyeri kronis atau menetap

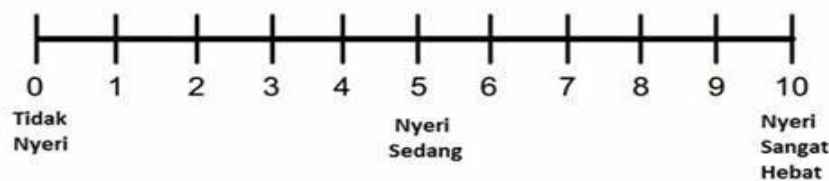
Nyeri kronis berlangsung lebih lama. Nyeri kronis adalah gangguan sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, yang muncul secara mendadak atau lambat, berintensitas ringan hingga berat, dan bertahan lebih dari tiga bulan.

4. Pengukuran Skala Nyeri

Pengukuran skala nyeri(Dan et al., 2021) sebagai berikut:

1) *Numerica Racting Scale (NRS)*

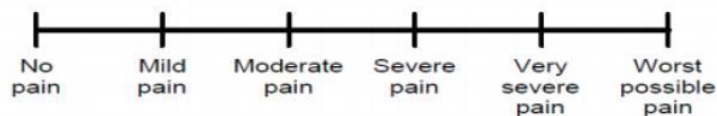
Dalam pengukuran, *Numerica Racting Scale (NRS)* digunakan dengan skala 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. NRS lebih mudah dipahami dan lebih efektif untuk menentukan penyebab nyeri akut dibandingkan dengan skala *Visual Analog Scale (VAS)* dan *Verbal Rating Scale (VRS)*. Namun, kekurangan NRS adalah bahwa tidak ada kata yang cukup untuk menggambarkan rasa nyeri, yang tidak memungkinkan untuk membedakan dengan lebih akurat tingkat nyeri.



Gambar 2.2*Numerica Racting Scale (NRS)*

2) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Visual Analog Scale (VAS) memiliki dua ujung yang sama seperti *Verbal Rating Scale (VRS)*. Untuk menunjukkan tingkat nyeri, skala verbal menggunakan kata-kata daripada garis atau angka. Ini dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, atau berat



Gambar 2.3*Verbal Rating Scale (VRS)*

3) *Wong Baker Faces Pain Rating Scale*

Wong Baker Faces Pain Rating Scale digunakan untuk mengukur tingkat nyeri dengan melihat ekspresi wajah pasien secara langsung tanpa menanyakan keluhannya. Skala ini dimulai dengan skala 0 untuk wajah yang gembira dan skala 10 untuk wajah yang menangis, yang menunjukkan tingkat nyeri tertinggi. Untuk orang dewasa dan

anak lebih dari tiga tahun yang tidak dapat menunjukkan intensitas nyeri dengan angka, digunakan.



Gambar 2.4 Wong Baker Faces Pain Rating Scale

4) Pengkajian skala nyeri

Salah satu alat untuk menentukan kualitas nyeri yang dialami pasien adalah metode *Numerical Rating Scale* (NRS). Pasien diminta untuk memilih angka di antara 0 dan 10. Angka 0 menunjukkan tidak ada rasa sakit sama sekali, sedangkan angka 10 menunjukkan rasa sakit yang sangat parah.



Gambar 2.5 Numerical Rating Scale (NRS)

- Skala 0-1: Tidak nyeri
- Skala 2-4: Nyeri ringan, klien belum mengeluh nyeri, atau dapat ditolelir karena masih dibawah ambang rangsang
- Skala 5-6: Nyeri sedang, klien sudah mulai merintih dan mengeluh, ada yang sambil menekan pada bagian nyeri.
- Skala 7-9: Termasuk nyeri berat, klien mengeluh sakit sekali dan tidak mampu melakukan kegiatan seperti biasa.
- Skala 10: Termasuk nyeri sangat hebat, pada tingkat ini klien tidak dapat lagi mengenal dirinya.

D. Konsep Teknik relaksasi benson

1. Definisi

relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi pernafasan dengan melibatkan faktor keyakinan pasien yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi dan kesejahteraan yang lebih tinggi (Dekawaty, 2023).

Kelebihan latihan Benson ini juga memudahkan perawat untuk melakukan tindakan keperawatan dalam pemberian terapi non-farmakologis, selain hemat biaya dan mudah dilakukan juga tidak membutuhkan waktu yang lama. Terapi *relaksasi benson* biasanya membutuhkan waktu 10-20 menit saja bahkan dalam kondisi apapun serta tidak memiliki efek samping. Terapi *relaksasi benson* ini tidak hanya digunakan untuk meningkatkan kualitas tidur saja tetapi terapi *relaksasi Benson* ini juga dapat digunakan sebagai non-farmakologis untuk menghilangkan nyeri, hipertensi dan kecemasan (Dekawaty, 2023).

2. Manfaat Teknik relaksasi benson

Manfaat pemberian terapi *Teknik relaksasi benson* antara lain menurunkan tekanan darah, menurunkan tegangan otot, menurunkan nyeri, meningkatkan kesadaran, penurunan kecepatan metabolisme, menimbulkan perasaan damai, menurunkan kecemasan bahkan membantu menurunkan gula darah detak jantung lebih rendah dan tidur lelap. relaksasi benson tidak ada kontraindikasinya karena terapi ini sangat mudah dan sederhana dilakukan untuk semua orang dalam keadaan apapun dan dapat menurunkan nyeri (Anggraini & Utami, 2024).

3. Mekanisme Kerja Teknik relaksasi benson

Teknik relaksasi benson merupakan teknik latihan nafas dalam dengan latihan nafas teratur dan dilakukan dengan benar, tubuh akan menjadi rileks, menghilangkan ketegangan saat mengalami stres dan kecemasan.