

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Sectio Caesarea

2.1.1 Definisi Sectio Caesarea

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu tindakan bedah yang dilakukan dalam bidang kebidanan, baik karena alasan medis maupun non-medis, termasuk pemotongan jaringan ikat untuk mengeluarkan bayi. Sectio caesarea, sering dikenal sebagai operasi caesar, adalah prosedur pembedahan yang melibatkan pengangkatan janin dan plasenta dengan membuat sayatan di dinding perut dan rahim. Prosedur ini dapat dilakukan untuk tujuan medis dan non-medis. Sectio caesarea mengacu pada prosedur pembedahan untuk mengeluarkan bayi melalui operasi laparotomi atau histerotomi. (Rejeki et al., 2022).

Singkatnya, sectio caesarea (SC) adalah tindakan persalinan yang dilakukan melalui proses pembedahan dimana di berikan sayatan pada dinding perut sampai rahim untuk mengeluarkan bayi. Persalinan secara Sectio Caesarea biasanya dilakukan apabila terdapat indikasi medis seperti placenta previa, presentasi janin yang abnormal, serta indikasi lain yang dapat membahayakan nyawa ibu maupun bayi. Sayatan ini meninggalkan reseptor rasa sakit pada luka bedah, dan rasa sakitnya meningkat setelah anestesi habis. (Rejeki et al., 2022).

- a. Pre Operasi merupakan fase dimana perawat mempersiapkan pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan untuk menjamin keselamatan pasien intraoperatif. Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2019).
- b. Post sectio caesarae merupakan fase yang dimulai dengan masuk nya pasien ke ruang pemulihan (recovery) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut dan tatanan rawat inap klinik, maupun di rumah. Lingkup aktifitas keperawatan mencakup rentang aktifitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital secara mencegah komplikasi. Aktiftas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitas dan pemulangan (Hipkabi, 2019).

2.1.2 Etiologi

Etiologi mutlak Sectio Caesarea menurut Agustna (2022) & Sitorus (2021)

- a. Etiologi pada ibu yang dilakukan operasi sectio caesarea

Pada primigravida atau kehamilan pertama dengan kelainan posisi, Cefalo Pelvix Disproportion (CPD), disproporsi janin dan panggul, riwayat

kehamilan dan persalinan yang buruk, kehamilan disertai dengan penyakit (DM, jantung), ketidakseimbangan antara ukuran kepala bayi dan panggul ibu, gangguan perjalanan persalinan (mioma uteri, kista ovarium dan sebagainya), keracunan parah ketika hamil, komplikasi pada saat kehamilan seperti preeklampsia dan eklampsia berat, serta atas keinginan ibu sendiri. (Agustin, 2022)

b. Etiologi pada janin yang dilakukan operasi sectio caesarea

kelainan tali pusat seperti terlilit tali pusat, prolapsus tali pusat, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin yaitu bayi yang besar 7 (giant baby). Sedangkan faktor dari plaseinta meliputi plaseinta previa, solutio plaseinta, vasa previa dan plasenta accreta, kegagalan persalinan vakum serta bayi kembar. (Sitorus, 2021)

2.1.3 Manifestasi Klinik (Tanda dan gejala)

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan sectio caesarea yaitu dengan perawatan pre dan post partum serta perawatan post operatif, Prawirohardjo (2020) mengemukakan manifestasi klinis pre dan post Sectio Caesarea meliputi:

1. Pre sectio caesarea

- a. Merasa bingung
- b. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- c. Sulit berkonsentrasi
- d. Gelisah
- e. Tegang

f. Sulit tidur

2. Post sectio caesrae

- a. Nyeri disebabkan luka hasil bedah
- b. Adanya luka insisi dibagian abdomen
- c. Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- d. Aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- e. Ada kurang lebih 600-800ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional

2.1.4 Anatomi Fisiologi

Abdomen adalah bagian tubuh yang berbentuk rongga terletak diantara toraks dan pelvis. Rongga ini berisi viscera dan dibungkus dinding abdomen yang terbentuk dari otot abdomen, columna vertebralis, dan tulang ilium. Untuk membantu menetapkan suatu lokasi di abdomen, yang paling sering dipakai adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang bayangan horizontal dan dua bidang bayangan vertikal. Bidang bayangan tersebut membagi dinding anterior abdomen menjadi sembilan daerah (regiones). Dua bidang diantaranya berjalan horizontal melalui setinggi tulang rawan iga kesembilan, yang bawah setinggi bagian atas crista iliaca dan dua bidang lainnya vertikal dikiri dan kanan tubuh yaitu dari tulang rawan iga ke delapan hingga kepertengahan ligamen inguenale.

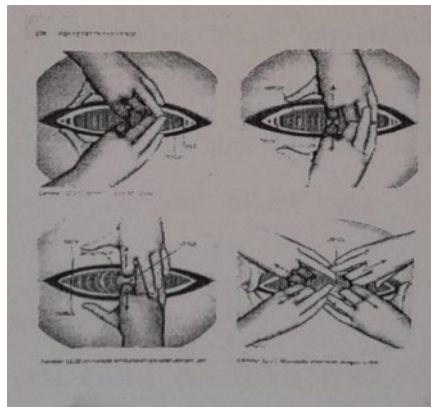


Gambar 2.1 Kuadran Abdomen

Dinding abdomen tersusun dari beberapa lapisan yaitu kulit, jaringan subkutan, otot dan fascia, jaringan ekstraperitoneum dan peritoneum.

Teknik pembedahan *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu:

1) *Sectio caesarea* transperitonealis profunda

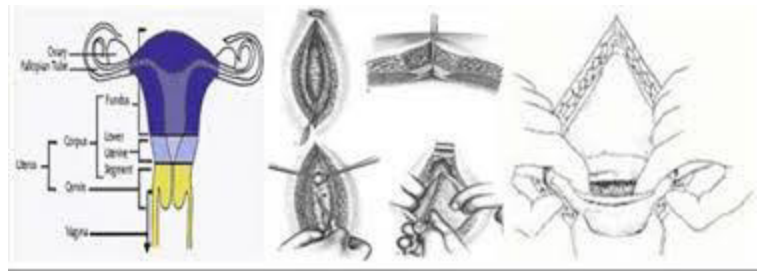


Gambar 2.2 *Sectio caesarea* transperitonealis profunda

Merupakan pembedahan yang paling banyak dilakukan. Melakukan insisi pada segmen bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan dan kiri agak melengkung ke atas untuk

menghindari terbukanya cabang cabang pembuluh darah. Sehingga garis yang terbentuk adalah horisontal.

2) *Sectio caesarea* klasik atau *Sectio caesarea corporal*



Gambar 2.3 *Sectio caesarea corporal*

Dilakukan insisi (irisan/sayatan) pada korpus uteri (tubuh rahim) sepanjang 10-12 cm, sehingga sayatan yang terbentuk adalah garis vertikal. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *sectio caesarea Transperitonealis profunda*, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya resiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya.

3) *Sectio caesarea* ekstraperitoneal

Insisi pada dinding dan fascia abdomen dan *musculus rectus* dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya

dari infeksi puerpural, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan sectio caesarea ini tidak banyak lagi dilakukan karena sulit dalam melakukannya.

2.1.5 Patofisiologi

Adanya hambatan atau kelainan saat persalinan yang dapat mengakibatkan bayi tidak bisa lahir spontan, seperti ketidakseisuaian antara panggul ibu dengan ukuran kepala bayi, pre eklamsia dan eklamsia berat, keracunan kehamilan yang parah, kelainan letak bayi yaitu lintang dan sungsang, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini atau solusio plasenta, leher rahim yang tertutup oleh plasenta atau dikeinal dengan plasenta previa, ibu hamil yang berusia lanjut, bayi kembar, ketuban pecah sebelum waktunya dan bayi yang belum keluar dalam waktu 24 jam, serta kontraksi lemah. (Susanto, 2020)

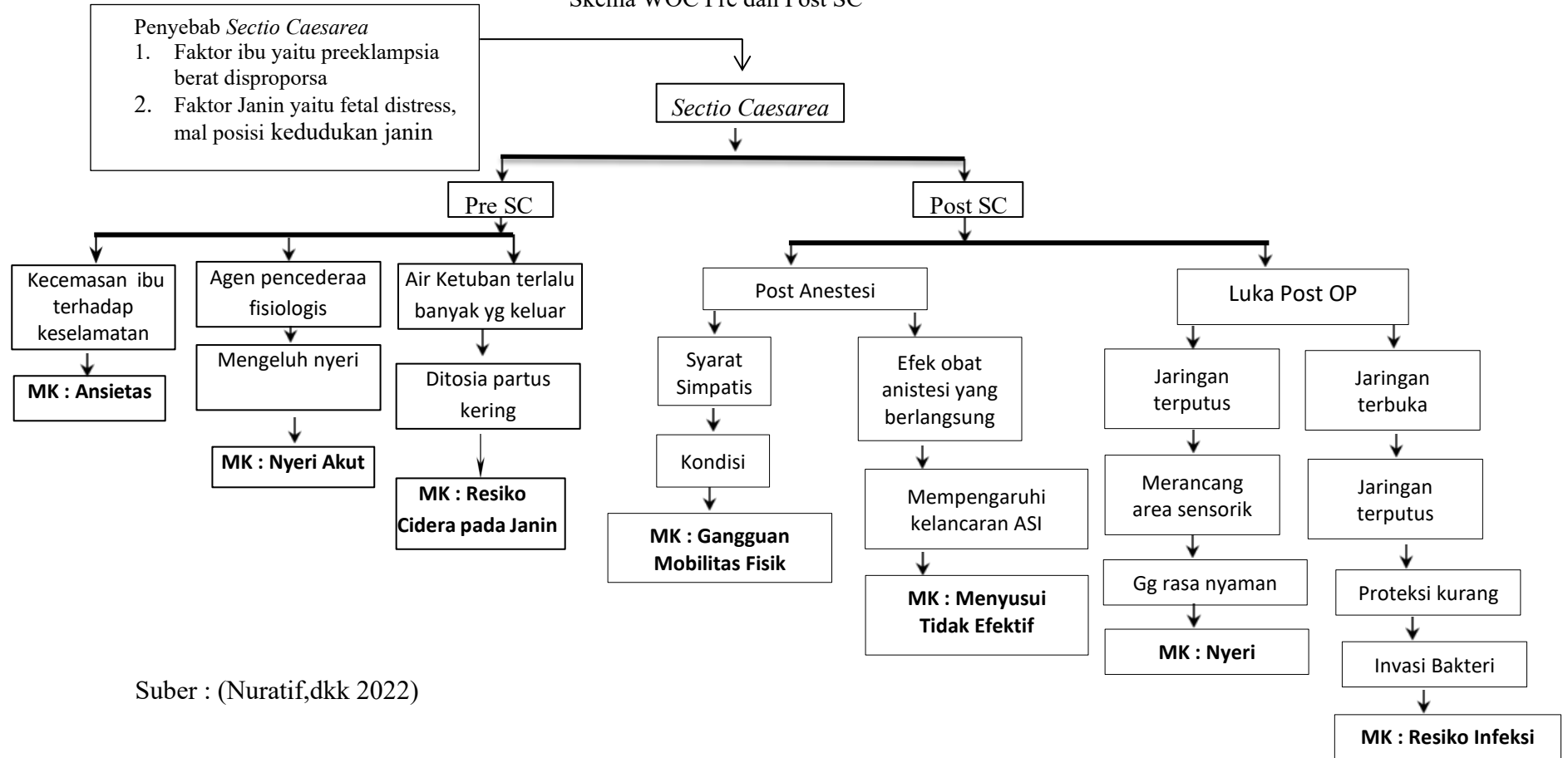
Setelah persalinan Sectio Caesarea, ibu akan mengalami hambatan dalam bergerak yang disebabkan oleh tindakan pembedahan Sectio Caesarea yang mengakibatkan putusnya kontinuitas jaringan yang merangsang area sensorik yang menimbulkan rasa nyeri, sehingga ibu lebih memilih untuk tidak bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah, yang membuat ibu tidak bisa melakukan Activity Daily Leaving secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan Personal Hygiene seperti mandi (Atoy et al, 2019)

Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post SC. yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Setelah kelahiran bayi prolaktin dan oksitosin meningkat menyebabkan efeksi ASI, efeksi ASI yang tidak adekuat membuat ASI tidak keluar dan kurangnya pengetahuan perawatan payudara sehingga muncul lah masalah keperawatan ketidak-efektifan pemberian ASI pada bayi

2.1.6 WOC

Skema 2.1

Skema WOC Pre dan Post SC



2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan sectio caesarea menurut Aspiani 2020 adalah :

1. Hitung darah lengkap
2. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa
3. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
4. Ultrasonografi : melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
5. Amniosintesis : mengkaji maturitas paru janin
6. Tes stres kontraksi atau tes non-stres : mengkaji respon janin terhadap gerakan stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal
7. Penentuan elektrolit selanjutnya memastikan status janin/aktivitas uterus.

Menurut Nurarif dan Kusuma (2021) pemeriksaan penunjang sectio caesarea yaitu pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemantauan EKG, JDL, dengan diferensial, elektrolit, hemoglobin atau hematokrit, golongan darah, urinalisis,amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi,pemeriksaan sinar X sesuai indikasi dan ultrasound.

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

1. Penatalaksanaan medis Pre Operasi Sectio caesarea menurut Samsider (2021)

Pemeriksaan pre operasi merupakan hal yang mutlak dalam setiap operasi. Berikut ini hal-hal yang perlu diperiksa sebelum operasi dilaksanakan

a. Anamnesis dan pemeriksaan

Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui permasalahan yang ada dan yang diperkirakan dapat muncul selama operasi. Hal yang perlu ditanyakan kepada pasien yaitu keluhan pasien, apakah pasien memiliki riwayat penyakit.

b. Informed consent

Informed consent berarti persetujuan yang diberikan perawat atau tenaga kesehatan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. Setiap tindakan medis memerlukan persetujuan atas penjelasan (PAP) baik secara lisan maupun tulisan.

c. Puasa

Puasa termasuk salah satu persiapan operasi, pasien yang akan menjalani sectio caesarea selalu memiliki resiko untuk aspirasi cairan lambung. Hal ini disebabkan oleh perubahan anatomi yang muncul selama kehamilan. Oleh karena itu, semua pasien yang akan menjalani sectio caesarea dianggap memiliki lambung yang penuh tanpa memperdulikan kapan makan dan minum terakhir.

d. Pencegahan infeksi

Semua tindakan invasif memiliki resiko, besar ataupun kecil, memasukkan kuman kedalam jaringan tubuh pasien sehingga dapat menyebabkan terjadinya infeksi dengan segala komplikasinya. Operasi ginekologi pun demikian. Sehingga upaya-upaya pencegahan infeksi harus dilakukan dengan lengkap dan teliti untuk menekan resiko terjadinya infeksi post operasi. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu, pemberian antibiotik profilaksis, suplementasi oksigen, menjaga suhu tubuh pasien, memperbaiki gizi.

e. Persiapan kulit

Sebelum operasi dilakukan, beberapa persiapan kulit perlu dilakukan. Persiapan kulit berupa pencukuran rambut pada bagian yang akan dilakukan pembedahan dilakukan 24 jam sebelum operasi.

f. Persiapan kandung kencing dan ureter

2. Penatalaksanaan medis Post Operasi Sectio caesarea

- a. Analgesik diberikan setiap 3-4 jam atau bila diperlukan seperti Asam Mefenamat, Ketoralak, Tramadol.
- b. Pemberian transfusi darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat
- c. Pemberian antibiotik seperti Cefotaxim, Ceftriaxon dan lain-lain.

2.2 Konsep Kecemasan

2.2.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah respon adaptif yang akan mempengaruhi diri atau psikologis seseorang dimana dapat menimbulkan perasaan yang tidak nyaman dan merasa terancam, pasien yang akan menjalankan tindakan operasi akan tampak gelisah dan khawatir dengan tindakan operasi. Kecemasan adalah sesuatu hal yang menimpa hampir pada setiap orang dalam jangka waktu tertentu di dalam kehidupannya. Disebutkan pula bahwasanya kecemasan merupakan reaksi yang normal untuk menunjukkan ekspresi terhadap situasi yang dianggap sangat menekan pada kehidupan seseorang. (Abdurrohman, 2023)

2.2.2 Tanda Gejala Kecemasan

Menurut (Nevid, 2021), ada beberapa tanda-tanda kecemasan, yaitu :

1. Tanda-Tanda Fisik Kecemasan

Bisa berupa kegelisahan, kegugupan, tangan atau anggota tubuh yang bergetar, sensasi dari tegang di sekitar dahi, banyak berkeringat, telapak tangan yang berkeringat, pusing, pingsan, mulut dan kerongkongan terasa kering, kesulitan berbicara, kesulitan bernafas, nafas menjadi pendek, jantung yang terasa berdebar keras, dll.

2. Tanda-Tanda Behavioral Kecemasan

perilaku menghindar, perilaku melekat dan dependen, dan perilaku terguncang

3. Tanda-Tanda Kognitif Kecemasan

khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan atau sesuatu yang terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan segera terjadi (tanpa ada penjelasan yang jelas).

2.2.3 Jenis Jenis Kecemasan

Pendekatan eksistensial melihat ada dua jenis kecemasan, yaitu kecemasan biasa (normal anxiety) dan kecemasan neurotik (neurotic anxiety).

- a. Kecemasan biasa (normal anxiety) merupakan tanggapan yang cukup wajar terhadap peristiwa yang sedang dihadapi, kecemasan ini tidak perlu dihilangkan sebab ini sebagai motivasi ke arah perubahan.
- b. Kecemasan neurotik (neurotic anxiety) adalah kecemasan yang keluar dari proporsi yang ada, ia terjadi di luar kesadaran dan cenderung untuk menjadikan orang tidak memiliki keseimbangan.

Sigmund Freud mengemukakan, bahwa kecemasan adalah keadaan tegang yang memaksa untuk berbuat sesuatu. Ada tiga jenis kecemasan, yaitu; kecemasan realita (rality anxiety), kecemasan neurotik (neurotic anxiety), dan kecemasan moral (moral anxiety).

- a. Kecemasan realita (rality anxiety), adalah rasa takut akan bahaya yang datang dari dunia luar, dan derajat kecemasan semacam itu sesuai dengan tingkat ancaman yang nyata.

- b. Kecemasan neurotik (neurotic anxiety), adalah rasa takut kalau-kalau insting akan keluar jalur dan menyebabkan seseorang berbuat sesuatu yang akan menyebabkan ia dihukum.
- c. Kecemasan moral (moral anxiety), adalah rasa takut terhadap hati nuraninya sendiri. Orang dengan hati nuraninya yang cukup berkembang cenderung untuk merasa bersalah apabila mereka berbuat sesuatu yang bertentangan dengan kode moral mereka atau dengan introyeksi ibu bapa mereka

2.2.4 Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan yang menunjukkan masing masing perubahan secara psikologis dan fisiologis, menurut (Siahaan, 2022), terdapat empat tahapan kecemasan, yaitu :

1. Kecemasan Ringan (Mild anxiety)

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara lain: persepsi dan perhatian meningkat, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

2. Kecemasan Sedang (Moderate anxiety)

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu

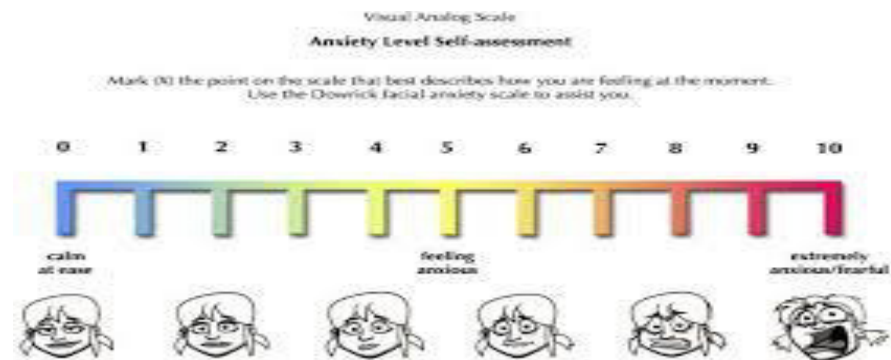
mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiaannya.

3. Kecemasan Berat (Severe anxiety)

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu : persepinya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitasi, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun 10 besar, dan diare.

4. Panik

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional.



Gambar 2.1 Anxiety Reting Scale

2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Setyawan (2019) menyatakan ada beberapa teori yang telah dikembangkan untuk menjelaskan faktor penyebab kecemasan, diantaranya:

1. Faktor predisposisi

a. Teori psikoanalisis.

Teori psikoanalisis adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan naluri dan impuls primitif dari seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma budaya yang ada. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan itu dan fungsi cemas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya yang akan datang.

b. Teori interpersonal

Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga

berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kecemasan.

c. Teori perilaku

Teori perilaku yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Hal ini sejalan dengan Stuart (2009) yang menyatakan bahwa kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. kecemasan sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan.

d. Teori biologis

Teori biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus yang dapat meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berkaitan dengan kecemasan gangguan fisik dan penurunan kemampuan seseorang untuk mengatasi stressor.

2. Faktor presipitasi

a. Faktor eksternal

1) Ancaman integritas fisik

meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-

hari seperti penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan.

b. Faktor internal

- 1) Usia
- 2) Stressor
- 3) Lingkungan
- 4) Jenis kelamin
- 5) Pendidikan
- 6) Pengalaman masa lalu
- 7) Pengetahuan

2.2.6 Proses Terjadinya Kecemasan

Kecemasan merupakan respon dari persepsi ancaman yang diterima oleh system syaraf pusat. Persepsi ini timbul akibat adanya rangsangan dari luar serta dari dalam yang berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Rangsangan tersebut dipersepsi oleh panca indra, diteruskan dan direspon oleh sistem syaraf pusat sesuai pola hidup tiap individu. Di dalam syaraf pusat, proses tersebut melibatkan jalur Cortex Cerebri Limbic System Reticular Activating System Hypothalamus yang memberikan impuls kepada kelenjar hipofise untuk mensekresi mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal, yang kemudian memacu sistem syaraf otonom melalui mediator hormonal yang lain menyebutkan bahwa di dalam sistem syaraf pusat yang merupakan mediator mediator utama dari gejala-gejala kecemasan ialah norepinephrin dan serotonin.

2.2.7 Pengukuran Kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Skala HARS merupakan pengukuran didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala hars ada 14 symthom yang Nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item diobservasi diberi 5 tingkatan skor (Skala likert) antara 0 (nol present) sampai dengan 4 (severe). (Chrisnawati, 2019)

Skala HARS telah dibuktikan dengan memiliki validitas dan reabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Skala HARS menurut HARS penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

1. Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, dan mudah tersinggung
2. Merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu
3. Ketakutan baik pada gelap, orang asing, bila tinggal sendiri atau binatang besar
4. Gangguan tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
5. Penurunan daya ingat, mudah lupa, sulit konsentrasi
6. Hilang minat, kurangnya kesenangan, sedih, perasaan tidak menyenangkan

7. Nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot
8. Perasaan ditusuk tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, dan juga merasa lemah
9. Takikardi, nyeri dada, denyut nadi mengeras
10. Rasa tekan didada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek
11. Sulit menelan, obtipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sesudah makan, dan perasaan panas diperut
12. Mulut kering, mudah berkeringat, dan pusing atau sakit kepala
13. Sering keneing, aminore, ereksi lemah dan impotensi
14. Gelisah, jari jari gemetar, mengkerutkan dahi dan kening, napas pendek dan cepat

Cara dalam menilai kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori :

0 = Tidak ada gejala

1 = Satu dari gejala yang ada

2 = Sedang atau separuh dari gejala yang ada

3 = Berat atau lebih dari setengah gejala yang ada

4 = Sangat berat semua gejala ada

Tabel 2.1 Pengukuran Kecemasan

| No | Pertanyaan | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | Perasaan ansietas: Cemas Firasat buruk Takut akan pikiran sendiri Mudah tersinggung | | | | | |
| 2. | Keterangan: Merasa tegang Lesu Tak bisa istirahat dengan tenang Mudah terkejut Mudah menangis gemetar Gelisah | | | | | |
| 3. | Ketakutan: Pada gelap Pada orang asing Ditinggal sendiri Pada binatang besar Pada keramaian lalu lintas Pada kerumunan orang banyak | | | | | |
| 4. | Gangguan tidur: Suka susah tidur Terbangun pada malam hari Tidak nyenyak Bangun dengan lesu Banyak mimpi Mimpi buruk Mimpi menakutkan | | | | | |
| 5. | Gangguan kecerdasan: Suka tidak konsentrasi Daya ingat buruk | | | | | |
| 6. | Perasaan depresi: Hilang minat Berkurangnya kesenangan pada hobby Sedih Bangun dini hari Perasaan berubah-ubah | | | | | |
| 7. | Gejala somatik (otot): Sakit dan nyeri di otot Kaku kedua otot Gigi gemerutuk Suara tidak stabil | | | | | |
| 8. | Gejala somatic (sensorik): Tinnitus Penglihatan kabur | | | | | |

| | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|
| | Muka merah atau pucat Merasa lemah Perasaan ditusuk-tusuk | | | | | |
| 9. | Gejala kardiovaskuler: Takikardi Berdebar Nyeri dada Denyut nadi mengeras Perasaan lesu/ lemas Seperti mau pingsan | | | | | |
| 10. | Gejala respiratori: Rasa tertekan atau sempit dada Perasaan tercekik Sering menarik napas Napas pendek/ sesak | | | | | |
| 11. | Gejala gastrointestinal: Sulit menelan Perut melilit Gangguan pencernaan Mual Muntah Nyeri sesudah dan sebelum makan Konstipasi atau susah BAB Kehilangan berat badan Diare | | | | | |
| 12. | Gejala urogenital: Sering buang air kecil Tidak dapat menahan air seni Amenorea Menorhagia Ereksi hilang Impotensi | | | | | |
| 13. | Gejala otonomi: Mulut kering Muka merah Mudah berkeringat Pusing sakit kepala | | | | | |
| 14. | Tingkah laku pada wawancara Gelisah Tidak tenang Jari gemetar Kerut kening Tonus otot meningkat Muka merah Napas cepat dan pendek | | | | | |
| Total | | | | | | |

Sumber: (Pradana 2021)

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dari item 1-14 dengan hasil:

1. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan
2. Skor 7-14 = kecemasan ringan
3. Skore 15-27 = kecemasan sedang
4. Skore lebih dari 27 = kecemasan berat

Cara mengukur kecemasan yaitu dengan cara melakukan wawancara kepada kelien. Wawancara dilakukan terkait pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan tanda gejala kecemasan. Jika wawancara telah dilakukan maka hasil dari setiap poin pertanyaan dijumlahkan secara kecemasan yang dialami oleh klien berdasarkandrajat kecemasan.

2.3 Konsep Terapi *Spiritual Emotional Freedom Tecchnique*

2.3.1 Definisi Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)*

Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)* merupakan salah satu teknik pengobatan non farmakologi dipilih untuk meningkatkan relaksasi badan dan menurunkan kecemasan pada pasien Pre SC karena *SEFT* berfokus pada peningkatan spiritual tiap individu yang bertujuan untuk menenangkan pasien dan menghindari kecemasan sebelum dilakukan SC. Spiritual dalam kesehatan adalah dua hal yang saling berkaitan, *SEFT* bekerja dengan prinsip yang kurang lebih sama dengan akupuntur dan akupressur. Ketiga teknik ini berusaha merangsang titik –

titik kunci di sepanjang 12 jalur energi (energi meridian) tubuh yang sangat berpengaruh pada kesehatan kita (Rejeki dkk, 2022).

Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)* dapat diberikan oleh perawat pada pasien pre operasi untuk mengurangi rasa cemas. Terapi ini merupakan salah satu ilmu baru yang dikenal dengan *energy psychology* yang berfokus pada kalimat tertentu yang diucapkan secara berulang dengan teratur yang disertai dengan keyakinan atau kepasrahan terhadap Tuhan-Nya sesuai dengan kepercayaan. Terapi ini adalah bentuk gabungan antara energi tubuh dengan terapi spiritual serta menggunakan metode tapping yang bertujuan untuk mengurangi emosi negatif seperti kecemasan melalui titik “Major Energy Meridians” yang dapat merangsang pengeluaran hormon endorpin sehingga menimbulkan perasaan yang jauh lebih nyaman (Indriani dkk, 2024).

2.3.2 Manfaat Terapi Spritual Emotional Freedom Technique

Manfaat dari terapi *spritual emotional freedom technique* meliputi mengurangi tingkat kecemasan sehingga pasien dapat merasa rileks, menghilangkan stres, meningkatkan suasana perhatian, merangsang tubuh untuk melepaskan endorfin dan monoamina, menciptakan relaksasi, menyetel kembali emosi negatif dengan sistem energi tubuh. (Utami dkk, 2023)

2.3.3 Proses Terapi Spritual Emotional Freedom Technique

Proses dari terapi *spritual emotional freedom technique* ini adalah bentuk gabungan antara energi tubuh dengan terapi spritual serta menggunakan metode tapping yang bertujuan untuk mengurangi emosi negatif seperti kecemasan melalui titik "*Major Energy Merindians*" yang dapat merangsang pengeluaran hormon endoprin sehingga menimbulkan perasaan yang jauh lebih tenang.

Proses pemberian terapi SEFT ini melantunkan doa pada saat merasa cemas dan menganjurkan pasien untuk mengikuti arahan perawat, memposisikan rasa nyaman pasien, menganjurkan pasien mengatur napas dengan baik, kemudian dilanjutkan melalui tapping di 18 titik merindian selama 10 ketukan disertai dengan kalimat doa. Bila terdapat pikiran yang mengganggu fokuskan kembali pikiran disertai dengan doa secara konstan selama 10 menit. (Aprilia dkk, 2024)

2.3.4 Evidence Based Terapi *Spritual Emotional Freedom Technique (SEFT)*

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rejeki dkk (2022) hasil analisa univariate menunjukkan bahwa responden sebelum dilakukan *SEFT* mengalami cemas ringan (7,1%) dan yang cemas sedang (92,9%) sedangkan saat sesudah dilakukan *SEFT* didapatkan data bahwa yang terdapat penambahan cemas ringan (32, 1%) dan terjadi penurunan pada cemas sedang (67,9%). Untuk karakteristik responden menunjukkan bahwa rata rata usia yang melakukan sectio caesarea ialah 27 tahun dengan usia paling muda 21 tahun dan paling tua ialah 39 tahun (Rejeki, dkk 2022).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Chandra dkk (2020) di Rumah Sakit UNS dengan 10 responden menunjukkan hasil rata rata kecemasan sebelum dilakukan terapi SEFT dapat diketahui nilai mean 21,80 rata rata dengan tingkat kecemasan sedang, dan sesudah diberikan terapi SEFT dapat diketahui nilai mean 16,60 rata rata dengan cemas ringan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Widiyanti dkk (2021) menunjukkan hasil rata rata kecemasan responden sebelum diberikan terapi sebesar 13,48 (sedang) dan setelah diberikan terapi SEFT mengalami perubahan menjadi 7,88 (normal) sehingga didapatkan selisih mean sebanyak 5,6. Untuk karakteristik responden 25 orang, menunjukkan sebagian besar umur ibu hamil 20-30 tahun sebanyak 19 orang (76%) dan 31-35 tahun sebanyak 6 orang (24%). Distribusi frekuensi pendidikan ibu SD (4%), SMP (12%), SMA (72%), Sarjana (12%), Bekerja (88%), dan tidak Bekerja (12%).

Terapi ini diberikan saat kecemasan ibu timbul pada waktu pre operasi sectio caesarea, dan terapi ini dilakukan pada pikiran dan tapping di 18 titik merindian selama 10 ketukan disertai doa. Cara pemberian pada terapi ini dengan melantukan doa dan mengajarkan pasien untuk mengikuti arahan dan menganjurkan pasien mengatur nafas dengan baik kemudian meminta pasien mulai mengucapkan doa, kemudian dilanjutkan melakukan tapping di 18 titik merindian selama 10 ketukan disertai dengan kalimat doa. Setelah diberikan terapi maka selanjutnya melakukan

observasi dengan menggunakan kuisioner dan lembar ceklist HARS (Aprilia dkk. 2024).

2.3.5 Prosedur Tindakan Keperawatan Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)*

Tabel 2.2
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI SPIRITUAL
EMOTIONAL FREDOM TECHNIQUINUE (SEFT)

| Terapi <i>Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)</i> | | |
|---|--------------------------|---|
| 1. | Tahap prainterasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Informed concent 2. Membaca status pasien 3. Mencuci tangan 4. menyiapkan alat |
| 2. | Tahap orientasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik 2. Validasi kondisi pasien 3. Menjaga privacy pasien 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan |
| 3. | Persiapan klien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan klien siap untuk dilakukan <i>SEFT</i> 2. Anjurkan pasien minum air putih terlebih dahulu 3. Minta pasien menggunakan pakaian yang nyaman dan longgar |
| 4. | Fase kerja | <ol style="list-style-type: none"> 1. Estemate Severity <ol style="list-style-type: none"> a. Ukur skala awal dari masalah dengan kisaran angka 0 sampai 10 b. Identifikasi rasa kecemasan. Angka 0 berarti tidak ada gejala kecemasan dan angka 4 kecemasan sangat berat 2. Melakukan Set-Up Ucapkan kalimat set-up sesuai dengan masalah yang sedang dihadapi dengan penuh perasaan sebanyak 3 kali, sambil menekan dada atas yang jika ditekan terasa agak sakit. "Ya Allah, meskipun saya merasa cemas dan khawatir |

tentang operasi sc yang dilakukan besok saya mohon selamatkan kami berdua dan saya mohon anak saya dalam kondisi yang sehat".

(Bila anda beragama lain, anda bisa mengganti Ya Allah dengan Ya Tuhan)







3. Melakukan Tune-In





Lakukan dengan cara memikirkan sesuatu atau peristiwa spesifik tertentu yang dapat membangkitkan emosi negatif yang ingin kita hilangkan. Ketika terjadi reaksi negatif (marah, sedih, takut, cemas dll) hati dan mulut kita mengatakan, **yaa Allah.. saya ikhlas..saya pasrah.**











3. Melakukan Tapping



Lakukan ketukan di 18 titik merindian selama 10 ketukan disertai dengan kalimat doa "**Ya Allah saya ikhlas, Saya Pasrah**" lakukan doa secara konstan selama 10 menit.

| | | |
|----|--|--|
| 1. | <p style="text-align: center;">Cr = Crown Pada titik di bagian atas kepala</p>  | Cr = Crown Pada titik dibagian kepala. |
| 2. | <p style="text-align: center;">EB = Eye Brow Pada titik permulaan alis mata</p>  | EB = Eye Brow Pada titik permulaan mata. |
| 3. | <p style="text-align: center;">SE = Side of The Eye Diatas tulang sisi samping mata</p>  | SE = Side of Eye Diatas tulang disamping mata. |
| 4. | <p style="text-align: center;">UE = Under The Eye 2 cm dibawah kelopak mata</p>  | UE = Under Eye 2 cm dibawah kelopak mata. |

| | | |
|----|--|--|
| 5. | <p>UN = Unter The Nose Tepat dibawah hidung</p>  | UN = Under Nose Tepat dibawah hidung. |
| 6. | <p>Ch = Chin Diantara dagu dan bagian bawah bibir</p>  | Ch = Chin Diantara dagu dan bagian bawah bibir. |
| 7. | <p>CB = Collar Bone Di ujung tempat bertemunya tulang dada, collar bone, dan tulang rusuk pertama</p>  | CB = Collar Bone Diujung tempat bertemunya tulang dada, collar bone dan tulang rusuk pertama. |
| 8. | <p>UA = Under The Arm Di bawah ketiak sejajar dengan puting susu (pria) atau tepat di bagian tengah tali bra (wanita)</p>  | UA = Under Arm Dibawah ketiak sejajar dengan puting susu (pria) atau tepat di bagian tengah tali bra (wanita). |

| | | |
|-----|--|--|
| 9. | <p>BN = Bellow Nipple 2.5 cm di bawah puting susu (pria) atau di perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara.</p>  | <p>BN = Bellow Nipple 2,5 cm dibawah puting susu (pria) atau di perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara.</p> |
| 10. | <p>IH = Inside The Hand Di bagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan</p>  | <p>IH = Inside Hand Dibagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan.</p> |
| 11. | <p>OH = Outside of Hand Di bagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan</p>  | <p>OH = Outside Hand Dibagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan.</p> |
| 12. | <p>TH = Thumb Ibu jari di samping luar bagian bawah kuku</p>  | <p>Th = Thumb Ibu jari disamping luar bagian bawah kuku.</p> |

| | | |
|-----|---|---|
| 13. | <p>IF = Index Finger Jari telunjuk di samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)</p>  | <p>IF = Index Finger Jari telunjuk disamping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).</p> |
| 14. | <p>MF = Middle Finger Jari tengah samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)</p>  | <p>MF = Middle Finger Jari tengah samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).</p> |
| 15. | <p>RF = Ring Finger Jari manis samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)</p>  | <p>RF = Ring Finger Jari manis samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).</p> |
| 16. | <p>BF = Baby Finger Jari kelingking samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)</p>  | <p>BF = Baby Finger Jari kelingking samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).</p> |

| | | |
|--|---|--|
| 17. | <p>KC = Karate Chop Di samping telapak tangan, bagian yang kita gunakan untuk mematahkan balok saat karate</p>  | <p>KC = Karate Chop Disamping telapak tangan, bagian yang kita gunakan untuk mematahkan balok saat karate.</p> |
| 18. | <p>GS = Gamut Spot Di bagian antara perpanjangan tulang jari manis dan tulang jari kelingking</p>  | <p>GS = Gamut Spot Dibagian antara perpanjangan tulang jari manis dan tulang jari kelingking</p> |
| 5. | <p>Fase Terminasi</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi teknik tapping dari titik pertama hingga 18 titik dan diakhiri dengan mengambil napas panjang dan menghembuskan sambil mengucapkan rasa syukur 2. Membereskan alat 3. Ukur lagi skala kecemasan menggunakan hars 4. Cuci tangan dan ucapkan salam |
| <p>Implementasi terapi SEFT ini dilakukan selama 2 hari sebelum dilakukannya operasi Sc. Dalam waktu 2 hari tersebut pasien diharuskan untuk melakukan terapi SEFT 1 kali sehari masing masing dengan waktu 10-15 menit setiap merasa cemas. Sebelumnya pasien diberikan pengukuran skala cemas dengan menggunakan kuesioner HARS.</p> | | |

Sumber: (Finka, 2023 dan Yoviana, 2024)

2.4 Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian menurut (Baradero 2017), yaitu:

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data baik subyektif maupun obyektif dengan tujuan menggali informasi tentang status kesehatan pasien. Pengkajian pada pasien sectio caesarea adalah sebagai berikut:

1. Data subyektif

- a. Identitas lengkap Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat.
- b. Data riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pre Sectio Caesarea

Keluhan pada saat Ibu datang dengan usia kehamilan mencapai 38-40 merasa cemas, nyeri dibagian perut hingga ke punggung, merasa mual, pusing, dll.

Post Sectio Caesarea

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi seperti nyeri yang dirasakan, susahya untuk beraktifitas, bagaimana keadaan insisi abdomennya, dll.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit akut, kronis seperti jantung, diabetes, hipertensi atau penyakit lain yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya. Post Sectio Caesarea Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu adanya penyakit keluarga seperti hipertensi, DM dan apakah anggota keluarga juga pernah mengalami persalinan dengan kasus KPD atau tidak.

c. Riwayat Perkawinan

Meliputi beberapa kali menikah, status pernikahan sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologinya sehingga mempengaruhi proses nifas.

d. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah ibu pernah mengalami abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu, apakah anggota keluarga juga pernah mengalami persalinan dengan kasus KPD atau tidak.

2) Riwayat Persalinan Sekarang

Pre Sectio Caesarea

Kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba atau perlahan, lokasi, obat yang diminum dan cara penanggulangan.

Post Sectio Caesarea

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

3) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah mengikuti KB sebelumnya, dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama dan

apakah ada keluhan selama program KB serta bagaimana rencana KB setelah masa nifas.

e. Kehidupan sosial budaya

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan ibu pada masa nifas misalnya kebiasaan pantangan makan, pijat ke dukun bayi.

f. Data psikologi

Pre Sectio Caesarea

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagaimana tingkat pengetahuan pasien tentang pembedahan agar perawat dapat memberikan penjelasan lebih lanjut.

Post Sectio Caesarea

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagaimana respon ibu terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi dan psikologis selama masa nifas, sang ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Pengkajian psikologis dilakukan untuk melihat bagaimana respon ibu terhadap bayinya dan respons ibu terhadap dirinya

g. Data Pengetahuan

Pre Sectio Caesarea

Dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan yang dimengerti ibu tentang persiapan melahirkan.

Post Sectio Caesarea

Dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan yang dimengerti ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan ibu nifas.

h. Pemenuhan kebutuhan nutrisi

Tabel 2.3 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

| No | Pemenuhan Kebutuhan | Pre Sectio Caesarea | Post Sectio Caesarea |
|----|--------------------------|--|--|
| 1. | Nutrisi | Menggambarkan bagaimana nutrisi ibu, selama masa kehamilan seperti pola makan, minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan pantangan makanan | Ibu post Sectio Caesarea harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas. |
| 2. | Eliminasi | Bagaimana pola fungsi sekresi seperti buang air kecil dan besar yang terkaji dalam frekuensi, warna, bau. | Pada klien post SC biasanya 2-3 hari mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) hal ini dikarenakan ketakutan akan rasa sakit pada daerah sekitar post operasi, takut jahitan terbuka karena mengejan. |
| 3. | Pola istirahat dan tidur | Bagaimana pola tidur pasien jam berapa pasien dapat tidur, penggunaan waktu luang dan apakah pasien mengkonsumsi obat. | Bagaimana pola tidur pasien jam berapa pasien dapat tidur, penggunaan waktu luang dan apakah pasien mengkonsumsi obat. |
| 4. | Personal Hygiene | Bagaimana kebersihan diri pasien. | untuk mengetahui bagaimana kebersihan diri pasien pada masa nifas, terutama pada area genitalia atau area insisi pada abdomen apabila pasien melakukan persalinan dengan SC. |

| | | | |
|----|-----------|---|---|
| 5. | Aktifitas | Untuk mengetahui apakah pasien mengalami penurunan aktivitas. | Untuk mengetahui apakah pasien post partum mengalami penurunan aktivitas, mobilisasi dini post partum sebaiknya dilakukan yaitu dengan mika/miki, duduk dan berjalan. |
|----|-----------|---|---|

2. Data Objektif

a. Pre sectio caesarea

Tanda-Tanda Vital

1) Suhu

Suhu ibu sebelum operasi masih normal sekitas 36,5-37,5c

2) Nadi dan Pernafasan

Nadi biasanya meningkat > 80 x/menit, sedangkan pernapasan normal

3) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat >120/90 mmHg.

b. Post sectio caesarea

Tanda-Tanda Vital

1) Suhu

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2 C 37,5 C. Kemungkinan disebabkan karena ikatan dari aktifitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas.

2) Nadi dan Pernafasan

Nadi biasanya meningkat > 80 x/menit, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat $>120/90$ mmHg.

c. Pemeriksaan fisik

Tabel 2.4 Pemeriksaan fisik

| Pemeriksaan Fisik | Pre Sectio Caesarea | Post Sectio Caesarea |
|-------------------|--|---|
| Mata | Diperiksa bagian sklera dan konjungtiva | Amati ada atau tidaknya peradangan pada kelopak mata, kesimetrisan kanan dan kiri, amati keadaan konjungtiva (konjungtivitis atau anemis), sclera (ikterik atau indikasi hiperbilirubi atau gangguan pada hepar), pupil (isokor kanan dan kiri), reflek pupil terhadap cahaya mosisi atau mengecil, ada atau tidaknya nyeri tekan pada kedua bola mata. |
| Hidung | ada/tidaknya pembengkakan konka nasalis, ada/tidaknya hipersekresi mukosa | ada/tidaknya pembengkakan konka nasalis, ada/tidaknya hipersekresi mukosa |
| Mulut | Gigi karies/tidak, mukosa mulut kering dan warna mukosa gigi | Gigi karies/tidak, mukosa mulut kering dan warna mukosa gigi |
| Leher | Pemeriksaan JVP. KGB, dan tiroid | Pemeriksaan JVP. KGB, dan tiroid |
| Paru-paru | Kesimetrisan dada, jenis pernafasan torak abdominal, dan tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernafasan normal 16-24 kali/menit, iktus cordis terlihat/tidak. | Kesimetrisan dada, jenis pernafasan torak abdominal, dan tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernafasan normal 16-24 kali/menit, iktus cordis terlihat/tidak. |

| | | |
|----------------|---|--|
| Cardiovaskuler | Terjadi peningkatan frekuensi nadi, irama tidak teratur serta peningkatan tekanan darah. | Terjadi peningkatan frekuensi nadi, irama tidak teratur serta peningkatan tekanan darah. |
| Payudara | Payudara tidak ada pembengkakan | Infeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan serta palpasi konsistensi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. |
| Abdomen | <p>Pemeriksaan DJJ</p> <p>Pemeriksaan Leopold</p> <p>Leopold 1 : 1. Apabila kepala janin dibagian fundus yang akan teraba adalah keras, bundar, dan melenting. 2. Apabila bokong janin teraba dibagian fundus, yang terasa adalah lunak, kurang bundar, dan kurang melintang. 3. Apabila posisi janin melintang pada reahim, maka pada fundus teraba kosong Leopold 2</p> <p>1. Bagian punggung : akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan</p> <p>2. Bagian-bagian kecil (tangan dan kaki) : akan teraba kecil, bentuk atau posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif</p> <p>Leopold 3</p> <p>1. Bagian keras, dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong.</p> <p>2. Apabila bagian terbawah janin memasuki PAP, maka saat bagian bawah digoyang sudah tidak bisa.</p> <p>Leopold 4</p> <p>1. Apabila kedua jari-jari</p> | <p>Apakah kembung, ansietas, terdapat nyeri tekan, lokasi massa, lingkaran abdomen, bising usus, tampak linea nigra atau alba, striae livida atau albican, terdapat bekas luka operasi Sectio Caesarea. Mengkaji luka jahitan post Sectio Caesarea yang meliputi kondisi luka (melintang atau membujur, kering atau basah, adanya nanah atau tidak). Dan mengkaji kondisi jahitan (jahitan menutup atau tidak, terdapat tanda-tanda infeksi serta warna kemerahan pada sekitar area jahitan luka post Sectio Caesarea.</p> |

| | | |
|------------|---|--|
| | tangan pemeriksa bertemu (konvergen), berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen), maka bagian terendah janin memasuki PAP. | |
| Genetalia | Adakah pengeluaran lochea, bagaimana warnanya banyaknya, bau serta adakah oedema vulva, bagaimana posisi kateter terpasang dengan baik atau tidak | Bagaimana kebersihan klien pada post operasi yang biasanya akan tampak kotor karena banyak darah yang belum dibersihkan. |
| Ektremitas | Adanya edema atau tidak, varises atau tidak | Kaji kesimetrisan, kekuatan otot dan ada tidaknya edema. |

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Nanda (2017)

1. Pemeriksaan USG

Pemeriksaan ini dapat dilakukan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong dan bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya anomali janin.

2. Elektrolit

Untuk mengukur jumlah elektrolit dalam tubuh

3. Ekstensi

4. Hemoglobin / hematokrit

Untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.

5. Golongan darah

6. Urinalisis

Untuk mendeteksi kelainan ginjal, saluran kemih, serta untuk mendeteksi kelainan- kelainan di berbagai organ tubuh lain seperti hati, saluran empedu, pankreas, dan lain – lain.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Adapundiagnosa keperawatan yang muncul pada tahap Pre Operasi mencakup:

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. Resiko cidera janin berhubungan dengan kecemasan yang berlebihan tentang proses persalinan

Diagnosa keperawatan Post Sectio Caesarea yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prose

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.5 Rencana Keperawatan Pre Sc

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) | Intervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) |
|----|--|---|---|
| 1. | Ansietas berhubungan dengan krisis situasional | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama selama 3x24 jam diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil: SLKI : Tingkat Ansietas L.09093 <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Konsentrasi membaik 5. Pola tidur membaik | Intervensi utama SIKI : Reduksi Ansietas I.09314 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Berikan teknik nonfarmakologis terapi <i>SEFT</i> untuk menurunkan kecemasan 3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh perhatian 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 2. Anjurkan umelakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 4. Latih kegiatan pengalihan untuk untuk mengurangi ketegangan 5. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu |
| 2. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri L.08066</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik | <p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Manajemen Nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <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 srategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | | <p>4. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
| 3. | <p>Risiko cedera pada janin berhubungan dengan kecemasan yang berlebihan tentang proses persalinan</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama selama 3x24 jam diharapkan cedera menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Tingkat Cedera L.09094</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian cedera menurun 2. Luka/lecet menurun 3. Ketegangan otot menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Frekuensi nadi membaik | <p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Pemantauan Denyut Jantung Janin I.02056</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi riwayat obstetrik 2. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok 3. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya 4. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit 5. Monitor denyut jantung janin 6. Monitor tanda vital ibu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi pasien 2. Lakukan manuver Leopold untuk menentukan posisi janin <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu |

Tabel 2.6 Rencana Keperawatan Post Sc

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) | Intervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) |
|----|---|--|---|
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri L.08066</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik | <p>Intervensi utama SIKI : Manajemen Nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <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 srategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | | <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
| 2. | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Mobilitas Fisik L.05042</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak sendi meningkat 4. Nyerimenurun 5. Cemas menurun | <p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Dukungan Mobilisasi I.05173</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi 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 melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk lemfasilitasi dala tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) |
| 3. | Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama selama 3x24 jam diharapkan menyusui membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Status Menyusui L.03029</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu | <p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Edukasi Menyusui I.12393</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | <p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar 3. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan 4. Lecet pada puting menurun 5. Frekuensi miksi bayi membaik | <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin) |
| 4. | Resiko infeksi berhubungan dengan efek proses | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri L.14137</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kebersihan badan meningkat | <p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Perawatan Pasca Seksio Sesaria I.14567</p> <p>Observas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital ibu 2. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia) 3. Monitor kondisi luka dan balutan Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 2. Masase fundus sampai kontraksi kuat 3. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini 4. Berikan kenyamanan pada ibu 5. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga 2. Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin 3. Ajarkan perawatan perenium atau kondisi luka secara tepat 4. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (terapi distraksi mobilisasi dini) |
|--|--|--|---|

Sumber: (PPNI SDKI, SLKI, SIKI 2017)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan. Kriteria pengimplementasian tindakan meliputi; melibatkan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, berkerjasama dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien, memberikan edukasi pada klien dan keluarga tentang konsep keterampilan asuhan diri (Suwignjo et al., 2022).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022). Dokumentasi evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi (Sekunda, 2020).