

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

##### 1. Pengertian *Sectio Caesarea*

*Sectio caesarea* (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan bayi melalui insisi pada dinding abdomen dan rahim (Kevin, 2014). *Sectio caesarea* merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau *sectio caesarea* adalah suatu histerektomia untuk melahirkan janin dalam rahim (Wahyuningsih et al., 2022). Menurut Sofian (2022) *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari rahim. *Sectio caesarea* (SC) adalah kelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus (Reeder et al., 2017).

Berdasarkan definisi dari beberapa sumber diatas dapat disimpulkan *sectio caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan dinding perut dan dinding uterus pada ibu yang bertujuan untuk membantu persalinan apabila ibu tidak dapat melahirkan secara normal.

##### 2. Indikasi dan Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

###### a. Indikasi *sectio caesarea*

Menurut Kevin (2014) keputusan untuk melahirkan secara *sectio* akan seringkali didasarkan pada berbagai faktor. Berikut adalah indikasi umum yang sering terjadi pada *sectio caesarea*.

###### 1) Pada persalinan

- a) Kegawatan janin pada kala I persalinan
- b) Kala I memanjang karena gangguan pada aktivitas *uterus* atau dugaan *disproporsi sefalopelvic*

- 2) Kegawatdaruratan lainnya seperti *prolaps* tali pusat, *pre-eklampsia fulminan*, *abruptio* plasenta sementara bayinya masih hidup
- 3) Elektif
  - a) *Plasenta previa*
  - b) Dua kelahiran sebelumnya dengan *sectio caesarea*
  - c) Perumbuhan janin terhambat
  - d) Riwayat obstetrik yang buruk
  - e) Diabetes pada ibu
  - f) Presentasi bokong (terutama jika prematur)

Menurut Saputra *et al* (2023) etiologi *sectio caesarea* berasal dari Ibu dan janin.

- 1) Etiologi berasal dari Ibu

Pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, *disproporsi cepalo pelvic* (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, *plasenta previa* terutama pada primigravida, komplikasi kehamilan yaitu *preeklampsia-eklampsia*, ibu dengan penyakit jantung, Diabetes mellitus), gangguan sebagainya).

- 2) Etiologi berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin seperti *Fetal distress/gawat janin*, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, *prolapses* tali pusat dengan pembukan kecil, kegagalan persalinan vakum atau *ferseps ekstraksi*.

- b. Kontraindikasi *sectio caesarea*

Menurut Prawirohardjo (2016) kontraindikasi dilakukan *sectio caesarea* adalah tidak adanya indikasi yang tepat untuk dilakukan *sectio caesarea*. Secara lebih rinci dari kontraindikasi *sectio caesarea* adalah: Syok, janin mati, anemia berat, infeksi *progenik* pada dinding *abdomen*, kelainan kongenital berat dan minimnya fasilitas operasi *sectio*

*caesarea*. Sedangkan menurut Desmarnita & Larasati (2021) kontraindikasi yang jarang ialah kondisi koagulasi ibu, kematian janin atau *fetus* yang terlalu *immature* untuk bertahan hidup.

### 3. Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea*

Menurut Wulandari *et al* (2021) yang sering dialami ibu dalam waktu 48 jam setelah operasi caesar adalah mual, sulit bergerak, gatal dan sedikit perih pada luka operasi. Jika luka tidak terjadi infeksi maka luka tersebut akan menutup dan pulih dalam jangka waktu <6 minggu. Adapun tanda dan gejala infeksi luka jahitan pasca caesar yaitu:

- a. Keluarnya nanah dan darah dari area bekas luka operasi
- b. Nyeri perut yang tak kunjung hilang atau memburuk
- c. Demam
- d. Nyeri atau perih saat buang air kecil
- e. Keputihan yang berbau tidak sedap

### 4. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Reeder *et al* (2017) terdapat 2 jenis *sectio caesarea* ialah sebagai berikut:

- a. Seksio pada segmen bawah

Pada prosedur ini, suatu insisi transversal dibuat disegmen bawah uterus. Segmen bawah uterus dapat diakses, baik melalui insisi garis tengah dibawah umbilikus maupun insisi transversal di suprapubik. Prosedur ini merupakan prosedur pilihan. Meskipun lebih sulit dilakukan, penjahitan luka operasi lebih mudah dilakukan, bekas luka sembuh dengan baik dan jarang terjadi ruptur dikemudian hari.

- b. *Sectio caesarea* klasik

Teknik ini meliputi insisi longitudinal pada segmen atas uterus. Operasi cepat dan mudah dilakukan tetapi teknik ini adalah prosedur abdomen, bukan prosedur pada panggul dan seringkali diikuti oleh *peritonitis* dan

*ileus*. Involusi uterus mempersulit penyembuhan dan bekas luka dapat mengalami ruptur pada kehamilan berikutnya.

#### 5. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, *plasenta previa sentralis* dan *lateralis*, panggul sempit, *disproporsi cephalopelvic*, *rupture uteri* mengancam, partus lama, partus tidak maju, *preeklampsia*, *distosia serviks*, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan *sectio caesarea* (SC). Dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut) (Indryani *et al.*, 2023).

6. Pathway Sectio caesarea



## 7. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Kevin (2014) komplikasi dari *sectio caesarea* yaitu diantaranya:

### a. Perdarahan

*Sectio caesarea* merupakan pembedahan vasculer dan perdarahan biasanya berkisar antara 500 sampai 1000 mL. Jika terjadi robekan pada insisi segmen bawah saat mengeluarkan bayi, pembuluh darah uterus yang besar mungkin ikut robek dan akan terjadi perdarahan hebat.

### b. Distensi pasca operasi

Distensi gas diusus umum terjadi setelah *sectio caesarea*, tetapi kondisi otot-otot abdomen yang longgar mengurangi rasa sakit karena distensi tersebut. Bising usus mungkin menurun dan tidak ada *flatus* pada 24-28 jam pertama. Jika *ileus* yang mengancam tidak diatasi dengan cepat, penghisapan lambung dan pemberian cairan parenteral harus dimulai.

### c. Terbukanya luka jahitan dan infeksi

Distensi abdomen menyebabkan insisi longitudinal dibawah umbilikus mengalami tekanan dan terbukanya luka jahitan lebih sering terjadi pada *sectio caesarea* daripada pembedahan abdomen lainnya.

### d. Emboli paru

Resiko komplikasi yang serius ini meningkat pada *sectio caesarea* dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Resiko ini berkurang dengan mobilisasi dini dan semakin berkurang dengan bantuan *anastesi epidural*.

Menurut U. Desmarnita & Larasati (2021) potensial dan resiko komplikasi pada persalinan seksio ialah:

- a. Infeksi ibu, perdarahan, trauma saluran perkemihan, tromboplebitis, ileus paralis, atelectasis, komplikasi anastesi.
- b. Resiko janin termasuk kelahiran prematur yang tidak diharapkan (dikaitkan dengan imaturitas paru-paru), takipnea sementara, hipertensi pulmonal, cedera termasuk laserasi.

8. Pemeriksaan Penunjang *Sectio Caesarea*

Menurut Puspita *et al* (2022) pemeriksaan laboratorium dibutuhkan sebagai data penunjang dalam penanganan kasus di masa nifas untuk mengetahui keadaan ibu. Pemeriksaan laboratorium tersebut meliputi:

- a. Pemeriksaan golongan darah sebagai antisipasi melakukan transfusi darah ketika pasien mengalami anemia akibat perdarahan
- b. Pemeriksaan Hb untuk menegakkan diagnosa apakah ibu mengalami komplikasi anemia akibat kehilangan banyak darah.
- c. Radiologi (USG) untuk membantu menegakkan diagnosa.

9. Penatalaksanaan *post sectio caesarea*

Menurut Saputra *et al* (2023) mengemukakan penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan *post sectio caesarea* yaitu:

- a. Kaji ulang prinsip keperawatan pasca bedah.
- b. Mobilisasi 24 jam

Pasien harus *bedrest* total untuk mencegah terjadinya pendarahan, setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk miring kiri-miring kanan, duduk dan berjalan, bahkan bahkan pada hari ke 3 ibu bisa mandi. Tujuan dilakukan *mobilisasi*, yaitu:

- 1) Untuk mencegah *thrombosis*
- 2) Untuk mengurangi bendungan *lochea* dalam rahim
- 3) Untuk peningkatan peredaran darah ke sekitar alat kelamin
- 4) Untuk percepatan normalisasi alat kelamin ke keadaan semula
- 5) Mengurangi infeksi *puerperium*
- 6) Pemberian cairan 2x24 jam
- 7) Kateter dibuka pada hari ke 2-3
- 8) Balutan dibuka pada hari ke 3-4
- 9) Proses pemulihan dapat dilaksanakan pada hari ke 5 dan kontrol ulang pada hari ke 7

Menurut Maryunani (2016) pasien pasca operasi perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut:

- a. Klien perlu diobservasi hingga klien mampu mempertahankan patensi jalan nafas dan stabilitas kardiovaskuler serta mampu berkomunikasi.
- b. Setelah pulih dari anestesi, tanda-tanda vital klien (kesadaran, tekanan darah, frekuensi nafas, suhu, nyeri, produksi urine) perlu diobservasi tiap setengah jam pada dua jam pertama. Bila tanda- tanda vital stabil, observasi dilanjutkan tiap satu jam.
- c. Klien diperbolehkan minum cairan jernih setelah 6 jam pasca operasi dan makan setelah mual hilang, dengan syarat klien telah benar-benar pulih dari anestesi dan tidak menderita komplikasi.
- d. Kateter dapat dilepas saat klienj dapat berjalan dan minimal 12 jam setelah dosis terakhir anestesi regional.
- e. Perban luka diganti setelah 24 jam pertama, sekaligus dinilai keadaan luka operasi.

## **B. Konsep Dasar Nifas**

### **1. Pengertian Masa *Post Partum***

*Post Partum* adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Siti Saleha, 2013 dalam Wahyuningsih, 2019). Menurut Rini & Kumala (2017) masa nifas (puerperium) dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Puerperium yaitu dari kata Puer yang artinya bayi dan Parous melahirkan. Jadi, puerpurium berarti masa setelah melahirkan bayi yaitu masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Sekitar 50% kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama post partum sehingga pelayanan pasca persalinan yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi.

## 2. Tahapan Masa *Post Partum*

Maritalia (2017) menyebutkan masa nifas dibagi menjadi tiga tahap, yaitu:

### a. Puerperium dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan per vagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

### b. Puerperium intermedial

Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

### c. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan

## 3. Proses Adaptasi Psikologis masa *Post Partum*

Andry hartono (2014) menjelaskan lebih dari 50% wanita akan mengalami perubahan emosi yang sepiintas segera setelah kehamilannya. Perubahan emosi ini dinamakan depresi *postpartum* atau "*baby blues*" dan tanda serta gejalanya meliputi rasa sedih, sering menangis, keluhan cepat lelah atau fatigue dan kehilangan kepercayaan diri. Keadaan yang mungkin menjadi penyebabnya meliputi perubahan hormonal, predisposisi genetik dan penyesuaian dengan perubahan peran serta konsep-diri. Asuhan keperawatan kepada pasien bahwa fluktuasi emosi dan serangan depresi merupakan respons yang normal pada *postpartum*; secara tipikal keadaan ini terjadi selama 3 minggu pertama sesudah melahirkan dan mereda dalam waktu 1 hingga 10 hari kemudian.

Perilaku ibu sesudah melahirkan dapat dibagi menjadi tiga fase yaitu:

a. *fase taking-in*

Selama *fase taking-in* atau fase sibuk dengan diri sendiri (1 hingga 2 hari sesudah melahirkan), ibu bersikap pasif dan dependen atau bergantung pada orang lain dengan mengarahkan energinya kepada diri sendiri dan bukan kepada bayinya.

b. *fase taking-hold*

Selama *fase taking-hold* (sekitar 2 hingga 7 hari sesudah melahirkan atau fase memegang dengan erat, maka ibu mulai memiliki lebih banyak energi dan bekerja tanpa bergantung orang lain serta memulai aktivitas merawat dirinya sendiri. Meskipun mungkin masih memperlihatkan kurangnya kepercayaan diri pada kemampuannya, namun ibu sudah menerima tanggung jawab atas bayinya dan menerima pelajaran tentang berbagai aktivitas untuk merawat bayi serta merawat dirinya.

c. *fase letting-go*

Selama *fase letting-go* atau fase mengambil peranan (sekitar 7 hari sesudah melahirkan), ibu mulai menyesuaikan diri dengan anggota keluarga lainnya dengan mengambil peranan ibu dan tanggung jawab yang menyertai peranan tersebut. Dia berhenti menuntut neonatus yang didambakannya selama kehamilannya dan mau menerima bayiny yang nyata sebagai kesatuan yang terpisah dari dirinya sendiri.

4. Perubahan Fisiologis Masa *Post Partum*

Menurut Reeder *et al* (2017) perubahan fisiologis yang terjadi ialah sebagai berikut:

- a. Uterus: Mengalami involusi rata-rata satu jari perhari, menjadi organ pelvik dalam 9-10 (tidak teraba), tempat penempelan plasenta sembuh dalam 6 minggu.
- b. Serviks: Mulut serviks tertutup sekitar 1 cm dalam 1 minggu, kelenjar endoserviks mengalami regresi selama hari ke-4, edema tetap ada sampai 3-4 bulan.

- c. Vagina: Rugae muncul kembali dalam 3 minggu, kadar estrogen normal dan lubrika vagina kembali terjadi dalam waktu 6-10 minggu .
- d. Ovulasi: Sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh laktasi: rata-rata ovulasi pertama, 10-12 minggu untuk wanita yang tidak menyusui, 12-36 minggu untuk ibu menyusui bayinya.
- e. Payudara: Mengeluarkan kolostrum setelah kelahiran, air susu dihasilkan dalam waktu 3-4 hari, dapat mengalami pembengkakan sementara
- f. Sistem kardiovakular: Peningkata volume darah sementara setelah melahirkan, menurun setelah hari ke-3 dan kembali ke kondisi sebelum hamil pada minggu ke-4; curah jantung dan isi sekuncup meningkat pada saat melahirkan, dan mengalami penurunan setelah 48 jam dengan kadar normal pada minggu ke-3
- g. Komponen darah: Hemodilusi awal diikuti dengan peningkatan kadar hematokrit pada hari ke-3 sampai hari ke-7 dan mencapai nilai normal pada 4-5 minggu, terjadi leukositosis terlebih dahulu 10-12 hari yang kembali ke normal setelah 2 minggu. Peningkata vibrinogen dan faktor-faktor pembekuan darah pada saat melahirkan adalah normal sampai 3 minggu, peningkatan protein, lemak, dan elektrolit kembali normal setelah 2 minggu.
- h. Sistem respirasi: Peningkatan volume residual pernapasan, kapasitas istirahat, konsumsi oksigen, penurunan kapasitas inspirasi, kapasitas vital dan kapasitas maksimum; kembali ke fungsi pulmonal sebelum sampai 6 bulan
- i. Sistem *urinarius*: *Diuresis* terjadi pada 12 jam kelahiran, haluaran urin 300 ml selama 4-5 hari, fungsi ginjal kembali ke kondisi sebelum melahirkan dalam waktu 6 minggu; Tonus kandung kemih membaik pada akhir minggu pertama.
- j. Sistem *gastrointestinal*: Konstipasi dan kesulitan eliminasi terjadi selama 2-3 hari; Tonus usus membaik pada akhir minggu pertama.

- k. Sistem neuromuskular: Rasa baal di daerah paha, jari-jari tengah, atau menghilang dalam beberapa hari, nyeri punggung membaik dalam 6-8 minggu.

## 5. Kebutuhan Masa *Post Partum*

Menurut Wahyuningsih (2019) kebutuhan yang diperlukan ibu *post partum* ialah sebagai berikut:

### a. Nutrisi dan Cairan

Masalah nutrisi perlu mendapat perhatian karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah sebagai berikut:

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari
- 2) Diet berimbang, protein, mineral dan vitamin
- 3) Minum sedikitnya 2 liter tiap hari ( $\pm 8$  gelas ). Fe/tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan
- 4) Kapsul Vit. A 200.000 unit

### b. Ambulasi

Ambulasi dini (early ambulation) ialah kebijaksanaan agar secepatnya tenaga kesehatan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidur membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum. Hal ini dilakukan bertahap. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya.

### c. Eliminasi

Setelah 6 jam post partum diharapkan ibu dapat berkemih, jika kandung kemih penuh atau lebih dari 8 jam belum berkemih disarankan melakukan kateterisasi. Hal-hal yang menyebabkan kesulitan berkemih (retensio urine) pada post partum:

- 1) Berkurangnya tekanan intra abdominal

- 2) Otot-otot perut masih lemah.
  - 3) Edema dan uretra.
  - 4) Dinding kandung kemih kurang sensitif
  - 5) Ibu post partum diharapkan bisa defekasi atau buang air besar setelah hari kedua post partum, jika hari ketiga belum defekasi bisa diberi obat pencahar oral atau rektal.
- d. Kebersihan diri
- Pada masa postpartum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut:
- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum
  - 2) Mengajarkan ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang
  - 3) Sarankan ibu ganti pembalut setidaknya dua kali sehari
  - 4) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.
  - 5) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laseras/ luka jahit pada alat kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut
- e. Istirahat dan tidur
- Menganjurkan ibu istirahat cukup dan dapat melakukan kegiatan rumah tangga secara bertahap. Kurang istirahat dapat mengurangi produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi pasca persalinan. Selama masa post partum, alat-alat interna dan eksternal berangsur-angsur kembali ke keadaan sebelum hamil (involusi)

### **C. Konsep Dasar Nyeri**

#### **1. Definisi Nyeri**

Nyeri dapat dikatakan sebagai sistem perlindungan fisiologis peringatan dini, penting untuk mendeteksi dan meminimalkan kontak dengan rangsangan yang merusak atau berbahaya (Suprapti *et al.*, 2023). Menurut

Nurhanifah & Sari (2022) nyeri merupakan suatu bentuk ketidaknyaman secara individual. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibandingkan penyakit manapun. Nyeri sering timbul sebagai manifestasi klinis pada suatu proses patologis, dimana nyeri tersebut memprovokasi saraf-saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distres, atau penderitaan.

Berdasarkan beberapa definisi tersebut di atas dapat disimpulkan nyeri adalah apapun yang menyakitkan tubuh yang dirasakan oleh individu serta menjadi alasan utama seorang individu untuk mencari bantuan perawatan kesehatan.

## 2. Klasifikasi nyeri

Menurut Nurhanifah & Sari (2022) secara umum klasifikasi nyeri berdasarkan jenisnya dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

### a. Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri merupakan respon biologis terhadap suatu cedera jaringan dan menjadi suatu tanda bila ada kerusakan jaringan, seperti nyeri pasca operasi. Jika nyeri terjadi bukan karena penyakit sistematis, nyeri akut biasanya sembuh setelah kerusakan jaringan diperbaiki. Nyeri akut umumnya terjadi kurang dari enam bulan atau kurang dari satu bulan. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dari berintensitas ringan hingga berat berlangsung kurang lebih dari 3 bulan (SDKI PPNI, 2016).

### b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis yaitu nyeri yang menetap sepanjang suatu periode waktu, konstan atau intermiten. Nyeri akut berlangsung diluar penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik yang menyebabkan nyeri terus menerus atau nyeri berulang dalam beberapa bulan atau tahun. Beberapa peneliti

menggunakan durasi dari 6 bulan untuk menunjuk nyeri sebagai kronis. Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dari berintensitas ringan hingga berat berlangsung lebih dari 3 bulan (SDKI PPNI, 2016).

Menurut Pakpahan & Sianturi (2021) nyeri juga di klasifikasikan berdasarkan lokasi dan penyebabnya yaitu:

a. Nyeri berdasarkan lokasi

1) *Somatic Pain*

Nyeri yang timbul karena gangguan bagian luar tubuh, nyeri ini dibagi menjadi dua, yaitu nyeri superfisial dan nyeri somatik dalam.

a) Nyeri *superfisial* adalah nyeri pada kulit yang berasal dari struktur *superfisial* kulit dan jaringan subkutis. Nyeri superfisial yaitu nyeri pada kulit, nyeri pada subkutan, bersifat tajam, serta nyeri terlokasi. Untuk menimbulkan nyeri di kulit dapat berupa rangsangan mekanis, suhu, kimiawi, atau listrik.

b) Nyeri somatik dalam adalah nyeri yang berasal dari otot, tendon, ligamentum, tulang, sendi, dan arteri. Struktur-struktur ini memiliki lebih sedikit reseptor nyeri sehingga lokalisasi nyeri sering tidak jelas.

2) Nyeri viseral

Nyeri viseral merupakan nyeri yang disebabkan oleh kerusakan organ internal. Nyeri viseral juga dibagi menjadi beberapa golongan yaitu:

a) Nyeri pantom (*Phantom pain*), merupakan nyeri khusus yang dirasakan klien yang mengalami amputasi, oleh klien nyeri dipersepsikan berada pada organ yang diamputasi seolah-olah organ yang diamputasi masih ada. Persepsi dihubungkan dengan bagian tubuh yang hilang seperti pada amputasi ekstremitas

b) Nyeri menjalar (*radiation of pain*), merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain.

c) Nyeri alih (*referred pain*), merupakan nyeri yang berasal dari salah satu daerah di tubuh tetapi dirasakan terletak di daerah lain, yang timbul akibat adanya nyeri visceral yang menjalar ke organ lain sehingga nyeri dirasakan pada beberapa tempat. Nyeri alih ini biasanya timbul pada lokasi atau tempat yang berlawanan atau berjauhan dari lokasi asal nyeri.

b. Nyeri berdasarkan penyebabnya

Menurut Caroline Bunker & Mary T. Kowalski, (2017) beberapa faktor dapat memulai respons nyeri. Penyebab dip fisik mencakup stres mekanis dari trauma, insisi bedah, atau Jik pertumbuhan tumor. Tubuh berespons dengan nyeri dan eks ketidaknyamanan terhadap kelebihan tekanan, panas dan dingin, dan zat kimia tertentu (mis., histamin, bradikinin, dan asetilkolin) yang dilepaskan ketika jaringan mengalami kerusakan atau kehancuran. Kekurangan oksigen pada ja- Internar ringan juga menyebabkan nyeri karena jaringan mengalami mengide kekurangan/deprivasi oksigen. Spasme otot dan akibatnya yang berupa penurunan suplai darah ke otot dapat juga Nye menyebabkan nyeri dan ketidaknyamanan. Saat ketidaknyamanan meningkat, respons alami tubuh adalah mengencang- hadap b kan otot lebih lanjut, yang menekankan adanya masalah. Keletihan, ketakutan terhadap sesuatu yang tidak diketahui, dan kurangnya pengetahuan tentang penatalaksanaan nyeri dapat menyebabkan pengencangan otot lebih lanjut.

3. Mekanisme nyeri

Munawwarah *et al* (2022) mengemukakan bahwa reseptor nyeri disebut dengan *nociceptors*. Reseptor nyeri ini dibagi menjadi 3 yaitu *Mechanical nociceptor* yang merespon terhadap stimulus berupa kerusakan mekanik seperti terpotong atau terjepit, *thermal nociceptor* yang merespon suhu ekstrim, dan *polymodal nociceptor* yang merespon terhadap semua stimulus

yang merusak jaringan tubuh termasuk perilsan senyawa kimia akibat jaringan yang rusak seperti *bradikinin impuls* nyeri yang diterima reseptor akan dihantarkan ke sistem saraf pusat melalui serabut saraf nyeri. Serabut saraf nyeri terdiri dari dua yaitu:

a. Serabut saraf *A-delta*

Serabut saraf *A-delta* berdiameter kecil dan memiliki *myelin*, disebut sebagai *fast pain pathway* (30 detik) yang berarti dapat dengan cepat menghantarkan informasi nyeri ke otak. Biasanya menghantarkan nyeri dari stimulus kerusakan mekanik seperti terpotong, terbakar, dan terjepit.

b. Serabut saraf tipe C

Serabut saraf tipe C berdiameter kecil dan tidak memiliki *myelin*, disebut juga sebagai *slow pain pathway* (<12 detik) yang berarti cukup lambat untuk mengantarkan nyeri ke otak. Biasanya menghantarkan nyeri dari *stimulus* berupa respon kimia yang merusak jaringan tubuh.

Menurut Caroline Bunker & Mary T. Kowalski (2017) istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan nyeri normal dan interpretasinya adalah nosisepsi. Nosisepsi memiliki empat fase yaitu

- a. Transduksi: Sistem saraf mengubah stimulus nyeri dalam ujung saraf menjadi impuls.
- b. Transmisi: Impuls berjalan dari tempat awalnya ke otak.
- c. Persepsi: Otak mengenali, mendefinisikan, dan berespons terhadap nyeri.
- d. Modulasi: Tubuh mengaktifasi respons inhibitor yang diperlukan terhadap efek nyeri (Craven & Hirnle, 2007).

Jika respons modulasi tubuh ini tidak berhasil, intervensi eksternal diperlukan untuk menangani nyeri. Beberapa intervensi ini didiskusikan selanjutnya dalam bab ini.

#### 4. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Potter *et al* (2019) faktor- faktor yang dapat mempengaruhi nyeri diantaranya ialah:

##### a. Faktor fisiologis

###### 1) Usia

Usia bukanlah merupakan bagian yang tidak dapat dihindari dari penuaan. Demikian halnya juga persepsi nyeri tidak berkurang seiring bertambahnya usia. Bagaimanapun, orang lanjut usia memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami berbagai kondisi patologis yang disertai dengan nyeri. Selain itu, perubahan-perubahan berkaitan dengan usia dan meningkatnya keringkahan mungkin mengakibatkan respons terhadap analgesik yang kurang dapat diprediksi, peningkatan sensitivitas terhadap pengobatan, dan kemungkinan efek efek obat yang membahayakan.

###### 2) Kelelahan (*Fatigue*)

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri dan menurunkan kemampuan coping. Jika kelelahan terjadi bersamaan dengan kekurangan tidur, persepsi nyeri bahkan akan lebih meningkat. Nyeri seringkali berkurang setelah tidur nyenyak ketimbang pada penghujung hari yang panjang.

###### 3) Gen

Berbagai kemajuan mutakhir dalam studi genetika dan nyeri telah menunjukkan bahwa sedikit saja perubahan pada *deoxyribonucleic acid* (DNA) dapat sebagian menjelaskan berbagai perbedaan individual dalam pengalaman nyeri. Pengaruh genetik telah diidentifikasi memiliki peran dalam sensitivitas persepsi, dan ekspresi nyeri (James (2013) dlm (Potter *et al.*, 2019)

b. Faktor sosial

1) Perhatian (Atensi)

Peningkatan perhatian berkaitan dengan peningkatan nyeri, sementara *distraksi* (pengalihan) berkaitan dengan pengurangan respons nyeri. Konsep ini merupakan salah satu konsep yang diaplikasikan oleh perawat dalam berbagai intervensi untuk meredakan nyeri seperti relaksasi, imajinasi terpimpin (*guided imagery*), dan pijatan. Dengan memusatkan perhatian dan konsentrasi pasien pada stimuli lainnya, persepsi pasien terhadap nyeri menurun.

2) Pengalaman Sebelumnya

Episode episode nyeri yang sering terjadi tanpa perbedaan atau serangan-serangan nyeri hebat sebelumnya menyebabkan kecemasan atau ketakutan. Sebaliknya, jika seseorang berulang kali mengalami tipe nyeri yang sama dan berhasil mereda pada waktu sebelumnya, pasien akan lebih mudah untuk menginterpretasikan sensasi nyeri. Ketika pasien tidak memiliki sama sekali pengalaman dengan kondisi yang menyakitkan, persepsi pertama nyeri seringkali mengganggu kemampuan coping. Contohnya, setelah pembedahan abdomen pasien sering mengalami nyeri insisional yang berat selama beberapa hari. kejadian yang umum terjadi setelah pembedahan, onset nyeri akan tampak seperti suatu komplikasi yang serius.

3) Dukungan Keluarga dan Sosial

Orang dengan nyeri seringkali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk dukungan, bantuan, atau perlindungan. Meskipun nyeri masih ada, kehadiran keluarga atau teman sering menjadikan pengalaman nyeri menjadi tidak terlalu membuat stres. Percakapan dengan keluarga merupakan *distraksi* yang berguna. Kehadiran orang tua khususnya penting pada anak-anak yang mengalami nyeri.

c. Faktor Spiritual

Spiritualitas merupakan suatu pencarian makna secara aktif pada berbagai situasi di mana seseorang menemukan dirinya sendiri. Keyakinan spiritual memengaruhi cara pasien memandang atau menghadapi nyeri. Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa keyakinan spiritual dan preferensi untuk intervensi-intervensi spiritual bermanfaat dalam manajemen nyeri.

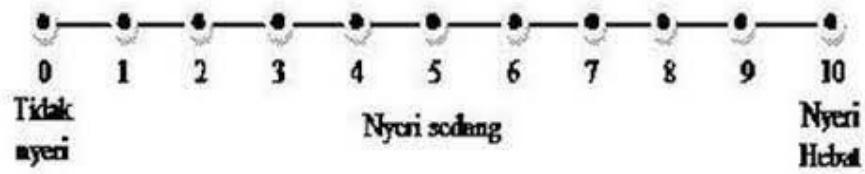
5. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran seberapa parah nyeri yang dirasakan individu. Berikut beberapa pengukuran intensitas nyeri yang dapat dilakukan yaitu diantaranya:

e. Skala Intensitas Nyeri *Numerik*

Nurhanifah & Sari (2022) menjelaskan bahwa *Numeric Rating Scale* (NRS) merupakan alat bantu pengukur intensitas nyeri pada pasien yang terdiri dari skala horizontal yang dibagi secara rata menjadi 10 segmen dengan nomor 0 sampai 10. Pasien diberi pengertian yang menyatakan bahwa angka 0 bermakna intensitas nyeri yang minimal (tidak ada nyeri sama sekali) dan angka 10 bermakna nyeri yang sangat (nyeri paling parah yang dapat mereka bayangkan). Pasien kemudian dimintai untuk menandai angka yang menurut mereka paling tepat dalam mendeskripsikan tingkat nyeri yang dapat mereka rasakan pada suatu waktu.

Kelebihan penggunaan NRS adalah lebih baik untuk menilai nyeri akut karena sederhana, mudah dimengerti, sensitive terhadap dosis, jenis kelamin dan perbedaan etnis. Akan tetapi kekurangan dari pengukuran ini adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik

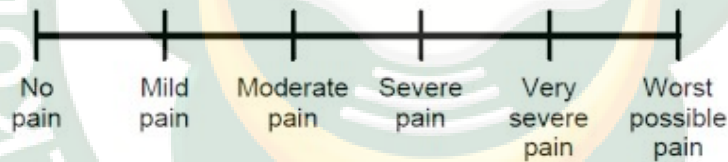


Sumber: (Nurhanifah & Sari, 2022)

Gambar 2.1 skala intensitas nyeri numerik

f. Skala Intensitas *Verbal Rating Scale*

Menurut Desmawati *et al* (2020) *Verbal Rating Scale* (VRS) merupakan pernyataan verbal yang lebih spesifik terhadap nyeri yang dirasakan. Pengukuran nyeri menggunakan VRS lebih sesuai digunakan pada klien pasca operasi karena prosedurnya tidak begitu bergantung pada koordinasi motorik dan visual



Sumber: (Desmawati *et al.*, 2020)

Gambar 2.2 skala *verbal rating scale*

Berikut tabel cara penilaian VRS yaitu dengan menggunakan skala 5 *point*.

No	Deskripsi	Skor
1	No pain (Tidak nyeri)	0
2	Mild pain (kurang nyeri)	1
3	Moderate pain (nyeri sedang)	2
4	Severe pain (nyeri hebat/berat)	3
5	Very severe pain (nyeri paling hebat)	4
6	Worst possible pain (nyeri sangat hebat)	5

Sumber: (Nurhanifah & Sari, 2022)

Tabel 2.1 skala nyeri *verbal rating scale*

g. Skala Intensitas Nyeri *Visual Alanog Scale*

Desmawati *et al* (2020) memaparkan *Visual analogue scale* (VAS) merupakan skala linier untuk memvisualisasikan tingkat nyeri yang dialami oleh ibu. Visualisasi berupa garis sepanjang 10 cm, ujung sebelah kiri mengindikasikan tidak ada nyeri, sedangkan ujung sebelah kanan mengindikasikan nyeri yang sangat berat. Penilaian nyeri menggunakan VAS membutuhkan koordinasi visual, motorik, dan konsentrasi. Penilaian skala nyeri VAS bergantung pada pemahaman ibu terhadap alat ukur.



Sumber: (Desmawati *et al.*, 2020)

Gambar 2.3 skala intensitas nyeri *visual alanog scale*

h. Skala Nyeri Wajah (*Oucher*)

Menurut Desmawati *et al* (2020) mengemukakan bahwa pada instruksi ini, katakan "sakit" atau "nyeri", keadaan yang lebih mendekati sebenarnya (yang tampaknya tepat) pada anak tertentu. Menggunakan gambar wajah ini, menunjuk gambar paling kiri berarti tidak ada rasa sakit. Gambar berikutnya menunjukkan rasa sakit yang berat. Tunjuk satu per satu dari kiri ke kanan sampai gambar paling kanan yang menunjukkan sangat nyeri. Gambar ini menunjukkan seberapa jauh sakit yang dirasakan. Skor untuk gambar wajah yang dipilih adalah 0, 2, 4, 6, 8, atau 10, mulai dari paling kiri ke paling kanan, sehingga "0" tidak nyeri dan "10" sangat nyeri. Jangan menggunakan istilah atau kata seperti "senang" atau "sedih". Skala ini dimaksudkan untuk mengukur sejauh mana rasa nyeri yang dialami, dan bukan penampakan wajah yang terlihat.



Sumber: (Desmawati *et al.*, 2020)

Gambar 2.4 skala nyeri wajah (*oucher*)

#### **D. Pengelolaan Nyeri post *sectio caesarea***

Menurut Caroline Bunker & Mary T. Kowalski (2017) pengelolaan atau penanganan nyeri bertujuan untuk mengurangi nyeri yang muncul. Sehingga untuk mengurangi nyeri tersebut dapat menggunakan dua metode terapi pengelolaan nyeri yaitu:

##### **1. Terapi Farmakologi**

Analgesik adalah obat yang meredakan nyeri. Analgesik biasanya paling efektif jika diberikan secara teratur atau saat awitan nyeri sangat dini. Pendekatan preventif direkomendasikan (mis., berikan analgesik dengan segera setelah pembe- dahannya atau sebelum terapi yang menimbulkan nyeri). Jika medikasi diberikan sebelum nyeri terjadi, nyeri sering kali lebih mudah dikendalikan. Tiga kelas analgesik umumnya digunakan untuk meredakan nyeri. Ketiga kelas analgesik ini adalah:

- a. Obat anti-inflamasi nonsteroid (nonsteroidal anti-inflam- tory drugs, NSAID) nonopioid: Contoh NSAID antara lain aspirin, ibuprofen (Motrin), dan naproksen (Naprosyn, Aleve). Obat-obatan ini biasanya diberikan kepada klien yang mengalami nyeri ringan sampai sedang. Analgesik nonopioid lain yang umumnya digunakan untuk nyeri ringan adalah asetaminofen (Tylenol).
- b. Analgesik opioid/narkotik: Contoh yang paling sering digunakan adalah morfin (dan turunannya). Opioid biasa- nya digunakan untuk mengatasi nyeri pada klien yang mengalami nyeri sedang sampai berat.
- c. Obat pelengkap (adjuvan): Obat adjuvan adalah salah Perawat c satu yang biasanya digunakan untuk tujuan lain tetapi kenyamanan dapat juga membantu meredakan nyeri. Contoh umumnya mencakup antikonvulsan dan antidepresan.

##### **2. Terapi Non Farmakologi**

Metode Non farmakologi merupakan cara mengurangi nyeri secara bertahan dan tidak menimbulkan efek samping pada jangka panjang ataupun jangka pendek. Salah satu upaya perawat dalam membantu pasien post SC yang

mengalami nyeri ialah dengan memberikan dan mengajarkan teknik relaksasi. Teknik relaksasi diberikan untuk memutuskan rasa nyeri sebelum sampai ke *cortex cerebri* (pusat nyeri) sehingga nyeri yang dirasakan berkurang. Menurut Tri & Niken (2019) tindakan Non farmakologi dalam mengatasi nyeri post *sectio caesarea* ialah menggunakan teknik relaksasi nafas dalam.

Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu keadaan yang mampu merangsang tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen sehingga terbentuk sistem penahan nyeri yang akhirnya akan menyebabkan penurunan intensitas nyeri. Hal inilah yang menyebabkan adanya perbedaan penurunan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, di mana setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam terjadi penurunan intensitas nyeri (Rahayuningrum, 2017 dalam (Indryani *et al.*, 2023)).

#### **E. Asuhan Keperawatan pada Ibu *post Sectio Caesarea***

Menurut Desmawati *et al* (2020) asuhan keperawatan teoritis pada ibu *post sectio caesarea* ialah meliputi:

1. Pengkajian keperawatan
  - a. Riwayat
    - 1) Rasa takut dengan prosedur seksio sesarea dan status janin
    - 2) Pengalamn buruk pada seksio sesarea yang dijalani sebelumnya
    - 3) Kaji apakah ibu berpikiran bahwa ia tidak bisa melahirkan normal jika sudah melahirkan dengan seksio sesarea sebelumnya
    - 4) Alergi obat, makanan atau substansi lain
    - 5) Kaji riwayat bayi dengan BBLR, preterm, kembar, malpresentasi, kematian janin, bayi dengan kelainan kongenital, dan memiliki berat lebih dari 4.000 gram
    - 6) Kaji riwayat pertumbuhan janin terganggu
    - 7) Kaji riwayat postmatur dan prematur
  - b. Pemeriksaan fisik setelah operasi yaitu:

- 1) Tingkat kesadaran (dimonitor pada anastesi umum): sadar
- 2) Pengembalian sensasi dan pergerakan (dimonitor pada anastesi regional): normal
- 3) Tanda-tanda vital dan nyeri (dimonitor setiap 15 menit pada 1 jam pertama sectio caesarea, setiap 30 menit pada jam ke 2, setiap jam pindah ke ruang pasca partum: semua dalam batas normal (RR 16-22x/menit, tekanan darah 100-120/70;80 mmHg, nadi 60-80x/menit, suhu 36-37 C). Pastikan bahwa ibu tidak mengalami demam minimum 24 jam sebelum keluar dari rumah sakit.

Menurut Nurhanifah & Sari (2022) pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan PQRST sebagai berikut:

P: Diartikan sebagai *Provokatif* atau Penyebab. Penyebab nyeri dapat diketahui melalui pertanyaan antara lain:

- a) Apa penyebab timbulnya nyeri? Misalnya nyeri akibat kerusakan jaringan tubuh, cedera otot akibat olahraga atau nyeri pada radang sendi.
- b) Apa yang dilakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?
- c) Apa saja yang dilakukan untuk mengurangi ataupun memperberat nyeri?

Q: Diartikan sebagai *Quality* atau Kualitas. Kualitas nyeri dapat diketahui melalui pertanyaan antara lain:

- a) Seberapa berat keluhan nyeri terasa?
- b) Apakah nyeri mengganggu aktivitas atau tidur anda
- c) Bagaimana nyeri dirasakan? Misalnya: rasanya tajam seperti ditusuk, tertekan/tertimpa benda berat, diiris-iris, sakit seperti diremas, membakar, nyeri berat, kolik, kaku
- d) Seberapa sering nyeri terjadi?

R: Diartikan *Region* atau radiasi (Penyebaran). Penyebaran nyeri dapat diketahui melalui pertanyaan antara lain:

- a) Dimana lokasi nyeri dirasakan atau ditemukan?
- b) Apakah nyeri menyebar ke daerah lain?

c) Apakah nyeri berfokus pada satu titik?

S: Diartikan sebagai *Severity* (Keparahan). Keparahan nyeri dapat dilakukan melalui pertanyaan.

a) Seperti apa sakitnya (skala nyerinya)?

b) Penilaian dapat dilakukan dengan skala nyeri deskriptif/*Verbal Descriptor Scale* (VDS), skala numerik angka/*Numerical Rating Scale* (NRS), skala wajah/*Faces Scale*.

T: Diartikan sebagai *Time* (Waktu). Waktu nyeri dapat diketahui melalui pertanyaan antara lain:

a) Kapan nyeri mulai dirasakan?

b) Seberapa sering keluhan nyeri terjadi?

c) Apakah nyeri terjadi mendadak atau bertahap?

d) Apakah nyeri akut atau kronis?

c. *Elektrokardiogram* (EKG) normal

d. Fundus uteri: Segera setelah lahirnya plasentas, posisi fundus uteri terletak kurang lebih dipertengahan antara umbilikus dan simfisis (sedikit lebih tinggi).

Berikut tabel tafsiran involusi uteri menurut (Hatfield 2014 dalam Desmawati (2020)).

<b>Involusi</b>	<b>Tinggi Fundus Uteri</b>	<b>Berat</b>
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal, seperti sebelum hamil	30 gr

Sumber: (Desmawati *et al.*, 2020)

Tabel 2.2 Tafsiran involusi uteri

- e. *Lokhea*: warna merah (rubra), kuantitas (2-3 ganti pembalut dalam 24 jam), tidak berbau
- f. Haluaran urine: warna normal kekuningan, kuantitas >30 mL/jam keadaan kateter tidak ada darah
- g. Asupan makanan dan cairan adekuat
- h. Balutan luka operasi sesarea; diharapkan kering (tidak basah)
- i. Pemeriksaan Laboratorium  
Menurut Desmawati (2020) temuan pemeriksaan laboratorium dan keadaan pasca operasi *sectio caesarea* perubahan yang terjadi ialah:
  - 1) ekskresi kalsium meningkat
  - 2) Ekskresi natrium dan klorida berkurang akibat terjadinya penghancuran protein jaringan
  - 3) Jika kadar hematokrit turun dan tanda-tanda vital tidak stabil (meski sudah ditransfusi), segera ke kamar bedah karena kemungkinan terjadi perdarahan
  - 4) Analgesia yang berlebihan akan menghambat morbiditas

## 2. Diagnosa keperawatan

Menurut Desmawati *et al* (2020) diagnosis keperawatan yang muncul pada ibu pasca *sectio caesarea* berkaitan dengan sebagai berikut:

- a. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera fisik, kontraksi uterus,
- b. Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko malnutrisi, kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen, gangguan integritas kulit.

Data yang diperoleh dari pengkajian pada pasien pasca *sectio caesarea* ditegaklah diagnosa keperawatan dijabarkan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP, 2016), maka diagnosa yang mungkin muncul ialah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Prosedur operasi) **(D.0077)**
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer atau sekunder **(D.0142)**
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan kurang terpapar informasi **(D.0080)**
- d. Defisit pengetahuan tentang (misal: kesehatan maternal pasca persalinan, manajemen nyeri) berhubungan dengan keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi **(D.0111)**

### 3. Perencanaan Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP, 2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP, 2018) dalam menyusun perencanaan, tujuan dan kriteria hasil rencana sesuai dengan diagnosa keperawatan pada *post sectio caesarea* ialah sebagai berikut:

No Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Perencanaan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Prosedur operasi) <b>(D.0077)</b>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama....x....Jam diharapkan Tingkat nyeri menurun <b>(L.08066)</b> dengan kriteria hasil:	<b>Manajemen nyeri (L. 03119)</b> <b>Observasi:</b> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <b>Terapeutik:</b> 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk

			<p>mengurangi rasa nyeri (Relaksasi napas dalam)</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>5. Anjurkan untuk melakukan teknik non farmakologi (Relaksasi napas dalam)</li> <li>6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</li> </ol>
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer atau sekunder (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.....x.....Jam</p> <p>Diharapkan infeksi tidak terjadi (L. 14137) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terbebas dari tanda-tanda infeksi (kalor, dolor, rubor, tumor)</li> </ol>	<p><b>Pencegahan infeksi (I. 14539)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol> <p><b>Perawatan area insisi (I. 14558)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Monitor tanda dan gejala infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Ganti balutan luka sesuai jadwal</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p>

			<p>9. Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi</p> <p>10. Ajarkan cara merawat area insisi</p>
3.	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan kurang terpapar informasi (D.0080)</p>	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama.....x.....menit diharapkan tingkat ansietas menurun (L. 09093) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekhawatiran pasien pada kondisi yang dihadapi cukup menurun (4)</li> <li>2. Perasaan keberdayaan pasien cukup membaik (4)</li> <li>3. Dukungan keluarga terhadap pasien cukup meningkat (4)</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas (I. 09134)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ciptakan susana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>7. Anjurkan untuk mengungkapkan perasaan</li> <li>8. Latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</li> </ol>
4.	<p>Defisit pengetahuan tentang (misal: kesehatan maternal pasca persalinan, manajemen nyeri) berhubungan dengan keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama.....x.....menit diharapkan tingkat pengetahuan membaik (L. 12110) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi cukup menurun (4)</li> <li>2. Persepsi yang keliru terhadap masalah</li> </ol>	<p><b>Edukasi Kesehatan (I. 12383)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Berikan kesempatan bertanya</li> </ol>

<p>mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi <b>(D.0111)</b></p>		<p><b>Edukasi:</b> 5. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p><b>Edukasi pencegahan infeksi</b> <b>Observasi:</b> 6. Periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik:</b> 7. Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan resiko infeksi di rumah sakit maupun di rumah 8. Berikan kesempatan bertanya</p> <p><b>Edukasi:</b> 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat</p>
---	--	---

Sumber: (SLKI & SIKI., 2018)  
Tabel 2.3 Intervensi keperawatan