BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan dan Periode *Post SC*

2.1.1 Definisi Persalinan dan Periode *Post SC*

Persalinan merupakan proses pengeluran atas suatu hasil konsepsi (janin, plasenta dan ketuban) dari uterus ibu ke dunia luar yang dilakukan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, baik dibantu atau dengan kekuatan ibu sendiri (Indrayani, 2016). Persalinan SC adalah persalinan melalui tindakan pembedahan untuk mengeluarkan janin yang ada di dalam rahim ibu atau persalinan yang tidak melalui jalan lahir (persalinan dengan operasi) (Putra *et al.,* 2021). Berdasarkan dua definisi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa persalinan SC merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin, plasenta dan ketuban) dari uterus ke dunia luar, melalui cara operasi sesar (SC). Periode *post* SC adalah periode setelah dilakukan tindakan operasi SC (Larsson *et al.,* 2021).

2.1.2 Indikasi SC

Menurut Maryunani (2016), persalinan dengan SC dilakukan dengan tiga indikasi, yaitu: mutlak, relatif dan sosial. Ketiga indikasi tersebut bisa dijelaskan sebagai berikut:

1. Indikasi mutlak

Indikasi mutlak ini bisa dari ibu dan bisa juga dari janin. Sejumlah indikasi yang berasal dari ibu antara lain: panggul sempit absolut;

kegagalan melahirkan secara normal yang disebabkan tidak adekuatnya stimulus; terdapat jumor pada jalan lahir yang menyababkan terjadinya obstruksi; stenosis serviks atau vagina; plasenta previa; distribusi frekuensi sefalopervik dan rupture uteri yang membakar. Sementara sejumlah indikasi yang berasal dari janin antara lain:malpresentasi janin; gawat janin; prolapse plasenta; perkembangan bayi yang terhambat; dan mencegah hipoksia janin (misalnya disebabkan oleh pre-eklamsia) (Maryunani, 2019).

Pada studi kasus ini, pasien diperasi SC karena memiliki riwayat hipertensi, Ketuban Pecah Dini (KPD), Bekas *Sectio Caesarea* (BSC) dan hipertiroid. Berikut penjelasan masing-masing:

a. Hipertensi menjadi salah satu indikasi dilakukannya SC, karena hal itu dikaitkan dengan resiko mortalitas dan mortalitas yang parah. Karena itu, SC dilakukan untuk menghindari resiko komplikasi tersebut (Boulet *et al.*, 2020).
b. KPD merupakan indikasi dilakukannya SC, karena bisa mengancam keselamatan ibu dan janinnya. Alasannya karena KPD bisa menyebabkan infeksi yang disebabkan selaput ketuban yang menjadi penghalang masuknya bakteri dan kuman sudah tidak ada ata u tidak b berfungsi (Yanti, 2023).
c. BSC merupakan indikasi dilakukannya SC, karena pasien yang sebelumnya sudah pernah mengalami SC beresiko mengalami robekan uterus jika melahirkan secara normal. Artinya, tindakan SC tersebut

dilakukan untuk menghindari resiko robekan uterus tersebut (Luckyva *et al.*, 2022).

d. Hipertiroid menjadi salah satu yang mengharuskan dilakukannya tindakan SC, karena riwayat penyakit tersebut bisa mengancam nyawa ibu maupun kesehatannya. Penyakit ini sering dikaitkan dengan kejadian komplikasi kehamilan seperti keguguran dan gagal jantung kongestif ibu (Iskandar, 2021).

2. Indikasi relatif

Indikasi yang sifatnya relatif ini misalnya karena ibu hamil sebelumnya sudah memiliki riwayat SC; presentasi bokong; distosia; gawat janin/fetal distress; pre-eklamsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes; ibu dengan HIV positif sebelum inpartu; hamil ganda dan herpes (Maryunani, 2019).

3. Indikasi sosial

Indikasi yang sifatnya sosial ini biasanya dilakukan ketika ibu hamil takut melahirkan karena pengalaman sebelumnya; ibu hamil yang ingin SC elektif untuk mengurangi resiko kerusakan panggul; dan ibu hamil yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya (*sexuality image*) setelah melahirkan (Maryunani, 2019).

2.1.3 Manifestasi Klinis *Post SC*

Menurut (Silaen, dkk, 2020), manifestasi klinis pada ibu Post Sectio Caesarea adalah:

a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml

b. Terpasang kateter, urin jernih dan pucat
c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
d. Bising usus tidak ada
e. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
f. Balutan abdomen tampak sedikit noda
g. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak.

2.1.4 Kontraindikasi

Tindakan SC bisanya tidak dilakukan pada beberapa situasi dan kondisi berikut ini: saat janin mati; ibu mengalami syok dan nemia berat; kelainan conginetal berat; infeksi pliogenik pada dinding abdomen; dan minimya fasilitas untuk melaukan pesalinan dengan SC (Maryunani, 2019). Sung & Mahdy (2022) menyatakan bahwa pada dasarnya tidak ada kontraindikasi yang sebenarnya untuk SC. Hanya saja, ada beberapa skenario klinis dimana SC bukan pilihan yang tepat. Kontraindikasi tersebut pada dasarnya bersifat relatif, seperti halnya ibu hamil yang mungkin menderita koagulopati parah, sehingga permbedahan menjadi sangat berbahaya. Karena itu persalinan pervaginam mungkin menjadi lebih baik dibandingkan dengan SC.

2.1.5 Tanda dan Gejala Post SC

Menurut Doenges (2017), saat seeorang ibu hamil melakukan SC, maka tanda dan gejalanya setelahnya, antara lain: nyeri yang diakibatkan oleh luka sayatan, terdapat luka insisi pada pada abdomen; terjadi kontraksi

kuat di fundus uterus dan ulumbilicus; terdapat aliran lokea sedang dan bebas bekuan secara berlebihan; kehilangan darah ± 600-800 ml selama pembedahan dilakukan; emosi tidak stabil; terpasangnya kateter urinarius; tidak terdengarnya auskultasi bising usus; mual dan muntah sebagai efek dari anastesi; status pulmonary bunyi paru jelas dan vesekuler; SC yang tidak direncanakan biasanya memicu kekurangpahaman prosedur; dan bayi yang baru saja dilahirkan akan dibonding dan *attachment.*

2.1.6 Komplikasi *Post*-SC

1. Fisik

   Komplikasi fisik *post SC* antara lain: infeksi luka, perdarahan *post partum*, infeksi saluran kemih, distensi abdomen, sepsis nifas, gagal jantung anemia, dehiscence luka, hematoma, nyeri pada luka operasi, adhesi dan ruptur uteri, bahkan kematian (Akhter *et al.*, 2020; Hussen *et al.*, 2022; Berghella, 2023; Osayande *et al.*, 2023).

2. Psikologis

   Komplikasi psikologis setelah tindakan SC seperti seperti halnya depresi, stres dan kecemasan dan menurunnya kualitas hidup (Zeleke *et al.*, 2021; Benton *et al.*, 2019).

Doenges (2017) berpendapat bahwa ibu hamil pasca melakukan tindakan SC seringkali mengalami sejumlah komplikasi, antara lain:

1. Pendarahan sebagai akibat dari tindakan sayatan atau pembedahan;
2. Infeksi puerperal, yaitu suatu infeksi bakteri dimana hal itu menyerang pada bagian tubuh reproduksi *post partum*;

3. Seringkali pada kehamilan selanjutnya, ibu hamil yang telah melaukan SC akan mengalami kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga hal itu akan menyebabkan rupture uteri.
4. Sejumlah komplikasi lain seperti halnya luka kandung kencing, embolisme paru-paru, dan sejenisnya.

Penelitian Larsson *et al.* (2021) menunjukkan bahwa persalinan dengan SC telah meningkatkan resiko komplikasi seperti obstruksi usus, pembedahan untuk obstruksi usus, hernia insisional, pembedahan untuk insisional hernia dan nyeri perut.

2.1.7 Penatalaksanaan Pasien *Post*-SC

Menurut Roberia (2018), ketika terdapat pasien *post*-SC, maka terdapat beberapa tindakan yang biasa dilakukan petugas kesehatan atau medis, antara lain: memeriksa tanda-tanda vital (TTV), analgesia, vesika urinarus dan usus, ambulasi, terapi cairan dan diet, laboratorium, perawatan luka, perawatan payudara dan pemulangan pasien.

2.1.8 Perawatan Pasien *Post-SC* H-0

Menurut Ward & Hisley (2009), perawatan pada pasien *post-SC* normal dan SC dengan preklamsia mimiliki perbedaaan. Berikut penjelaan masing-masing:

1. Perawatan pasien *post-SC* normal. Setelah operasi SC selesai dilakukan, pasien biasanya dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang bersalin. Perawat menilai berbagai aspek kemajuan pemulihan, termasuk efek

anestesi, status rahim pasca operasi/pasca melahirkan dan derajat nyeri. Jika anestesi umum digunakan, perhatian khusus diberikan pada pemeliharaan jalan napas yang paten. Pasien diposisikan untuk mencegah aspirasi dan tanda-tanda vital dinilai setiap 15 menit selama 2 jam pertama, atau sampai stabil. Perawat harus sering memeriksa luka insisional ing dan menilai fundus, jumlah lokia, infus intravena, dan haluaran urin. Wanita dibantu untuk berbalik, batuk, bernapas dalam-dalam, dan melakukan senam kaki. Obat pereda nyeri diberikan sesuai kebutuhan. Jika neonatus bersama ibu dan pendamping persalinannya, pelabuhan, waktu disediakan untuk memfasilitasi ikatan dan keterikatan keluarga. Jika pasien tersebut ingin menyusui, dialah yang melakukannya didorong untuk melakukannya. Pasien umumnya tetap berada di area pemulihan selama 1 hingga 2 jam sebelum dipindahkan ke unit nifas untuk perawatan lanjutan.

2. Perawatan pasien *post-SC* dengan preeklamsia meliputi beberapa hal berikut ini:
   a. Tekanan darah. Tekanan darah diukur setiap 4 jam atau lebih sering menurut perintah dokter atau protokol institusi. Tekanan darah harus diukur pada kelompok yang sama pada setiap penilaian. Perawat harus mendorong pasien untuk mengambil posisi berbaring menyamping untuk meningkatkan perfusi uterus. Perawat harus memberitahu dokter tentang peningkatan tekanan darah.
   b. Administrasi pengobatan. Perawat harus memberikan obat sesuai pesanan dan harus melakukan evaluasi efeknya. Perawat juga arus

mematuhi protokol pital untuk infus magnesium sulfat. Selanjutnya, perawat harus memantau tanda-tanda vital pasien, DJJ, keluaran urin, DTR, laju aliran IV dan kadar magnesium serum untuk menilai toksisitas magnesium sulfat (misalnya, depresi pernapasan, hiporefleksia, hipotensi mendadak, oliguria, indikator gangguan janin). Perawat juga harus memberikan kalsium glukonat (penangkal magnesium toksisitas sulfat) untuk pernapasan di bawah 12 napas/menit dan hentikan infus magnesium sulfat.

c. Keseimbangan ginjal. Edema dinilai pada skala 1 sampai 4. Skor 4 berarti masif secara umum edema yang meliputi wajah, perut dan sakrum. Perawat arus mengkaji dan mencatat haluaran urin. Kateter urin yang menetap dapat dimasukkan untuk mengukur keluaran urin dengan lebih akurat. Keluaran urin kurang dari 30 mL/jam merupakan indikasi oliguria dan dokter harus diberitahu. Pengukuran dipstick dilakukan setiap 4 jam atau lebih sering untuk menilai protein urin pada skala 1–4. Pembacaan dipstick lebih dari 2 menunjukkan a kondisi yang memburuk.

d. Status neulogis. Refleks tendon dalam dinilai setiap 4 jam (atau lebih sering) dan diberi nilai pada skala 1 hingga 4. Refleks yang lebih besar dari 2 merupakan suatu tanda dari status yang memburuk. Jika eksion dorsif pada kaki menghasilkan klonus (kejang apasma), temuan ini memberikan indikasi tambahan mengenai memburuknya kondisi ibu.

e. Status paru. Auskultasi paru dilakukan setiap 4 jam (atau lebih sering) untuk menilai adanya dispnea, ronki, dan berkurangnya suara napas,

yang mungkin disebabkan oleh menunjukkan adanya edema paru. Laju pernapasan dinilai setiap 4 jam (atau lebih sering). Pasien yang menerima magnesium sulfat memerlukan penilaian pernapasan yang lebih sering karena laju pernapasan di bawah 12 merupakan indikator toksisitas magnesium. Saturasi oksigen hemoglobin bisa dinilai dengan pulse oximeter.

f. Status psikologi. Perawat juga harus mengkaji pasien tersebut untuk mengetahui indikator kecemasan dan ketakutannya. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang protokol pengobatan dan status kondisi ibu. Kaji tingkat pemahaman mereka dan berikan pembaruan bila diperlukan.

g. Gejala yang lebih lanjut. Sakit kepala, penglihatan kabur, nyeri epigastrium kuadran kanan atas yang parah, dan kegelisahan merupakan indikator terjadinya eklampsia. Karena itu, perawat harus bersiap untuk pengiriman segera. Perawat harus mempertahankan kepatenan jalan napas dengan cara memutar kepala pasien ke satu sisi dan letakkan bantal atau linen terlipat di bawah salah satu bahu atau punggung.

h. Status janin. Perawat harus juga memantau detak jantung janin setiap 4 jam atau lebih sering sesuai indikasi. Selain itu, perawat harus mengkaji gerakan janin. Maka, perawat harus memberi tahu dokter jika ada tanda-tanda gangguan pada janin dicatat.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang pada Pasien *Post-SC*

Menurut Nurarif & Kusuma (2018), ada sejumlah pemeriksaan penunjang untuk pasien *post SC*, yaitu: pemantauan janin terhadap kesehatan janin; pemantauan EKG; JDL dengan diferensial; elektrolit; hemoglobin/hematokrit; golongan darah; urinalisi; amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi; pemeriksaan sinar x sesuai indikasi; dan ultrasound sesuai pesanan.

2.2 Adaptasi Nifas *Post-SC*

2.2.1 Adaptasi Perubahan Psikologi Ibu Nifas

Pengalaman menjadi ibu bukanlah sesuatu yang selalu menyenangan. Realisasi tanggung jawab menjadi seorang ibu yang melahirkan pada dasarnya merupakan faktor yang memicu lahirnya gangguan intelektual, emosi dan tingkah laku. Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh seorang wanita dalam menghadapi aktifitas dan peran barunya sebagai seorang ibu. Sebagian wanita berhasil menyesuaikan diri dengan baik, namun sebagian wanita tidak berhasil menyesuaikan diri dengan baik. Sehingga mengalami gangguan-gangguan psikologis dengan berbagai gejalanya (Taviyanda, 2019).

Dalam menjalani adaptasi masa nifas, sebagian ibu dapat mengalami fase-fase sebagai berikut:

1. Fase *Taking in*

   Merupakan fase pada waktu segera setelah persalinan dimana pada masa ini ibu cenderung pasif. Berlangsung 24-48 jam jam setelah kelahiran

bayi. Ibu butuh banyak bantuan untuk melakukan hal yang mudah dan juga dalam pengambilan keputusan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara tentang dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti mudah tersinggung, menangis. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik. Petugas kesehatan dapat menganjurkan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moril dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua hal yang disampaikan agar ibu dapat melewati fase ini dengan lancar. Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu adalah :

a. Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misal jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut dan lain-lain.
b. Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu, misal rasa mules karena rahim berkontraksi untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.
c. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya. 4) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayi dan

cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebutbukan tanggung jawab ibu semata.

2. Fase *Taking Hold*

   Perubahan emosional yang dirasakan ibu setelah menjadi ibu dan setelah ibu melihat bayinya untuk pertama kalinya dan pengalaman merawat bayi. Fase taking Hold berlangsung antara hari ke 3-10. Perasaan yang timbuh adalah perasaan khawatir pada ibu akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayi. Berdasarkan hasil penelitian Taviyanda (2019), perubahan emosional yang dirasakan ibu setelah menjadi ibu sebagian besar ibu merasa senang dan mereka sangat tertarik dengan kehadiran bayi mereka, walau rasa senang itu juga disertai dengan perasaan takut, cemas dan bingung bagaimana memperlakukan bayi mereka untuk pertama kalinya.

3. Fase *Letting Go*

   Merupakan fase dimana ibu nifas sudah menemukan peran sendiri. Ibu mulai menerima peran barunya sebagai seorang ibu. Ibu belajar menyusun rencana untuk melewati hari-hari baru dengan bayi dan keluarga. Fase letting go berlangsung minggu ke 2 hingga minggu ke 4 nifas dan bisa lebih cepat tergantung kemampuan ibu beradaptasi (Febriati *et al.*, 2023).

2.2.2 Adaptasi Perubahan Fisiologis Ibu Nifas

Adaptasi fisiologis merupakan proses kembalinya kondisi fisik dan sistem organ tubuh ibu seperti sebelum hamil. Hal tersebut menyebabkan ibu nifas mengalami penurunan dari segi fisik, proses pemulihan pasca persalinan membuat ibu cukup rentan mengalami resiko infeksi, hambatan dalam melakukan aktivitas, penurunan daya tahan tubuh, perubahan mood atau perubahan perilaku yang terkait dengan kondisi tubuh dan psikologinya (Taviyanda, 2019). Menurut Hamilton (2018), adaptasi fisiologis pada ibu nifas antara lain:

1. Suhu. Suhu pada 24 jam pertama biasanya akan meningkat kurang lebih 38°C sebagai akibat dari adanya *dehidrasi*, perubahan hormoral, serta adanya relaksasi otot. Suhu pasien akan normal kembali dalam waktu 24 jam pertama. Jika terjadi kenaikan suhu > 2 hari, maka pasien akan menunjukkan adanya *infeksi traktus urinarius, sepsis puerpuralis, mastitas endometriosis,* atau adanya infeksi lain.
2. Sistem kardiovaskuler. Pada sistem kardiovaskuler bisa teradi terjadi *bradikardi* segera pasca persalinan. Selain itu, *tachikardi* bisa terjadi dimana hal itu mereflesikan adanya infeksi traktus *urinarius, mastitis, endometriosis* atau adanya infeksi lain.
3. Tekanan darah. Biasanya tekanan darah akan menajdi normal pasca pasien melahirkan. Kemudian tejadi peningkatan tekanan darah sistolik 30 mmHg atau diastolik 15 mmHg, khususnya apabila pasien disertai dengan gangguan sakit kepala atau gangguan penglihatan, dimana hal itu pada dasarnya merupakan adanya tanda preeklamsia.

4. Komponen darah. Normal darah Hb, Ht dan eritrosit pada pasien post partum haruslah bisa mendekati tingkat sebelumnya. Jika tejadi penurunan pada kadar hematokrit, maka hal itu menunjukkan adanya kehilangan darah selama periode intra partum.
5. Sistem pernafasan. Efek anestasi biasanya akan menyebabkan penumpukan sekret pada pasien, sehingga hal itu akan merangsang terjadinya batuk.
6. Sistem endokrin. Pasien bisanya akan mengalami perubahan yang terjadi secara tiba-tiba dalam kala-IV pasca bersalin. Pada saat setelah plasenta lahir, maka bisanya akan terjadi penurunan progresteron dan estrogen.
7. Laktasi. Bisanya, produksi ASI dimulai pada hari ke-3 post partum. Kemudian pasien akan mengalami pembesaran payudara, dan puting susu yang menonjol. Selain itu, kolostrum biasanya akan berwarna kuning keputihan/jernih, sementara areola mamai bisanya akan berwarna gelap atau hitam.
8. Sistem gastroentestinal. Pengembangan fungsi defekasi lambat dalam minggu pertama post partum dan kembali normal setelah minggu pertama, efek enastesi pada SC menyebabkan mortilitas usus terjadi penurunan segera setelah bayi lahir. Terjadi gangguan pola eliminasi buang air besar (BAB).
9. Sistem muskuloskeletal. Pasien bisanya akan mengalami perengangan dan penekanan otot. Selain itu, pasien juga akan mengalami pengurangan oedem ekstremitas bawah pada minggu pertama. Pada post SC, terdapat

luka insisi dengan bentuk sesuai jenis SC sebagai efek enestesi maskuloskeletul mengalami hilangnya rasa atau baal.

10. Sistem perkemihan. Ketika kandung kemih oedem dan sensitivitas pasien yang menurun bisanya akan menimbulkan over distension. Biasanya akan terpasang DC dalam rangka untuk mengobservasi balance cairan.
11. Sistem reproduksi. Pasien bisanya akan mengalami involusio uteri segera pasca melahirkan dan prosesnya berlangsung cepat. Ketika pasien selesai melahirkan, maka uterus akan membersihkan dirinya dengan debris (pengeluaran lochea).

    Macam – macam lochea berdasarkan jenis dan warnanya :

    1. Lochea rubra : 1-3 hari berwarna merah.
    2. Lochea sanguilenta : 3-7 hari berwarna putih campur merah.
    3. Lochea serosa : 7-14 hari, berwarna kekuningan.
    4. Lochea alba : setelah hari ke-14, berwarna putih.

2.2.3 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu puerperium dini, puerperium intermedial, dan remote puerperium.

1. Puerperium dini

   Puerperium dini merupakan masa pemulihan , yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium intermedial

   Puerperium intermedial merupakan masa pemulihan menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6 -8 minggu.

3. Remote puerperium

   Remote Puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau tahunan.

2.3 Hipertensi dalam Kehamilam

2.3.1 Definisi Hipertensi dalam Kehamilan

Hipertensi merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan darah diastolik > 90 mmHg dimana jika hal itu tidak terdeteksi dari awal dan tidak mendapatkan perawatan yang baik, maka bisa menyebabkan timbulnya kerusakan organ tubuh (Amanda, 2018). Karena itu, hipertensi dalam kehamilan merupakan suatu kondisi saat terjadi peningkatan tekanan darah ibu hamil berada di atas 140/90 mmHg (Braunthal & Brateanu, 2019).

2.3.2 Klasifikasi Hipertensi dalam Kehamilan

Menurut Ward & Hisley (2009), hipertensi dalam kehamilan bisa diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Hipertensi kronis
2. Preeklampsia dan eklampsia

3. Hipertensi kronis disertai preeklampsia
4. Hipertensi gestasional.

2.3.3 Etiologi Hipertensi dalam Kehamilan

Secara umum, peningkatan tekanan darah umumnya disebabkan oleh kombinasi berbagai kelainan (Permatasari, 2020). Ada sejumlah faktor penyebab yang bisa menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan darah seperti beberapa hal berikut ini:

1. Obesitas
2. Resistensi insulin
3. Asupan alkohol yang tinggi
4. Asupan garam yang tinggi
5. Penuaan
6. Gaya hidup sedentary
7. Stress
8. Asupan kalium yang rendah
9. Asupan kalsium yang rendah (Carretero & Oparil, 2020).

Namun, etiologi terjadinya hipertensi dalam kehamilan sejauh ini belum diketahui secara pasti. Hanya saja, hipertensi dalam kehimilan diduga terjadi sebagai akibat dari kondisi-kondisi yang bisa mengurangi aliran darah uteroplasenta dan insufisiensi vaskular dimana hal itu termasuk adanya hipertensi yang sudah ada sebelumnya, penyakit ginjal, diabetes mellitus, trombofilia dan autoimun (Luger & Kight, 2021).

2.3.4 Faktor Resiko Hipertensi

Permatasari (2020) mengatakan bahwa ada sejumlah faktor resiko yang bisa meningkatkan resiko hipertensi, antara lain:

1. Faktor resiko yang tidak bisa diubah (seperti usia, jenis kelamin, keturunan atau genetik).
2. Faktor resiko yang bisa diubah (seperti kurang aktifitas gerak, berat badan berlebihan/kegemukan, konsumsi alkohol, hyperlipidemia atau hiperkolestrolemia, stress dan konsumsi garam berlebihan dan lain-lain).

2.3.4 Patofisilogi Hipertensi dalam Kehamilan

Patofisiologi hipertensi dalam kehamilan sejauh ini belum bisa dipahami sepenuhnya. Hanya saja, menurut Luger & Kight (2021), diferensiasi trofoblas yang tidak tepat (selama invasi endotel) karena terjadinya regulasi abnormal atau produksi molekul kompleks histokompatibilitas utama, sitokin, molekul adhesi dan metaloproteinase, telah memainkan peranan yang penting pada terjadinya penyakit hipertensi gestasional. Selanjutnya, terjadinya regulasi abnormal atau terjadinya produksi molekul-molekul tersebut telah menjadi sebab terjadinya perkembangan yang abnormal dan remodeling arteri spiralis pada jaringan miometrium dalam. Hal inilah yang pada akhrinya akan menyebabkan terjadinya hipoperfusi dan iskemia plasenta. Kemudian, hipoperfusi organ sebagai akibat dari disfungsi endotel biasanya paling sering terlihat pada paru-paru, mata, ginjal, hati, dan pembuluh darah perifer.

2.3.5 Manifestasi Klinis Hipertensi dalam Kehamilan

Manifestasi klinis penyakit hipertensi yang dialami oleh setiap individu sangat bervariasi. Hal itu karena pengaruh dari koping individu. Manifestasi klinis yang bisa dirasakan oleh setiap individu bisa ringan, bahkan berlebihan (Kusdiantoro, 2018). Adapun manifestasi kelinis hipertensi pada umumnya antara lain: sakit kepala, jantung berdebar, epistaskis, sulit bernafas setelah bekerja keras, gampang marah, mudah lelah, telinga berdengung, tinnitus, pusing, dan pingsan (Tika, 2021). Sementara manifestasi klinis hipertensi dalam kehamilan, antara lain: sakit kepala terus-menerus, perubahan pengelihatan, sakit perut, mual dan muntah, sesak napas, bengkak pada tangan dan wajah dan urin sedikit atau tidak ada (Braunthal & Brateanu, 2019).

2.3.6 Pencegahan Hipertensi dalam Kehamilan

Pencegahan hipertensi, termasuk pencegahan hipertensi dalam kehamilan, bisa dilakukan dengan tindakan peningkatan promosi kesehatan melalui informasi dan edukasi. Pemberian informasi dan edukasi tentang hipertensi kepada masyarakat bisa dilakukan dengan banyak cara dan media yang sekiranya bisa dan gampang diakses oleh masyarakat. Pemberian informasi dan edukasi tersebut bertujuan agar mampu meningkatkan kesadaran, pengetahuan dan keinginan masyarakat untuk mencegah terjadinya hipertensi dan cara perawatannya, sehingga tekanan darah yang tinggi pada penderita hipertensi bisa kembali normal (Akbar, 2020).

2.3.7 Diagnosis dan Pemeriksaan Penunjang Hipertensi dalam Kehamilam

Biasanya dokter melakukan pemeriksaan tekanan darah untuk mendiagnosis gangguan hipertensi dalam kehamilan. Ibu hamil yang didiagnosis mengalami hipertensi biasanya memiliki tekanan darah ≥ 140/90 mmHg pada dua kali pengukuran yang diukur setiap 4 jam. Selain itu, dokter biasanya akan melakukan pemeriksaan fisik dengan tujuan untuk mendeteksi apakah ada tanda-tanda penyakit seperti halnya pembengkakan pada kaki. Kemudian, dokter juga biasanya akan melakukan pemeriksaan penunjang, antara lain: pemeriksaan darah (tujuannya untuk menilai fungsi organ ginjal, kadar gula darah, hati, dan keping darah); pemeriksaan urine (tujuannya untuk menilai tingkat atau kadar protein dalam urin); pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) (tujuannya untuk menilai aktivitas kelistrikan jantung); dan pemeriksaan rontgen dada (foto toraks) (tujuannya untuk menilai organ di area dada seperti jantung dan paru-paru) (Braunthal & Brateanu, 2019).

2.3.8 Penatalaksanaan Hipertensi dalam Kehamilan

Secara umum, penatalaksanaan penyakit hipertensi bisa dilakukan dengan dua cara, yaitu: cara farmakologis dan nonfarmakologis dengan tujuan untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah terjadinya penyakit kardivaskuler, menurunkan mortalitas dan menjaga kualitas hidup pasien (Manoppo, 2018). Tatalaksana farmakologis seperti konsumsi diutretik (contoh: hydrochlorothiazide atau indapamide), antagonis kalsium (contoh: amlodipine dan nifedipine), dan seterusnya. Sementara tatalaksana nn-

farmakologis seperti perubahan gaya hidup menjadi gaya hidup sehat (contoh: konsumsi buah dan sayur-saturan yang banyak, mengurangi konsumsi garam, memperbanyak aktivitas fisik dan rutin berolahraga dan lain sebagainya) (Holland, 2021).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2019) telah memberi rekomendasi pemberian obat anti-hipertensi pada wanita hamil dengan preeklampsia dan tekanan darah sistolik lebih dari ataus ama dengan (≥) 160 mmHg atau tekanan darah diastolik lebihd ari atau sama dengan (≥) 110 mmHg menetap dan hipertensi kronik dengan tekanan darah sistolik lebih dari atau sama dengan (≥) 160 mmHg atau tekanan darah diastolik lebih dari atau sama dengan (≥) 110 mmHg dengan target pengobatan 120 – 160/ 80 – 110 mmHg.

2.3.9 Penatalaksanaan Hipertensi pada Masa Nifas

Ward & Hisley (2009) menyatakan bahwa penatalaksanaan gangguan hipertensi pada masa nifas didasarkan pada dua tujuan yaitu: mencegah kerusakan lebih lanjut pada organ yan terekena dampak dan mendorong hasil positif pada ibu dan bayi. Wanita yang telah didiagnosis menderita preeklamsia berat (hemolisis, peningkatan enzim hati dan trombosit rendah) dapat ditempatkan di unit perawatan kritis obstetrik atau unite perawatan intensif medis untuk pemantauanhemodinamik. Tanda-tanda vital, DDJ, keluaran urin, refleks tendon dalam, tingkat edema dan orientasi mental dan status neurolis harus dinilai.

2.3.10 *Nursing Care Plan* untuk Hipertensi

Tabel 2.1 *Nursing Care Plan* untuk Hipertensi (Gestasional, Preeklampsia dan Eklampsia)

Nursing Assesment	*Nursing Diagnosis*	*Nursing Intervention*	*Rationale*	*Evaluation*
Data subjektif: - Sakit kepala - Perusanan visi - Mual - Sakit perut **Data objektif:** - Tekanan darah lebih dari 10/90 - Pembengkakan paa wajah, tangan, kaki - Kenaikan berat badan secara tiba-tiba - Penurunan keluaran urin - Proteinuria	Resiko perfusi secrebral tidak efektif	- Timbang pasien secara teratur. - Suplementasi oksigen - Berikan cairan IV dan obat-obatan yang sesuai - Pantau detak jantung janin. - Terapkan tindakan pencegahan kejang seperti yang diperintahkan. - Pantau laboratorium dan hasil tes. - Berikan pendidikan gizi dan gaya hidup.	- Penimbangan berat bada pasien perlu dilakukan karena peningkatan berat badan secara tiba-tiba menunjukkan retensi cairan dan mungkin menandakan perkembangan penyakit dan gangguan fungsi ginjal. - Suplementasi oksigen untuk meredakan dispnea dan meningkatkan oksigenasi ibu janin serta perfusi jaringan. - Obatan-obatan anti hipertensi perlu diberikan kepada pasien untuk menurunkan tekanan darah dan meningkatkan aliran darah ke organ vital. - Pendidikan gizi dan gaya hidup berfungsi agar pasien bisa mengurangi edema.	- Kontrol tekanan darah - Penatalaksanaan proteinuria - Hasil janin optimal - Retensi pendidikan pasien.

2.4 Hipertiroid dalam Kehamilan

2.4.1 Definisi Hipertiroid dalam Kehamilan

Hipertiroid pada dasarnya merupakan suatu gangguan endokrin dimana hal itu ditandai dengan peningkatan yang abnormal pada sintesis dan sekresi hormon tiroid oleh kelenjar tiroid (Ross *et al.*, 2017). Definisi serup disampaikan oleh (Mathew *et al.*, 2023) bahwa hipertiroid merupakan suatu dindrome yang berhubungan dengan kelebihan produksi hormon tiroid. Semntara hipertiroid pada masa kehamilan merupakan suatu kondisi hipertiroid yang sebenarnya ada sejak sebelum atau pada saat kehamilan (Suparman, 2021).

2.4.2 Etiologi Hipertiroid dalam Kehamilan

Secara garis besar, etiologi hipertiroid pada umumnya bisa dibagi ke dalam dua hal, yaitu etiologi paling umum dan kurang umum. Berikut penjelasannya:

1. Etiologi hipertiroid paling umum. Ada tiga etiologi atau penyebab hipertiroid yang paling umum, yaitu: penyakit graves, gondok multinodular toksik dan adenoma toksik (Ross *et al.*, 2017).
2. Etilogi hipertiroid lain kurang umum, antara lain: hipertiroid yang diinduksi yodium; adenoma hipofisis yang mensekresi hormon perangsang tiroid; kondisi yang terkait dengan tingginya kadar hidatiform pada wanita dan tumor sel germinal pada pria; tiroid ektipik pada struma ovarii (kelebihan hormon tiroid akibat teratoma ovarium); metasfasis luas dari karsinoma tiroid yang berdiferensiasi secara fungsional (folikel atau

papiler); tiroiditis akibat obat (seperti amiodarone, litium, inhibitor dan lain-lain); dan tiroiditis lainnya (seperti tiroditis tanpa rasa sakit); dan tiroditis buatan akibat dari kelebihan hormon tiroid eksogen, baik penggunaannya disengaja atau tidak (Mathew *et al.*, 2023).

Namun, hipertiroid dalam kehamilan biasanya disebabkan oleh kondisi hiperesmesis gravidarum dan penyakit graves (Suparman, 2021). Hanya saja, kedua etiologi tersebut susah dibedakan secara klinis. Karena itu, perlu pemeriksaan lebih lanjut untuk memastikan etiologi dari hipertiroid yang derita seseorang ketika hamil (Andersen & Lauberg, 2016).

2.5.3 Patofisiologi Hipertiroid

Menurut Mathew *et al.* (2023), patofisiologi hipertiroidis tergantung pada varian hipertiroid yang dialami oleh pasien. Berikut uraian penjelasannya:

1. Penyakit graves. Penyait ini adalah proses autoimun dengan antibodi terhadap reseptor hormon perangsang tiroid. Interaksi antara faktor genetik dan lingkungan mempengaruhi proses autoimun ini. Antibodi merangsang hormon perangsang tiroid yang menyebabkan peningkatan produksi dan pelepasan hormon tiroid. Efek trofik pada tiroid juga menyebabkan pertumbuhan kelenjar tiroid.
2. Gondok multinodular beracun. Ada korelasi antara ukuran nodul dan perkembangan hipertiroidisme. Dalam penelitian, sekitar 93,7% pasien yang mengalami hipertiroidisme nyata memiliki ukuran nodul lebih dari 3 cm.

3. Adenoma beracun. Ini adalah nodul soliter dengan produksi hormon tiroid otonom akibat mutasi somatik pada TSHR.
4. Hipertiroid yang diinduksi yodium. Hal ini biasanya bersifat iatrogenik, akibat asupan yodium berlebihan melalui diet atau pemberian obat yang mengandung yodium seperti media kontras atau amiodaron. Individu yang rentan terhadap fenomena ini termasuk mereka yang tinggal di daerah yang kekurangan yodium, individu dengan penyakit nodular tiroid, atau GD tersembunyi atau GD yang pernah diobati sebelumnya. Hipertiroid berkembang sekitar 2-12 minggu setelah paparan yodium berlebihan. Pengorganisasian residu iodida menjadi molekul prekursor hormon tiroid relatif dapat diatur sendiri. Iodida yang bersirkulasi secara berlebihan menghambat pengorganisasian, suatu proses yang dikenal sebagai efek Wolff-Chaikoff. Autoregulasi ini lolos dari fenomena Jod-Basedow yang menyebabkan kelebihan hormon tiroid dengan adanya kelebihan yodium/iodida.
5. Tirotoksikosis yang diinduksi amiodarone. Ada dua subtipe tirotoksikosis yang diinduksi amiodarone (AIT): tipe 1 dan tipe 2. AIT tipe 1 menyebabkan peningkatan produksi hormon tiroid akibat paparan yodium berlebih dari amiodarone dalam kondisi penyakit tiroid yang sudah ada sebelumnya. Penyakit tiroid yang sudah ada sebelumnya biasanya berupa gondok multinodular atau penyakit Graves laten. AIT tipe 2 adalah tiroiditis destruktif yang disebabkan oleh efek toksik langsung amiodaron pada sel folikel tiroid.

6. Tiroiditis. Tiroiditis menyebabkan peningkatan sementara dalam sirkulasi hormon tiroid akibat peradangan atau penghancuran sel-sel folikel tiroid. Berbagai etiologi tiroiditis memiliki patofisiologi yang sama tetapi gambaran klinisnya berbeda-beda. Peradangan atau kerusakan sel folikel tiroid dapat disebabkan oleh autoimunitas (tiroiditis Hashimoto, tiroiditis sporadis tanpa nyeri, dan tiroiditis pascapersalinan tanpa nyeri) atau akibat faktor eksternal (infeksi pada tiroiditis subakut yang nyeri, tiroiditis supuratif, tiroiditis akibat obat).

2.4.5 Gejala Klinik Hitertiroid dalam Kehamilan

Hipertiroid dalam kehamilan bisa secara jelas menyebabkan munculnya gejala klinis (penurunan kadar hormon perangsang tiroid atau *thyroid stimulating hormone* [TSH] dan peningkatan *tiroido-thyronine* [T3] dan/atau tiroksin [T4] dalam serum) atau munculnya gejala subklinis (penurunan kadar TSH tanpa dibarengi dengan peningkatan kadar T3 dan T4 (pada batas yang bisa dikatakan normal) (Andersen & Lauberg, 2016). Kadang-kadang gejala klinis yang muncul susah dibedakan dengan gejala-gejala atau tanda-tanda berkaitan dengan kehamilan normal, seperti sesak napas, takikardi, keringat berlebih dan murmur sistolik jantung (Cunnnigham *et al.*, 2018). Namun demikian, ada gejala spesifik hipertirodid dalam kehamilan yang disebabkan oleh penyakit grave, yaitu: eksoftalmos, tiromegali/goiter, dan tidak bertambahnya berat badan walupaun sudah ada asupan makanan yang memadai (Renzo, 2019).

2.4.6 Diagnosis dan Pemeriksaan Penunjang Hipertiroid dalam Kehamilan

Menurut Suparman (2021), dokter biasanya akan melakukan proses anamnesis untuk menegakkan diagnosis hipertiroid dalam kehamilan seperti gejala utama yang menjadi keluhan pasien, riwayat penyakit hipertiroid pasien dan riwayat penyakit hipertiroid keluarga. Dokter juga perlu melakukan pemeriksaan fisik terdiri dari: pemeriksaan tanda-tanda hipertiroid secara sistemik dan pemeriksaan kondisi atau keadaan kelenjar tiroid secara spesifik. Selain itu, dokter bisanya juga akan melakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan kadar serum TSH, kadar T4 dan kadar T4. Biasanya, kondisi hipertiroid dalam kehamilan bisa dilihat melalui terjadinya penurunan kadar TSH dan terjadi peningkatan pada kadar T3 atau T4 (Andersen & Lauberg, 2016).

2.4.7 Penatalaksanaan Hipertiroid dalam Kehamilan

Tatalaksana pengobatan hipertiroid secara umum tergantung pada etiologi yang mendasarinya dan dapat dibagi menjadi terapi simtomatik dan definitif (Mathew *et al.*, 2023). Berikut penjelasan masing-masing:

1. Terapi simtomatik. Simtom atau gejala hipertiroid seperti jantung berdebar, gelisah, dan gemetar dapat dikontrol dengan antagonis beta-adrenergik seperti atenolol. Penghambat saluran kalsium, seperti verapamil, dapat digunakan sebagai terapi lini kedua untuk pasien yang tidak toleran terhadap beta-blocker atau memiliki kontraindikasi terhadap pengobatan beta-blocker (Ross *et al.*, 2017).

2. Terapi definitif. Ada tiga terapi definitif untuk hipertiroid, yaitu: terapi yodium radioaktif, terapi thionamide, dan tiroidektomi subtotal. Pilihan modalitas pengobatan definitif tergantung pada etiologi, penyakit penyerta, dan preferensi pasien (Ross *et al.*, 2017).

Pasien hamil yang mengalami hipertiroid, terutama yang disebabkan oleh penyakit graves, tatalaksananya perlu dimulai sejak sebelum kehamilan atau disesuaikan dengan kasus yang baru terdiagnosis atau bisa juga disesuaikan dengan riwayat (khusus pada kasus dengan riwayat) dimana tujuannya untuk bisa mempertahankan kadar hormon tiroid maternal fT4 ada pada batas atas rentang referensi pasien yang tidak hamil (Cunnnigham *et al.*, 2018).

2.4.8 *Nursing Care Plan* untuk Hipertiroid

Tabel 2.2 *Nursing Care Plan* untuk Hipertiroid

Nursing Assesment	***Nursing Diagnosis***	***Nursing Intervention***	***Rationale***	***Evaluation***
Data subjektif: - Nafsu makan meningkat - Gugup - Mual - Perubahan pola menstruasi - Peningkatan sensitivitas terhadap panas - Kelelahan - Kesulitan tidur - Penurunan berat badan secara tiba-tiba - Buang air besar lebih sering. **Data objektif:** - Pembesaraan kelenjar tiroid - Takikardia - Muntah - Diare	Keletihan	- Pantau TTV, termasuk tekanan darah ortostatik dan denyut nadi/detak jantung saat tidur - Lakukan EKG 12 sadapan dan monitor takikardia - Kaji status pernafasan dan auskultasi paru - Anjukan pelindung mata untuk tetes mata - Pantau asupan makan sehari-hari - Hindari	- Pemantauan TTV untuk memberikan takikaardia yang lebih akurat - EKG 12 sadapan dan onioring takikardia untuk mengindikasikan rangsanan oleh hormon tiroid dan mengakibatkan distrimia - Pengkajian status pernaafasan dan asukultasi untuk mencari bunyi nafas	- Tes fungsi tiroid - Resolusi gejala - Kepatuhan pengobatan - Status gizi - Kesehatan jantung.

- Berkeringan - Getaran - Kulit menipis - Rambut halus dan rapuh - Tingkat TSH rendah.		makanan yang menyebabkan tinjar encer - Persiapkan pasien untuk pembedahan an pantau pasien setelah pembedahan.	tambahan - Mata menonjol merupakan gejala khas yang sering menyebabkan mata kering dan beresiko merusak kornea. Pengggnaan pelindung mata dan tetes mata untuk pelumasan. - Peningkatan metabolisme juga meningkatkan motilitas usus yang bisa menyebabkan diare dan mengganggu penyerapan nutrisi. - Pembedahan diperlukan jika pasien tidak bisa mentoleransi obat antititoid atau penyebabnya.	

2.5 Nyeri

2.5.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dimana hal itu terkait dengan adanya kerusakan jaringan yang sifatnya aktual atau potensial (Raja *et al.*, 2021). Pendapat sejenis juga disampaikan oleh Judha *et al*. (2016) bahwa yang dimaksud dengan nyeri adalah suatu kondisi yang tidak menyenangkan yang dirasakan oleh seseorang atau individu secara subjektif. Solehati *et al.* (2018) juga menyatakan bahwa nyeri pada dasarnya merupakan pengalaman

ketidaknyamanan yang dirasakan orang secara subjektif, baik pengalaman itu bersifat sensorik atau pengalaman emosional, yang digambarkan sebagai suatu pengalaman yang merugikan orang yang mengalaminya. Sementara nyeri akut adalah pengalaman nyeri yang dirasakan seseorang dimana hal itu timbul secara mendadak dan cepat menghilang dimana berlangsungnya tidak lebih dari 6 bulan dan ditandai dengan terjadinya peningkatan tegangan otot (Kemenkes, 2022).

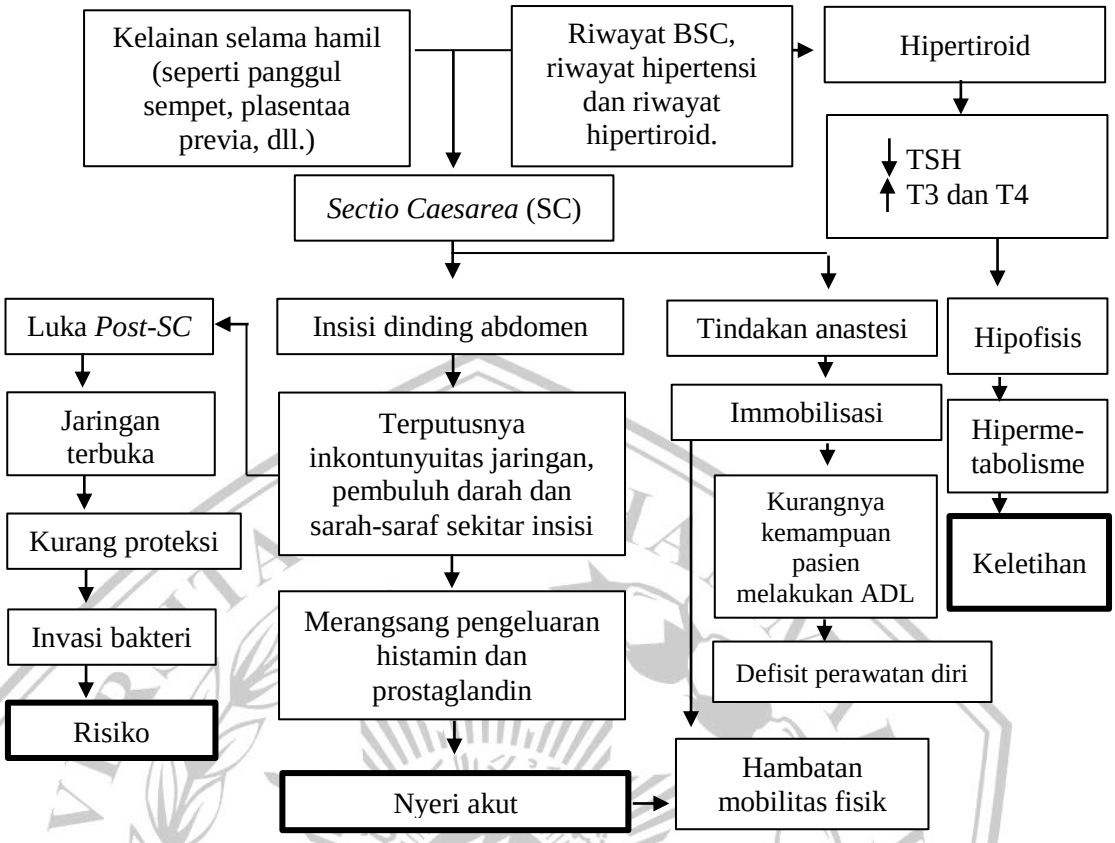
2.5.2 Etiologi Nyeri *Post*-SC

Pasien *post*-SC biasanya akan mengalami nyeri dengan intensitas yang berbeda pada masing-masing orang, mulai dari ringan hingga berat. Penyebab terjadinya nyeri pada pasien *post*-SC adalah karena akibat adanya robekan atau sayatan pada jaringan kontinuitas perut depan. Karena itu, pasien akan merakan nyeri pada daerah insisi atau robekan (Febriantri & Machmudah, 2021). Pada saat pasien dilakukan operasi SC, biasnya terlebih dahulu akan diberikan obat anastesi. Kemudian dilakukan operasi SC. Saat pengaruh anastesi itu masih ada, maka pasien biasanya tidak akan merasakan nyeri sekalipun tindakan operasi sudah dilakukan. Namun, ketika pengaruh obat anastesi tersebut hilang, maka nyeri akan mulai dirasakan oleh pasien. Pasien yang mengalami nyeri bisanya akan menemui masalah dalam melakukan mobilisasi (Wahyu & Lina, 2019).

2.5.3 Patofisiologi dan *Pathway* Nyeri *Post*-SC

Patofisiologi nyeri pada pasien *post*-SC yaitu mula-mula SC dilakukan sebagai akibat dari terdapatnya kelainan pada janin atau ibu (Solehati, 2017). Tindakan SC adalah tindakan alternatif persalinan karena indikasi kelainan tersebut. Anastesi yang diberikan kepada ibu dalam proses persalinan dengan SC akan menyebabkan pasien mengalami imobilasi, sehingga hal itu menyebabkan timbulnya masalah intoleransi aktivitas. Efek anastesi juga bisa menyebabkan otot mengalami relaksasi dan konstipasi.

Selanjutnya, tindakan pembedahan pada pasien SC akan menyebabkan terdapatnya insisi atau robekan pada dinding abdomen, sehingga hal itu akan menyebabkan inkontinyuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di sekitar lokasi insisi menjadi terputus. Kondisi ini akan merangsang pengeluaran postaglandin dan histamin dimana hal itu bisa menimbulkan nyeri (akut). Ketika proses pembedahan SC selesai dilakukan, maka lokasi insisi akan ditutup kembali dan menimbulkan luka dimana bila hal itu tidak diatasi dengan baik akan menyebabkan infeksi (Astuti, 2016).



Gambar 1. *Pathway* Nyeri *Post* SC

2.5.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri Akut *Post* SC

Menurut Sihombing (2017), ibu yang telah melakukan persalinan dengan SC bisanya akan mengalami nyeri dan nyeri tersebut bisanya disebabkan oleh dua faktor mendasar, yaitu internal adn eksternal. Berikut penjelasan masing-masing dari dua faktor tersebut:

1. Faktor internal yang dimaksud antara lain: ambang nyeri, pengalaman, usia, karakter ibu, kondisi psikologis ibu dan kondisi insisi.
2. Faktor eksternal yang dimaksud antara lain: lingkungan, kebudayaan, dukungan sosial-keluarga, persiapan pra-operatif dan tenaga kesehatan.

2.5.5 Komplikasi Nyeri *Post SC*

Nyeri akut *post* SC yang tidak segera ditangani secara cepat, tepat dan adekuat, maka akan berdampak secara psikologis dan berlajut pada dampak fisiologis pada ibu. Dampak fisiologis yang dimaksud yaitu ibu akan mengalami stres yang akan merugikan sistem imun dan jantung ibu. Selanjutnya, ketika impuls nyeri ditransmisikan, maka akan terjadi peningkatan ketegangan otot seperti vasokonstriksi lokal. Selanjutnya, iskemia pada lokasi nyeri bisa saja akan menyebabkan stimulasi jauh dari reseptor nyeri. Kemudian, saat impuls nyeri menjalar dan memusat, maka akan memperbrat aktivitas simpatis sehingga hal itu akan menyebabkan kebutuhan konsumsi oksigen dan miokardium meningkat (Rochimatul *et al.*, 2017).

2.5.6 Penatalaksanaan Nyeri Akut *Post*-SC

Menurut Sumarni *et al.* (2019), penatalaksanaan nyeri pada pasien *post-SC* bisa secara farmakologis (obat-obatan) ataupun non-farmakologis (seperti aromaterapi, relaksasi dan sejensinya). Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2019b) menyatakan bahwa nyeri yang dialami oleh seseorang, termasuk nyeri *post*-SC, dilakukan dengan “manajemen nyeri”. Manajemen nyeri pasca operasi caesar sangat penting untuk kesejahteraan ibu. Penelitian menunjukkan berbagai strategi dan tantangan dalam manajemen nyeri setelah operasi caesar, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah seperti Uganda. Penelitian menunjukkan bahwa sejumlah besar wanita tidak menerima analgesia yang memadai setelah

operasi caesar, sehingga menyebabkan ketidakpuasan terhadap pengendalian nyeri (Kintu A, *et al.* 2019).

Kolaborasi Antar-profesional merupakan kolaborasi yang lebih besar di antara para profesional layanan kesehatan, pemberian analgesia yang dilakukan sendiri, dan pesanan resep terjadwal dapat meningkatkan manajemen nyeri. Penelitian menunjukkan bahwa intervensi yang dipimpin oleh praktisi perawat dapat meningkatkan manajemen nyeri pasca operasi caesar, menekankan pentingnya pendekatan biopsikososial. Obat pengontrol nyeri yang biasa digunakan termasuk diklofenak, petidin, tramadol, dan kombinasi obat-obatan ini. Namun, beberapa ibu mungkin tidak menerima obat analgesik apa pun. Intervensi alternatif seperti aromaterapi dan terapi Su Jok telah dieksplorasi untuk mengatasi nyeri pasca operasi Caesar. Pereda nyeri dini dan efektif sangat penting untuk mencegah berkembangnya nyeri kronis setelah operasi Caesar.. Manajemen nyeri yang adekuat mendukung keberhasilan menyusui dengan memungkinkan ibu merawat bayi baru lahirnya dengan nyaman. (Kintu A, *et al.* 2019).

Ambulasi dini, yang mengacu pada berjalan mandiri atau dengan bantuan segera setelah operasi, merupakan komponen penting dari jalur peningkatan pemulihan setelah operasi (ERAS). Penelitian menunjukkan bahwa mobilisasi dini memainkan peran penting dalam mengurangi risiko komplikasi pasca operasi, mempercepat pemulihan kapasitas fungsional berjalan, meningkatkan hasil yang dilaporkan pasien, dan mengurangi lama rawat inap di rumah sakit, yang pada akhirnya mengurangi biaya perawatan. Manfaat ambulasi dini setelah operasi antara lain melancarkan aliran darah

dan distribusi oksigen ke seluruh tubuh, menstimulasi sirkulasi untuk mencegah penggumpalan darah, membantu penyembuhan luka lebih cepat, meningkatkan berbagai fungsi tubuh, meningkatkan tonus dan kekuatan otot, meningkatkan koordinasi dan keseimbangan, meningkatkan nafsu makan, meningkatkan kesehatan. suasana hati dan harga diri, dan menyebabkan keluarnya lebih awal dari rumah sakit (Tazreean R, *et al.* 2022).

Sebaliknya, kurangnya ambulasi pasca operasi dapat mengakibatkan berbagai masalah seperti luka baring (luka akibat tekanan), inkontinensia urin dan infeksi, hilangnya mineral tulang yang menyebabkan osteoporosis, peningkatan stres, stasis vena dan risiko trombosis vena dalam, sembelit, nyeri gas, masalah paru-paru, risiko pneumonia pada lansia, dan penurunan kemampuan melawan infeksi (Tazreean R, *et al.* 2022).

Kesimpulannya, ambulasi dini sangat penting untuk meningkatkan hasil kesehatan pasien pasca operasi dengan memfasilitasi proses pemulihan yang lebih cepat dan mengurangi kemungkinan komplikasi. Disarankan agar rumah sakit memprioritaskan mobilisasi dini sebagai bagian dari perawatan perioperatif mereka untuk meningkatkan pemulihan dan kesejahteraan pasien. , mengatasi tantangan dalam manajemen nyeri pasca operasi caesar melalui upaya kolaboratif, pemberian obat yang tepat, dan intervensi alternatif dapat secara signifikan meningkatkan kesejahteraan dan pemulihan ibu yang menjalani prosedur bedah ini

2.5.7 Asuhan Keperawatan Nyeri Akut *Post*-SC

1. Pengkajian Nyeri Akut

   Perawat hendaknya melakukan pengkajian dengan mengumpulkan informasi-informasi yang akurat dari pasien yang berkenaan dengan kondisi pasien nyeri akut post-SC yang meliputi: pengkajian umum (identitas pasien, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat pekawinan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, penggunaan alat kontrasepsi, riwayat penyakit yang pernah diderita, riwayat penyakit keluarga, data biologis [bernafas, makan dan minum, eliminasi, istirat dan tidur, gerak dan aktivitas, kebersihan diri, bepakaiai, suhu tubuh, dan seksualitas], data psikologis [rasa aman dan nyaman, identitas diri, harga diri dan ideal diri], data sosial [sosial, bermain dan rekreasi, prestasi, belaar, gambaran diri dan peran diri], data spiritual, pemeriksaan fisik [keadaan umum ibu, pemeriksaan kepala, wajah, mata, hidung, telinga, mulut, thorax, payudara, abdomen, ektermitas, genetalia dan anus], pemeriksaan penunjang dan data bayi (Sari, 2020).

2. Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

   Masalah atau diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien *post*-SC antara lain: nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, konstipasi, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan tentang teknik menyusui, defisit pengetahuan tentang perawatan diri pasca operasi SC, gangguan proses keluarga, ansietas dan resiko infeksi (Ramandanty, 2019).

3. Intervensi Keperawatan Nyeri Akut

Bararah & Jauhar (2016) menyatakan bahwa ketika seorang perwat sudah behasil menegakkan diagnosa keperawatan pasien, maka selanjutnya perawat menyusun rencana atau intervensi keperawatan atas setiap diagnosa yang muncul. Intervensi keperawatan pada masalah keperawatan nyeri akut, termasuk nyeri akut *post*-SC, sebagaimana diurai dalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia berupa "manajemen nyeri" (PPNI, 2019b). Intervensi berupa manajemen nyeri ini terdiri dari beberapa hal, yaitu: *Observasi* (identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri; identifikasi skala nyeri; identifikasi respon nyeri non-verbal; identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri; identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri; identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup; dan monitor efek samping penggunaan alagetik), *Terapeutik* (berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri; kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri; fasilitasi istirahat dan tidur; dan pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri), *Edukasi* (jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri; jelaskan strategi meredakan nyeri; ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri); dan *Kolaborasi* (kolaborasi pemberian analgetik jika perlu) (PPNI, 2019b).

Setelah operasi caesar (C-section), penanganan nyeri akut sangat penting untuk kesejahteraan dan pemulihan ibu. Berikut beberapa intervensi keperawatan berdasarkan informasi yang dikumpulkan dari berbagai sumber yaitu Manajemen Nyeri dan Kenyamanan dengan

mengkaji lokasi, karakteristik, frekuensi, tingkat keparahan, dan timbulnya/durasi nyeri terkait indikasi operasi caesar untuk memandu pilihan pengobatan. Berikan obat penenang, narkotika, atau obat pra operasi sesuai indikasi untuk meredakan nyeri. Gunakan teknik relaksasi seperti latihan pernapasan dalam, terapi musik, dan pijat untuk mengurangi kecemasan dan ketegangan. Dorong penggunaan sentuhan terapeutik dan posisi yang tepat untuk kenyamanan (Kathleen Salvador, 2022).

Perawatan dan Intervensi Pascapersalinan yang dapat dilakukan yaitu anjurkan waktu istirahat yang cukup setelah melahirkan operasi caesar untuk membantu pemulihan. Promosikan latihan pernapasan dalam dan batuk untuk mencegah komplikasi. Pantau komplikasi lokasi sayatan, berikan obat yang diresepkan, dan berikan dukungan emosional selama proses pemuliha. Mendidik pasien tentang pilihan manajemen nyeri, termasuk intervensi farmakologis dan non-farmakologis. Ajari pasien kapan harus mencari pertolongan medis pasca operasi caesar untuk mengetahui tanda-tanda seperti nyeri terus-menerus, pendarahan hebat, atau tanda-tanda infeksi. Bantuan emosional dengan mengizinkan pasien untuk mengekspresikan perasaan mereka tentang nyeri dan mengakui pengalaman nyeri mereka. Memberikan kepastian, kenyamanan, dan dukungan profesional untuk mengurangi kecemasan dan persepsi nyeri (Kathleen Salvador, 2022).

Kesimpulannya, intervensi keperawatan yang efektif untuk nyeri akut setelah operasi caesar melibatkan pendekatan holistik yang

mencakup penilaian nyeri, strategi manajemen, perawatan pascapersalinan, pendidikan pasien, dan dukungan emosional untuk memastikan pemulihan dan kesejahteraan optimal bagi ibu yang menjalani prosedur bedah ini.

4. Implementasi Keperawatan Nyeri Akut

Implementasi keperawatan pada dasanya merupakan serangkaian aktivitas yang dilakukan perawat dalam rangka membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik dengan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2019). Manajemen nyeri pasca operasi setelah operasi caesar sangat penting untuk kenyamanan dan pemulihan pasien. Berikut poin-poin penting berdasarkan hasil pencarian: Penilaian nyeri: kaji lokasi, karakteristik, tingkat keparahan, dan timbulnya/durasi nyeri untuk memandu intervensi. Berikan obat pereda nyeri yang diresepkan segera untuk memastikan pereda nyeri yang memadai dan berikan ambulasi dini meningkatkan sirkulasi, penyembuhan luka, mengurangi rasa sakit, dan membantu pemulihan tepat waktu.. Memberikan dukungan emosional, mendorong ekspresi perasaan, dan mendidik pasien tentang kapan harus mencari pertolongan medis. Pantau asupan dan keluaran cairan dengan cermat, berikan cairan IV sesuai kebutuhan, dan dorong asupan oral yang adekuat. Analgesia pasca operasi yang efektif sangat penting untuk kepuasan pasien dan pemulihan fungsional. Singkatnya, pendekatan komprehensif terhadap manajemen nyeri akut pasca operasi caesar melibatkan penilaian menyeluruh, pemberian obat tepat waktu, ambulasi

dini, dukungan emosional, manajemen cairan, dan memastikan analgesia pasca operasi yang efektif untuk meningkatkan kenyamanan dan pemulihan pasien (Zandomenico JG, *et al.* 2022)

5. Evaluasi Keperawatan Nyeri Akut

Evaluasi keperawatan pada dasarnya merupakan tahap akhir dari serangkaian asuhan keperawatan. Menurut Olfah & Ghofur (2016), evaluasi keperawatan sangat bermanfaat dalam mengecek atau memeriksa sejauh mana tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, termasuk pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut *post*-SC, telah mencapai tujuan. Namun, jika tindakan kepeawatan tersebut belum mencapai tujuan yang telah direncanakan, maka perawat bisa menggunakan pendekatan lain. Demikianlah evaluasi keperawatan bekerja. Intinya, evaluasi keperawatan bekerja dalam rangka untuk meemeriksa berhasil tidaknya tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

2.6 Keletihan

2.6.1 Definisi Keletihan

Keletihan merupakan suatu penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang pada dasarnya tidak pulih melalui istirahat (PPNI, 2018a). Pendapat serupa mengatakan bahwa keletihan atau kelelahan merupakan suatu kondisi pada tubuh manusia yang merasakan kelelahan alami dimana hal itu bisa terjadi pasca adanya latihan fisik atau mental yang berat (Arnot, 2019). NANDA (2018) juga menyatakan bahwa yang dimaksud dengan

keletihan adalah rasa kelelahan yang luar biasa dan hal itu menurunkan kapasitas kerja dari fisik dan mental pada tingkat yang biasa. Berdasarkan tiga definisi tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan kelatihan atau kelelahan merupakan suatu kondisi tubuh yang mengalami penurunan kerja, baik fisik maupun mental, sebagai akibat kerja fisik dan mental yang terlalu berat dan hal itu tidak bisa diatasi hanya dengan istirahat.

2.6.2 Etiologi Keletihan

Penyabab atau etiologi dari diagnosa keletihan, antara lain:

1. Gangguan tidur;
2. Gaya hidup monoton;
3. Kondisi fisiologi seperti halnya penyakit terminal, penyakit kronis, malnutrisi, anemia dan kehamilan;
4. Program perawatan atau pengobatan yang sifatnya jangka panjang;
5. Peristiwa hidup yang negatif;
6. Stres yang sudah berlebihan; dan
7. Depresi (PPNI, 2018a).

2.6.3 Tanda dan Gejala Keletihan

Tanda dan gaejala keletihan sebagaimana tertuang dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang dikembangkan oleh PPNI (2018) minimal 80% harus menunjukkan tanda dan gejala sebagai berikut:

1. Data subjekktif: merasa energi tidak pulih walaupun sudah tidur; merasa kurang tenaga dan mengeluh lelah.

2. Data objektif: tidak mampu mempertahankan aktivitas yang rutin dan tampak lesu.

Lebih lanjut, PPNI (2018) juga menyatakan bahwa jika tanda dan gejala di atas sudah > 80%, maka perawat harus melihat adanya kemungkinan masalah keperawatan lain dalam daftar diagnosis keperawatannya dalan sub kategori aktivitas dan istirahat.

2.6.4 Asuhan Keperawatan Keletihan pada Pasien *Post SC*

1. Pengkajian Keletihan

Wilkinson & Ahern (2019) menyatakan bahwa pengkajian terkait dengan keletihan pada pasien *post SC* meliputi beberapa hal berikut ini:

a. Data subjektif: penurunan konsentrasi karena keletihan; ketidaktertarikan pada lingkungan; peningkatan keluhan fisik yang dipersepsikan oleh pasien; persepsi membutuhan energi tambahan dalam menyelesaikan tugas rutin; menyatakan kekurangan energi secara verbal dimana hal itu tidak berseudahan; mengatakan tentang keletihan secara verbal; penurunan libido; dan mengatakan rasa ngantuk yang luar baisa.

b. Data objektif: penurunan efektifitas kerja karena penggunaan energi yang meningkat; ketidakmampuan mempertahankan rutinitas kegitan sehari-hari; ketidakmapuan mengembalikan energi meskipun telah istirahat atau tidur; peningkatan kebutuhan istirahat; kurang energi; dan lesu atau tidak bergairah.

2. Diagnosa Keperawatan Keletihan

Herdman & Kamitsuru (2018) menyatakan bahwa diagnosa keperawatan yang bisanya muncul pada pasien *post-SC* salah satunya adalah keletihan.

3. Perencanaan/Intervensi Keperawatan Keletihan

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dikeluarkan oleh PPNI (2019b) menetapan bahwa intervensi keperawatan untuk diagnosa keletihan adalah manajemen energi yang terdiri dari beberapa hal, yaitu: **Observasi (**identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan; monitor kelelahan fisik dan emosional; monitor pola dan jam tidur; monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas); **Terapeutik** (sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan); lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif; berikan aktivitas distraksi yang menenangkan; fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan; **Edukasi** (anjurkan tirah baring; anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap; anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang; ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan); **Kolaborasi** (kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan).

4. Implementasi Keperawatan Keletihan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana atau intervensi untuk mencapai tujuan yang lebih sepesifik. Oleh karena itu, pada pasien yang mengalami keletihan, maka implementasi keperawatannya paling tidak terdiri dari beberapa hal, yaitu: mengkaji status fisiologis pasien yang

menjadi penyebab keletihah, menggunaan instrumen yang valid untuk mengkur keletihan; mengatur penggunaan energi untuk mencegah terjadinya keleihan dan mengoptimalkan fungsi intake atau nutrisi dan memnitor intake atau nutrisi untuk mengetahui sumber nutrisi yang adekuat untuk pasien *post SC* yang mengalami keletihan (Prasasti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan Keletihan

   Evaluasi pada dasarnya merupakan rangkaian proses dalam asuhan keperawatan dimana tindakan yang sudah dilaksanakan dievaluasi dengan tujuan untuk mengukur kemajuan kesehatan pada gangguan keletihan pasien *post SC* dalam kriteria hasil yang diinginkan dengan indikator yang sudah direncanakan. Selain itu, dalam hal evaluasi keperawatan ini, dilakukan juga analisis respon pasien atas tindakan yang telah diberikan dalam rangka untuk menentukan sejauh mana kriteria hasil yang telah dicapai (Prasasti, 2017).

2.7 Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

2.7.1 Definisi Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Resiko perfusi serebral tidak efektif bisa didefinisikan individu atau pasien yang beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak (PPNI, 2018a). Pendapat sejenis mengatakan bahwa resiko perfusi serebral tidak efektif merupakan beresiko mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang pada dasarnya bisa mengganggu kesehatan seseorang.

2.7.2 Faktor Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

PPNI (2018) menyatakan bahwa faktro resiko terjadinya perfusi serebral tidak efektif bisa salah satu dari sejumlah faktor berikut ini: keabnormalan masa protrombin atau masa protrombin parsial, penurunan kinerja ventrikel kiri, aterosklerosis aorta, diseksi arteri, fibrilasi atrium, tumor otak, stenosis karotis, miksoma atrium, aneurisma serebri, koagulopati (seperti halnya anemia sel sabit), dilatasi kardiomiopati, koagulasi intravaskuler diseminata, embolisme, cidera kepala, hiperkolestetonemia, hipertensi, endokarditis infektif, katup prostetik mekanis, stenosis mitral, neoplama otak, infark miokard akut, sindrom sick sinus, penyalahgunaan zat dan terapi trombolitik.

2.7.3 Dampak Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif

Jika seseorang mengalami perfusi jaringan serebral tidak efektif dan tidak ditangani dengan adekuat, terutama pada pasien yang memiliki penyakit hipertensi, maka dampak negatif yang mungkin terjadi adalah terjadinya hipertensi yang lebih parah. Bahkan, dampak negatif yang lebih parah bisa meningkakan resiko komplikasi penyakit lainnya seperti stroke (Alipiani, 2020).

2.7.4 Asuhan Keperawatan Resiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif

1. Pengkajian Resiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif

   Proses pengkajian pada pasien pada umumnya, termasuk pasien yang beresiko mengalami resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif, meliputi

beberapa hal berikut ini: identitas, keluhan utama, riwayat penyakit, dan pemeriksaan fisik .

2. Diagnosa Keperawatan Resiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif

Diagnosa keperawatan resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif merupakan diagnosa yang kerap muncul pada pasien hipertensi, termasuk pasien *post-SC* dengan indikasi hipertensi (Rahayu *et al.*, 2022).

Dalam konteks perawatan pasca operasi caesar, penilaian keperawatan terhadap perfusi serebral sangat penting untuk memantau dan mengatasi potensi komplikasi. Pengkajian keperawatan biasanya melibatkan pengumpulan data fisik, psikososial, emosional, dan diagnostik terkait dengan operasi caesar. Perawat menilai tanda-tanda perdarahan, memantau tanda-tanda vital, mengevaluasi sayatan, dan melakukan penilaian fundus untuk memastikan pemulihan yang tepat dan segera mengidentifikasi masalah apa pun (Zandomenico JG, *et al.* 2022).

Perfusi jaringan yang tidak efektif dapat menyebabkan komplikasi serius pasca operasi caesar. Perawat memainkan peran penting dalam menilai perfusi jaringan dengan melakukan penilaian kulit secara menyeluruh, memantau denyut perifer, dan mengevaluasi nyeri dan mati rasa pada pasien. Intervensi keperawatan termasuk penggunaan USG Doppler untuk menilai aliran darah, memantau tanda-tanda perfusi yang buruk seperti suhu kulit dingin atau kuku menebal, dan memastikan pasien mempertahankan perfusi perifer dan perfusi kardiopulmoner yang adekuat. Pemantauan perfusi perifer sangat penting untuk menilai status hemodinamik pasien pasca operasi caesar. Berbagai metode seperti waktu

pengisian kapiler (CRT), gradien suhu tubuh, dan teknologi baru seperti indeks perfusi perifer (PPI) digunakan untuk mengevaluasi perfusi jaringan. Metode-metode ini membantu mengenali syok secara dini dan memandu intervensi untuk meningkatkan hasil pasien (Zandomenico JG, *et al.* 2022).

Singkatnya, pengkajian keperawatan yang berfokus pada perfusi serebral dan perfusi jaringan merupakan komponen penting dalam perawatan pasca operasi caesar untuk memastikan pemulihan optimal dan mencegah komplikasi. Perawat memainkan peran kunci dalam memantau tanda-tanda vital, menilai tanda-tanda perfusi yang buruk, dan menerapkan intervensi untuk mendukung perfusi jaringan yang memadai pada pasien yang menjalani operasi Caesar.

3. Intervensi Keperawatan Resiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif

Intervensi keperawatan untuk pasien yang beresiko mengalami perfusi jaringan serebral tidak efektif berupa manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) yang terdiri dari beberapa hal, yaitu: **Observasi** (identifikasi penyebab peningakatan TIK [seperti lesi, gangguan metabolisme, edema seebral]); monitor tanda dan gejala TIK [seperti halnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikaria, pola nafas ireguler dan kesadaran menurun]; monitor MAP [*mean artrial pressure*]; monitor CVP [central venous pressure]; monitor PAWP jika perlu; monitor PAP jika perlu; monitor ICP; monitor gelombang ICP; monitor status pernapasan. monitor intake dan output cairan; monitor cairan serebro-spinalis [seperti halnya wana dan konsistensi]);

Terapeutik (minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang; berikan posisi semi fowler; hindari manuver valsava; cegah terjadinya kejang; hindari penggunaan PEEP; hindari pemberian cairan IV hipotonik; atur ventilator agar PsCO2 optimal; dan pertahankan suhu tubuh normal); **Kolaborasi** (kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan jika perlu; kolaborasi pemberian diuretik osmosis jika perlu; kolaborasi pemberian pelunak tinja jika perlu) (PPNI, 2019b).

Setelah operasi caesar (C-section), memastikan perfusi otak yang optimal sangat penting untuk kesembuhan ibu. Intervensi keperawatan memainkan peran penting dalam meningkatkan perfusi jaringan dan mencegah komplikasi. Berikut adalah strategi utama berdasarkan sumber yang disediakan: Pantau tanda-tanda vital secara teratur untuk menilai respons ibu selama dan setelah anestesi, memastikan perfusi yang memadai ke organ-organ vital. Bantu dengan posisi yang tepat untuk mengoptimalkan aliran darah dan aliran balik vena, seperti menggunakan handuk di bawah pinggul untuk menggeser rahim keluar dari vena cava inferior. Manajemen Cairan dengan dorong peningkatan asupan cairan untuk menjaga tingkat hidrasi dan mendukung sirkulasi. Berikan oksigen tambahan jika diperlukan sambil memantau kelebihan cairan (Zandomenico JG, *et al.* 2022)

Penilaian dan Dokumentasi klien dengan mengkaji secara terus menerus respon klien, tinggi fundus, dan tanda-tanda perdarahan atau infeksi. Dokumentasikan temuan secara akurat untuk melacak kemajuan dan mendeteksi masalah dengan segera. Edukasi klien tentang perawatan

pasca operasi, termasuk rekomendasi asupan cairan dan tanda-tanda yang harus diperhatikan yang mungkin mengindikasikan komplikasi yang memerlukan perhatian medis. Waspadai tanda-tanda hipovolemia seperti hipotensi, takikardia, dan oliguria. Segera atasi gejala tersebut untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Intervensi ini bertujuan untuk mengoptimalkan perfusi otak pasca operasi caesar, memastikan kesejahteraan ibu dan kelancaran proses pemulihan. Pemantauan rutin, posisi yang tepat, manajemen cairan, dan pendidikan pasien merupakan komponen kunci dari asuhan keperawatan yang efektif dalam konteks ini (Zandomenico JG, *et al.* 2022)

4. Implementasi Keperawatan Resiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif

   Implementasi keperawatan pada dasarnya merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat pelaksana dalam ranga untuk membantu pasien, termasuk pasien yang beresiko mengalami perfusi jaringan tidak efektif, agar mencapai status kesehatan yang membaik dengan kriteria hasil yang diharapkan berdasarkan hal-hal yang telah direncanakan (intervensi) dimana dalam hal ini berupa manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Penerapan keperawatan perfusi serebral pada pasca seksio sesarea meliputi pemantauan tanda-tanda vital pasien, lokasi sayatan, dan nyeri pasca operasi, memberikan edukasi perawatan sayatan dan pemulihan pasca melahirkan, serta membantu ambulasi dan mobilisasi dini. Perawat juga harus menangani nyeri akut, mencegah infeksi, dan meningkatkan keselamatan serta mencegah cedera. Selain itu,

perawat harus mengurangi kecemasan dan ketakutan, meningkatkan kepatuhan terhadap regimen terapeutik, memberikan obat-obatan dan dukungan farmakologis, dan memastikan bahwa berat jenis urin pasien tetap antara 1,003 dan 1,030 (Zandomenico JG, *et al.* 2022).

5. Evaluasi Keperawatan Resiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif

   Evaluasi keperawatan tehadap pasien yang beresiko mengalami perfusi serebral tidak efektif berdasarkan penjelasan dari Standar Luar Keperawatan Indonesia dari PPNI (2018b) harus mengacu pada kriteria hasil sebagai berikut: tingkat kesadaran meningkat; tekanan arteri rata-rata membaik; tekanan intraranial membaik; tekanan darah sistolik membaik dan tekanan darah diastolik membaik.

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG