BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Sectio Caesarea (SC)

2.2.1 Pengertian

SC merupakan tindakan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina untuk mengeluarkan janin dari dalam uterus (Ayuningtyas *et al.,* 2018). Operasi SC adalah suatu prosedur yang berhubungan dengan pembedahan dilakukan dibawah urium, epidural atau pembiusan tulang belakang, pembesaran lokal janin plasenta dan selaput ditransmisikan melalui suatu goresan dalam dinding abdominal dan kandungan. (Maryunani, 2016).

2.2.2 Etiologi

Indikasi SC lebih aman bagi bayi ataupun keduanya, berikut faktor-faktor yang menyebabkan tindakan sectio caesarea menurut (Reeder, martin, 2014; Taufan Nugroho, 2015).

a. Pada ibu

Penyakit ibu yang berat seperti penyakit jantung berat, diabetes melitus,preeklamsia berat atau eklamsia, kanker serviks, atau infeksi berat (yaitu virus simpleks tipe II atau herpes genitalis). Penyakit ini membutuhkan untuk SC karena untuk mempercepat kelahiran dalam suatu kondisi yang kritis. Pembedahan sebelumnya termasuk

miomektomi, insisi klasik, obstruksi jalan lahir karena adanya fibroid atau tumor ovarium.

b. Pada janin

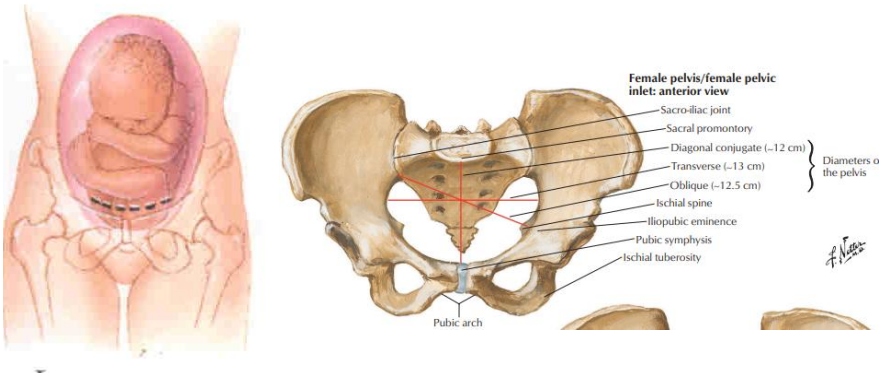
Gawat janin, seperti janin dengan kasus prolaps tali pusat, malpresentasi, seperti letak melintang, kehamilan ganda dengan bagian terendah janin kembar adalah pada posisi bokong melintang.

2.2.3 Klasifikasi

Klasifikasi SC merujuk di insisi uterus yang digunakan. Insisi yang menjadi pilihan utama yaitu insisi melintang pada segmen bawah uterus. Ada tipe 2 SC menurut (Reeder, martin, 2014) :

a. Persalinan caesarea melintang (segmen-bawah)

Gambar. 2.1.



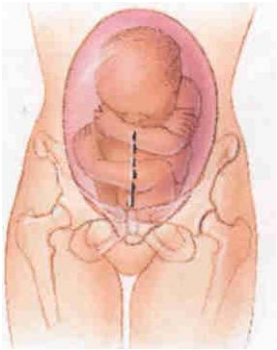
(Netter, 2014)

Kelahiran caesarea melintang yaitu kelahiran yang umum dipilih karena berbagai alasan. Tipe ini kehilangan darah lebih sedikit karena dilakukan pada bagian bawah uterus, bagian tersebut terjadi sedikit aktivitas pada uterus dan lebih mudah mengalami pemulihan,

mengurangi kemungkinan ruptur jaringan perut pada kehamilan berikutnya.

b. Caesarea klasik

Gambar. 2.2.



Sebuah insisi yang tegak lurus dibuat langsung pada dinding korpus uterus. Janin dan plasenta dikeluarkan, dan insisi ditutup dengan tiga lapisan jahitan menggunakan benang yang dapat diserap. Tindakan ini dilakukan dengan menembus lapisan uterus yang paling tebal pada korpus uterus. Kandung kemih dan segmen bawah mengalami pelekatan yang ekstensif akibat sectio caesarea sebelumnya, tindakan ini dipilih saat janin dalam posisi melintang.

2.2.4 Kontraindikasi Tindakan Sectio Caesarea

Sectio caesarea tidak dilakukan pada ibu yang mengalami anemia berat, janin mati, syok, kelainan kongenital berat (Maryunani anik, 2016). Sectio caesarea tidak disarankan bila dilakukan dalam keadaan janin sudah mati atau berada dalam keadaan syok, dan kemungkinan hidup kecil, bila jalan

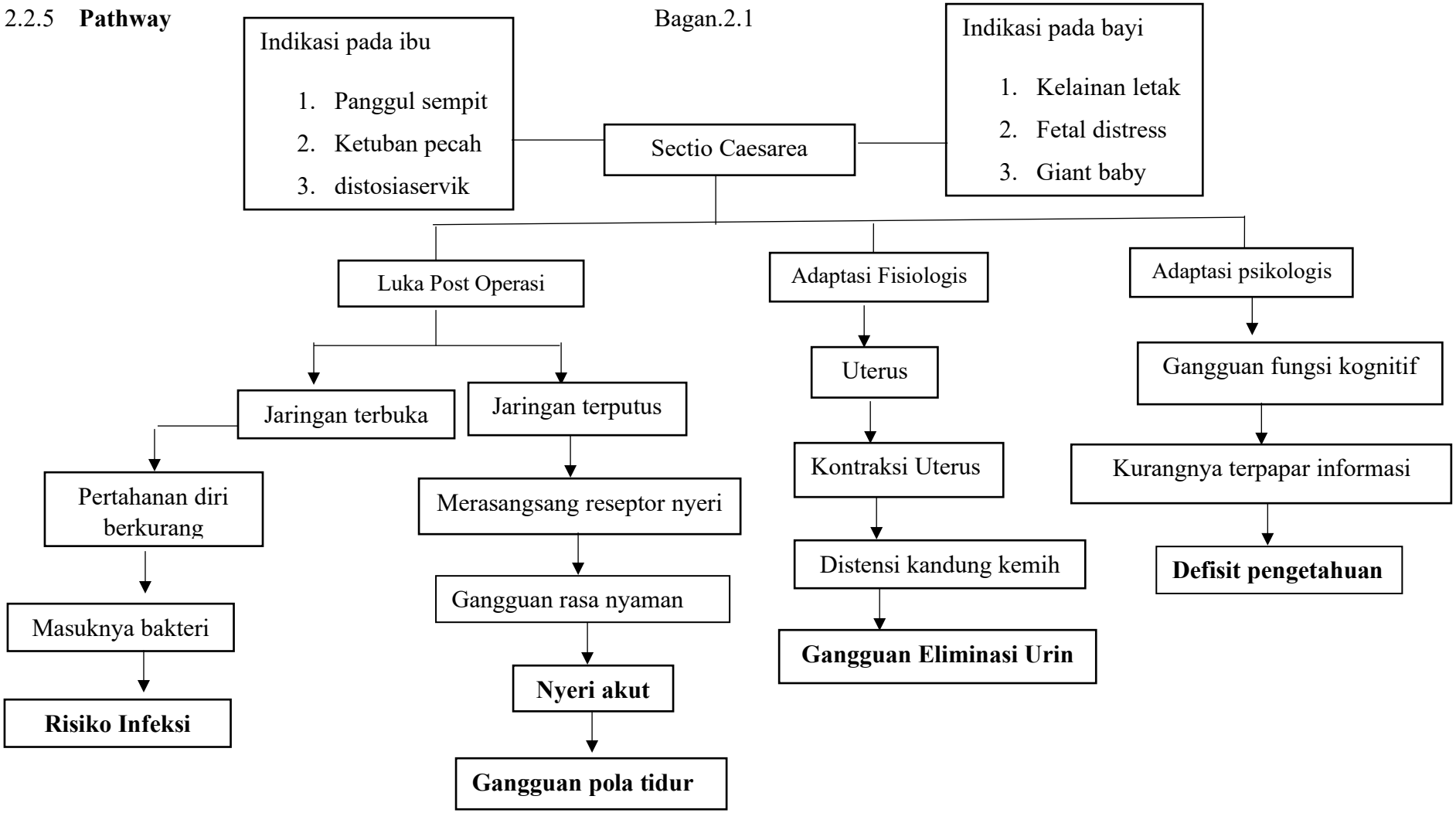
lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk SC tidak tersedia, dan tenaga kesehatan tidak berpengalaman (Hijratun, 2021).

Patofisiologi

Patofisiologi yang dimodifikasi dari PPNI,2016; Nurarif.A & Kusuma Hardhi, 2015; Hijratun, 2021. Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan untuk mengeluarkan bayi dengan berat 500gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi yang dilakukan Tindakan ini yaitu pada ibu panggul sempit, ketuban pecah, distosiaservik, sedangkan untuk indikasi pada bayi adalah kelainan letak, giant baby, fetal distress. Indikasi yang disebutkan setelah dilakukannya SC ibu akan luka operasi, kondisi tersebut akan mengalami luka yang menyebabkan luka jaringan terbuka sehingga pertahanan diri berkurang kemungkinan saja adanya bakteri dari luar maka akan menimbulkan masalah risiko infeksi. Tindakan insisi pada abdomen menyebabkan terputusnya jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf sekitar insisi hal ini akan merangsang histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Nyeri dapat menimbulkan gangguan pada saat tidur. Setelah SC ibu akan mengalami adanya adaptasi fisiologis dan psikologis, adaptasi fisiologis yang dialami yaitu pada organ uterus yang akan terganggu dan mengalami kontraksi uterus dengan kondisi kandung kemih akan mengalami meradang yang menyebabkan pasien ingin buang air kecil meskipun kandung kemihnya kosong maka dapat menimbulkan masalah gangguan eliminasi urine. Pada masa adaptasi psikologis banyak yang tidak mengetahui informasi tentang informasi post SC.

2.2.5 **Pathway**

Bagan.2.1



Modifikasi : PPNI,2016; Nurarif.A & Kusuma Hardhi, 2015; Hijratun, 2021

2.2.7 Manifestasi Klinis

Perawatan dengan persalinan sectio caesarea, memerlukan perawatan yang lebih komprehensif yaitu perawatan post post operatif dan post partum, pada ibu dengan post sectio caesraea, terjadi kehilangan darah. Selama prosedur pembedahan, terpasangnya kateter abdomen, bising usus, ketidakmampuan menghadapi situasi baru (Hijratun, 2021).

2.2.8 Komplikasi

Beberapa komplikasi Sectio Caesarea menurut (Anik Maryunani, 2016):

1. Perdarahan

   SC adalah operasi vaskuler dan hilangnya darah antara 500cc, Perdarahan meningkat diantisipasi dalam kasus plasenta previa, kehamilan ganda mungkin ada gangguan retraksi plasenta, pasien cepat menjadi syok, untuk mengurangi perdarahan banyak dilakukan penjahitan disumber perdarahannya tersebut, apabila gagal mungkin perlu tindakan histerektomi.

2. *Dehisensi* dan *eviserasi*

   Dehisensi terbukanya lapisan kulit subkutan dan fasia pada luka jahitan operasi. Pada eviserasi, peritoneum ikut terbuka sehingga omentum dan organ intra abdomen dalam terlihat dari luar. Luka operasi umumnya terjadi dalam 2 minggu pasca operasi dalam 24 jam pertama.

3. Gastrointestinal (mual dan muntah post operasi)

   Sedikit gangguan pada fungsi gastrointestinal, tidak bahaya hal ini terjadi akibat anestesi, obat-obatan perioperative pada operasi, pasien akan merasa mual yang terkadang disertai muntah itu selama 12 jam pasca operasi.

2.2.9 Pemerikasaan penunjang

Hemoglobin atau hematokrit untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan, leukosit mengidentifikasi adanya infeksi, tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah, urinalisis/ kultur urine, pemerikasaan elektrolit (Hijratun, 2021).

2.2.10 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan sectio caesarea yaitu :

a. Pemberian cairan

Ibu post SC 24 jam pertama puasa, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi,dehidrasi atau komplikasi pada organ tubuh lainnya.

b. Transfusi darah

Yaitu untuk pemeriksaan mengoreksi jumlah kehilangan darah, mensuplai eritrosit, oksigen darah, faktor pembekuan darah.

c. Observasi

Diobservasi dengan memeriksakan tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu, lalu observasi kontraksi otot rahim, aktivitas usus, luka operasi.

d. Kateterisasi

Kandung kemih yang terasa penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak nyaman pada ibu post SC, menghalangi involusi uterus dan menimbulkan pendarahan. Kateter terpasang 24 – 48 jam atau lebih tergantung keadaan pasien (Anik Maryunani, 2016; Hijratun, 2021).

2.2 Konsep Post Partum

2.2.1 Pengertian Post Partum

Periode post partum adalah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Bobak *et al.,* 2005). Post partum adalah masa nifas *(puerperium),* merupakan periode interval 6-8 minggu setelah kelahiran bayi hingga organ-organ reproduksi kembali keadaan semula, seperti seblum hamil. Pada periode ini seorang ibu mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun psikologis yang bersifat retrogresif misalnya *involusi rahim* atau progresif misalnya produksi air susu ibu (ASI) (Astari *et al.,* 2022).

2.2.2 Periode Post Partum

Periode post partum menurut (Saleha, 2009) terbagi menjadi 3, yaitu:

a. Post partum dini, yaitu masa pemulihan awal ketika ibu nifas diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan jalan (0-24 jam paca partum).
b. Masa pemulihan atau yang disebut *puerperium intermedial* organ-organ reproduksi secara menyeluruh (1-7 hari).

c. *Remote* puerperium, yaitu periode ibu post partum mengalami komplikasi selama hamil atau persalinan. Beberapa ibu nifas mungkin memerlukan waktu lebih lama untuk kembali sehat secara sempurna yang bergantung pada kondisi kehamilan dan persalinan yang telah dialami (1-6 minggu post partum) (Astari *et al.,* 2022).

2.3 Adaptasi Fisiologi Dan Adaptasi Psikologis Pada Ibu Post Partum

2.2.3.1 Adaptasi Fisiologis Pada Post Partum

Perubahan fisiologis yang sangat terjadi sangat jelas, berikut perubahan fisiologis yang akan diterjadi pada ibu post partum:

A. Sistem Reproduksi

a. Uterus

1) Involusi

Proses mengecilnya uterus kembali pada ukuran semula. Proses dimulai setelah keluarnya plasenta akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada hari keenam post partum fundus uterus akan berada pada pertengahan antara *umbilikus* dan *simfisis pubis* proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan (Bobak *et al.,* 2005).

2) Kontraksi uterus

Intensitas kontraksi uterus yang meningkat secara signifikan segera setelah bayi lahir merupakan respon terhadap penurunan

volume intrauterine yang sangat besar. Selama 1 hingga 2 jam pertama post partum, intensitas kontraksi uterus menurun.

3) Lokia *(lochea)*

Lokia adalah cairan yang berasal dari sekresi kavum uteri dan vagina selama masa post partum.

Lokia dapat terbagi berdasarkan waktu pengeluaran dan warna cairan, antara lain:

a. Lokia rubra keluar pada hari pertama hingga ketiga postpartum.
b. Lokia serosa terdiri atas darah yang berwarna kecoklatan, serum, leukosit, dan sisa-sisa jaringan apabila telah memasuki ke 10 hari post partum.
c. Lokia alba terdiri leukosit,desidua, sel epitel, lendir, dan bakteri. Lokia alba berlanjut selama 2 minggu hingga 6 minggu pascapartum (Bobak et al., 2005; Marchant et al., 1999).

4) Siklus menstruasi

Umumnya menstruasi akan kembali dalam 6 hingga 10 minggu setelah persalinan. Beberapa ibu mungkin tidak menyusui selama 3 atau 4 bulan post partum atau selama periode menyusui.

b. Mulut Rahim (*serviks)*

Serviks kembali normal selama kurang lebih 2 minggu post partum. Proses involusi uterus yang melibatkan kontraksi pada uterus berbeda Serviks tidak dapat kembali persis membentuk pola bintang, sebelumnya serviks berbentuk bulat.

c. Vagina

Vulva dan vagina penekanan serta peregangan yang sangat kuat selama proses melahirkan bayi, selama 6 sampai 8 minggu setelah melahirkan bayi (Astari *et al.,* 2022; Bobak *et al.,* 2005).

d. Perineum

Setelah melahirkan *Eritema* dan *edema* dapat terjadi pada *introitus vagina*, khususnya pada daerah yang mengalami episiotomi ataupun laserasi. Perineum dapat kembali ke kondisi awal sebelum persalinan apabila luka laserasi dirawat serta ibu mempraktikkan hygine personal selama periode post partum (Astari *et al.,* 2022).

B. Sistem Kardiovaskuler

a. Tanda-tanda vital

Perubahan tanda-tanda vital normal terjadinya peningkatan sementara sekitar 5% selama beberapa hari pertama setelah persalinan. Penyebab tekanan darah tidak normal dapat menunjukan *hypovolemia sekunder*

akibat perdarahan. Sedangkan tekanan darah meningkat disebabkan oleh penggunaan obat-obatan yang berlebihan.

b. Suhu tubuh

Selama 24 jam pertama suhu dapat meningkat hingga 38°C akibat efek dehidrasi pada saat persalinan. Penyebab peningkatan suhu tubuh mencapai 38°C setelah 24 jam pertama persalinan dan berlangsung selama 2 hari, ibu mengalami *sepsis nifas*.

c. Denyut nadi

Nadi meningkat selama 1 jam pertama setelah persalinan. Secara bertahap, denyut nadi akan menurun hingga normal pada 48 jam pertama post partum, denyut nadi yang meningkat dapat menunjukkan hypovolemia akibat perdarahan.

d. Frekuensi napas

Rentang frekuensi napas normal yaitu 16-24 x/menit. Hipoventilasi disebabkan oleh penggunaan opioid epidural setelah persalinan Sectio caesarea (Astari *et al.,* 2022).

C. Sistem respirasi

Penurunan tekanan intra-abdomen terjadi saat proses persalinan memungkinkan lebih besar diagfragma. Penurunana tekanan diagfragma dan berkurangnya aliran darah paru berdampak pada peningkatan *compliance* paru selama periode post partum

D. Sistem gastrointestinal

Sistem pencernaan akan aktif kembali setelah persalinan, kecuali pada persalinan sectio caesarea. Ibu post partum mengalami rasa lapar dan haus sesaat setelah persalinan. Pada awal periode post partum, abdomen masih tampak menonjol dan terkesan seperti masih hamil. Selama 2 minggu post partum, dinding perut menjadi rileks. Dinding perut memerlukan waktu sekitar 6 minggu untuk kembali mendekati sebelum hamil. kekuatan otot abdomen dapat kembali normal bergantung pada kekuatan otot sebelumnya, olahraga yang tepat, dan jumlah jaringan adiposa.

E. Sistem Urine

Dalam 12 jam post partum ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan, kelebihan cairan yang didalam tubuh ibu selama hamil sebanyak 2.000-3.000 ml, *diuresis* dapat mengalami peningkatan haluaran urine 3.000 ml/harian selama periode post partum (Bobak et al., 2005).

F. Sistem Integumen

Perubahan pigmen warna kulit umumnya hilang pada akhir periode kehamilan. Stretch mark pada payudara, perut, dan paha dapat memudar, tetapi biasanya tidak dapat hilang secara sesmpurna saat sebelum hamil (Astari *et al.,* 2022).

2.2.3.2 Adaptasi Psikologi

Adaptasi ini merupakan proses penyesuaian ibu post partum, secara fisik maupun psikologis terhadap peran baru, dan transisi menjadi orang tua yang berhungan dengan kehadiran bayi baru lahir.penyesuaian tersebut mungkin tidak mudah bagi ibu (Astari *et al.,* 2022).

1. **Perubahan peran**

   Menurut konsep (Reva Rubin, 1961) mengidentifikasi ada tiga fase pencapaian peran ibu Ketika menyesuaikan diri dengan peran orang tuanya.

   a. Taking-in (fase dependen)

      Periode ini ibu cenderung berfokus pada dirinya sendiri sehingga tidak memperdulikan lingkungan sekitarnya. Proses taking in terjadi selama 1-2 hari post partum.

   b. Taking hold (fase dependen-interdependen)

      Proses taking hold bersalung 2-4 hari post partum. Fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan, rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayi dan mengalami ketidakefektifan performa peran.

   c. Letting-go (fase interdependen)

Terjadi setelah ibu pulang kerumah. Fase ini sangat di pengaruhi oleh waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Beberapa hal yang terjadi:

1. Ibu dapat didefinisikan peran baru yang dimiliki
2. Ibu mulai berhenti dari fantasinya mengenai anak dan menerima kenyataan.
3. Ibu berhenti menjalankan peran tanpa anak.

2. Keterikatan

Menurut (Astari *et al.,* 2022), ikatan emosional yang terjalin antara orangtua dan bayi. Ikatan ibu dan bayi merupakan dasar pembentukan proses pengasuhan ibu dan bayi dan memainkan peran utama dalam perkembangan perasaan serta emosional bayi. Ikatan dapat diartikan sebagain Langkah awal dari proses saling tertarik dan berespon antara orang tua dan bayi baru lahir (Reeder martin, 2014).

3. Baby Blues

Merupakan sebuah gangguan perasaan ringan sementara. kondisi ini sering terjadi pada hari ketiga pascapartum. Pada masa post partum awal dapat mengalami mudah tersinggung, mood labil, pusing, cemas, menangis, kesadaran berkabut semua itu gejala baby blues biasanya bersifat sementara 1 sampai 10 hari atau sedikit lebih lama (Astari *et al.,* 2022; Reeder martin, 2014).

2.4 Konsep Nyeri

2.3.1 Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan suatu sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial, atau yang dirasakan dalam kejadian (Sulistyo Andarmoyo, 2013).

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot (Permata *et al.,* 2018).

2.3.2 Respon Nyeri

Terdapat dua respon nyeri menurut (Rejeki, 2020;Sulistyo Andarmoyo, 2013) yaitu:

a. Respon Fisiologis nyeri

Suatu respon yang dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat dibandaing laporan verbal klien. Respon fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan individu. Saat implus nyeri naik ke medulla spinalis menuju ke batang otak dan hipotalamus, saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stres. Apabila nyeri berlangsung terus menerus, berat, dan melibatkan organ-organ dalam, maka sistem simpatik akan menghasilkan aksi. Respon stimulasi simpatik, dilatasi saluran bronkheolus dan peningkatan frekuensi napas yang menyebabkan peningkatan asupan

oksigen, pada respon peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan transport oksigen.

b. Respon Perilaku Terhadap Nyeri

Respon ini ditunjukkan oleh pasien sangat beragam. Meskipun respon perilaku pasien, dapat dilihat respon perilaku nyeri pada klien :

1. Vokalisasi

   Pasien biasanya mengeluh,menangis, sesak nafas, mendengkur

2. Ekspresi wajah

   Respon perilaku nyeri dilihat dari ekspresi wajah yang meringis, menutup mata atau menutup mulut dengan rapat atau dengan buka mata, mengigit mulut.

3. Gerakan tubuh

   Respon pasien bisa dilihat dari gelisah, imobilitas, keteganggan otot, Peningkatan gerakan jari dan tangan.

4. Interaksi sosial

   Pasien biasanya menghindari percakapan, fokus pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri, menghindari kontak sosial.

2.3.4 Klasifikasi Nyeri

Rasa nyeri akan dirasakan oleh seseorang terdapat dua bentuk sindrom nyeri yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Berikut penjelasan dari nyeri akut dan nyeri kronis :

a. Nyeri akut

Nyeri akut berlangsung singkat nyeri akibat pembedahan SC, tidak melebih enam bulan, nyeri biasanya dapat diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot, cemas yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri (Rejeki, 2020). Nyeri akut merupakan nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dengan intensitas yang bervariasi dari ringan sampai berat dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Sulistyo Andarmoyo, 2013).

b. Nyeri kronis

Nyeri yang berlangsung lebih dari enam bulan biasanya diklasifikasikan sebagai nyeri kronis, baik sumber nyeri itu diketahui atau tidak, atau nyeri itu tidak bisa disembuhkan, penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga sukar bagi penderita untuk menunjukkan lokasinya (Rejeki, 2020). Nyeri kronik merupakan intermiten yang menetap sepanjang periode waktu, yang berlangsung lama biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan, nyeri kronis dibagi menjadi dua yaitu *nonmalignan* dan *malignan* (Sulistyo Andarmoyo, 2013)

2.3.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Terdapat berbagai faktor yang dapat mempengaruhi persepsi individu terhadap nyeri. Faktor-faktor tersebut antara lain :

a. Usia

Tahap perkembangan setiap individu penting karena dapat mempengaruhi reaksi, dan ekspresi nyeri. Jika orang dewasa melaporkan nyeri bila nyeri bersifat patologis, disfungsional, dan dapat mengganggu manajemen nyeri.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin tidak mempunyai perbedaan yang signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Aspek sosial dan kultural ada perbedaan bagi laki-laki dan perempuan dengan membentuk berbagai karakter sifat gender, jenis kelamin, dengan respon nyeri berbeda pada laki-laki dan perempuan.

c. Kebudayaan

Ada keyakinan dan nilai-nilai budaya dapat memberi pengaruh bagi setiap orang untuk mengatasi nyeri. Setiap perawat yang mampu mengenal perbedaan budaya setiap orangnya cara mengkaji nyeri post SC dan respon-respon perilaku terhadap rasa nyeri seperti daun binahong, ikan gabus sering digunakan masyarakat untuk pemulihan luka dalam dan luar (Nugraheni & Kurniarum, 2016).

c. Perhatian

Perhatian mengalami peningkatan dapat dikaitkan dengan adanya peningkatan nyeri lain, halnya dengan upaya pengalihan seperti distraksi dapat dikaitkan dengan respon terhadap rasa nyeri menurun.

d. Ansietas

Rasa nyeri pada setiap orang sering menimbulkan ansietas dan meningkatkan rasa nyeri. Stimulus nyeri dapat mengaktifkan sistem limbik yang dipercayai bisa mengendalikan emosi seseorang. Sistem limbik dapat menghilangkan rasa nyeri ataupun memberat rasa nyeri bagi setiap orang dan semua itu adalah bentuk protes dari reaksi emosi terhadap nyeri.

e. Keletihan

Keletihan dialami dapat meningkatkan persepsi terhadap rasa nyeri. Pada kondisi keletihan diikuti dengan kesulitan tidur nyeri akan dirasakan lebih berat. Nyeri akan berkurang jika setiap orang setelah mengalami periode tidur yang lelap.

f. Pengalaman sebelumnya

Periode rasa nyeri dan tidak sembuh atau mengalami nyeri yang berat maka akan muncul perasaan ansietas ataupun perasaan takut.

g. Gaya koping

Rasa nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian ataupun keseluruhan. berkomunikasi bersama keluarga merupakan pendukung untuk gaya koping.

h. Dukungan keluarga dan sosial

Adanya keluarga dan teman dekat membuat setiap orang yang mengalami nyeri tidak merasa kesepian, ketakutan, dan merasakan adanya perhatian dari orang terdekatnya (Sulistyo Andarmoyo, 2013).

2.3.5 Pengkajian Nyeri

Ada beberapa cara pengkajian nyeri, pengkajian nyeri berdasakan, Skala Nyeri 0-10 (Comparative Pain Scale), numeral rating scale (NRS) (Rejeki, 2020; Desimawati *et al.,* 2020).

a. Pengkajian Skala Nyeri 0-10 (Comparative Pain Scale)

Rasa nyeri seseorang berbeda-beda antar satu dengan lainya nyeri yang dirasakan seseorang memiliki tingkatan, yaitu nyeri ringan, nyeri sedang, atau nyeri berat, penilaian tingkat nyeri dengan menggunakan skala Nyeri 0-10 (Comparative Pain Scale) :

1 = Tidak ada rasa sakit. normal.

2 nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) = Sangat ringan

3 (tidak menyenangkan) = nyeri ringan.

4 (bisa ditoleransi) = nyeri begitu terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.

5 (menyedihkan) = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit melahirkan secara vagianal.

6 (sangat menyedihkan) = nyeri sangat kuat.

7 (intens) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu. 7 (sangat intens) = Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit yang benar - benar mendominasi klien.

8 (benar-benar mengerikan) = Nyeri begitu kuat sehingga tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.

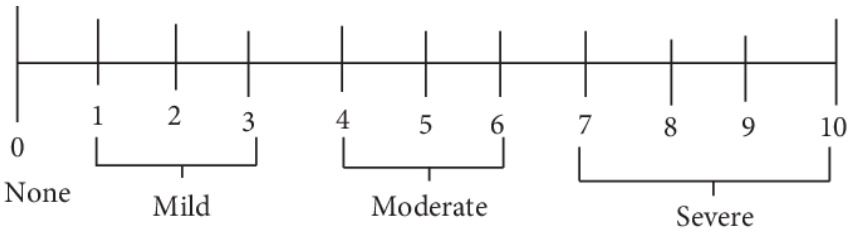
9 (menyiksa tak tertahankan) = Nyeri sangat kuat, tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli risikonya.

10 (sakit tak terbayangkan tidak dapat diungkapkan) = Nyeri yang berdampak tak sadarkan diri. Kebanyakan pasien tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini. Sebagai contoh pada pasien yang mengalami post operasi, post anaestesi dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah (Rejeki, 2020).

c. **Numeral Rating Scale (NRS)**

Numerik Rating Scale (NRS) adalah alat ukur tingkat nyeri dengan cara penilaian meminta pasien untuk menilai rasa nyeri yang dirasakan sesuai dengan tingkatan rasa nyerinya. Pada metode ini intensitas nyeri akan ditanyakan kepada pasien, kemudian pasien diminta untuk menunjuk angka sesuai dengan derajat/tingkat nyeri yang dirasakan.

Gambar. 2.3.



Tingkat nyeri diukur atas dasar: tidak nyeri (none: 0), sedikit nyeri (mild: 1-3), nyeri sedang (moderate: 4-6) dan nyeri berat (severe: 7-10).

2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri dikelompokkan menjadi dua, yaitu penatalaksanaan nyeri secara farmakologi dan non farmakologi menurut (Rejeki, 2020).

A. Penatalaksanaan Nyeri Secara Farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan opiat (narkotik), nonopiat/ obat AINS (anti inflamasi nonsteroid), obat-obat adjuvans. Analgesik opiat mencakup derivat opium, seperti morfin dan kodein. Narkotik meredakan nyeri dan memberikan perasaan euforia. Semua opiat menimbulkan sedikit rasa kantuk pada awalnya ketika pertama kali diberikan, tetapi dengan pemberian yang teratur, efek samping ini cenderung menurun. Opiat juga menimbulkan mual, muntah, konstipasi, dan depresi pernapasan serta harus digunakan secara hati-hati pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan.

a. Non opiat (analgesik non-narkotik) termasuk obat AINS seperti aspirin dan ibuprofen. Nonopiat mengurangi nyeri dengan cara bekerja di ujung saraf perifer pada daerah luka dan menurunkan tingkat mediator inflamasi yang dihasilkan di daerah luka.
b. Analgesik adjuvans adalah obat yang dikembangkan untuk tujuan selain penghilang nyeri tetapi obat ini dapat mengurangi nyeri kronis tipe tertentu selain melakukan kerja primernya.

B. Penatalaksanaan Nyeri Secara Nonfarmakologi

Selain cara pelaksanaannya farmakologis, ada pula secara nonfarmakologis sebagai berikut :

1) Stimulasi dan masase kutaneus

   Pijat adalah sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Pijat tidak spesifik menstimulasi reseptor tidak menimbulkan nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor tetapi nyeri dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden, tindakan ini membuat lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot (Sulistyo Andarmoyo, 2013).

2) Kompres

   Kompres menghambat respon inflamasi dengan menurunkan prostaglandin, yang bertanggung jawab meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lainnya di lokasi cedera.

3) *Trancutaneus Electric Nerve Stimulation*

   Trancutaneus electric nerve stimulation (TENS) menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS dapat digunakan baik untuk nyeri akut maupun nyeri kronis.

4) Distraksi

   Distraksi merupakan teknik pengalihan perhatian yang bertujuan mengalihkan perhatian pasien dari rasa sakit. Distraksi sistem

kontrol untuk mengurangi persepsi nyeri, sehingga mengakibatkan berkurangnya rangsangan nyeri yang ditransmisikan ke otak (Rejeki, 2020).

5) Teknik relaksasi

Relaksasi menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri, dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode relaksasi, periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan keletihan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri (Rejeki, 2020). Manfaat relaksasi dapat menurunkan keletihan, meredakan pikiran dan menurunkan stress dan menurunkan nyeri (Ahmar *et al.,* 2016).

6) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. (Rejeki, 2020).

7) Hipnotis

Hipnotis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Keefektifan hipnosis tergantung pada kemudahan kondisi pasien

8) Aromaterapi

Aromaterapi berasal dari kata aroma, berarti harum atau wangi dan terapi dapat diartikan sebagai cara pengobatan atau penyembuhan. Metoda penyembuhan ini sudah berlangsung secara turun menurun, dan tergolong sederhana. Aroma zat-zat esensial berupa oil lavender yang diteteskan ke diffuser. Manfaat aromaterapi dapat membantu mengembalikan energi tubuh. Kelebihan aromaterapi bisa dilakukan dalam berbagai tempat dan keadaan, biaya yang dikeluarkan relatif murah (Jaelani, 2009; Widiyono et al., 2022).

2.3.7 Mekanisme nyeri

Stimulus kerusakan jaringan nyeri dibagi menjadi empat proses yang berbeda: transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi (Bahrudin, 2018). Berikut uraiannya:

1) **Transduksi**

Suatu proses saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya, tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalamproses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C.

Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalamproses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak bersepon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

2) **Transmisi**

Suatu proses impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirimdan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

3) **Modulasi**

Proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur desending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis.

4) **Persepsi nyeri**

Kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secaara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga *Nociseptor*.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesraea

2.5.1 Pengkajian

a. Identitas

1. Identitas pasien

   Nama, umur, jenis kelamin, Alamat, suku, bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, nomor register, diagnosa medis, tanggal persalinan, tanggal masuk dan tanggal pengkajian

2. Identitas penanggung jawab

   Berisikan nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien, dan alamat.

3. Keluhan utama

Pada pasien post sectio caesraea mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Nyeri biasanya bertambah jika pasien bergerak.

4. Riwayat kesehatan

   a) Riwayat kesehatan terdahulu

Penyakit yang diderita pasien terutama penyakit kronis, seperti tekanan darah tinggi, penyakit jantung, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin. Data pasien didapatkan pernah riwayat tindakan SC sebelumnya.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan yang dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian. pada pasien post SC mengeluh nyeri pada luka operasi bagian abdomen, skala yang dirasakan dari skala (0-10), Keluhan ini di uraikan dengan metode PQRST:

P = Propokatif/paliatif

Gejala yang menyebabkan nyeri, pada ibu post SC yang memperberat yaitu saat bergerak.

Q = Quality/Quantity

Pasien post SC mengeluh nyeri pada luka jahitan yang bersifat seperti di iris-iris.

R = Region/Radiation

Pasien post SC bisanya mengeluh nyeri pada daerah luka insisi di abdomen bagian bawah.

S = Severity/Skala

Data yang menunjukkan seberapa parah nyeri yang dirasakan, bisa diukur dengan menggunakan skala 0-10.

T = Time

Menunjukan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan. Pasien post SC biasanya mengeluh nyeri yang dirasakannya hilang timbul dengan frekuensi yang tidak menentu.

5. Riwayat kesehatan keluarga

   Penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada ibu post SC.

6. Riwayat ginekologi

   Riwayat ginekologi pada pasien post SC yang meliputi :

   a) Riwayat menstruasi

      Meliputi umur saat pertama kali haid, lama haid, siklus haid, konsistensi darah, disminore selama masa haid, HPHT, penggunaan produk sanitari (misal celana dalam, pembalut)

   b) Riwayat persalinan

      kaji riwayat kehamilan sebelumnya, persalinan dan post partum yang lalu, tahun persalinan, tempat persalinan, umur kehamilan, jenis kehamilan anak, BB anak, keluhan saat hamil, dan keadaan anak sekarang, persalinan normal atau pernah SC atau tidak sebelumnya. Status pernikahan, frekuensi menikah, lamanya pernikahan.

   c) Riwayat keluarga

Dikaji mengetahui masang akseptor KB atau belum, dan pada multigravida dianjurkan untuk menjarangkan kehamilan, dengan jumlah 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-3 tahun.

7. Riwayat Obstetrik

Riwayat obstetrik pada klien post SC meliputi :

a. Riwayat kehamilan dan persalinan

Riwayat persalinan riwayat persalinan meliputi :

1) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi tahun persalinan, usia kehamilan, lokasi melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forsep atau vakumekstraksi), masalah obstetric, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin).

2) Riwayat persalinan sekarang

Pemilihan tindakan persalinan, biasanya menjelaskan indikasi dilakukan tindakan SC, kaji jam, tanggal dan jenis kelamin bayi, berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar badan dan APGAR score.

8. **Data biologis**

Proses pengkajian merupakan awal proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dengan mengumpulkan data individu pasien secara komprehensif terutama aspek biologis pada pasien post SC meliputi :

1) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pasien post SC biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya.

2) Pola aktivitas

Pada pasien post SC dapat aktivitas terbatas, tidak membutuhkan tenaga banyak, cepat lelah, dan didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri.

3) Pola eliminasi

Pasien post SC biasanya terjadi adanya perasaan sering atau susah (BAK) selama masa nifas yang ditimbulkan karena terjadinya edema yang menimbulkan infeksi dari uretra sehingga sering terjadi konstipasi karena penderita takut untuk melakukan (BAB).

4) Personal Hygine

Mengidentifikasi pola personal hygine pasien berupa mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku, dan ganti pakaian. kaji frekuensi mandi dan mengganti baju salam sehari, frekuensi keramas dan gunting kuku.

5) Istirahat dan tidur

Pada pasien post SC terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri setelah tindakan operasi.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan empat teknik, yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Sehingga dapat dimulai dengan kondisi umum terlebih dahulu, berikut isi dari pemeriksaan fisik:

1) Keadaan umum

Keadaan umum pasien post SC terlihat lemah, kesadaranya apatis. Tekanan darah dimonitor setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama setelah kelahiran. Jika stabil bisa diulang 30 menit pada dua jam dan 1 jam sekali hingga 4 jam, setelah kelahiran. Pada kondisi post SC, tekanan darah akan menurun sebagai tanda kehilangan banyak darah.

2) Sistem pernapasan

Hidung meliputi inspeksi tulang hidung, pernapasan cuping hidung, kesimetrisan kondisi tulang hidung, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak. Kaji tingkat pernapasan setiap 15 menit sekali pada satu jam pertama, pernapasan akan kembali normal setelah 1 jam post partum. auskultasi jika adanya bunyi napas tambahan.

3) Sistem Pengindraan

a. Fungsi penglihatan : mata meliputi kesimetrisan mata, konjungtiva, kornea ketajaman penglihatan, pada pasien post SC biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan proses persalinan yang mengalami pendarahan.

b. Fungsi pendengaran: bentuk telinga simetris kanan atau kiri, ketajaman pendengaran baik kanan atau kiri, dan kebersihan telinga.

c. Fungsi penciuman : bisa membedakan wewangian dengan baik

d. Fungsi pengecapan : mulut bisa merasakan pahit asam, asin, dan manis

4) Sistem Kardiovaskuler

Pada sistem ini meliputi inspeksi, palpasi,auskultasi, amati ada atau tidak pulsasi, amati peningkatan kerja jantung, kaji adanya peningkatan hipotensi ortostatik kaji adanya perdarahan, kaji peningkatan denyut nadi, thrombosis vena, homans sign pada kaki, tekanan darah, CRT, kondisi bibir sianosis, auskultasi bunyi jantung.

5) Sistem Pencernaan

Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, palpasi kontraksi uterus baik atau tidak, auskultasi peristaltic usus normal 5-35 kali permenit.

6) Sistem Persyarafan

a. Status mental : baik/tidak
b. Reflek-reflek : bisep dan trisep
c. Pengkajian Nervus Cranialis:

1. Nervus 1 (olfaktorius)

Pemeriksaan untuk mengetahui fungsi penciuman pasien seperti aroma bau yaitu kopi dan teh dengan memejamkan mata

2. Nervus II (Optikus)

Kaji penglihatan dengan meminta klien membaca bagan Snellen

3. Nervus III (Okulomotorikus)

Kaji pergerakan mata dan reaksi pupil terhadap cahaya

4. Nervus IV (Troklearis)

Kaji pergerakan bola mata

5. Nervus V (Trigeminus)

Kaji kornea mata, kaji kemampuan pasien memejamkan mata.

6. Nervus VI (Abdusen)

Kaji arah tatapan pasien

7. Nervus VII (fasialis)

Meminta pasien untuk tersenyum, mengembungkan pipi, menaikan dan menurunkan alis mata, kemudian perhatikan kesimetrisannya.

8. Nervus VIII (Vestibulococlearis)

Kaji kemampuan untuk mendengarkan kata yang diucapkan pemeriksa

9. Nervus IX (Glosofaringeal)

Kaji pasien membedakan rasa manis dan asin dengan mata tertutup.

10. Nervus IX (Vagus)

Meminta klien mengucapkan kata “Aaa” dan observasi pergerakan palate dan faring, gunakan spatel lidah untuk memeriksa reflek dan kaji suara parau ketika pasien bicara.

11. Nervus XI (Aksesorius)

Meminta pasien untuk mengangkat bahu dan memalingkan wajah ke sisi yang ditahan oleh tangan pemeriksa.

12. Nervus XII (Hipoglosus)

Kaji pergerakan lidah dengan cara meminta pasien untuk menjulurkan lidah sejajar dengan garis tengah tubuh, kemudian menggerakkannya ke kanan dan ke kiri.

9) Sistem Perkemihan

Kaji distensi kandung kemih, frekuensi berkemih, jumlah,warna, bau, periksa kandung kemih ada tidaknya nyeri tekan. Diuresis akan terjadi pada dua sampai tiga hari pertama post SC.

10) Sistem Endokrin

Kaji diaphoresis dan tanda infeksi, kaji adanya pembesaran kelenjar tiroid, tremor.

11) Sistem Integumen

Hiperpigmentasi, kloasma gravidarum, striae gravidarum, linea nigra, turgor kulit, tanda-tanda infeksi, keadaan luka post SC meliputi :

M (Measure) : mengukur panjang, lebar, kedalaman area

E (Eksudat) : Jumlah,warna,bau konsistensi

A (Appearance) : Permukaan luka, jumlah jaringan yang terkontaminasi

S (Suffering) : Jenis dan tingkat nyeri

U (Undermining) : Kerusakan ada atau tidak

R (Reevaluasi) : Mengetahui komplikasi serta perkembangan luka (mengkaji semua)

E (Edge) : kondisi tepi luka dan kulit sekitar luka

12) Sistem muskuloskeletal

Ukur dan bentuk otot, kontraksi otot , amati kulit dan jaringan subkutan sekitar sendi: warna, inflamasi memar, deformitas, massa nodul dan integritas kulit, palpasi bentuk otot anatar perut otot sampai menyempit di tendon, ROM kaji sendi bahu, siku,pergelangan kaki, tulang belakang. Kaji kekukuatan otot.

13) Sistem reproduksi

a. Payudara

Bentuk payudara simetris payudara, warna putting susu, hiperpigmentasi aerola,keadaan putting susu,keluaran ASI, serta kebersihan putting, ada atau tidak oedema, lesi,

b. Uterus

kaji tinggi fundus uteri sesuai dengan involusi uteri, kontraksi uterus, Konsistensi lunak atau keras.

c. Genetalia dan rektum

Lakukan pemantauan pada karakteristik pengeluaran lochea, seperti warna, jumlah dan bau dan konsistensi. Kaji kebersihan vagina dan lochea, kaji adanya lesi atau nodul, lochea yang berbau menunjukkan tanda-tanda risiko infeksi, diastasis rectus abdominalis, kaji ada tidaknya haemorroid.

13) Konsep Psikosial dan Spritual

1) Pola Psikososial

1. Pola persepsi

Kurangnya pengetahuan pasien tentang tindakan SC, perawatan luka post SC, perawatan payudara, kebersihan personal hygiene, merawat bayi, dan nutrisi.

2. Pola hubungan dan peran

Peran pasien dalam keluarga meliputi hubungan pasien dengan suami, keluarga dan orang lain

3. Pola penanggulangan stress

biasanya pasien sering melamun dan merasa cemas

4. Pola sensori dan kognitif

Pola sensori pasien merasakan nyeri pada abdomen karena tindakan pembedahan SC, pada pola kognitif pasien post SC terjadi kurangnya pengetahuan cara merawat bayinya.

5. Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya terjadi kecemasan terhadap keadaan kehamilanya, lebih-lebih menjelang persalinan dampak psikologis pasien terjadi perubahan konsep diri antara lain : gambaran diri, peran, ideal diri, identitas diri, harga diri.

6. Pola reproduksi dan sosial

Terjadi disfungsi Seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan post partum.

14) Pola Spiritual

Sumber kekuatan, Tuhan, agama, kepercayaan, sistem nilai dan kepercayaan.

15) Data Penunjang

Laboratorium, urinalis, pemeriksaan JDL (Jumlah Darah Lengkap) meliputi: Hb,Hct, sel darah putih,CT Scan, USG (Ultrasonografi).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Pokja & PPNI, 2016).

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan trauma jaringan dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri, tampak meringis
2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan efek agen farmakologis (anestesi)
3. Risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan kerusakan jaringan kulit
4. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan nyeri

5. Gangguan eliminasi urin (D.0040) berhubungan dengan efek tindakan medis: anestesi
6. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

2.5.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan pasien (Pokja SIKI, 2018).

Intervensi Keperawatan

Tabel.2.1.
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri, tampak meringis	**Tingkat Nyeri (L.08066)** Setelah dilakukan Tindakan keperawatan dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Pola napas membaik 4. Proses berpikir membaik 5. Pola tidur membaik	**Manajemen Nyeri (I.08238)** Obsevasi : 1. Mengidentifikasi, lokasi,frekuensi,intensitas nyeri 2. Identifkasi skala nyeri 3. Identifkasi faktor yang memperberat nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri	1. Lakukan pengkajian komprehensif nyeri termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau derajat nyeri dan faktor yang menimbulkan. 2. Mengetahui berapa tingkat nyeri 3. Lakukan pengkajian faktor penyebab nyeri

	6. Nafsu makan membaik.	5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terpeutik: 1.Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation), **aromaterapi**, hypnosis, teknik imajinasi terbimbing, terapi musik, kompres hangat/dingin)	4. Pastikan pasien mendapat ilmu pengetahuan tetang post partum 5. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk menggali informasi terhadap pengalaman nyeri dan cara pasien merespon terjadinya nyeri 6. Berikan terapi relaksasi nafas dalam dan aromaterapi lavender untuk menurunkan nyeri. 7. Tanyakan pada pasien kapan nyeri menjadi lebih buruk dan apa yang dilakukan untuk mengurangi nyeri 7. Ajari pasien untuk menggunakan mediasi nyeri yang telah diajarkan perawat

			2.kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3.fasilitasi istirahat dan tidur 4.pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4.anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5.Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 1. kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*	
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	**Mobilitas fisik L.05042**	**Dukungan mobilisasi I. 05173** Observasi :	1. Membantu pasien untuk meningkatkan sirkulasi darah dan

	dibuktikan dengan klien mengeluh sulit menggerakan ekstremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak karena luka post SC, fisik lemah. D.0054	setelah dilakukan Tindakan keperawatan dengan kriteria hasil : 1. pergerakan ekstremitas meningkat 2.Rentang gerak (ROM) meningkat 3. kekuatan otot meningkat 4. Nyeri menurun Kelemahan fisik menurun 5. kecemasan menurun 6. kaku sendi menurun 7. Gerakan terbatas menurun 8. Kelemahan fisik menurun	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam pergerakan Edukasi : 1. jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	mencegah robekan pada insisi abdomen 2. Pasien belajar lebih mandiri dalam aktivitas sehari-hari. 3. Meningkatkan kekuatan dan fungsi otot post SC. 4. Membantu pasien untuk memahami manfaat mobilisasi. 5. Membantu pasien untuk lebih termotivasi untuk mobilisasi. 6. Dan dapat membantu pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari 7. Bantu pasien berjalan ke toilet

			2. anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya. Duduk ditemapat tidur)	
3.	Risiko infeksi	**Tingkat Infeksi** Setelah dilakukan Tindakan keperawatan dengan kriteria hasil: 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Kadar sel darah putih membaik 4. Kultur darah membaik 5. Kultur area luka membaik	**Pencegahan infeksi (I.14539)** Observasi: 1. Lihat tanda dan gejala infeksi lokal. Terapeutik : 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi :	1.Membantu mendeteksi dini, agar terhindar dari bakteri atau partikel partikel kecil yang masuk 2. Melindungi diri sendiri dan orang lain 3. Membantu mencegah infeksi luka 4. Menurunkan risiko terkontaminasi silang 5. Membantu pasien dan keluarga memahami cara mencecgah infeksi 6.Memberikan pengetahuan tentang perawatan luka post SC 7. Mensarankan makan makanan yang bernutrisi 8. Mengajarkan mencuci tangan pada pasien

			1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 5. Anjurkan meningkatan asupan cairan dan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.	
4.	Defisit pengetahuan berhubungan	**Tingkat pengetahuan** Setelah dilakukan Tindakan keperawatan dengan kriteria hasil: 1. Nafsu makan Meningkat 2. Perasaan ingin muntah Menurun 3. Perasaan asam dimulut menurun 4. Sensasi panas menurun 5. Sensasi dingin menurun 6. Diaforesis menurun 7. Pucat membaik 8. Takikardia membaik	**Edukasi Kesehatan (I. 12383)** Observasi : 1. Identifikasi kesiapan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik : 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan Pendidikan	1. Membantu klien dan keluarga memahami informasi yang diberikan dan meningkatkan pengetahuan mereka tentang topik yang diberikan. 2. Membantu klien dan keluarga mengetahui PHBS secara mandiri dan dapat dilakukan dirumah 3. Membantu untuk melihat secara langsung bagaimana suatu tindakan 4. Membantu mengatasi kekhawatiran terkait kesehatan post partum dan meningkatkan rasa percaya dirinya.

		9. Dilatasi pupil membaik	kesehatam sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : 1. Jelaskan risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup dan sehat	5. Siapkan materi tentang Pendidikan Kesehatan
5.	Gangguan eliminasi urine	**Eliminasi urine** Selama dilakukan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan berkemih meningkat 2. Frekuensi berkemih membaik 3. Sensasi berkemih menurun 4. Desakan berkemih menurun	**Dukungan perawatan diri : BAK/BAB I. 11349** Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2. monitor integrasi kulit pasien Teraupeutik: 1. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi	1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB jika dirumah atau dirumah sakit 2. Lihat kondisi kulit bagian 3. Latihan Kegel membantu memperkuat otot-otot dasar panggul dan mencegah kebocoran urin. 4. Obat antikolinergik membantu mengurangi kontraksi kandung kemih dan mencegah inkontinensia urin. 5. Mengganti pakaian dalam agar terasa lebih nyaman

		5. Distensi kandung kemih menurun 6. Volume residu urine menurun 7. Karakteristik urine membaik	2. dukung penggunaan toilet/ pispot/urinal secara konsisten 3. Jaga privasi selama eliminasi 4. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, *jika perlu* 5. Bersihkan alat bantu bak/bab setelah digunakan 6. Latih bak/bab sesuai jadwal, *jika perlu* 7. Sediakan alat bantu (mis. Kateter,urinal) *jika perlu* Edukasi : 1. Anjurkan BAK secara rutin 2. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu.	6. Buang air kencing dari urine bag, jika terpasang kateter 7. Mengajarkan membuang urinebag kepada keluarga
6.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan	**Pola tidur** Setelah dilakukan Tindakan keperawatan dengan kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun	**Dukungan tidur (I. 09265)** Observasi : 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur	1.Lingkungan tidur yang nyaman membantu tubuh dan pikiran untuk rileks dan bersiap untuk tidur.

	1. Keluhan sering terjaga menurun keluhan tidak puas tidur menurun 2. Keluhan pola tidur berubah menurun 3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 4. Kemampuan beraktivitas meningkat	2. Identifikasi factor penggangu tidur 3. Identifikasi faktor pengganggu tidur (mis. kopi, teh, makan yang mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik : 1. Modifikasi lingkungan (mis.pencahayaan, kebisingan) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatakna kenyamanan (mis. posisi, terapi)	2. Kegelapan membantu meningkatkan produksi melatonin, hormon yang mengatur tidur. 3. Suhu ruangan yang sejuk membantu tubuh untuk mencapai suhu optimal untuk tidur. 4. Ketenangan membantu menghindari gangguan tidur. 5. Tempat tidur yang nyaman dan bersih membantu meningkatkan kualitas tidur. 6. Aktivitas relaksasi membantu tubuh dan pikiran untuk rileks dan bersiap untuk tidur. 7. Mandi air hangat membantu meningkatkan suhu tubuh dan kemudian menurunkannya, yang dapat membantu merasa lebih rileks. 8. Membaca buku membantu mengalihkan pikiran dari stres dan kecemasan.

	6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan Tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi : 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari maknan/minuman yang menggangu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandunf supresor terhadap tidur REM. 5. Ajarkan factor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. gaya hidup, psikologis, sering berubah shift bekerja)	9. Mendengarkan musik yang menenangkan membantu menenangkan pikiran dan tubuh. 10. Latihan pernapasan membantu memperlambat detak jantung dan pernapasan, yang dapat membantu merasa lebih rileks.

	6. Ajarkan relaksasi dengan cara nonfarmakologis	

Bersumber :Tim Pokja. (2018).Standar intervensi keperawatan: Definsi dan Tindakan keperawatan, edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah yang dirasakan oleh ibu. Tahap implementasi terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data (Ratnawati, 2023).

Implementasi dari asuhan keperawatan pada ibu post SC, meliputi:

a. Manajemen nyeri yang dilakukan tindakan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender respon nyeri berkurang, menjadi lebih nyaman dan rileks, setelah dilakukan Tindakan relaksasi napas dalam dan Aromaterapi Lavender.
b. Manajemen eliminasi urin yang dilakukan pemantauan pengeluaran urin secara bertahap, respon frekuensi BAK membaik.
c. Dukungan mobilisasi yang dilakukan dengan melibatkan keluarga untuk membantu, respon mobilisasi meningkat.
d. Dukungan tidur yang dilakukan dengan menetapkan jadwal tidur, respon pola tidur membaik, sering terjaga menurun.
e. Pencegahan infeksi yang dilakukan dengan memberikan perawatan kulit pada area edema, respon kemerahan, bengkak menurun.

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut (Purba, 2019) evaluasi dalam keperawatan terdiri dari SOAPIER:

1. S (Subjektif) : informasi yang didapat setelah dilakukan tindakan dari ungkapan pasien
2. O (Objektif) : informasi yang didapat berupa hasil pengukuran nyeri atau hasil observasi yang dilakukan perawat
3. A (Analisis) : membandingkan informasi antara subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi
4. P (Planning) : rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan sesuai hasil analisa
5. I (Implementasi): tindakan keperawatan yang dilakukan sesuatu dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen perencanaan (P)
6. E (Evaluasi) : respon pasien setelah dilakukannya tindakan keperawatan
7. R (Reassessment) : pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui evaluasi.

1) Tingkat nyeri

S: Tingkat nyeri menurun

O: Keluhan nyeri, menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik.

A: Masalah nyeri teratasi

P: intervensi dihentikan

I : implementasi dihentikan

E: Setelah dilakukan intervensi keluhan nyeri menurun

R: Tujuan tercapai

2) Eliminasi urin

S: Eliminasi urin membaik

O: distensi kandung kemih menurun, sensasi berkemih meningkat, berkemih tidak tuntas menurun, frekuensi BAK membaik.

A: masalah elimintasi teratasi

P: intervensi dihentikan

I: implementasi dihentikan

E: frekuensi BAK membaik

R: tujuan tercapai

3) Mobilisasi fisik

S: mobilisasi fisik meningkat

O: kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, nyeri menurun, pergerakan ekstremitas meningkat.

A: masalah mobilasasi fisik teratasi

P: Intervensi dihentikan

I: Implementasi dihentikan

E: Mobilasasi meningkat

R: tujuan tercapai

4) Pola Tidur

S: Pola tidur membaik

O: keadaan lemah, lesu

A: masalah pola tidur teratasi

P: intervensi dihentikan

I: implementasi dihentikan

E: frekuensi tidur membaik

R: Tujuan tercapai

5) Tingkat infeksi

S: Kondisi luka membaik

O: kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun

A: masalah infeksi teratasi

P: intervensi dihentikan

I: implementasi dihentikan

E: Kondisi luka membaik, sudah tidak adaa kemerahan dan bengkak

R:tujuan tercapai

6) Tingkat pengetahuan

S: Nafsu makan membaik

O: perasaan ingin muntah menurun

A: masalah tingkat pengetahuan teratasi

P: intervensi dihentikan

I: implentasi dihentikan

E: pucat membaik, takikardia membaik

R: tujuan tercapai

2.6 Konsep Aromaterapi Lavender

2.6.1 Konsep Aromaterapi

a. Definisi Aromaterapi

Aromaterapi berasal dari kata *aroma* yang berarti harum, aromaterapi dapat diartikan sebagai suatu cara perawatan tubuh dan penyembuhan penyakit dengan menggunakan minyak essential oil (Jaelani, 2009). Aromaterapi merupakan terapi komplementer dengan memanfaatkan hasil ekstraksi suatu tanaman yang berupa minyak essensial, yang bertujuan untuk mengatur fungsi kognitif, *mood*, dan kesehatan. (Pratiwi & Subarnas, 2020;Widiyono *et al.,* 2022)

c. Penggunaan Aromaterapi

Penggunaan Aromaterapi dapat melalui berbagai cara berikut:

1. Inhalasi

   Hirupan dengan minyak essensial lebih efektif dengan menggunakan diffuser, atau air panas campur minyak yang dituangkan ke dalam wadah berisi air panas, atau menghirup dari kain yang telah direndam minyak essensial. Keuntungan penggunaan aromaterapi melalui inhalasi dibandingkan obat dengan pemberian oral yaitu tidak akan memengaruhi saluran pencernaan, terutama ketika targetnya adalah jalan napas atau paru-paru.

2. Pijat aromaterapi

   Pijat aromaterapi perlu pemilihan minyak essensial yang cocok. Teknik pemijatan dan pemilihan aromaterapi akan sangat berpengaruh pada efek terapi yang dihasilkan

3. *Aromatherapeutic baths*

   Aromatherapeutic baths dengan merendam sebagian tubuh dalam air pada suhu sekitar 40°C selama 15-30 menit serta tidak digunakan sabun yang berbusa. (Pratiwi & Subarnas, 2020;Jaelani, 2009).

2.4.2 Kandungan Minyak Essential oil Lavender

Kandungan senyawa *linalool* (18-48%) dan *linalyl asetat* (1-36%). Selain itu, terdapat kandungan lain yang lebih rendah yaitu *myrcene* (0-13%), (Z)-β-ocimene (0-14%), *limonene* (0-7%), *camphor* (0-12%), 1,8-cineole (0-14%), (E)- βocimene (0-10%), (E)-caryophyllene (0-8%) dan terpinen-4-ol (1-19%) (Sulistyo Andarmoyo, 2013).

2.6.3 Manfaat aromaterapi

Aromaterapi memiliki banyak khasiat dan manafaatnya cukup banyak yaitu, membantu meningkatan stamina, sebelumnya kurang memiliki semangat hidup, dapat memberikan suasana yang menyenangkan. metoda perawatan yang tepat, efisien dalam menjaga tubuh agar tetap sehat (Jaelani, 2009). Manfaatnya minyak essential yang mengandung *linaly acetate* atau *linalool* yang biasa digunakan dalam aromaterapi terbukti memiliki efek relaksasi,

yaitu merelaksasikan tubuh, untuk memperbaiki mood, menyegarkan pikiran (Widiyono *et al.,* 2022).

2.7 Konsep Relaksasi Napas Dalam

2.7.1 Pengertian Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien cara melakukan napas dalam, napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama dari pendapat Smeltzer & Bare. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk latihan napas yang terdiri atas pernapasan abdominal (diafragma) dan purse lips breathing (Maryunani, 2014).

2.7.2 Tujuan Relaksasi Napas Dalam

Bertujuan pasien mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman menjadi nyaman. Relaksasi nafas dalam untuk mencapai keadaan relaksasi menyeluruh, mencakup keadaan relaksasi secara fisiologis, secara kognitif, dan behavioral. Secara fisiologis, keadaan relaksasi ditandai dengan penurunan kadar epinefrin dan non epinefrin dalam darah, penurunan frekuensi denyut jantung (sampai mencapai 24 kali per menit) (Rottie, 2013).

2.7.3 Manfaat relaksasi napas dalam

Relaksasi napas dalam dapat mengontrol pernapasan secara langsung, dan mengatur emosi, suasana hati agar lebih tenang (Balban *et al.,* 2023). Teknik relaksasi nafas dalam, pasien merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami

spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik (Amita *et al.,* 2018).

2.7.4 Langkah-langkah pelaksanaan Relaksasi Napas Dalam dan Aromaterapi

1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman
2. Pastikan identitas pasien (nama, nomor rekam medis, Alamat)
3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
4. Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya
5. Berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami atau tidak jelas
6. Menjaga privasi klien
7. Mencuci tangan

Fase kerja

1. Atur posisi agar klien nyaman, rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk ditempat tidur
2. Siapkan diffuser berisi air 30 ml dan aromaterapi lavender 6 tetes
3. Letakkan difusser 20 cm dari pasien
4. Perawat mencontohkan terlebih dahulu kepada klien untuk melakukan relaksasi napas dalam sambil menghirup aromaterapi lavender dengan minta klien untuk mefokuskan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan

merasakan lega. tarik napas dalam lalu tahan 3 detik lalu hembuskan secara perlahan dengan mulut mencucu

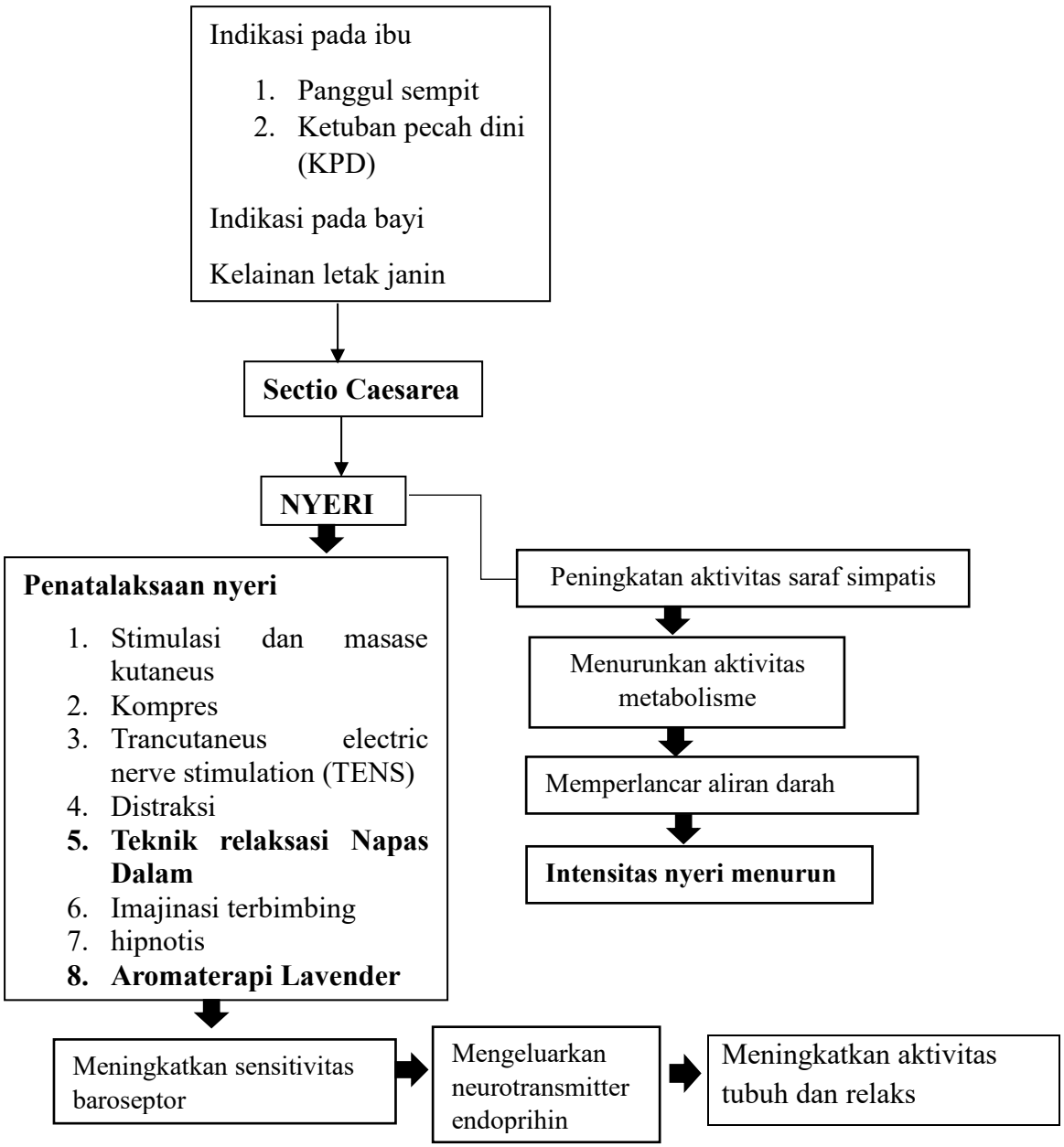
5. Lalu Instruksikan klien untuk kembali menarik napas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dengan mulut mencucu.
6. Instruksikan klien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi.
7. Setelah klien mulai merasakan ketenangan, minta klien untuk melakukan secara mandiri, sebanyak 1 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit.

Terminasi

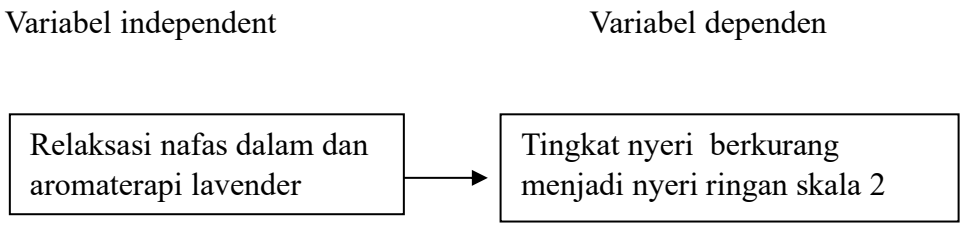
1. Evaluasi hasil: kemampuan klien untuk melakukan teknik ini
2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan.
3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan relaksasi napas dalam dan aromaterapi lavender
4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya.
5. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan.

2.8 Kerangka Teori dan kerangka konsep

2.8.4 Kerangka teori



Modifikasi : (Astari et al., 2022; Ayuningtyas et al., 2018; Jaelani, 2009; Pratiwi & Subarnas, 2020; Widiyono et al., 2022;).

2.8.2 Kerangka Konsep

2.3. Kerangka konsep