

BAB 2

TINJAUAN KASUS

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Pengertian Sectio Caesarea

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

Post Sectio Caesarea adalah seseorang yang telah menjalani operasi melalui suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding perut serta dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Sugeng J & Weni K, 2010).

2.1.2 Tinjauan Teori Post Partum (Masa Nifas)

1. Pengertian Post Partum

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi (Dewi dan Sujono, 2012).

2. Etiologi Post Partum dibagi 2 :

1) Etiologi post partum dini

- (a) Atonia uteri
- (b) laserasi jalan lahir, robekan jalan lahir
- (c) Hematoma

2) Etiologi post partum lambat

- (a) Tertinggalnya sebagian plasenta
- (b) Subinvolusi di daerah insersi plasenta
- (c) Dari luka bekas sectio caesaria

3. Patofisiologi

Involusi rahim terjadi karena masing-masing sel menjadi lebih kecil, yang disebabkan karena adanya proses autolysis, dimana zat protein dinding rahim dipecah diabsorpsi dan kemudian dibuang melalui air kencing. Inovasi tempat plasenta setelah persalinan tempat plasenta merupakan tempat permukaan kasar tidak rata kira-kira sebesar telapak tangan, dengan cepat luka ini mengecil pada akhir minggu kedua, hanya sebesar 3-4cm dan pada akhir nifas 1-2cm.

Perubahan pada serviks dan vagina, pada serviks terbentuk sel-sel otot terbaru, karena adanya kontraksi dan retraksi, vagina teregang pada waktu persalinan namun lambat lalu akan mencapai ukuran yang normal. Perubahan pembuluh darah rahim dalam kehamilan uterus mempunyai pembuluh-pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan bagi peredaran darah yang banyak, maka arteri tersebut harus mengecil lagi saat nifas.

Pada dinding perut dan peritoneum, setelah persalinan dinding perut menjadi longgar karena teregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu. Pada saluran kencing, dinding kandung kemih terlihat edema, sehingga menimbulkan obstruksi dan menyebabkan retensi urine, dilatasi ureter dan pyelum kembali normal dalam 2 minggu. Laktasi keadaan

buah dada pada dua hari pertama nifas sama dengan keadaan dalam kehamilan pada waktu ini, buah dada belum mengandung susu melainkan colostrum. Colostrum adalah cairan kuning yang mengandung banyak protein dan garam.

4. Klasifikasi Masa Nifas dibagi Menjadi 3 Periode yaitu :

1) Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerperium Intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.

3) Remote Puerperium

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulihnya dan sehat sempurna terutama bila selama kehamilan atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau tahunan (Anita Lockhart, 2014).

5. Manifestasi Klinis

1) Sistem Reproduksi

(a) Payudara

Setelah persalinan berhubung lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum, maka esterogen dan progesteron berkurang. Prolaktin akan meningkat dalam darah yang merangsang sel-sel acini untuk memproduksi ASI. Keadaan payudara pada dua hari pertama post partum sama dengan keadaan dalam masa kehamilan. Pada hari ketiga dan keempat buah dada

membesar, keras dan nyeri ditandai dengan sekresi air susu sehingga akan terjadi proses laktasi. Laktasi merupakan suatu masa dimana terjadi perubahan pada payudara ibu, sehingga mampu memproduksi ASI dan merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan berbagai macam hormon sehingga ASI dapat keluar.

(b) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus adalah kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi. Selain uterus, vagina, ligament uterus dan otot dasar panggul juga kembali ke keadaan sebelum hamil (Setyo, 2011).

Tabel 2.1 Proses Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	Lembut/ lunak
Pada akhir minggu ke-1	Pertengahan antara pusat shympisis	500 gram	7,5 cm	2 cm
Pada akhir minggu ke-2	Tidak teraba	350 gram	5 cm	1 cm
Sesudah akhir 6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

(Sumber : Pusdiknakes, WHO, Setyo retno, 2011).

Proses involusi uterus terjadi secara progressive dan teratur yaitu 1-2 cm setiap hari dari 24 jam pertama post partum sampai akhir minggu pertama saat tinggi fundus sejajar dengan tulang pubis. Pada minggu keenam uterus kembali normal seperti keadaan sebelum hamil kurang lebih 50-60 gram. Pada Secti Caesarea fundus uterus dapat diraba pada pinggir abdomen. Rasa tidak nyaman karena kontraksi uterus bertambah dengan rasa nyeri akibat

luka sayat pada uterus terjadi setelah klien sadar dari narkose dari 24 jam post operasi.

(c) Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna setelah bayi lahir, yang diperkirakan sebagai respon terhadap penurunan volume intrauteri yang sangat besar. Kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi lahir, ini menyebabkan iskemia pada perlekatan plasenta sehingga jaringan perlekatan antara plasenta dan dinding uterus menjadi nekrosis dan lepas. Hormone oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot urine akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total (Setyo, 2011).

(d) Endometrium

Dalam dua hari post partum desidua yang tertinggal dan berdiferensiasi menjadi 2 lapisan, lapisan superficial menjadi nekrotik dan terkelupas bersama lochea. Sedangkan lapisan basah yang bersebrangan dengan miometrium yang berisi kelenjar tetap utuh dan merupakan sumber pembentukan endometrium baru. Proses regenerasi endometrium berlangsung cepat. Seluruhnya endometrium pulih kembali dalam minggu kedua dan ketiga.

1) Cerviks, Vagina, Vulva, Perineum

Pada persalinan dengan Sectio Caesarea tidak terdapat peregangan pada serviks dan vagina kecuali bila sebelumnya dilakukan partus percobaan

serviks akan mengalami peregangan dan kembali normal sama seperti post partum normal. Pada klien dengan Sectio Caesarea keadaan perineum utuh tanpa luka.

Lochea adalah secret yang berasal dari dalam rahim terutama luka bekas implantasi plasenta yang keluar melalui vagina. Lochea merupakan pembersihan uterus setelah melahirkan yang secara mikroskopik terdiri dari eritrosit, kelupasan desidua, sel-sel epitel dan bakteri yang dikeluarkan pada awal masa nifas.

Lochea dibagi berdasarkan warna dan kandungannya yaitu :

(1) Lochea Rubra / Merah

Lochea ini muncul pada hari ke-1 sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan ini yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

(2) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

(3) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan / laserasi plasenta. Muncul pada hari ke-7 sampai hari ke-14 postpartum.

(4) Lochea Alba / Putih

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba biasanya berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

Pada lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartum sekunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa / selaput plasenta. Lochea serosa atau alba yang berlanjut bisa menandakan adanya endometriosis, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan lochea purulenta. Pengeluaran lochea yang tidak lancar disebut dengan lochea statis (Setyo, 2011).

2) Sistem Respirasi

Penggunaan obat-obat anesthesia umum selama proses pembedahan menyebabkan perubahan kecepatan frekuensi, kedalaman dan pola respirasi. Setelah operasi mungkin terjadi penumpukan secret pada jalan nafas yang menyebabkan perubahan pola nafas, juga suara tambahan berupa rales. Hal ini tidak ditemukan pada anesthesia spinal. Sedangkan peningkatan respirasi mungkin terjadi sebagai respon klien terhadap adanya nyeri.

3) Sistem Cardiovaskuler

(1) Cardiak Output

Cardiak output meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama post partum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke 3 post partum. Pada persalinan pervaginam akan kehilangan

darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran secara Sectio Caesarea dapat kehilangan darah dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan haemokonsentrasi akan naik dan pada Sectio Caesarea haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

(2) Volume dan Konsentrasi Darah

Pada 72 jam pertama setelah persalinan banyak kehilangan plasma dari pada sel darah. Selama persalinan erithropoesis meningkat menyebabkan kada hemoglobin menurun dan nilainya akan kembali stabil pada hari keempat post partum. Jumlah leukosit meningkat pada early post partum hingga nilainya mencapai $30.000/\text{mm}^3$ tanpa adanya infeksi. Apabila peningkatan lebih dari 30% dalam 6 jam pertama, maka hal ini mengidentifikasi adanya infeksi.

Jumlah darah yang hilang selama persalinan sekitar 400-500 cc. Pada klien post partum dengan Sectio Caesarea kehilangan darah biasanya lebih banyak dibanding persalinan normal (600-800 cc).

4) Sistem Endokrin

Sistem endokrin mengalami perubahan secara tiba-tiba selama kala IV persalinan dan mengikuti lahirnya plasenta. Perubahan payudara selama kehamilan, payudara disiapkan untuk laktasi (hormon estrogen dan progesteron) kolostrum, cairan payudara yang keluar sebelum produksi susu terjadi pada trimester III dan minggu pertama post partum. Pembesaran mammae/ payudara terjadi dengan adanya perubahan sistem vaskuler dan limpatik sekitar mammae. Mammae menjadi besar, mengeras, dan sakit bila disentuh sementara itu, konsentrasi hormone (estrogen, progesteron, human chorionic gonadotroin, prolaktin, krotisol dan insulin) yang menstimulasi

perkembangan payudara selama ibu hamil menurun dengan cepat setelah bayi lahir.

5) Sistem Gastrointestinal

Pada klien dengan post partum Sectio Caesarea biasanya mengalami penurunan tonus otot dan motilitas traktus gastrointestinal dalam beberapa waktu. Pemulihan kontraksi dan motilitas otot tergantung atau dipengaruhi oleh penggunaan analgetik dan anestesia yang digunakan, serta mobilitas klien. Sehingga berpengaruh pada pengosongan usus. Secara spontan mungkin terhambat 2-3 hari. Selain itu klien akan merasa pahit pada mulut karena dipuaskan atau merasa mual karena pengaruh anestesia umum. Sebagai akibatnya klien akan mengalami gangguan pemenuhan asupan nutrisi serta gangguan pemenuhan eliminasi alvi (BAB). Klien dengan spinal anestesia tidak perlu dipuaskan sebelumnya.

6) Sistem Perkemihan

Pada klien Sectio Caesarea terutama pada kandung kemih dapat terjadi karena letak blass berdempetan dengan uterus, sehingga pengosongan kandung kemih mutlak dilakukan dan biasanya dipasang foley kateter selama pembedahan sampai 2 hari post operasi. Dengan demikian kemungkinan dapat terjadi gangguan pola eliminasi alvi (BAK), sehingga klien perlu dilakukan bladder training. Kaji warna urine yang keluar serta jumlah dan baunya.

7) Sistem Persyarafan

Sistem persyarafan pada klien post partum biasanya tidak mengalami gangguan kecuali ada komplikasi akibat dari pemberian anestesia spinal atau

penusukan pada anesthesia epidural dapat menimbulkan komplikasi penurunan sensasi pada ekstremitas bawah. Klien dengan spinal anesthesia perlu tidur flat selama 24 jam pertama.

8) Sistem Integumen

Peningkatan aktivitas melanin pada kehamilan yang menyebabkan hiperpigmentasi pada puting susu, areola, dan linea nigra setelah berangsur-angsur menurun setelah melahirkan. Meskipun perubahan warna menjadi lebih gelap pada area ini menurun, namun warna tidak bisa kembali total seperti sebelumnya. Kloasma gravidarum yang timbul pada masa hamil biasanya tidak akan terlihat pada kehamilan, namun hiperpigmentasi pada areola dan linea nigra menghilang sempurna sesudah melahirkan. Rambut halus yang tumbuh lebat pada waktu hamil pada sebagian ibu biasanya akan menghilang setelah ibu melahirkan, namun rambut kasar yang timbul setelah hamil akan menetap.

9) Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan otot abdomen teregang secara bertahap, hal ini menyebabkan hilangnya kekenyalan otot pada masa post partum, terutama menurunnya tonus otot dinding dan adanya diastasis rektus abdominalis. Pada dinding abdomen sering tampak lembek dan kendur dan terdapat luka/ insisi bekas operasi, secara berangsur akan kembali pulih, selain itu sensasi ekstremitas bawah dapat berkurang selama 24 jam pertama setelah persalinan pada klien post partum dengan Sectio Caesarea. Hal ini terjadi bila dilakukan regio anestesi dapat terjadi pula penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh peregangan otot.

10) Perubahan Dinding Perut/ Perut

Abdomen dapat menonjol pada hari pertama sesudah melahirkan , 2 minggu pertama dinding abdomen mengalami relaksasi dan berkurang lebih 6 minggu setelah melahirkan, keadaan abdomen seperti sebelum hamil. Kembalinya tonus otot ini terkandung pada tonus otot sebelumnya (senam dan jumlah jaringan lemak) hal ini dapat diperjelas sebagai berikut :

Pada hari pertama setelah melahirkan, abdomen ibu akan tampak menonjol dan seperti masih hamil. Dalam 2 minggu setelah melahirkan, dinding abdomen ibu akan rileks. Dinding abdomen ibu kembali keadaan sebelum hamil perlu waktu sekitar 6 minggu. Pengembalian tonus bergantung pada kondisi tonus sebelum hamil, latihan fisik yang tepat (senam) dan jumlah jaringan lemak ibu. Setelah melahirkan, dinding abdomen yang merenggang akan tampak longgar dan kendur.

11) Perubahan Tanda-Tanda Vital

(1) Tekanan Darah

Tekanan darah sedikit berubah atau menetap. Hipotensi ortostatik, yang diindikasikan oleh rasa pusing dan seakan ingin pingsan segera setelah berdiri, dapat timbul dalam 48 jam pertama. Hal ini merupakan akibat pembengkakan limpa yang terjadi setelah wanita melahirkan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklampsi postpartum (Setyo, 2011).

(2) Denyut Nadi

Denyut dan curah jantung sedikit meningkat selama jam pertama setelah melahirkan. Denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil pada sekitar minggu ke-8 sampai minggu ke-10 setelah melahirkan.

(3) Pernapasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan.

(4) Suhu Badan

24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5 C-38 C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ke-3 suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau system lain (Setyo, 2011).

6. Pemeriksaan Diagnostik

7. Penatalaksanaan Medis

Perawatan Post Sectio Caesarea

a. Kesadaran penderita

a) Pada anestesi lumbal : kesadaran penderita baik, karena ibu dapat mengetahui hampir semua proses persalinan.

b) Pada anestesi umum : pulihnya kesadaran oleh ahli telah diatur dengan memberikan O₂ di akhir operasi.

- b. Mengukur tanda-tanda vital
 - a) Pengukuran nadi, tekanan darah, temperature dan pernapasan.
 - b) Mengukur keseimbangan cairan melalui produksi urine dengan perhitungan :
 - (a) Produksi urine normal : 500-600 cc
 - (b) Pernapasan : 500-600 cc
 - (c) Penguapan : 900-1000 cc
 - (d) Pemberian cairan pengganti sekitar 2000-2500cc dengan perhitungan 20 tetes/menit.
 - (e) Infus setelah operasi diberikan 1x24 jam pertama.
- c. Diit dan Terapi Cairan
 - (a) Pemberian sedikit minum sesudah dapat diberikan 6-10 jam pasca bedah berupa air putih.
 - (b) Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari makan dengan diit seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, vitamin yang cukup.
 - (c) Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian jika output urine jauh dibawah 30ml/jam, klien harus segera dievaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.
- d. Mengukur TFU dan kontraksi rahim untuk menutup pembuluh darah.
- e. Memeriksa paru untuk mengetahui kebersihan jalan nafas dan ronchi basal untuk mengetahui adanya edema paru atau tidak.

- f. Memeriksa bising usus yang menandakan berfungsinya usus dengan flatus.
Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah dan baru aktif kembali pada hari ketiga.
- g. Perdarahan local pada luka operasi
- h. Perdarahan pervaginam dengan:
 - a) Evaluasi pengeluaran lochea rubra
 - b) Antonia uteri meningkatkan perdarahan
 - c) Perdarahan berkepanjangan.
- i. Profilaksis Antibiotik
Infeksi selalu di perhitungkan dari adanya alat yang kurang steril, sehingga pemberian antibiotika sangat penting untuk menghindari terjadinya sepsis sampai kematian.
- j. Vesika urinaria
Kateter dilepas setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi.
- k. Payudara
payudara dibersihkan setiap hari sebelum mandi dengan air bersih tanpa sabun untuk mengurangi resiko infeksi. Apabila putting susu lecet oleskan kolesrtum atau ASI keluar dari putting susu setiap kali selesai menyusui.
- l. Perawatan luka
Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

m. Mobilisasi

- a) Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :
 - (a) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi.
 - (b) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar.
 - (c) Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
 - (d) Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler).
 - (e) Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke5 pasca operasi.
- b) Konsep mobilisasi dini tetap merupakan landasan dasar, karena perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan :
 - (a) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi nifas
 - (b) Mempercepat involusi alat kandungan
 - (c) Melancarkan fungsi gastrointestinal dan alat perkemihan
 - (d) Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

n. Pemberian obat-obatan

- a) Antibiotik, Cara pemilihan dan pemberian antibiotic sangat berbeda-beda setiap institusi.
- b) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan
 - (a) Supositoria = ketoprofen sup 2x/24 jam

- (b) Oral = tramadol tiap 6 jam atau paracetamol
- (c) Injeksi = penitidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

o. Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi hari setelah operasi. Hematokrit tersebut harus segera di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan yang menunjukkan hipovolemia.

p. Kembalinya menstruasi

Menstruasi biasanya terjadi 12 minggu post partum pada wanita yang tidak menyusui dan 36 minggu post partum pada ibu menyusui.

q. Keluarga Berencana

Masa post partum merupakan masa yang paling baik untuk kontrasepsi karena pada saat itu motivasi penggunaan lebih tinggi (Sugeng J & Weni, 2010).

r. Memulangkan klien dari rumah sakit

Seorang klien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari ke empat dan ke lima post operasi, aktivitas ibu seminggunya dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain (Sugeng J & Weni K, 2010).

s. Nasihat pasca operasi

- a) Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih 1 tahun dengan cara memakai kontrasepsi.
- b) Kehamilan berikutnya hendaknya diawasi dengan pemeriksaan antenatal yang baik.

- c) Dianjurkan untuk persalinan selanjutnya dilakukan di Rumah Sakit besar.
- d) Apakah kelahiran selanjutnya harus dotolong dengan Sectio Caesarea bergantung pada indikasi Sectio Caesrea dan keadaan pada kehamilan berikutnya.

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis menggunakan dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu :

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Nikmatur & Saiful W, 2012).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pada interaksi actual/ potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur & Saiful W, 2012).

2.2.3 Perencanaan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis

keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur & Saiful W, 2012).

2.2.4 Pelaksanaan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur & Saiful W, 2012).

2.2.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur & Saiful W, 2012).

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada klien Post Sectio Caesarea Dengan Kelainan Letak Sungsang

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

a) Pengkajian

Pada pengkajian klien dengan post Sectio Caesarea data yang dapat ditemukan meliputi :

1. Anamnase

1) Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, no.register, diagnosa medis, yang mengirim klien, cara masuk, alasan masuk serta keadaan umum tanda vital.

2) Keluhan Utama : ibu mengatakan nyeri pada luka operasi

3) Riwayat Kesehatan

(a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi.

(b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang. Dalam arti apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama (kelainan letak sunngang).

(c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita klien apakah keluarga ada juga yang mempunyai riwayat persalinan.

2. Pemeriksaan fisik

1) Aktivitas

- (1) Toleransi terhadap latihan rendah
- (2) Kehilangan produktifitas, penurunan semangat untuk bekerja
- (3) Kebutuhan untuk istirahat dan tidur lebih banyak

2) Sirkulasi

- (1) Riwayat kehilangan darah kronis
- (2) Palpitasi
- (3) CRT lebih dari dua detik

3) Integritas Ego

Gelisah, ketakutan.

4) Eliminasi

(1) Konstipasi

(2) Sering kencing

5) Makanan / cairan

(1) Nafsu makan menurun

(2) Mual / muntah

6) Nyeri / kenyamanan

Lokasi nyeri terutama bagian abdomen dan kepala

7) Pernapasan

Napas pendek pada saat istirahat maupun aktifitas

8) Seksual

(1) Dapat terjadi perdarahan pervagina

(2) Perdarahan akut sebelumnya

(3) Tinggi fundus tidak sesuai dengan umurnya

3. Pemeriksaan penunjang

1) USG untuk menentukan letak implantasi plasenta

2) Pemeriksaan jumlah darah lengkap

Hemoglobin dan hematokrit menurun (Sugeng J & Weni K, 2010).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan faktor-faktor fisik (insisi pembedahan / luka post operasi).
2. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan trauma mekanis, efek hormonal, efek-efek anestesi ditandai dengan distensi kandung kemih, perubahan jumlah dan frekuensi kencing.

3. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot oleh karena analgesik, anestesi, efek progesteron, dehidrasi, kurang masukan makanan ditandai dengan adanya penurunan bising usus, mual, rasa penuh pada abdomen.
4. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, penurunan HB, prosedur invasif.
5. Defisiensi pengetahuan perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan efek-efek anestesi, penurunan kekuatan dan ketahanan, ketidaknyamanan fisik.
7. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan
(NANDA, 2013).

2.3.3 Perencanaan

1. Nyeri akut berhubungan dengan faktor-faktor fisik (insisi pembedahan / luka post operasi).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri dapat berkurang serta klien mampu menyebutkan nilai nyeri.

Kriteria hasil :

- a. Klien mampu mengontrol nyeri (penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri).
- b. Klien mampu melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- c. Klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).

Rencana Tindakan :

- 1) Kaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.

Rasional : pengkajian berkelanjutan mampu meyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam mengurangi nyeri.

- 2) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri.

Rasional : untuk mengetahui tingkat nyeri pasien.

- 3) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.

Rasional : untuk memberikan intervensi yang tepat untuk pasien sehingga nyeri dapat terkontrol.

- 4) Minta klien untuk menggunakan skala 1 sampai 10 untuk menjelaskan tingkat nyerinya (dengan nilai 10 menandakan tingkat nyeri yang paling berat).

Rasional : untuk memfasilitasi pengkajian yang akurat tentang tingkat nyeri klien.

- 5) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan dan kebisingan.

Rasional : lingkungan yang tenang dan aman dapat mengurangi nyeri klien.

- 6) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi) bila tingkat nyeri pasien tidak terlalu besar, implementasikan teknik mengendalikan nyeri alternatif.

Rasional : teknik non farmakologis pengurangan nyeri akan efektif bila nyeri pasien berada pada tingkat yang dapat di toleransi.

- 7) Ajarkan tentang teknik non farmakologi seperti tarik nafas dalam keluarkan dari mulut secara pelan-pelan.

Rasional : untuk mengurangi nyeri pada klien.

- 8) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.

Rasional : mengetahui keadaan umum klien.

- 9) Berikan analgesik sesuai dengan indikasi

Rasional : untuk meyakinkan pengurangan nyeri yang adekuat.

2. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan trauma mekanis, efek hormonal, efek-efek anestesi ditandai dengan distensi kandung kemih, perubahan jumlah dan frekuensi kencing.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- a. Kandung kemih kosong
- b. Tidak ada residu urine > 100-200 cc
- c. Intake cairan dalam rentang normal
- d. Tidak ada spasme bladder
- e. Tidak terjadi ISK

Rencana Tindakan :

- 1) Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya : output urine, pola berkemih, frekuensi berkemih dan masalah kencing praeksisten).

Rasional : untuk melakukan terapi penggantian cairan secara tepat karakteristik urine membantu penegakkan diagnosis.

- 2) Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi.

Rasional : untuk mengetahui adanya perubahan pada kandung kemih.

- 3) Jelaskan kepada klien dan keluarga tentang alasan terapi dan efek yang diharapkan.

Rasional : untuk meningkatkan pemahaman klien dan membangun rasa percaya pada asuhan keperawatan yang diberikan.

- 4) Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan tentang masalah perkemihan.

Rasional : mendengar aktif menunjukkan respek terhadap klien pengungkapan secara bebas membantu menentukan ketakutan klien secara tepat.

- 5) Jelaskan kondisi perkemihan klien kepada klien dan keluarga termasuk petunjuk tindakan pencegahan, bila diperlukan.

Rasional : pengetahuan kesehatan yang akurat akan meningkatkan kemampuan klien dalam mempertahankan kesehatannya.

3. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot oleh karena analgesik, anestesi, efek progesteron, dehidrasi, kurang masukan makanan ditandai dengan adanya penurunan bising usus, mual, rasa penuh pada abdomen.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan eliminasi alvi dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- a. Klien melaporkan keinginan untuk defekasi, bila memungkinkan.

- b. Asupan cairan dan serat klien dapat terkaji.
- c. Klien menggunakan commode disamping tempat tidur atau berjalan ke toilet.
- d. Klien mempertahankan pola eliminasi dalam batas normal.

Rencana Tindakan :

- 1) Pantau frekuensi dan karakteristik feses klien.
Rasional : sebagai acuan rencana penanganan yang efektif
 - 2) Pantau dan catat asupan serta haluaran cairan klien
Rasional : asupan cairan tidak adekuat menyebabkan feses keras dan konstipasi.
 - 3) Anjurkan klien untuk menggunakan com-mode di samping tempat tidur atau berjalan ke toilet. Hindari penggunaan pispot.
Rasional : untuk meningkatkan fungsi fisiologis.
 - 4) Rencanakan dan implementasikan latihan fisik yang rutin seperti berjalan, meninggikan tungkai, mengecangkan otot abdomen dan latihan kegel.
Rasional : latihan fisik meningkatkan tonus otot abdominal dan pelvis yang diperlukan untuk eliminasi normal.
 - 5) Anjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi serat.
Rasional : untuk memperlancar proses defekasi.
4. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, penurunan HB, prosedur invasif.
- Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah dapat teratasi sesuai dengan derajat penyakitnya.

Kriteria hasil :

- a. Suhu tubuh dalam rentang normal
- b. Tidak ada pus pada daerah luka
- c. Klien terbebas dari tanda dan gejala infeksi
- d. Jumlah leukosit dalam batas normal

Rencana Tindakan :

- 1) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan klien
Rasional : untuk mengurangi terjadinya penyebaran kuman dari dunia luar.
- 2) Pertahankan lingkungan aseptik selama penggunaan alat
Rasional : mencegah terjadinya infeksi
- 3) Lakukan perawatan luka sesuai dengan kondisi luka adakah pus pada area luka.
Rasional : untuk mendeteksi dini ada tidaknya tanda dan gejala infeksi.
- 4) Bantu klien mencuci tangan sebelum dan sesudah makan dan setelah dari kamar mandi.
Rasional : mencuci tangan mencegah penyebaran patogen terhadap objek dan makanan.
- 5) Bantu klien untuk miring kanan dan miring kiri setiap 2 jam , lakukan perawatan kulit.
Rasional : untuk mencegah terjadinya kerusakan integritas pada kulit khususnya area punggung
- 6) Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit yang tepat

Rasional : diit yang tepat dapat membantu proses penyembuhan luka (diit tinggi kalori tinggi protein).

5. Gangguan aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan klien mampu melakukan aktivitas sederhana secara mandiri

Kriteria hasil :

- a. Klien menyatakan keinginan untuk meningkatkan aktivitas.
- b. Klien menjelaskan penyakit yang berhubungan dengan intoleransi aktivitas yang dialaminya.
- c. Klien dapat beraktivitas kembali secara mandiri.

Rencana Tindakan :

- 1) Bantu klien untuk latihan miring kanan dan miring kiri secara perlahan

Rasional : untuk meningkatkan aktivitas secara bertahap.

- 2) Diskusikan dengan klien dalam merencanakan kemajuan aktivitas

Rasional : partisipasi klien dalam perencanaan dapat membantu memperkuat kepercayaan.

- 3) Instruksikan dan bantu klien untuk beraktivitas diselingi istirahat

Rasional : untuk menurunkan kebutuhan oksigen dalam tubuh dan mencegah kelelahan.

- 4) Identifikasikan dan minimalkan faktor-faktor yang dapat menurunkan toleransi latihan klien

Rasional : untuk membantu meningkatkan aktivitas klien dan untuk mengetahui aktivitas apa saja yang boleh dilakukan pada masa nifas dengan post SC.

2.3.4 Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah ibu. Pada tahap implementasi ini terdiri atas beberapa kegiatan yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan serta melanjutkan pengumpulan data (Mitayani, 2011).

2.3.5 Evaluasi

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

a. S : Data Subjektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O : Data Objektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/ diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif.

d. P : Planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.