

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Medis**

##### **1. Definisi *sectio caesarea***

*Sectio caesarea* adalah persalinan janin melalui sayatan perut terbuka (laparotomi) dan sayatan di dalam rahim (histerotomi) (Sung and Mahdy, 2020). *Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus Ibu. *Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan Ibu atau kondisi janin (Ayuningtyas dkk., 2018).

*Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin > 500 gram (Widiastini, 2014).

##### **2. Indikasi *sectio caesarea***

Menurut Sung and Mahdy (2020) dan Cunningham *et al* (2018), menyatakan indikasi Ibu untuk melakukan operasi caesar yakni sebagai berikut :

- a. Persalinan sesar sebelumnya
- b. Permintaan Ibu
- c. Deformitas panggul atau disproporsi sefalopelvis
- d. Trauma perineum sebelumnya
- e. Sebelumnya operasi rekonstruksi panggul atau anal / rektal
- f. Herpes simpleks atau infeksi HIV
- g. Penyakit jantung atau paru
- h. Aneurisma serebral atau malformasi arteriovenosa

- i. Patologi yang membutuhkan pembedahan intraabdominal secara bersamaan
- j. Sesar perimortem

Berdasarkan indikasi uterine/anatomis untuk operasi caesar yakni sebagai berikut :

- a. Plasentasi abnormal (seperti plasenta previa, plasenta akreta)
- b. Solusio plasenta
- c. Riwayat histerotomi klasik
- d. Miomektomi ketebalan penuh sebelumnya
- e. Riwayat dehiscence insisi uterus
- f. Kanker serviks invasif
- g. Trakelektomi sebelumnya
- h. Massa obstruktif saluran genital
- i. Cerclage permanen

Berdasarkan indikasi janin untuk operasi caesar yakni sebagai berikut :

- a. Status janin yang tidak meyakinkan (seperti pemeriksaan doppler tali pusat abnormal) atau detak jantung janin yang abnormal
- b. Prolaps tali pusat
- c. Gagal melahirkan pervaginam operatif
- d. Malpresentation
- e. Makrosomia
- f. Anomali kongenital
- g. Trombositopenia
- h. Trauma kelahiran neonatal sebelumnya

Selain itu menurut Widiastini (2014), menyatakan adapun indikasi dilakukannya operasi *section caesaria* antara lain :

- a. Postmaturitas (kehamilan lebih dari 42 minggu) yang dapat menyebabkan insufisiensi plasenta atau gangguan janin
- b. Ketuban pecah dini yang dapat meningkatkan risiko infeksi intrauteri
- c. Hipertensi gestasional yang dapat bertambah parah
- d. Isoimunisasi Rh yang dapat menyebabkan eritroblastosis fetalis
- e. Diabetes maternal yang dapat menimbulkan kematian janin akibat insufisiensi plasenta
- f. Koriomnionitis
- g. Kematian janin

### **3. Kontraindikasi *sectio caesarea***

Menurut Sung and Mahdy (2020) dan Cunningham *et al* (2018), menyatakan berikut merupakan hal yang menjadi kontraindikasi dilakukannya operasi *sectio caesarea*, yaitu :

- a. Janin mati
- b. Shock
- c. Anemia berat
- d. Kelainan kongenital berat
- e. Infeksi piogenik pada dinding abdomen
- f. Fasilitas yang kurang memadai dalam operasi *sectio caesarea*

Selain itu juga adapun kontraindikasi *section caesarea*, meliputi janin dalam keadaan mati, Ibu hamil dengan syok, anemia hebat sebelum diatasi, dan kelainan kongenital (Manuaba, 2012). Sedangkan menurut Pulungan dkk (2020),

menyatakan kontraindikasi *sectio caesarea* disebabkan beberapa keadaan antara lain: janin mati, terlalu prematur untuk bertahan hidup, ada infeksi pada dinding abdomen, anemia berat yang belum diatasi, kelainan kongenital, tidak ada atau kurang sarana/fasilitas serta kemampuan.

#### **4. Etiologi *sectio caesarea***

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

##### **a. Etiologi yang berasal dari Ibu**

Etiologi yang berasal dari Ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, ada disporpori sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, solutsio placenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsi-eklampsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

##### **b. Etiologi yang berasal dari janin**

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

#### **5. Klasifikasi *sectio caesarea***

Menurut Manuaba (2012), menyatakan bentuk pembedahan *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi, yaitu :

a. *Sectio caesarea* klasik

*Sectio caesarea* klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b. *Sectio caesarea transperitoneal*

*Sectio caesarea transperitoneal profunda* disebut juga *low cervical* yaitu sayatan vertikal pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. *Sectio caesarea histerektomi*

*Sectio caesarea histerektomi* adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea*, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim.

d. *Sectio caesarea ekstraperitoneal*

*Sectio caesarea ekstraperitoneal*, yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan 11 insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

## 6. **Komplikasi *sectio caesarea***

Beberapa komplikasi yang paling banyak dari operasi adalah akibat tindakan anestesi selain itu juga jumlah darah yang dikeluarkan oleh Ibu selama

operasi berlangsung, komplikasi penyulit, endometriosis (radang endometrium), tromboplebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru-paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna (Manuaba, 2012). Menurut Pulungan dkk (2020), menyebutkan beberapa kompliasi yang serius pasca tindakan *sectio caesarea* adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma ligamentum latum (*broad ligament*). Selain itu infeksi pada traktus genitalia, pada insisi, traktrus urinaria, pada paru-paru dan traktus respiratorius atas. Komplikasi lain yang bersifat ringan adalah kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari selama masa nifas.

#### **7. Dampak psikologis pre operasi *sectio caesarea***

Preoperatif merupakan masa sebelum dilakukan tindakan pembedahan, dimulai sejak ditentukannya keputusan pembedahan sampai pasien berada di meja operasi (Brunner and Suddarth, 2013). Respon paling umum pada pasien preoperatif adalah sebanyak 90% pasien preoperatif mengalami kecemasan (Carpenito, 2013). Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas disertai perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidakamanan (Stuart and Keliat, 2019).

*Sectio Cesarea* (SC) disebabkan oleh perasaan takut terhadap prosedur asing yang akan dijalani, penyuntikan, nyeri luka post operasi, menjadi bergantung pada orang lain, ancaman kematian akibat prosedur pembedahan dan tindakan pembiusan, termasuk juga timbulnya kecacatan atau bahkan kematian. Dampak dari terjadinya kecemasan pre operasi dikaitkan dengan peningkatan rasa

sakit pasca operasi, kebutuhan analgesik, peningkatan masa rawat inap di rumah sakit, serta kejadian depresi postpartum (Ahsan, Lestari dan Sriati, 2017).

## **B. Ansietas Pada Pasien Pre Operasi *Sectio* Caesarea**

### **1. Pengertian ansietas**

Ansietas adalah perasaan takut yang tidak jelas disertai perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidakamanan (Stuart and Keliat, 2019). Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2016).

Ansietas adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman (Yusuf, Fitriyasaki dan Nihayati, 2015).

### **2. Faktor penyebab ansietas**

Berdasarkan PPNI (2016), adapun penyebab masalah keperawatan ansietas, yaitu :

- a. Krisis situasional
- b. Kebutuhan tidak terpenuhi
- c. Krisis maturasional
- d. Ancaman terhadap konsep diri
- e. Ancaman terhadap kematian
- f. Kekhawatiran mengalami kegagalan

- g. Disfungsi system keluarga
- h. Hubungan orang tua anak tidak memuaskan
- i. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- j. Penyalahgunaan zat
- k. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
- l. Kurang terpaparnya informasi

### **3. Gejala dan tanda mayor minor ansietas**

Berdasarkan PPNI (2016), adapun tanda dan gejala masalah keperawatan ansietas yang meliputi data mayor dan minor, yaitu :

- a. Data mayor
  - 1) Subjektif :
    - a) Merasa bingung
    - b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
    - c) Sulit berkonsentrasi
  - 2) Objektif :
    - a) Tampak gelisah
    - b) Tampak tegang
    - c) Sulit tidur
- b. Data minor
  - 1) Subjektif :
    - a) Mengeluh pusing
    - b) Anoreksia
    - c) Palpitasi
    - d) Merasa tidak berdaya



- 2) Objektif :
  - a) Frekuensi napas meningkat
  - b) Frekuensi nadi meningkat
  - c) Tekanan darah meningkat
  - d) Diaforesis
  - e) Tremor
  - f) Muka tampak pucat
  - g) Suara bergetar
  - h) Kontak mata buruk
  - i) Sering berkemih
  - j) Berorientasi pada masa lalu

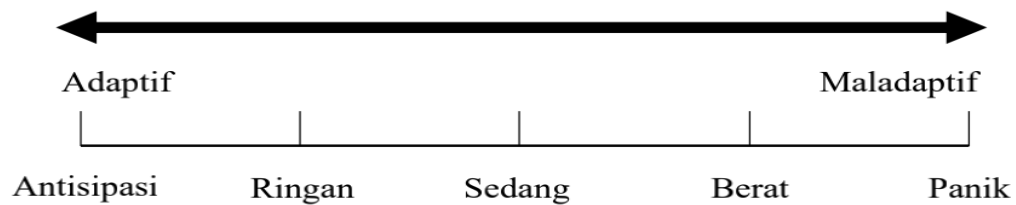
#### **4. Kondisi klinis terkait**

Berdasarkan PPNI (2016), adapun kondisi klinis terkait yang mengalami masalah keperawatan ansietas, yaitu :

- a. Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)
- b. Penyakit akut
- c. Hospitalisasi
- d. Rencana operasi
- e. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- f. Penyakit neurologis
- g. Tahap tumbuh kembang

## 5. Rentang respon tingkat ansietas

Rentang respon individu terhadap ansietas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif seperti pada gambar berikut :



Sumber : Nurhalimah. *Keperawatan Jiwa*, 2016

Gambar 1. Rentang Respon Tingkat Ansietas

## 6. Tingkat ansietas

Menurut Donsu (2017), menyatakan ansietas dibagi menjadi beberapa tingkat, adapun tingkat ansietas, yaitu :

- a. Ansietas ringan (*mild anxiety*), berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya.
- b. Ansietas sedang (*moderate anxiety*), memusatkan perhatian pada hal-hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Perhatian seseorang menjadi selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah lewat arahan dari orang lain.
- c. Ansietas berat (*severe anxiety*), kecemasan berat ditandai lewat sempitnya persepsi seseorang. Selain itu, memiliki perhatian terpusat pada hal yang spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal-hal lain, di mana semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan.

- d. Panik, setiap seseorang memiliki kepanikan. Hanya saja, kesadaran dan kepanikan itu memiliki kadarnya masing-masing. Kepanikan muncul disebabkan karena kehilangan kendali diri dan detail perhatian kurang. Ketidakmampuan melakukan apapun meskipun dengan perintah menambah tingkat kepanikan seseorang.

## **7. Cara pengukuran tingkat ansietas**

Menurut Nursalam (2020), mengungkapkan *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William WK Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam DSM-II (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Terdapat 20 pertanyaan, di mana setiap pertanyaan dinilai 1–4 (1 : tidak pernah, 2 : kadang-kadang, 3 : sebagian waktu, 4 : hampir setiap waktu). Terdapat lima belas pertanyaan ke arah peningkatan kecemasan dan lima pertanyaan ke arah penurunan kecemasan. Rentang penilaian 20–80, dengan pengelompokan sebagai berikut :

- a. Skor 20–44 : normal/tidak cemas
- b. Skor 45–59 : kecemasan ringan
- c. Skor 60–74 : kecemasan sedang
- d. Skor 75–80 : kecemasan berat

Menurut Saputro dan Fazrin (2017), mengungkapkan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), pertama kali dikembangkan oleh Max Hamilton pada tahun 1956, untuk mengukur semua tanda kecemasan baik psikis maupun somatik. HARS terdiri dari 14 item pertanyaan untuk mengukur tanda adanya kecemasan

pada anak dan orang dewasa. Skala HARS penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi :

- a. Perasaan cemas : firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan : merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah menangis, dan lesu, tidak bisa istirahat tenang, dan mudah terkejut.
- c. Ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, dan pada kerumunan orang banyak.
- d. Gangguan tidur : sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, bangun dengan lesu, banyak mimpi-mimpi, mimpi buruk, dan mimpi menakutkan.
- e. Gangguan kecerdasan : daya ingat buruk, susah berkonsentrasi.
- f. Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
- g. Gejala somatik : sakit dan nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
- h. Gejala sensorik : tinitus, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas, dan perasaan ditusuk-tusuk.
- i. Gejala kardiovaskuler : berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu lemas seperti mau pingsan, dan detak jantung hilang sekejap.
- j. Gejala pernapasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas, napas pendek/ sesak.

- k. Gejala gastrointestinal : sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, berat badan turun, susah buang air besar.
- l. Gejala urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan air seni, *amenorrhoe*, *menorrhagia*, *frigid*, ejakulasi *praecocks*, ereksi lemah, dan impotensi.
- m. Gejala otonom : mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing, dan bulu roma berdiri.
- n. Perilaku sewaktu wawancara : gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut kening, muka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek cepat, dan muka merah.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori :

- a. 0 : tidak ada gejala sama sekali
- b. 1 : satu gejala yang ada
- c. 2 : sedang/separuh gejala yang ada
- d. 3 : berat/ lebih dari separuh gejala yang ada
- e. 4 : sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlahkan skor 1-14 dengan hasil :

- a. Skor kurang dari 14 : tidak ada kecemasan
- b. Skor 14-20 : kecemasan ringan
- c. Skor 21-27 : kecemasan sedang
- d. Skor 28-41 : kecemasan berat
- e. Skor 42-52 : kecemasan berat sekali

## 8. Penatalaksanaan ansietas

Berdasarkan PPNI (2018) dalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), menyatakan penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan ansietas yaitu salah satunya dengan melakukan reduksi ansietas, sedangkan untuk tindakan mandiri perawat dapat menggunakan terapi non farmakologis dengan pemberian terapi relaksasi yaitu terapi relaksasi genggam jari.

Menurut Meihartati dkk (2019) menyatakan upaya yang dapat dilakukan untuk meredakan ansietas atau kecemasan terbagi menjadi dua yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis merupakan terapi dengan menggunakan obat-obatan, sedangkan terapi non farmakologis merupakan terapi tanpa menggunakan obat-obatan. Beberapa jenis terapi non farmakologis yang dapat digunakan untuk menurunkan tingkat kecemasan adalah distraksi, aromaterapi, hipnotis, terapi musik, meditasi, dan relaksasi. Salah satu dari terapi nonfarmakologis yang dapat digunakan adalah teknik relaksasi genggam jari.

Relaksasi genggam jari (*finger hold*) adalah sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh (Ma'rufa, Lestari dan Elisa, 2019). Menurut Kepala RSPAD Gatot Soebroto tentang penetapan Standar prosedur Operasional (SPO), tujuan dilakukan teknik genggam jari yaitu :

- a. Mengurangi nyeri, takut, dan cemas
- b. Mengurangi perasaan panik, khawatir, dan terancam
- c. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
- d. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi

- e. Melancarkan aliran dalam darah

Waktu yang di butuhkan untuk menjelaskan dan mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari yaitu  $\geq 10$  menit. Pasien diminta untuk mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari selama 10 menit, dapat di ulang sebanyak tiga kali. Langkah-langkah dalam melakukan pelaksanaan terapi relaksasi genggam jari sebagai berikut :

- a. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman
- b. Siapkan lingkungan yang tenang
- c. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan
- d. Perawat meminta pasien untuk merilekskan pikiran kemudian motivasi pasien dan perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan
- e. Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari
- f. Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien ke posisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang
- g. Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata
- h. Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja
- i. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut
- j. Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur
- k. Anjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan

- l. Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran
- m. Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi genggam jari
- n. Dokumentasi respon pasien

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan Ansietas Pada Pasien Pre Operasi *Section Caesarea***

#### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Budiono, 2016).

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (mis. tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis (PPNI, 2016).

##### **a. Identitas**

Pengkajian identitas pasien meliputi : nama, umur, alamat, nomor rekam medis, agama, pekerjaan, suku/bangas, status pernikahan, pendidikan. Identitas penanggung jawab : Nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan ibu, suku/bangsa.



b. Riwayat kesehatan pasien

1) Keluhan utama

Karakteristik nyeri dikaji dengan menggunakan P, Q, R, S, T dengan menggunakan skala 0-10. 0 : nyeri tidak di rasakan, 1-3 : nyeri ringan, 4-5 nyeri sedang, 6-8, nyeri berat, 9-10 nyeri tak tertahankan.

a) P (*Paliatv*) : Penyebab nyeri

b) Q (*Quality*) : Nyeri seperti di tusuk, di potong

c) R (*Regional*) : Dimana rasa nyeri di rasakan

d) S (*Severty*) : Skala nyeri

e) T (*Time*) : Berapa lama nyeri berlangsung

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Untuk mengetahui tentang pengalaman perawatan kesehatan pasien mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat rawat inap, rawat jalan, kebiasaan dan gaya hidup.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis, seperti : penyakit jantung, DM, hipertensi dan asma yang dapat mempengaruhi.

e. Riwayat obstetrik

1) Riwayat menstruasi : umur *menarche*, siklus menstruasi, lamanya, banyak ataupun karakteristik darah yang keluar, keluhan yang dirasakan saat menstruasi, dan mengetahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).

2) Riwayat pernikahan : jumlah pernikahan dan lamanya pernikahan

- 3) Riwayat kelahiran, persalinan dan nifas yang lalu : riwayat kehamilan sebelumnya (umur kehamilan dan faktor penyulit), riwayat persalinan sebelumnya (jenis, penolong, dan penyulit), komplikasi post partum (laserasi, infeksi dan perdarahan), jumlah anak yang dimiliki.
  - 4) Riwayat Keluarga Berencana (KB) : jenis aseptor KB dan lamanya menggunakan KB.
- f. Pola kebutuhan dasar (Bio-Psiko-Sosial-Kultural-Spiritual)
- 1) Pola manajemen kesehatan dan persepsi : persepsi sehat dan sakit bagi pasien, pengetahuan status kesehatan pasien saat ini, perlindungan terhadap kesehatan (kunjungan ke pusat pelayanan kesehatan, manajemen stres), pemeriksaan diri sendiri (riwayat medis keluarga, pengobatan yang sudah dilakukan), perilaku untuk mengatasi masalah kesehatan.
  - 2) Pola nutrisi-metabolik : mengalami anoreksia yaitu gangguan makan yang ditandai dengan berat badan yang sangat rendah.
  - 3) Pola eliminasi : mengalami peningkatan intensitas untuk berkemih.
  - 4) Pola aktivitas-latihan : menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini yang perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Apakah ibu melakukan ambulasi misalnya, seberapa sering, apakah ada kesulitan, dengan bantuan atau sendiri.
  - 5) Pola istirahat-tidur : mengalami sulit tidur atau gangguan tidur, jam tidur pasien berkurang, dan kebiasaan tidur siang pasien terganggu.
  - 6) Pola persepsi-kognitif : menggambarkan tentang pengindraan (pengelihatn, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba).

- 7) Pola konsep diri-persepsi diri : merasa bingung, khawatir dengan akibat dari kondisi yang akan dihadapi (proses persalinan), dan sulit berkonsentrasi.
- 8) Pola hubungan-peran : menggambarkan peran pasien terhadap keluarga, kepuasan atau ketidakpuasan menjalankan peran, struktur dan dukungan keluarga, proses pengambilan keputusan, hubungan dengan orang lain.
- 9) Pola seksual-reproduksi : masalah pada seksual-reproduksi, menstruasi, jumlah anak, pengetahuan yang berhubungan dengan kebersihan reproduksi.
- 10) Pola toleransi stress-koping : menggambarkan tentang penyebab, tingkat, respon stress, strategi koping yang biasa dilakukan untuk mengatasi stress.
- 11) Pola keyakinan-nilai : menggambarkan tentang latar belakang budaya, tujuan hidup pasien, keyakinan yang dianut, serta adat dan budaya yang berkaitan dengan budaya kesehatan.

g. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : tingkat kesadaran *compos mentis*, jumlah GCS (14-15), tanda-tanda vital (tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, frekuensi pernafasan meningkat, diaforesis), serta berat badan, tinggi badan, dan lingkaran lengan atas (LILA) dalam batas normal 23,5 cm, kurang dari 23,5 maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK).
- 2) Pemeriksaan *head to toe*
  - a) Kepala : pasien merasa pusing dan sulit berkonsentrasi, wajah pasien tampak pucat, tampak tegang, dan gelisah.
  - b) Mata : kontak mata pasien tampak buruk.
  - c) Mulut : tampak suara pasien bergetar ketika berbicara.

d) Jantung dan paru : tampak mengalami palpitasi (jantung berdegup dengan kencang).

3) Anamnesis dan pemeriksaan fisik ibu bersalin

a) Anamnesis

Anamnesis bertujuan untuk mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan yang digunakan dalam proses menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan yang sesuai. Tanyakan pada ibu : nama, umur dan alamat, gravida dan para, hari pertama haid terakhir, kapan bayi akan lahir (menurut taksiran ibu), riwayat alergi obat-obatan tertentu, riwayat kehamilan yang sekarang dan sebelumnya, riwayat medis lainnya, masalah medis saat ini, serta pertanyaan tentang hal yang belum jelas atau berbagai bentuk kekhawatiran lainnya.

b) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin, salah satunya dengan melakukan pemeriksaan abdomen, yaitu :

(1) Menentukan tinggi fundus

Pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi menggunakan pita pengukur. Ibu dengan posisi setengah duduk dan tempelkan ujung pita (posisi melebar) mulai dari tepi atas simfisis pubis, kemudian rentangkan pita mengikuti aksis/linea mediana dinding depan abdomen hingga ke puncak fundus antara tepi atas simfisis pubis dan puncak fundus uteri adalah tinggi fundus.

(2) Memantau kontraksi uterus

Gunakan jarum detik yang ada pada jam dinding atau jam tangan untuk memantau kontraksi uterus. Secara hati-hati, letakkan tangan penolong di atas uterus dan palpasi jumlah kontraksi yang terjadi dalam kurun waktu 10 menit. Tentukan durasi atau lama setiap kontraksi yang terjadi. Pada fase aktif, minimal terjadi dua kontraksi dalam 10 menit dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Di antara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus.

(3) Memantau denyut jantung janin

Gunakan stetoskop *pinnards* atau *doppler* untuk mendengar denyut jantung janin (DJJ) dalam rahim ibu dan untuk menghitung jumlah denyut jantung janin per menit, gunakan jarum detik pada jam dinding atau jam tangan. Tentukan titik tertentu pada dinding abdomen ibu dimana suara DJJ terdengar paling kuat. Nilai DJJ selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit. Bila demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Nilai kembali DJJ setelah 5 menit dari pemeriksaan sebelumnya, kemudian simpulkan perubahan yang terjadi. Jika DJJ tidak mengalami perbaikan maka siapkan ibu untuk segera dirujuk.

(4) Menentukan presentasi

Pemeriksaan Leopold merupakan salah satu komponen dari pemeriksaan abdomen pada ibu hamil. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan esensial untuk mendiagnosis kehamilan. Palpasi Leopold merupakan teknik pemeriksaan pada perut ibu hamil untuk menentukan posisi dan letak janin dengan melakukan palpasi abdomen pada ibu hamil. Palpasi Leopold terdiri dari 4 langkah yaitu :

(a) Leopold I

Leopold I bertujuan untuk mengetahui letak fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada bagian fundus uteri.

(b) Leopold II

Leopold II bertujuan untuk menentukan bagian janin yang berada pada sisi lateral maternal.

(c) Leopold III

Leopold III bertujuan untuk membedakan bagian presentasi dari janin dan memastikan apakah bagian terendah janin masuk panggul.

(d) Leopold IV

Leopold IV bertujuan untuk meyakinkan hasil yang ditemukan pada pemeriksaan Leopold III dan untuk mengetahui sejauh mana bagian presentasi sudah masuk panggul.

(5) Menentukan penurunan bagian terbawah janin

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (per lima). Bagian di atas simfisis adalah proporsi yang belum masuk pintu atas panggul dan sisanya (tidak teraba)

menunjukkan sejauh mana bagian terbawah janin telah masuk ke dalam rongga panggul. Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari (perlimaan) adalah :

- (a) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
- (b) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
- (c) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- (d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisi dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
- (e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul.
- (f) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul.

## **2. Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan dapat ditegakkan apabila data yang dikaji mencakup minimal 80% dari data mayor (PPNI, 2016).

Diagnosis aktual adalah diagnosis yang menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien (PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan yang ditegakkan

dalam asuhan keperawatan pada pasien pre operasi *sectio caesarea* menggunakan jenis diagnosis aktual yang terdiri atas masalah, penyebab, dan tanda/gejala yaitu ansietas. Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2016).

Tabel 1  
Diagnosis Keperawatan Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Pada Pre Operasi *Sectio Caesarea* dengan Ansietas

No	Diagnosis Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Tanda
1	2	3	4
1	Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Krisis situasional</li> <li>b. Kebutuhan tidak terpenuhi</li> <li>c. Krisis maturasional</li> <li>d. Ancaman terhadap konsep diri</li> <li>e. Ancaman terhadap kematian</li> <li>f. Kekhawatiran mengalami kegagalan</li> <li>g. Disfungsi system keluarga</li> <li>h. Hubungan orang tua anak tidak memuaskan</li> <li>i. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)</li> <li>j. Penyalahgunaan zat</li> <li>k. Terpapar bahaya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gejala dan tanda mayor</li> <li>1) Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Merasa bingung</li> <li>Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> </ul> </li> <li>b) Sulit berkonsentrasi</li> <li>2) Objektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tampak gelisah</li> <li>b) Tampak tegang</li> <li>c) Sulit tidur</li> </ul> </li> <li>b. Gejala dan tanda minor</li> <li>1) Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mengeluh pusing</li> <li>b) Anoreksia</li> <li>c) Palpitasi</li> <li>d) Merasa tidak berdaya</li> </ul> </li> <li>2) Objektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Frekuensi napas meningkat</li> <li>b) Frekuensi nadi meningkat</li> <li>c) Tekanan darah meningkat</li> </ul> </li> </ul>



1	2	3	4
		lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)	d) Diaforesis e) Tremor f) Muka tampak pucat
		Kurang terpaparnya informasi	g) Suara bergetar h) Kontak mata buruk i) Sering berkemih
			Berorientasi pada masa lalu

Sumber : PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 2016

### 3. Rencana keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosis keperawatan (Dinarti dan Mulyanti, 2017). Standar asuhan keperawatan memiliki tiga komponen utama, yaitu diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan luaran (*outcome*) keperawatan. Sebelum menentukan rencana keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (*outcome*) keperawatan (PPNI, 2019).

Luaran keperawatan adalah hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah atau perubahan kondisi yang spesifik atau terukur yang perawat harapkan sebagai respons terhadap asuhan keperawatan. Komponen luaran terdiri dari tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment atau tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Komponen intervensi

keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan (PPNI, 2018).

a. Tujuan dan kriteria hasil

Berdasarkan PPNI (2019) dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Tujuan dan kriteria hasil yang dirumuskan dari diagnosis keperawatan anisetas menggunakan luaran keperawatan tingkat ansietas dengan ekspektasi menurun sebagai berikut :

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun
- 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- 3) Perilaku gelisah menurun
- 4) Perilaku tegang menurun
- 5) Keluhan pusing menurun
- 6) Anoreksia menurun
- 7) Palpitasi menurun
- 8) Frekuensi pernapasan menurun
- 9) Frekuensi nadi menurun
- 10) Tekanan darah menurun
- 11) Diaforesis menurun
- 12) Tremor menurun
- 13) Pucat menurun
- 14) Konsentrasi membaik
- 15) Pola tidur membaik
- 16) Perasaan keberdayaan membaik
- 17) Kontak mata membaik

18) Pola berkemih membaik

19) Orientasi membaik

b. Intervensi keperawatan

Berdasarkan PPNI (2018) dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Rencana keperawatan yang dirancangan dari diagnosis keperawatan ansietas menggunakan intervensi utama yaitu reduksi ansietas dan intervensi tambahan diluar masalah keperawatan yaitu perawatan persalinan sebagai berikut :

1) Reduksi ansietas

a) Observasi

(1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)

(2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan

(3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

b) Terapeutik

(1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

(2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan

(3) Pahami situasi yang membuat ansietas

(4) Dengarkan dengan penuh perhatian

(5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

(6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan

(7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

(8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

c) Edukasi

(1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

- (2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
  - (3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
  - (4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
  - (5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
  - (6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi kecemasan
  - (7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
  - (8) Latih teknik relaksasi (teknik relaksasi genggam jari)
- d) Kolaborasi
- (1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
  - 2) Perawatan persalinan
    - a) Observasi
      - (1) Identifikasi kondisi proses persalinan
      - (2) Monitor kondisi fisik dan psikologis pasien
      - (3) Monitor kesejahteraan Ibu (mis. tanda vital, kontraksi, lama, frekuensi dan kekuatan)
      - (4) Monitor kesejahteraan janin (gerak janin 10x dalam 12 jam) secara berkelanjutan (DJJ dan volume air ketuban)
      - (5) Monitor kemajuan persalinan
      - (6) Monitor tanda-tanda persalinan (dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka)
      - (7) Monitor kemajuan pembukaan menggunakan partograf saat fase aktif
      - (8) Monitor tingkat nyeri selama persalinan
      - (9) Lakukan pemeriksaan Leopold
    - b) Terapeutik

(1) Berikan metode alternatif penghilang rasa sakit (mis. pijat/relaksasi genggam jari, aromaterapi, hipnosis)

c) Edukasi

(1) Jelaskan prosedur pertolongan persalinan

(2) Informasikan kemajuan persalinan

(3) Ajarkan teknik relaksasi

(4) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kerih

(5) Anjurkan ibu cukup nutrisi

(6) Ajarkan bu cara mengenali tanda-tanda persalinan

(7) Ajarkan ibu mengenali tanda bahaya persalinan

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti dan Mulyanti, 2017). Adapun implementasi yang dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan, yaitu :

a. Reduksi ansietas

1) Observasi

a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)

b) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

- 2) Terapeutik
  - a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
  - b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
  - c) Pahami situasi yang membuat ansietas
  - d) Dengarkan dengan penuh perhatian
  - e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
  - f) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
  - g) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
- 3) Edukasi
  - a) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
  - b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
  - c) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
  - d) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi kecemasan
  - e) Latih teknik relaksasi (teknik relaksasi genggam jari)
- b. Perawatan persalinan
  - 1) Observasi
    - a) Identifikasi kondisi proses persalinan
    - b) Monitor kondisi fisik dan psikologis pasien
    - c) Monitor kesejahteraan Ibu (mis. tanda vital, kontraksi; lama, frekuensi dan kekuatan)
    - d) Monitor kesejahteraan janin (gerak janin 10x dalam 12 jam) secara berkelanjutan (DJJ dan volume air ketuban)

- 2) Terapeutik
  - a) Berikan metode alternatif penghilang rasa sakit (mis. pijat/relaksasi genggam jari, aromaterapi, hipnosis)
- 3) Edukasi
  - a) Ajarkan teknik relaksasi

## **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

Menurut Hidayat (2021), evaluasi diagnosis keperawatan meliputi data subjektif (S) yaitu segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien, data objektif (O) yaitu data yang diobservasi dari hasil pemeriksaan oleh perawat, analisa permasalahan (A) yaitu kumpulan data subjektif dan objektif, serta perencanaan (P) yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis, yaitu :

- a. Evaluasi formatif merupakan catatan perkembangan pasien yang dilakukan setiap hari.
- b. Evaluasi sumatif merupakan catatan perkembangan pasien yang dilakukan sesuai dengan target waktu tujuan atau rencana keperawatan.

Evaluasi keperawatan pada diagnosis keperawatan ansietas menggunakan luaran tingkat ansietas dengan ekspektasi yang diharapkan menurun. Kriteria hasil yang diharapkan pada pasien kelolaan sebagai berikut :

- a. Verbalisasi kebingungan menurun
- b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- c. Perilaku gelisah menurun
- d. Perilaku tegang menurun