

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep *Sectio caesarea*

2.1.1. Pengertian

Sectio caesarea adalah metode melahirkan dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerektomi), tindakan ini bertujuan untuk mengurangi risiko bagi kesehatan ibu dan janin yang mungkin muncul selama kehamilan dan persalinan.

2.1.2. Jenis Sayatan

Ada 2 jenis sayatan pada *sectio caesarea* diantaranya:

1. Insisi melintang adalah prosedur bedah yang dilakukan dibagian bawah rahim, sayatan melintang dimulai dari ujung atau pinggir selangkangan (*symphysis*) diatas batas rambut kemaluan dengan panjang sekitar 10-14 cm. Kelebihan pada sayatan ini adalah bahwa jaringan parut pada rahim menjadi lebih kuat, mengurangi risiko *rupture uteri* (robek rahim) dimasa mendatang. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kontraksi pada segmen bawah rahim selama masa nifas, memungkinkan penyembuhan luka operasi dengan baik.
2. Sayatan memanjang adalah pembuatan sayatan memanjang dibagian tengah, membuat ruang yang lebih besar untuk keluarnya bayi. Namun sayatan ini jarang dilakukan karena dianggap tidak stabil dan rentan menimbulkan komplikasi.

2.1.3. Etiologi

Indikasi *sectio caesarea* adalah :

1. *Cepalo pelvik disproportion (CPD)* adalah kondisi dimana ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin, yang dapat menghambat kemampuan ibu untuk melahirkan janin secara alami. Rongga panggul, yang terdiri dari beberapa tulang, membentuk jalur untuk melahirkan janin saat proses persalinan. Kelainan pada bentuk panggul akan menyulitkan proses persalinan alami dan memerlukan intervensi operasi.
2. *Pre-eklamsi* dan *eklamsi* adalah suatu kelompok penyakit yang muncul secara langsung akibat kehamilan, meskipun penyebab pastinya belum diketahui dengan jelas. Setelah pendarahan dan infeksi, kedua kondisi ini menjadi penyebab utama kematian maternal dan parenatal dalam ilmu kebidanan.
3. Ketuban pecah dini merujuk pada situasi ketika ketuban pecah sebelum munculnya tanda-tanda persalinan, dan satu jam masih belum terjadi persalinan. Mayoritas kasus ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm (diatas 37 minggu), sementara beberapa kasus juga terjadi pada kehamilan peterm (dibawah 36 minggu)
4. Faktor hambatan jalan lahir, gangguan pada saluran lahir dapat melibatkan berbagai masalah, seperti ketidakmungkinan pembukaan pada saluran lahir, keberadaan tumor, kelainan bawaan pada saluran lahir, tali pusat yang pendek dan kesulitan ibu dalam bernapas.

2.1.4. Manifestasi klinis

Ada gambaran klinis paska operasi *sectio caesarea* sebagai berikut:

1. Nyeri karena luka operasi;

2. Luka insisi dibagian abdomen;
3. Kontraksi kuat fundus uterus diumbilicus;
4. Aliran lochea sedang dan tanpa bekuan berlebihan;
5. Kehilangan darah selama operasi;
6. Emosi labil dan perubahan emosional;
7. Pengaruh anastesi menyebabkan mual dan muntah.

2.1.5. Komplikasi

Ada beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada pasien post *sectio caesarea* operasi diantaranya;

1. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis. Tromboflebitis paska operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboflebitis timbul bila daerah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak. Pencegahan tromboflebitis yaitu latihan kaki paska operasi atau mobilisasi dini.

- 2.1.6. Infeksi luka operasi, Infeksi pada luka operasi sering muncul pada 30 hari setelah operasi, yang disebabkan karena masuknya mikroorganisme atau bakteri pada lapisan kulit. Infeksi luka operasi dapat mempengaruhi kulit, jaringan subkutan (jaringan dibawah kulit), atau bahkan lapisan dalam tubuh yang lebih dalam. Infeksi luka operasi adalah masalah serius yang harus diatasi dengan segera yaitu mobilisasi dini .

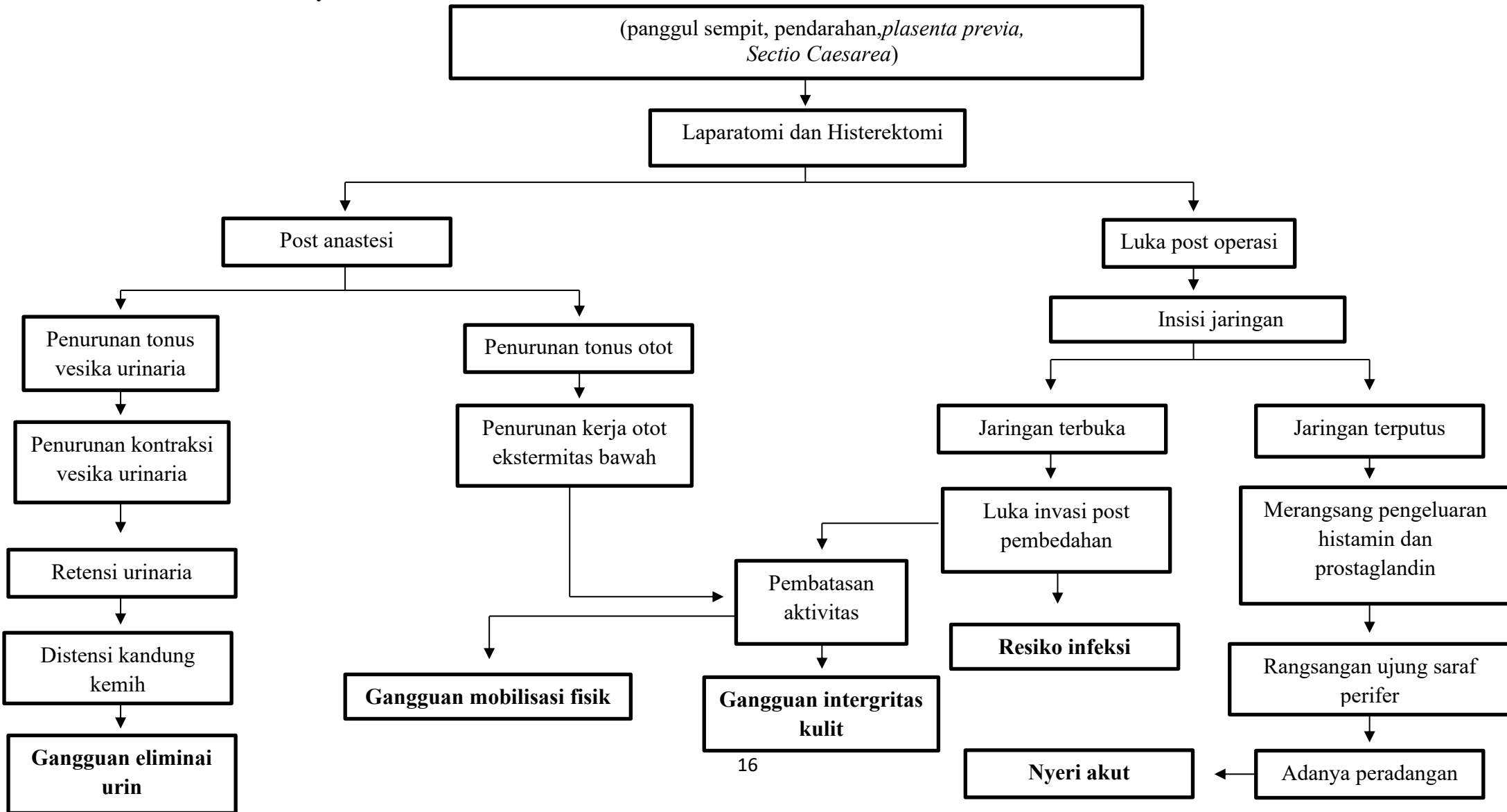
2.1.7. Patofisiologi

Tindakan *sectio caesarea* melibatkan insisi pada bagian abdomen dan dinding uterus. Setelah membukan *cavum uteri*, selaput ketuban dipecahkan, dan

setelah itu janin dan plasenta dikeluarkan sebelum lapisan endometrium, miometrium, dan perimetrium dijahit kembali. Tindakan ini dilakukan karena berbagai indikasi dari pihak ibu, seperti panggul sempit *absolut*, tumor pada jalan lahir, *stenosis serviks*, *disproporsi*, *sefalopelvis*, ruptur uteri, riwayat observasi yang buruk dan preeklamsi. Selain itu, indikasi dari pihak janin melibatkan kelainan pada letak janin dan kondisi gawat janin, yang mencagah kelahiran normal melalui jalan lahir dan memerlukan penatalaksanaan *sectio caesarea*. Selama tindakan *sectio caesarea*, pemberian anastesi dapat menyebabkan pasien mengalami imobilisasi yang menyebabkan masalah gangguan mobilitas fisik. Kelumpuhan sementara dan penurunan kondisi fisik dapat menyebabkan imobilisasi pada pasien, yang dapat menghambat pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Pada saat proses pembedahan akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan putusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri yang mengakibatkan pasien tidak melakukan pergerakan sehingga menimbulkan gangguan mobilitas fisik. Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang dapat menimbulkan masalah risiko infeksi (Anggria 2022).

2.1.8. Pathway

Menurut, Kusuma & Nurarif,2022



2.1.9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Hutahean, Febriana, and Apifah 2019), pemeriksaan penunjang paska *sectio caesarea* yang dilakukan adalah :

1. Pemeriksaan rektum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar: kuldosentesi, kemungkinan adanya darah dalam lambung, dan keteterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing;
2. Laboratorium: hemoglobin, hematorik, leukosit, dan analisis urin;
3. Respirator: bagaimana saluran pernapasan, jenis pernapasan, bunyi pernapasan;
4. Sirkulasi: tensi, nadi, respirasi, suhu, warna kulit, dan *refill kapiler*;
5. Persyarafan: tingkat kesadaran;
6. Balutan: apakah ada *tube drainage*, apakah ada tanda-tanda infeksi, dan bagaimana penyembuhan luka.

2.1.10. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis pada pasien post *sectio caesarea* :

1. Monitor kesadaran, tanda-tanda vital, CVP, intake dan ouput:
 - a. Monitor kesadaran: memantau kesadaran pasien sepanjang paska operasi, termasuk pemantauan respon terhadap rangsangan eksternal, perubahan perilaku, dan reaksi terhadap obat-obatan;
 - b. Tanda-tanda vital mencakup: pengukuran suhu tubuh, denyut jantung, tekanan darah dan ferkuensi pernafasan;
 - c. *Central venous pressure*, bertujuan untuk menilai volume cairan dalam sirkulasi pasien;

d. *Intake* dan *output*, pemantauan jumlah cairan masuk dan keluar dari tubuh pasien membantu dalam memastikan keseimbangan cairan yang baik.

2. Melakukan perawatan mobilisasi dini

Mobilisasi dini adalah praktik penting untuk mengurangi risiko komplikasi paska operasi. Ini melibatkan pasien untuk melakukan gerakan ringan seperti menggerakkan ekstermitas, mengubah posisi tidur, hingga pasien dapat berjalan.

3. Perawatan luka secara steril

Perawatan luka adalah tahap penting dalam pemulihan pasien paska operasi, luka operasi harus dijaga untuk menghindari terjadinya infeksi, dengan melibatkan pergantian perban, perawatan *sterile dressing*, dan pemantauan tanda-tanda infeksi.

2.2. Konsep Gangguan integritas kulit

2.2.1. Pengertian

Gangguan integritas kulit adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligumen).

2.2.2. Penyebab

1. Perubahan sirkulasi;
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan);
3. Kekurangan/kekurangan volume cairan;
4. Penurunan mobilitas;
5. Bahan kimia iritatif;

6. Suhu lingkungan yang ekstrem;
7. Faktor mekanis (mis. Penekanan, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiametri, energi listrik, bertegangan tinggi);
8. Terapi radialis;
9. Kelembapan;
10. Proses penuan;
11. Neuropati perifer;
12. Perubahan pigmentasi;
13. Perubahan hormonal;
14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi jaringan.

2.2.3. Kondisi Klinis

Kondisi klinis terkait Gangguan integritas kulit :

1. Imobilisasi;
2. Gagal jantung kongestif;
3. Gagal ginjal;
4. Diabetes militus;
5. Imunodefisiensi (mis. AIDS);

2.2.4. Dampak Gangguan integritas kulit

Menurut (annisa rahmaryanti 2022), dampak yang mungkin akan terjadi akibat Gangguan integritas kulit:

1. Pasien mengalami luka;
2. Terjadinya infeksi pada kulit;
3. Nyeri dan ketidaknyamanan;

4. Mengalami gangguan pola tidur;
5. Potensi penyebaran infeksi yang dapat menghambat proses penyembuhan;
6. Perpanjangan waktu penyembuhan.

2.2.5. Jenis Luka

1. Berdasarkan Waktu

Berdasarkan waktu penyembuhannya, luka dibedakan menjadi dua yaitu luka akut dan luka kronis. Luka akut yaitu luka yang baru dan penyembuhannya berlangsung kurang dari beberapa hari. Sedangkan luka kronis dapat didefinisikan sebagai luka yang karena beberapa alasan sehingga proses penyembuhannya terhambat. Luka dapat dibedakan berdasarkan sifat kejadian dan derajat kontaminasi luka, yaitu luka bersih, luka bersih-terkontaminasi, luka terkontaminasi, luka kotor atau terinfeksi

2. Berdasarkan sifat kejadian

- a. Intendonal traumas (luka disengajai), luka terjadi karena proses terapi seperti operasi atau radiasi.
- b. Luka terjadi karena kesalahan seperti fraktur atau kecelakaan lalu lintas (luka tidak disengaja). Luka tidak disengaja dapat berupa:
 - 1) Luka tertutup: jika kulit tidak robek atau disebut juga dengan luka memar.
 - 2) Luka terbuka: jika kulit atau jaringan dibawahnya robek dan kelihatan seperti luka *abrasio* (luka akibat gesekan), luka *puncture* (luka akibat tusukan), *hauration* (luka akibat perawatan luka).

3. Berdasarkan derajat kontaminasi:

- a. Luka bersih, merupakan luka yang tidak terinfeksi, terdapat proses inflamasi yang sangat minim dan tidak mengenai saluran nafas, saluran cerna, saluran genitalia dan saluran kemih;
 - b. Luka bersih-terkontaminasi merupakan luka bedah, yang telah mengenai saluran nafas, saluran cerna, saluran genitalia, dan saluran kemih. Luka tersebut tidak memperlihatkan tanda infeksi;
 - c. Luka terkontaminasi, merupakan luka terbuka baru akibat kecelakaan, dan luka pembedahan yang tidak dilakukan dengan teknik steril atau adanya sejumlah besar rembesan dari saluran cerna;
 - d. Luka kotor atau terinfeksi, merupakan luka yang berisi jaringan mati dan luka yang memperlihatkan tanda-tanda infeksi klinis seperti *drainase purulen*.
4. Berdasarkan luasnya luka, berdasarkan kedalaman dan luasnya luka dibagi menjadi stadium I s/d IV :
- a. Stadium I : luka superfisial "*Non-Blanching Erythema*" yaitu luka yang terjadi pada lapisan epidermis kulit;
 - b. Stadium II: "*partial Thickness*". Yaitu hilangnya lapisan kulit pada epidermis atau bagian atas dari dermis tetapi tidak melintasinya;
 - c. Stadium III: luka "*Full Thickness*" yaitu hilangnya kulit keseluruhan meliputi kerusakan epidermis dermis dan subkutan tetapi belum melewatinya. Lukanya sampai pada lapisan epideris, dermis dan fasie tetapi tidak mengenai otot

melewatinya. Lukanya sampai pada lapisan epidermis, dermis dan fasia tetapi tidak mengenai otot;

- d. Stadium IV luka "*Full thickness*": yaitu luka yang mencapai lapisan otot, tendon dan tulang dengan adanya destruksi atau kerusakan yang luas.

2.2.6. Proses Penyembuhan Luka

Tubuh memiliki perlindungan alami, yaitu kulit yang bertugas menghadapi perubahan lingkungan. Namun jika faktor eksternal melebihi kapasitas pelindung ini, maka luka dapat terbentuk. Dalam merespon luka tersebut maka tubuh memiliki mekanisme fisiologis untuk penyembuhan. Proses penyembuhan ini melalui tiga fase yaitu fase awal, fase intermediate dan fase akhir .

1. Fase awal yaitu inflamasi atau peradangan, pada fase ini biasanya berlangsung selama hari pertama sampai hari ketiga setelah terjadinya luka.
 - a. Fase awal proses penyembuhan luka adalah fase inflamasi. Pada fase ini, tubuh merespon luka dengan peradangan untuk membersihkan luka dari kuman dan sel-sel mati.
 - b. Sel-sel darah putih, seperti neutrofil dan makrofag, berperan penting dalam membersihkan luka;
 - c. Pembuluh darah melebar (*vasodilatasi*), yang dapat menyebabkan pembengkakan, kemerahan dan terasa hangat disekitar luka.
2. Fase *intermediate* yaitu fase proliferasi atau pembentukan jaringan baru, fase ini terjadi pada hari ke 3 hingga 21 hari.

- a. Fase intermediate proses penyembuhan luka adalah fase dimana tubuh mulai membangun kembali jaringan yang rusak;
 - b. Sel-sel fibroblas berperan dalam memproduksi kolagen dan jaringan ikat lainnya untuk membentuk kerangka metriks ekstraseluler baru;
 - c. Proses ongiogenesis atau pemebentukan pembuluh darah baru juga terjadi untuk menyediakan pasokan darah dan nutrisi ke area luka;
 - d. Epitelisasi, yaitu penutupan luka dengan epitel kulit baru dimulai.
3. Fase akhir yaitu remodelasi atau pematangan jaringan, fase akhir mulia terjadi dari hari ke 21 hingga 2 tahun ditandai dengan luka tertutup sempurna.
- a. Fase akhir proses penyembuhan luka adalah fase pematangan jaringan. Kolagen yang diproduksi selama fase intermediate mengalami remodeling;
 - b. Proses pematangan jaringan akan terus berlanjut selama beberapa bulan hingga beberapa tahun setelah terjadinya luka.

2.2.7. Faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka

Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka terdiri dari faktor lokal dan umum. Faktor lokal mencakup manajemen luka, kekurangan volume darah, terganggunya sirkulasi darah, infeksi dan adanya benda asing. Disisi lain, faktor umum melibatkan usia, status nutrisi, penggunaan steroid, infeksi sistematik (sepsis), penyakit keturunan seperti anemia, diabetes dan penggunaan obat-obatan.

2.2.8. Definisi Infeksi Luka Operasi

Infeksi luka operasi merupakan salah satu infeksi nasokomial yang terjadi dalam jangka waktu 30 hari setelah operasi. Infeksi ini memiliki hubungan dengan proses operasi yang terjadi pada bagian anatomis tertentu sekitar lokasi operasi. Luka operasi merupakan luka akut dan terjadi secara tiba-tiba pada area kulit, diharapkan sembuh sesuai dengan perkiraan waktu yang telah ditetapkan dan dapat pulih dengan baik asalkan tidak terjadi komplikasi.

2.2.9. Tanda-tanda Infeksi Luka Operasi

Tanda-tanda infeksi luka operasi meliputi:

1. Rubor atau kemerahan, merupakan kondisi dimana area tertentu menjadi merah karena peningkatan aliran darah sebagai respon terhadap infeksi pada area tersebut.
2. *Calor* atau sensasi panas, muncul pada daerah yang terinfeksi karena peningkatan aliran darah yang dihasilkan oleh tubuh untuk mengirim lebih banyak antibodi dalam melawan antigen atau penyebab infeksi
3. Tumor atau pembengkakan, dalam konteks gejala infeksi tidak merujuk pada sel kanker, melainkan pada pembengkakan yang terjadi di area terinfeksi karena peningkatan permeabilitas sel dan aliran darah yang lebih tinggi.
4. Dolor atau rasa nyeri, merupakan sensasi nyeri yang terjadi pada area infeksi. Hal ini disebabkan oleh respon sel yang terinfeksi yang menghasilkan zat tertentu, sehingga menghasilkan nyeri.

2.3. Konsep Mobilisasi Dini

2.3.1. Pengertian

Mobilisasi dini merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Mobilisasi dini dapat menunjang proses penyembuhan luka pasien karena dengan menggerakkan anggota badan akan mencegah kekakuan otot dan sendi, sehingga dapat mengurangi nyeri dan dapat memperlancar peredaran darah kebagian yang mengalami perlukaan agar proses penyembuhan luka menjadi lebih cepat.

2.3.2. Manfaat Mobilisasi Dini

Manfaat mobilisasi dini sebagai berikut:

1. Peningkatan sirkulasi darah yang lebih lancar;
2. Dukungan untuk pernafasan yang lebih efektif;
3. Percepatan proses penyembuhan jahitan setelah operasi;
4. Pencegahan konstipasi atau sembelit;
5. Kembalinyapatient ke aktivitas normal dan pemenuhan kebutuhan gerakan sehari-hari;
6. Pemulihan tingkat kemandirian pasien setelah informasi.

2.3.3. Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Ada beberapa kerugian tidak dilakukannya mobilisasi dini, diantaranya:

1. Penyembuhan luka menjadi lama;
2. Timbulnya komplikasi seperti infeksi luka operasi;
3. Meningkatkan intensitas rasa sakit;

4. Potensi terjadinya lecet dan luka pada kulit;
5. Berisiko munculnya luka tekan di area punggung;
6. Meningkatkan durasi perawatan di rumah sakit;
7. Peningkatan beban keuangan dari pasien.

2.3.4. Jenis-jenis mobilisasi dini

Jenis mobilisasi dini dibedakan menjadi 2 yaitu:

1. Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalani peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motorik *volunteer* atau sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
2. Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan untuk bergerak dengan batasan yang jelas sehingga tidak dapat bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya.

2.3.5. Indikasi dan kontraindikasi mobilisasi dini

Indikasi dan kontraindikasi mobilisasi dini:

1. Indikasi mobilisasi dini
 - a. Pasien yang tidak mengalami stroke atau mengalami penurunan tingkat kesadaran. Anestesi umum dapat menghasilkan analgesia dan mengakibatkan hilangnya kesadaran pada pasien;
 - b. Pasien tanpa kelemahan otot, efek dari anestesi dapat mencakup relaksasi otot;
 - c. Pasien tanpa rehabilitasi fisik;
2. Kontraindikasi mobilisasi dini

- a. Trombus/emboli pada pembuluh darah;
- b. Kelainan sendi atau tulang;
- c. Pasien fase mobilisasi karena kasus penyakit (jantung);
- d. Trauma medulla spinalis atau trauma sistem saraf pusat.

2.3.6. Tahapan Mobilisasi Dini

Menurut (Ditya, Zahari, and Afriwardi 2019), mobilisasi dini dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini:

- a. Setelah operasi (\pm 6 jam) pertama klien harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan sendi tangan dengan cara putar pergelangan tangan, kepalkan telapak tangan kemudian lepaskan, rapatkan jari-jari tangan kemudian renggangkan, menggerakkan sendi kaki dengan cara tekuk teklapak kaki ke bawah dan ke atas, miringkan ke kekanan dan kiri, tekuk jari kaki kebawah dan keatas, kemudian tegangkan jari kaki dan rapatkan kembali, tekuk lutut kaki dan luruskan kembali.
- b. Setelah \pm 6-10 jam post operasi, klien di harapkan miring ke kanan dan miring ke kiri dengan cara tekuk lutut kaki kiri lalu berpegangan pada sisi kiri tempat tidur kemudian putar badan ke arah kanan lalu ulang hal yang sama untuk miring ke kiri. Rubalah posisi tubuh dari kanan terletang ke kiri 2 jam sekali.
- c. Setelah \pm 24 jam post operasi, klien diharapkan mampu duduk tanpa bersandar, lalu berlatih duduk di tepi tempat tidur.
- d. Hari kedua dan seterusnya klien diharapkan dapat berdiri di samping tempat tidur lalu lanjutkan berlatih berjalan.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau tahapan kegiatan dalam keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang didasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik, dan berdasarkan kebutuhan objektif pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien serta dilandasi oleh kode etik dan etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan, dalam proses perawatan, asuhan keperawatan dilaksanakan dalam beberapa tahapan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), serta evaluasi (Hadinata, Dian & Abdillah 2018).

2.4.1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis, yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya. Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan sehingga dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan, kesehatan dan keperawatan klien baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan.

Pengkajian yang dilakukan pada pasien post operasi adalah:

1. Biodata klien

a. Identitas klien

Pengkajian pada identitas pasien meliputi nama, tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, catatan medis klien, tanggal masuk RS, tanggal operasi, nomor rekam medis, diagnosa medis, dan alamat.

b. Keluhan utama

Pada pasien post operasi *sectio caesarea* biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Nyeri biasanya bertambah parah jika pasien bergerak.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *sectio caesarea* seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan lintang), faktor plasenta, pre eklamsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membuat rencana tindakan terhadap pasien.

2) Riwayat penyakit dahulu

Mengkaji apakah pasien pernah mengalami penyakit sebelumnya dan kapan terjadi.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga berisi tentang pengkajian apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya preeklamsia ataupun *giant baby*, seperti diabetes, dan hipertensi yang sering terjadi pada beberapa keturunan.

4) Riwayat obsetri

Pada pengkajian Riwayat obsetri meliputi Riwayat kehamilan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, Dimana

ibu bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.

5) Riwayat persalinan yang lalu

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, dan keadaan anak.

6) Pola-pola fungsi Kesehatan

Pengkajian pola fungsi Kesehatan terdiri dari pola nutrisi dan metabolisme biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya. Pola aktifitas biasanya pada pasien post operasi *section caesarea* mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi menggerakkan ekstermitas atas dan bawah, miring kiri, miring kiri pada 6-8 jam pertama, kemudian Latihan duduk sampai Latihan berjalan. Pada hari ketiga optimalnya pasien sudah dapat dipulangkan. Pre eliminasi biasanya terjadi konstipasi karena pasien post operasi *section caesarea* takut untuk melakukan BAB. Pola istirahat dan tidur biasanya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan. Pola reproduksi biasanya terjadi disfungsi seksual yang diakibatkan oleh proses persalinan dan masa nifas.

7) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses Pemeriksaan tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menemukan tanda klinis dari suatu tanda penyakit.

a) Kepala

Pada pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, biasanya terdapat cloasma gravidarum pada ibu post partum.

b) Mata

Pada pemeriksaan mata meliputi kesimestrisan mata, kelopak mata, kongjungtiva mata, cornea, ketajaman penglihatan. Pada ibu post sc biasanya terdapat kongjungtiva yang anemis diakibatkan oleh kondisi anemia atau dikarenakan proses persalinan yang mengalami pendarahan.

c) Hidung

Pada pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung, pernafasan cuping hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan napas, apakah ada pendarahan atau tidak, apakah ada polip atau polurent.

d) Telinga

Pada pemeriksaan telinga meliputi bentuk, ukuran, ketergantungan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran.

e) Leher

Pada pemeriksaan leher meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu post partum biasanya terjadi pembesaran kelenjar tiroid yang disebabkan proses meneran yang salah.

f) Mulut

Pemeriksaan mulut dan orofaring meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, ukuran tonsil dan warna tonsil.

g) Thorak

Pada pemeriksaan thorak meliputi (bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas), palpasi (penilaian volva fremitus), perkusi (melakukan perkusi pada semua lapangan paru mulai dari atas klavikula ke bawah pada setiap spasiem intercostalis), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan).

h) Payudara

Pemeriksaan payudara pada ibu yang mengalami bendungan ASI meliputi bentuk simetris, kedua payudara tegang, ada nyeri tekan, kedua puting susu menonjol areola hitam, warna kulit tidak kemerahan, ASI belum keluar atau ASI hanya keluar sedikit

i) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi (lihat bekas luka operasi apakah ada tanda- tanda infeksi atau tanda pendarahan, apakah terdapat stie dan linea), auskultasi (peristaltic usus normal 5-35 kali permenit), palpasi (kontraksi usus baik atau tidak).

j) Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia eksterna meliputi inspeksi (apakah ada hematoma, oedema, tanda tanda inspeksi, pemeriksaan lokhea meliputi warna, jumlah dan konsusistensinya). Pada pemeriksaan kandung kemih diperiksa apakah kandung kemih ibu penuh atau tidak, jika penuh minta ibu berkemih, jika ibu tidak mampu lakukan katerisasi.

k) Ekstermitas

Pada pemeriksaan ekstermitas meliputi ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, reflek Babinski dan nyeri tekan.

1. Pemeriksaan penunjang
 - a. Pemeriksaan laboratorium: mencakup pengukuran parameter seperti kadar hemoglobin, hematokrit, jumlah leokosit dalam darah, dan analisis urin;
 - b. Pemeriksaan radiologis; seperti sinar-x, CT scan, atau USG dapat dilakukan untuk memeriksa hasil operasi dan mendeteksi komplikasi seperti pendarahan internal;
 - c. Pemeriksaan IVP/sistogram hanya diperlukan jika ada kecurigaan trauma pada saluran kencing;

2.4.2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensia, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan asuhan kewenangan perawat(Hadinata, Dian & Abdillah 2018).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post operasi *sectio caesarea* meliputi:

1. Gangguan integritas kulit;
2. Nyeri akut;
3. Risiko infeksi;
4. Gangguan mobilisasi fisik.

2.4.3. Intervensi

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah langkah ketiga dari proses keperawatan. Setelah menetapkan diagnosa keperawatan,

perawat akan menyusun rencana tindakan keperawatan sebagai dasar tindakan (Hadinata, Dian & Abdillah 2018).

Tabel 2.1. Intervensi Keperawatan Pada Pasien Post Operasi *Seccio caesarea*

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan
Gangguan integritas kulit ditandai dengan penurunan mobilitasi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat. Kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun. 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Elastisitas meningkat 4. Hidrasi meningkat 5. Perfusi jaringan meningkat 6. Nyeri menurun 7. Pendarahan menurun 8. Kemerahan menurun 9. Jaringan parut menurun 10. Nekrosis menurun	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Terapeutik 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan bertanya 5. Gunakan variasi pembelajaran 6. Gunakan pendekatan promosi kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan hambatan dari lingkungan, sosial serta budaya. 7. Berikan pujian dan dukungan terhadap usaha positif dan pencapaiannya. Edukasi 1. Jelaskan penanganan masalah kesehatan 2. Informasi sumber yang tepat yang bersedia dimasyarakat 3. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan 4. Anjurkan mengevaluasi tujuan secara periodik 5. Anjurkan menentukan perilaku spesifik yang akan diubah 6. Anjurkan mengidentifikasi tujuan yang akan dicapai 7. Anjurkan program kesehatan dalam kehidupan sehari-hari. 8. Anjurkan pencarian dan penggunaan sistem fasilitas pelayanan kesehatan 9. Anjurkan cara pemeliharaan kesehatan.
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis.prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun Kriteria hasil:	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 	<p>frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi pereda nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
Risiko infeksi ditandai dengan paparan organisme patogen lingkungan.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Jelaskan cara cuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
Gangguan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

<ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan mobilisasi dini 3. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

2.4.4. Implementasi

Implementasi merujuk pada langkah dimana rencana perawatan yang telah direncanakan sebelumnya diterapkan dengan tujuan membantu pasien mencapai hasil yang diinginkan. Untuk memastikan implementasi perawatan berjalan sesuai rencana, perawatan harus memiliki kemampuan kognitif yang baik, kemampuan berinteraksi secara interpersonal, dan keterampilan dalam pelaksanaan tindakan medis (Hadinata, Dian & Abdillah 2018).

2.4.5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses penilaian yang mencakup perbandingan antara perubahan dalam kondisi pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan selama tahap perencanaan. Evaluasi merupakan langkah yang terfokus pada penilaian, pertinjauan, dan peningkatan. Dalam proses evaluasi, perawat mengevaluasi bagaimana klien merespons terhadap intervensi

yang telah diberikan dan menentukan apakah sasaran yang telah ditetapkan dalam rencana perawatan dapat tercapai .