

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea merupakan proses pembedahan untuk melahirkan bayi melalui penyayatan pada dinding abdomen dan uterus. Section caesarea dilakukan sebagai pilihan jika tidak memungkinkan melakukan persalinan normal (Hijratun, 2019). *Sectio Caesarea* dilakukan karena beberapa faktor tertentu diantaranya yaitu faktor bayi, faktor ibu, riwayat persalinan. sebagai proses pembedahan *Sectio Caesarea* juga mempunyai indikasi antara lain adalah disproporsi panggul (CPD), disfungsi uterus, *distosia*, janin besar, gawat janin, pre eklamsi, eklamsia, hipertensi, riwayat pernah *Sectio Caesarea* sebelumnya (Hijratun, 2019).

Sectio Caesarea adalah melahirkan janin dengan cara pembedahan pada dinding perut dan dinding uterus, dimana setelah enam minggu keadaan uterus akan kembali pada keadaan sebelum hamil (Hartati dan Maryunani 2015).

2.1.2. Etiologi

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016), menyatakan etiologi operasi *sectio caesarea* ada dua, yaitu sebagai berikut :

a) Etiologi yang berasal dari Ibu

Etiologi yang berasal dari Ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, ada

disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, solutio placenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklampsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

b) Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

2.1.3. Klasifikasi

Dalam Solehati (2017) Sectio caesarea terbagi menjadi beberapa jenis:

a) Sectio caesarea klasik atau korporal

Pada sectio caesarea klasik dengan melakukan sayatan sekitar 10 cm yang memanjang pada korpus uteri. Saat dinding perut dan peritoneum parietal tersayat dan terbuka pada garis tengahnya harus dibalut dengan kain kasa panjang yang mencangkup antara dinding perut dan dinding uterus untuk mencegah masuknya air ketuban dan darah ke rongga perut. Pada bagian ujung bawah di atas batas plika vesiko uteria diberikan sayatan insisi pada bagian tengah korpus uteri dengan panjang sekitar 10-12 cm, agar air ketuban bisa terhisap dengan sempurna dibuat lubang kecil pada kantong ketuban, kemudian tersebut dilebarkan untuk

mempermudah proses pengeluaran bayi dari rongga perut. Plasenta dan selaput ketuban dikeluarkan secara manual dengan diberikan suntikan 10 oksitosin dalam dinding uterus dan intravena. Tindakan selanjutnya yaitu dengan melakukan jahitan cutgut untuk menutup dinding uterus, jahitan tersebut memiliki dua lapisan: lapisan pertama dengan jahitan simpul dan lapisan kedua atas jahitan terus menerus. Jahitan dilakukan secara terus menerus dengan cutgut yang lebih tipis dengan mengikutkan peritoneum serta bagian luar miomertrium dengan menutup jahitan dengan rapih dan dinding perut tertutup seperti semula.

b) Sectio caesarea transperitonealis profunda

Dengan melakukan sayatan melintang konkaf di segmen bawah rahim yang panjangnya sekitar 10 cm dengan ibu berbaring pada posisi trendelenburg dan dipasang dauerchateter. Pada dinding perut bagian garis tengah dari semfisi sampai di bawah pusat dilakukan insisi beberapa sentimeter. Peritoneum pada dinding uterus bagian depan dan bawah dipegang dengan pinset, kemudian plika vesiko uterine dibuka dan insisi diteruskan melintang ke lateral; dan kandung kencing dengan peritoneum di depan uterus didorong ke bawah menggunakan jari.

c) Metode Erracs

ERACS (Enhanced Recovery After Cesarean Surgery) adalah teknik operasi yang dikembangkan pada persalinan Caesar dimana keadaan bisa dioptimalkan pada saat sebelum, selama, sesudah operasi dalam mencapai proses pemulihan lebih cepat setelah

menjalani tindakan pembedahan (PKRS RSUD Banjarnegara, 2022).

2.1.4. Indikasi

Menurut Sagita (2019), indikasi ibu dilakukan *Section Caesarea* adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram> Dari beberapa faktor *Section Caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa penyebab section sebagai berikut :

- a) CPD (Cephalo Pelvic Disproportion) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara normal. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan normal sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.
- b) PEB (Pre-Eklamsi Berat) adalah kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

- c) KDP (Ketuban Pecah Dini) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.
- d) Bayi kembar, tak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *Sectio Caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.
- e) Faktor hambatan jalan lahir, adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.
- f) Kelainan Letak Janin
 - (a) Kelainan pada letak kepala
 - 1) Letak kepala tengadah, bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.
 - 2) Presentasi muka, letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %. Presentasi dahi, posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada

penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

- (b) Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki.

2.1.5. Komplikasi

Menurut (Solehati, 2017) Komplikasi yang mungkin terjadi setelah dilakukan operasi sectio caesarea:

a) Infeksi puerperal

Infeksi puerperal merupakan infeksi baktteri yang menginfeksi bagian reproduksi setelah post partum, keguguran, atau post SC, biasanya ditandai dengan meningkatnya suhu tubuh yang bersifat berat seperti peritonitis, sepsis.

b) Perdarahan

Perdarahan sering terjadi karena proses pembedahan mengakibatkan cabang-cabang arteri terbuka atau karena atonia uteri.

c) Luka pada kandung kemih, embolisme paru-paru.

d) Kurang kuatnya dinding uterus, sehingga pada kehamilan selanjutnya terjadi rupture uteri.

e) Komplikasi lainnya terjadi pada bayi yaitu risiko terjadinya depresi pernapasan disebabkan obat bius yang mengandung narkose.

2.2. Konsep Ketuban Pecah Dini (KPD)

2.2.1. Definisi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kelahiran yang sebenarnya. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD. Jadi ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan(Sagita, 2017).

Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan Lag Period. Ada beberapa perhitungan yang mengukur Lag Period, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi pada ibu dan juga bayi (Fujiyarti, 2016).

2.2.1. Etiologi Ketuban Pecah Dini

Menurut (Sagita,2017) ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kelahiran yang

sebenarnya. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD. Jadi ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan.

2.2.2. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang terjadi ketuban pecah dini adalah keluarnya ketuban mrembes melalui vagina, aroma air ketuban manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pekat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus di produksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi bila duduk atau berdiri kepala janin yang sudah terletak di bawah menggantal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Sementara itu demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sunarti, 2017).

2.2.3. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis ketuban pecah dini tidak sulit ditegakkan dengan keterangan terjadi pengeluaran cairan mendadak disertai bau yang khas. Selain keterangan yang disampaikan pasien dapat dilakukan beberapa pemeriksaan yang menetapkan bahwa cairan yang keluar adalah air ketuban, diantaranya tes fernald dan nitrazine tes. Langkah pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis ketuban pecah dini dapat dilakukan:

- a) Pemeriksaan spekulum, untuk mengambil sampel cairan ketuban di fornix posterior dan mengambil sampel cairan untuk kultur dan pemeriksaan bakteriologis.
- b) Melakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, sehingga tidak

banyak manipulasi daerah pelvis untuk mengurangi kemungkinan-kemungkinan infeksi asenden dan persalinan prematuritas. (Manuaba, 2013)

2.2.4. Komplikasi *Ketuban Pecah Dini*

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin menurut (Sunarti, 2017) yaitu:

a) Prognosis Ibu

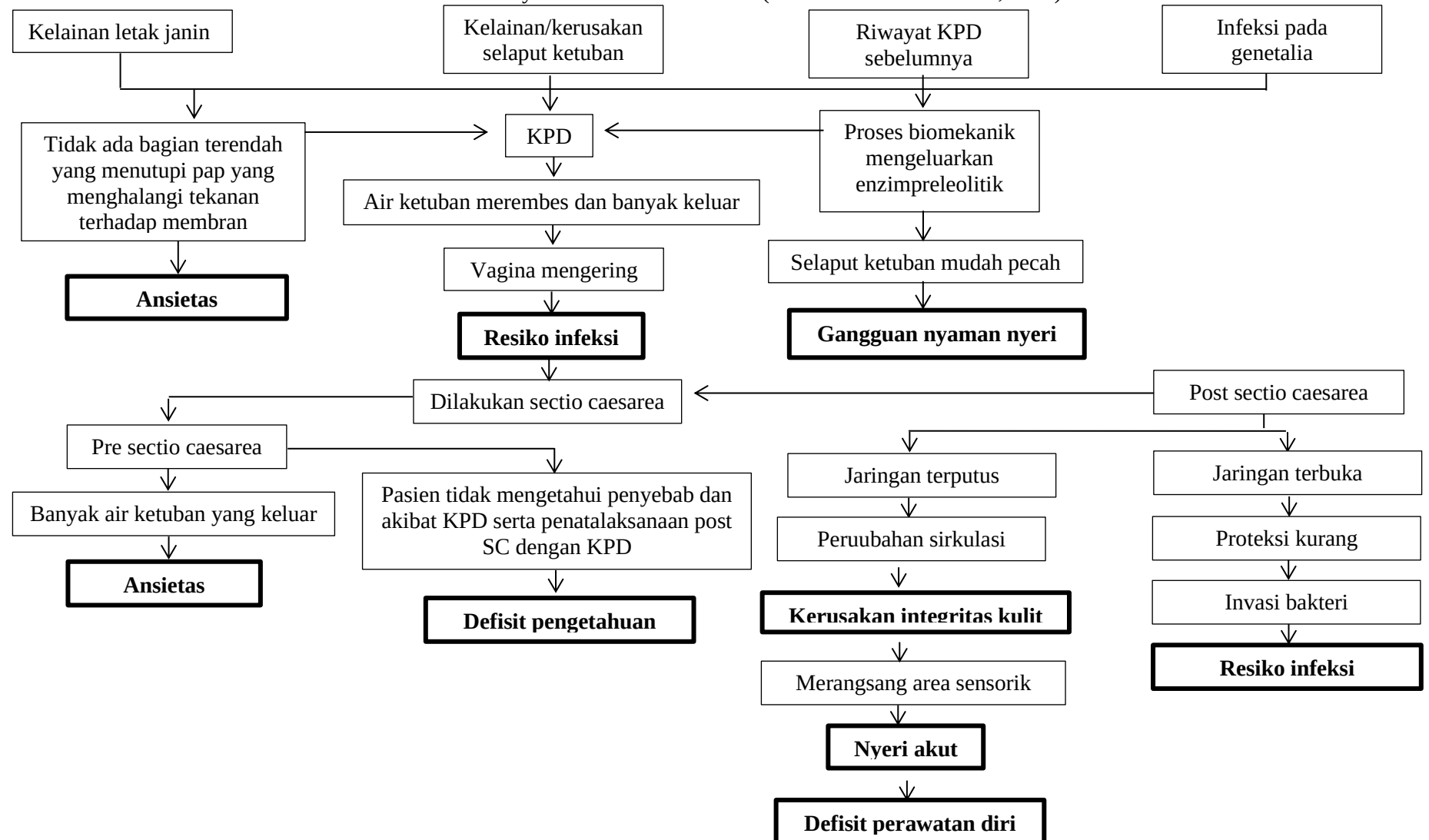
Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi intrapartal/ dalam persalinan, infeksi puerperalis/ masa nifas, dry labour/ partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal.

b) Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematurit, perdarahan intraventrikular, enterocolitis necrotizing, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps funiculli/ penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal (Marmi dkk, 2016)

2.3. Pathway

Gambar 2.3 Pathway POST SC Indikasi KPD (Sumber: Amin dan Hardi, 2015)



2.4. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

Kelainan letak janin, kelainan atau kerusakan selaput ketuban, riwayat KPD, infeksi genetalia dapat menyebabkan Ketuban Pecah Dini (KPD). Tidak adanya bagian terendah yang menutupi pap yang menghalangi tekanan terhadap membran menyebabkan air ketuban pecah dan muncul masalah keperawatan **ansietas**, sedangkan proses biomekanik mengeluarkan enzim preolotik yang menyebabkan selaput ketuban mudah pecah dan dapat menyebabkan masalah keperawatan **gangguan nyaman nyeri**. Apabila terjadi KPD (Ketuban Pecah Dini), air ketuban merembes dan banyak keluar sehingga vagina menjadi kering dan dapat mengakibatkan masalah keperawatan **resiko infeksi**, Apabila ketuban pecah dini tidak ada perlindungan dari luar dapat memudahkan resiko infeksi sehingga dari masalah tersebut maka janin tidak bisa keluar lewat vagina. Dan jalan keluar yang diambil yaitu tindakan *Sectio Caesarea* (SC). Banyaknya air ketuban yang keluar sebelum tindakan Sectio Caesaea dapat menyebabkan masalah keperawatan **ansietas**, dan apabila pasien tidak mengetahui penyebab dan akibat KPD serta penatalaksanaan post SC dengan KPD dapat memunculkan masalah keperawatan **defisit pengetahuan**. Luka post SC dapat menyebabkan jaringan terbuka, apabila proteksi kurang dapat menyebabkan invasi bakteri dan dapat menyebabkan terjadi masalah keperawatan **resiko infeksi**. Luka post SC juga menyebabkan jaringan terputus yang bisa menyebabkan masalah keperawatan **kerusakan integritas kulit** yang dapat merangsang area sensorik dan akhirnya menyebabkan terjadinya masalah keperawatan **nyeri akut**, nyeri akut dapat menyebabkan pasien enggan untuk melakukan perawatan diri dan

terjadi masalah keperawatan **defisit perawatan diri**. (Amin dan Hardi, 2015).

2.5. Penatalaksanaan

- a) Analgesic diberikan setiap hari
- b) 2-3 jam atau bila diperluan seperti asam mefenamat, Ketorolac, Tramadol.
- c) Pemberian transfuse darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat.
- d) Pemberian antibiotic seperti cefotacim, ceftriaxon, dan lain-lain. Walaupun pemberian antibiotic sesudah sectio caesarea efektif dapat dipersoalkan, namun pada pemberiannya dianjurkan.
- e) Pemberian cairan parenteral seperti Ringer Laktat dan NaCl.
- f) Diet

Pemberian cairan per infuse dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minumandengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih.

- g) Mobilitas

Rentang gerak dalam mobilitas :

- (a) Rentang gerak pasif :

Rentang gerak pasif ini berguna ntuk menjaga kelentura otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawatan mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

- (b) Rentang gerak aktif :

Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi

dengan cara menggunakan otot-otot secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya.

(c) Rentang gerak fungsional :

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan. (Carprnito, 2015).

h) Karteterisasi

Kadung kemih yang pernah menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi Involasi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter terpasang 24-48 jam atau lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

i) Pemberian obat-obatan

(a) Antibiotik

(b) Analgesic dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan.

(c) Obat-obatan lain.

j) Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

k) Perawatan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanandarah, nadi, dan pernafasan.

2.6. Konsep Asuhan Keperawatan

2.6.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses yang kontinu dilakukan setiap tahap proses keperawatan. Semua tahap proses keperawatan tergantung pada pengumpulan data (informasi) yang lengkap dan

akurat. (Padila, 2015).

Pengkajian yang dapat dilakukan oleh seorang perawat untuk mendapatkan data subyektif maupun data obyektif pada pasien post partum (*Sectio Caesarea*) meliputi :

a) Identitas Klien dan Penanggung Jawab

(a) Meliputi : nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik, yang mengirim, cara masuk dan tanggal masuk. Kondisi operasi *Sectio Caesarea* dapat terjadi pada semua usia dan atas dasar indikasi dokter (Andro, 2013).

(b) Keluhan Utama

Keluhan utama saat pengkajian adalah keluhan yang paling sering dirasakan oleh pasien saat pengkajian. Pasien mengatakan merasa takut dan sulit untuk bergerak berhubungan dengan rasa nyeri akibat bekas luka pembedahan (Andro, 2013).

(c) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sebelumnya bagi pasien multipara.

Pada saat kehamilan terjadi pre eklamsi berat, diabetes dan kanker serviks. Saat persalinan terjadi malpresentasi janin, dan saat nifas sebelumnya terjadi bedah sesar elektif berulang.

(d) Data Riwayat Penyakit

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Meliputi : keluhan yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu power, passage dan passenger. Apabila diantara ketika faktor terjadi masalah maka ibu hamil tidak bisa melahirkan dengan spontan. Dengan demikian harus dilakukan suatu pembedahan yaitu dengan operasi *Sectio Caesarea*. Efek dari proses pembedahan ini menimbulkan luka bekas operasi di abdomen. Nyeri akan terasa setelah dilakukannya proses pembedahan, hal ini merupakan hal yang fisiologis bagi pasien dengan post operasi *Sectio Caesarea*. Hal ini juga mengakibatkan pasien enggan untuk melakukan mobilisasi (Andro, 2013).

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Untuk ibu primipara yang dilakukan tindakan *Sectio Caesarea* karena telah mempunyai riwayat diabetes milietus sebelumnya. Sedangkan untuk ibu multipara dilakukan tindakan, karena pada kehamilan sebelumnya pernah mempunyai riwayat penyakit jantung ataupun penyulit dalam persalinan seperti CPD, placenta previa, solusio placenta (Andro, 2013).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Terdapat riwayat penyakit menular maupun menurun

seperti penyakit hipertensi, TB Paru, HIV, diabetes melitus dalam keluarga pasien dan apakah keluarga pasien ada yang mempunyai riwayat persalinan CPD, placenta previa, solusio placenta (Andro, 2013).

(e) Pola Fungsi Kesehatan

Menurut Andro (2013), pola fungsi kesehatan dibagi sebagai berikut :

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Mengkaji tentang kebiasaan, seperti penggunaan tembakau, alkohol, obat-obatan, alergi dan harapan klien.

2) Pola Aktivitas dan Personal Hygiene

Kemampuan perawatan diri kurang baik, kelemahan otot, malaise, pembatasan aktivitas hiburan.

3) Pola Nutrisi atau Cairan dan Metabolisme

Membrane mukosa yang kering (pembatasan) masukan atau periode puasa pra operatif dan 6 jam post operatif, anoreksia, mual dan muntah.

4) Pola Tidur dan Istirahat

Mengkaji tentang lama tidur, kebiasaan sebelum tidur dan keluhan. Pasien post operasi sectio caesaria karena merasakan nyeri pada luka bekas operasi maka kuantitas tidurnya berkurang.

5) Pola Eliminasi

Pasca melahirkan, kadar steroid menurun sehingga

menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal akan kembali normal pada kurun waktu 1 bulan setelah seorang wanita melahirkan. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Pemasangan dower cateter membantu dalam pengeluaran urine.

6) Pola Hubungan atau Interaksi Sosial

Klien tidak mengalami masalah pola hubungan sosial.

7) Pola Persepsi Diri dan Toleransi Terhadap Stress

Klien tidak mengalami masalah dengan persepsi diri (Andro, 2013).

8) Pola sirkulasi atau reproduksi

Mulai menstruasi berupa tahun, hamil anak beberapa, proses persalinan dengan bantuan operasi SC (Andro, 2013).

9) Pola keyakinan nilai

Klien menyakini dan percaya dengan keyakinan yang dipeluk saat ini (Andro, 2013).

(f) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum secara keseluruhan lemah, pucat, lesu, kesadaran komposmentis, ekspresi wajah datar, tidak ada perhatian, gelisah, tampak meringis kesakitan pada saat bergerak, takut untuk bergerak

(Andro, 2013).

2) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolactin setelah persalinan. Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan. Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

3) System respirasi

System respirasi pada pasien post operasi section caesarea akan kembali normal setelah 3 jam setelah dilakukan anastesi dengan anastesi jenis SAB (Sub Arachnoid Block).

4) System kardiovaskuler

System kardiovaskuler pada pasien post operasi *Sectio Caesarea* akan terjadi bradikardi karena efek dari anastesi menyebabkan turunnya tekanan sistolik dan kurangnya pengisian volume darah pada jantung. Namun setelah 3 jam dilakukan anastesi maka system kardiovaskuler akan kembali normal.

5) System neurosensory

Nyeri abdomen karena adanya luka bekas operasi
(Andro, 2013).

6) System pencernaan

Lidah kotor, adanya nyeri abdomen karena bekas luka operasi, anoreksia, nual,muntah, perut kembung (Andro, 2013).

7) System muskuloskeletal

Kelemahan otot, pembatasan gerak, takut untuk bergerak (Andro, 2013).

8) System metabolism-integumen

Kulit lembab, suhu tubuh dalam batas normal (Andro,2013).

9) System genitourinary

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Plasenta lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gram. Dua minggu post partum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gram. Enam minggu post partum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 60 gram. Kandung kemih teraba kosong, alat genetalia normal atau tidak terjadi robekan (Andro, 2013).

10) Pemeriksaan penunjang

(1) Laboratorium

(2) Pemeriksaan lain (Andro, 2013).

(3) Terapi (Sesuai advis dokter) (Andro, 2013).

2.6.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan yang dialami baik secara aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk dapat mengidentifikasi berbagai respon klien baik individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi sehat atau optimal. Diagnosa positif terdiri dari promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

a) Defisit pengetahuan (D.0111)

(a) Definisi : Ketidadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

(b) Etiologi :

- 1) Keterbatasan kognitif
- 2) Gangguan fungsi kognitif
- 3) Kekeliruan mengikuti anjuran
- 4) Kurang terpapar informasi
- 5) Kurang minat dalam belajar
- 6) Kurang mampu mengingat
- 7) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

(c) Tanda dan gejala :

1) Tanda dan gejala mayor:

Subyektif :

(1) Menanyakan masalah yang dihadapi

Obyektif :

(1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

(2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

2) Tanda dan gejala minor:

Subyektif : -

Obyektif :

(1) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat

(2) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis, apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

b) Resiko infeksi (D.0142)

(a) Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

(b)Faktor risiko :

1) Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)

2) Efek prosedur invasif

3) Malnutrisi

4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer

(1) Gangguan peristaltik

(2) Kerusakan integritas kulit

(3) Perubahan sekresi pH Penurunan kerja siliaris

- (4) Ketuban pecah lama
- (5) Ketuban pecah sebelum waktunya
- (6) Merokok
- (7) Statis cairan tubuh

6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

- (1) Penurunan hemoglobin
- (2) Imunosupresi
- (3) Leukopenia
- (4) Supresi respon inflamasi
- (5) Vaksinasi tidak adekuat

c) Defisit perawatan diri (D.0109)

(a) Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

(b) Etiologi :

- 1) Gangguan muskuloskeletal
- 2) Gangguan neuromuskuler
- 3) Kelemahan
- 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- 5) Penurunan motivasi/minat

(c) Tanda dan gejala :

- 1) Tanda dan gejala mayor:

Subyektif :

- (2) Menolak melakukan perawatan diri

Obyektif :

(3) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri

(4) Minat melakukan perawatan diri kurang

2) Tanda dan gejala minor:

Subyektif : -

Obyektif : -

d) Ansietas (D.0080)

(a) Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

(b) Etiologi :

- 1) Krisis situasional
- 2) Kebutuhan tidak terpenuhi
- 3) Krisis maturasional
- 4) Ancaman terhadap konsep diri
- 5) Ancaman terhadap kematian.
- 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- 7) Disfungsi sistem keluarga
- 8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- 9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- 10) Penyalahgunaan zat
- 11) Terpapar bahaya lingkungan (mis, toksin, polutan, dan lain-lain)
- 12) Kurang terpapar informasi

(c) Tanda dan gejala :

1) Tanda dan gejala mayor:

Subyektif :

- (3) Merasa bingung
- (4) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- (5) Sulit berkonsentrasi

Obyektif :

- (5) Tampak gelisah
- (6) Tampak tegang
- (7) Sulit tidur

2) Tanda dan gejala minor:

Subyektif :

- (1) Mengeluh pusing
- (2) Anoreksia
- (3) Palpitasi
- (4) Merasa tidak berdaya

Obyektif :

- (3) Frekuensi napas meningkat
- (4) Frekuensi nadi meningkat
- (5) Tekanan darah meningkat
- (6) Diaforesis
- (7) Tremor
- (8) Muka tampak pucat
- (9) Suara bergetar

- (10) Kontak mata buruk
- (11) Sering berkemih
- (12) Berorientasi pada masa lalu

e) Nyeri akut (D.0077)

(a) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

(b) Etiologi :

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

(c) Tanda dan gejala :

- 1) Tanda dan gejala mayor:

Subyektif :

- (1) Mengeluh nyeri

Obyektif :

- (1) Tampak meringis
- (2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- (3) Gelisah

(4) Frekuensi nadi meningkat

(5) Sulit tidur

2) Tanda dan gejala minor:

Subyektif :-

Obyektif :

(1) Tekanan darah meningkat

(2) Pola napas berubah

(3) Nafsu makan berubah Proses berpikir terganggu

(4) Menarik diri

(5) Berfokus pada diri sendiri

(6) Diaforesis

f) Kerusakan integritas kulit (D.0129)

(a) Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen).

(b) Etiologi :

1) Perubahan sirkulasi

2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)

3) Kelebihan/kekurangan volume cairan

4) Penurunan mobilitas

5) Bahan kimia iritatif

6) Suhu lingkungan yang ekstrem

7) Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)

- 8) Efek samping terapi radiasi
- 9) Kelembaban
- 10) Proses penuaan
- 11) Neuropati perifer
- 12) Perubahan pigmentasi
- 13) Perubahan hormonal
- 14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

(c) Tanda dan gejala :

1) Tanda dan gejala mayor:

Subyektif :-

Obyektif :

- (1) Kerusakan jaringan dan/atau kerusakan kulit

2) Tanda dan gejala minor:

Subyektif :-

Obyektif :

- (1) Nyeri
- (2) Perdarahan
- (3) Hematoma
- (4) Kemerahan

2.6.3. Intervensi Keperawatan

Diberikan jika kemampuan merawat diri pada klien berkurang dari yang dibutuhkan untuk memenuhi self care yang sebenarnya. Berikut intervensi yang dapat dilakukan sesuai standar intervensi keperawatan Indonesia (Tim Pokja Siki DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.6.3 tujuan dan intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana tindakan
1.	Defisit pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Kemampuan menjelaskan pengetahuan sesuai topik meningkat 3) Pertanyaan tentang masalah tang dihadapi menurun 4) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 5) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun	Edukasi Kesehatan Observasi: 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik: 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 5) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 6) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 7) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
2.	Resiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah	Perawatan luka I.14564 Observasi : 1) Monitor karakteristik luka 2) Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik : 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4) Bersihkan dengan

		putih membaik	cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6) Pasang balutan sesuai jenis luka 7) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Edukasi : 8) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 9) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 10) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi : 11) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
3.	Defisit perawatan diri	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan kebersihan diri klien terpenuhi dengan kriteria hasil: 1) Keinginan klien untuk mandi meningkat 2) Klien tampak bersih 3) Kulit klien terlihat tidak lengket lagi 4) Rambut,telinga,kuku, gigi klien bersih	Observasi 1) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3) Monitor kebersihan diri (rambut, mulut,kulit, gigi, kuku) Monitor integritas kulit Teraupetik 4) Sediakan peralatan mandi(shampo, sabun, sikat gigi, pelembab kulit) 5) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 6) Fasilitasi menggosok gigi 7) Fasilitasi kebutuhan mandi 8) Pertahankan kebiasaan kebersihan

		diri
		9) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian
		Edukasi
		10) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi bagi kesehatan
		11) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien jika perlu
4.	Ansietas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat Ansietas menurun dengan kriteria hasil:
	1) Verbalisasi kebingungan menurun	Reduksi ansietas (I.09314)
	2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun	Observasi
	3) Perilaku gelisah menurun	1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor).
	4) Perilaku tegang menurun	2) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).
	5) Konsentrasi membaik	Terapeutik
	6) Pola tidur membaik	3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.
	7) Pola perkemihan membaik	4) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.
	8) Frekuensi tekanan darah membaik	5) Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian.
	9) Frekuensi nadi membaik	6) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.
	10) Frekuensi pernapasan membaik	7) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.
	11) Kontak mata membaik	8) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.
		Edukasi
		9) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang

			10) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. 11) Anjurkan keluarga untuk bersama pasien, jika perlu. 12) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. 13) Latih teknik relaksasi : terapi musik klasik. Kolaborasi : 14) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
5.	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun dengan Kriteria Hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Gelisah menurun 4) Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (I.03121) : Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengaruh nyeri pada pada kualitas hidup 6) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 7) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 8) Fasilitasi istirahat tidur Edukasi 9) Jelaskan strategi meredakan nyeri 10) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

			Kolaborasi
			11) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
6.	Gangguan integritas kulit/jaringan D.0129	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keutuhan kulit atau jaringan meningkat dengan Kriteria Hasil : (1) Kerusakan jaringan menurun (2) Kerusakan lapisan kulit menurun (3) Nyeri menurun (4) Kemerahan menurun (5) Suhu kulit membaik	Perawatan integritas kulit (1.11353) Observasi (1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik (1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring (2) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang (3) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare (4) Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering (5) Gunakan produk berbahan ringan atau alami dan hipoalergik pada kulit sensitive (6) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi (1) Anjurkan menggunakan pelembab (2) Anjurkan minum air yang cukup (3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi (4) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur (5) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem (6) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar

rumah

(7) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian antibiotik

2.6.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti and Mulyanti, 2017).

2.6.5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Mufidaturrohmah (2017) evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui perawatan yang diberikan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif adalah hasil dari umpan balik selama proses keperawatan berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah proses keperawatan selesai dilaksanakan dan memperoleh informasi efektifitas pengambilan keputusan.