

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Sectio Caesaria* (SC)

1. Definisi

Persalinan *sectio caesarea* (SC) merupakan tindakan yang dilakukan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 2.500 gram melalui sayatan pada dinding uterus (Prawirohardjo dalam Melzana, 2022).

Persalinan *sectio caesarea* proses melahirkan dengan cara tindakan pembedahan pada laparatomi dan histerotomi untuk mengeluarkan bayi. Tindakan *sectio caesarea* dilakukan karena ibu tidak dapat melahirkan proses normal melewati vagina karena ada gangguan berkaitan dengan kesehatan ibu dan bayi, berberapa syarat operasi yaitu rahim harus utuh, berat janin tidak boleh dibawah 2.500 gram (Amita et al. dalam Haryani, 2021).

Sectio caesarea merupakan suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (William dalam Tri, 2019).

Dari paparan diatas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah proses persalinan melalui pembedahan yang dibuat pada bagian dinding abdomen dan uterus dengan tujuan untuk meminimalkan risiko ibu dan janin yang timbul selama kehamilan atau dalam persalinan.

2. Patofisiologi *Sectio Caesaria*

Adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan

lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, 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 akut (Nurarif & Kusuma dalam Batmomolin, 2022).

3. **Indikasi *Sectio Caesaria***

Menurut Solehati dalam Handayani (2021), tindakan *sectio caesarea* akan dilakukan berdasarkan indikasi sebagai berikut :

a. Indikasi berasal dari ibu

Indikasi yang berasal dari ibu yaitu kelainan letak pada *primigravida*, para tua disertai adanya kelainan letak, adanya disproporsi *sefalo pelvic* (disproporsi janin/panggul), riwayat persalinan dan kehamilan yang buruk, sempit panggul, plasenta previa terutama pada *primigravida*, solusio plasenta tingkat I-II, terdapat komplikasi kehamilan pre-eklamsia atau eklamsia, kehamilan dengan penyakit penyerta seperti jantung, diabetes melitus, adanya gangguan dalam perjalanan persalinan seperti kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya.

b. Indikasi berasal dari janin.

Yaitu adanya gawat janin atau *fetal distress*, mal presentasi dan mal posisi

kedudukan janin, *prolapsus* tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum.

4. **Komplikasi *Sectio Caesaria***

Persalinan dengan operasi memiliki komplikasi lima kali lebih besar daripada persalinan alami. Komplikasi yang sering terjadi setelah (SC) dapat berupa komplikasi fisik maupun psikologis. Menurut Sukowati dalam Batmomolin (2022) komplikasi (SC) adalah sebagai berikut :

a. Komplikasi fisik

Komplikasi fisik yang dapat terjadi adalah terjadinya perdarahan yang dapat menimbulkan keadaan *shock hipovolemik* karena kehilangan darah saat pembedahan (SC) sekitar sekitar 500-1000 ml. Risiko transfusi lebih tinggi 4,2 kali pada ibu bersalin (SC) primer dibandingkan persalinan spontan pervaginam. Komplikasi fisik lainnya seperti distensi gas lambung, infeksi luka insisi, endometriosis, infeksi traktus urinarius dan distensi kandung kemih, tromboemboli (pembekuan pembuluh darah balik), emboli paru (penyumbatan pembuluh darah), dan risiko ruptur uteri pada persalinan berikutnya.

b. Komplikasi (SC) secara psikologis

Dari sisi psikologis yang sering dialami ibu antara lain perasaan kecewaan merasa bersalah terhadap pasangan dan anggota keluarganya, takut, marah, frustrasi karena kehilangan kontrol dan harga diri rendah karena perubahan bodyimage serta perubahan dalam fungsi seksual.

Komplikasi pembedahan (SC) lainnya adalah komplikasi pada janin, berupa hipoksia janin akibat sindroma hipotensi telentang dan depresi pernapasan

c. karena anestesi dan sindrom gawat pernapasan. Mortalitas perinatal bagi bayi baru lahir post SC sekitar 2-4 %.

5. Penatalaksanaan pada *Cectio Caesaria*

Menurut (Ariani,2020), berikut adalah penatalaksanaan *pada sectiocaesarea* :

a. Penatalaksanaan medis

- 1) Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat.
- 2) Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat.
- 3) Pemberian analgetik dan antibiotik.
- 4) Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam
- 5) Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan.
- 6) Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain.
- 7) Perawatan luka : Insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.
- 8) Pemeriksaan laboratorium: Hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia.

b. Perawatan post operasi

- 1) Letakan pasien dalam posisi pemulihan.
- 2) Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar.
- 3) Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi.
- 4) Transfusi jika diperlukan.
- 5) Jika tanda vital dan hematokrit turun walau diberikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah.

B. Konsep Dasar Nyeri

1. Definisi

Definisi nyeri dalam kamus medis yaitu perasaan distres, kesakitan, ketidaknyamanan yang ditimbulkan dari rangsangan saraf tertentu. Nyeri terutama bersifat protektif, dan bertindak sebagai sinyal peringatan tubuh terhadap jaringan rusak, mendorong seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan penyebab nyeri. (Rosdahl & Kowalski dalam Fitrianti, 2021).

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual maupun potensial (Smeltzer & Bare dalam Handayani, 2021).

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah sensori subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan, didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial. Nyeri post operasi

akan memberi peningkatan stress klien post operasi. Manajemen nyeri dirasa penting dilakukan setelah operasi agar nyeri berkurang, kecemasan berkurang, bernafas lebih mudah, dan dapat mentoleransikan mobilisasi sedini mungkin. (Fitrianti, 2021).

a) Mekanisme Nyeri

Mekanisme nyeri adalah serangkaian proses yang terjadi dalam tubuh untuk mendeteksi, mentransmisikan, dan merespons rangsangan yang berpotensi merusak atau merugikan jaringan.

Nyeri timbul akibat adanya rangsangan oleh zat-zat algesik pada reseptor nyeri yang banyak dijumpai pada lapisan superfisial kulit dan pada beberapa jaringan di dalam tubuh. Menurut Mangku & Senapathi dalam Handayani (2021), mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

- a. Transduksi (*transduction*), merupakan proses stimuli nyeri (*naxious stimuli*) yang diterjemahkan atau diubah menjadi suatu aktivitas listrik padaujung-ujung saraf.
- b. Transmisi (*transmission*), merupakan proses penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi. Impuls ini akan disalurkan oleh serabut saraf A delta dan serabut C sebagai neuron pertama dari perifer ke medulla spinais.
- c. Modulasi (*modulation*), adalah proses interaksi antara sistem analgesik

endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Sistem analgesik endogen meliputi, enkefalin, endofrin, serotonin dan noradrenalin yang mempunyai efek menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Dengan demikian kornu posterior diibaratkan sebagai pintu gerbang nyeri yang bisa tertutup atau terbuka untuk menyalurkan impuls nyeri. Proses tertutup atau terbukanya pintu nyeritersebut diperankan oleh sistem analgesik endogen tersebut di atas.

- d. Persepsi (*perception*), adalah hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi, transmisi. dan modulasi yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subjektifyang dikenal sebagai persepsi nyeri.

b) Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan Potter & Perry dalam Fitrianti & Pipit (2021), nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis dengan penjelasan sebagai berikut:

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau prosedur pembedahan, berkembang dengan cepat, berubah intensitasnya (ringan sampai berat), dan berlangsung dalam waktu yang singkat. Menurut definisi nyeri akut dapat digambarkan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga 6 bulan. Nyeri akut sembuh secara sendirinya (*self-limiting*), dan setelah kondisi daerah yang cedera sembuh, akhirnya sembuh dengan atau tanpa pengobatan. Nyeri akut jangka pendek (< 6 bulan) menunjukkan pergantian lokal. Rasa sakit ini terjadi sebab trauma bedah atau peradangan. Kebanyakan orang mengalami jenis rasa

sakit ini seperti, sakit kepala, sakit gigi, rasa terbakar, digigit duri, melahirkan, setelah operasi, dan lain-lain. Nyeri akut dapat disertai dengan aktifitas sistem saraf simpatis dan muncul dengan gejala seperti peningkatan pernapasan, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, berkeringat, dan pupil melebar. Pasien dengan nyeri akut biasanya menunjukkan reaksi emosional dan perilaku seperti menangis, merintih, kesakitan, mengerutkan kening, dan menyeringai.

b. Nyeri kronis

kronis adalah nyeri yang berlangsung lama dan persisten (> 6 bulan). Nyeri kronis seringkali sulit diobati karena tidak memiliki tempat yang pasti dan biasanya tidak merespon pengobatan yang ditujukan penyebabnya. Nyeri kronis dapat dibagi menjadi dua yakni, nyeri kronis non-ganas (nonmalignant) dan nyeri kronis ganas (malignan). Nyeri kronis nonganas adalah nyeri yang dihasilkan dari kerusakan jaringan progresif atau kuratif dan biasanya tidak memiliki penyebab yang jelas seperti, sakit pinggang, sakit karena penyakit kondisi kronis seperti osteoporosis. Nyeri kronis ganas dikenal nyeri kanker yang memiliki penyebab spesifik nyeri yang disebabkan oleh perubahan saraf. Perubahan ini dapat terjadi akibat metastasis dari sel kanker, paparan bahan kimia, atau tekanan pada saraf akibat paparan bahan kimia yang dihasilkan oleh kanker itu sendiri.

c) **Karakteristik Nyeri**

Karakteristik nyeri dapat diukur dan dilihat berdasarkan lokasi nyeri, durasi nyeri (menit, jam, hari atau bulan), irama/periodenya (terus-menerus, hilang

timbul, periode bertambah atau berkurangnya intensitas) dan kualitas (nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti digencet). Karakteristik nyeri juga dapat dilihat berdasarkan metode PQRST sebagai berikut :

- a. P (*Provocate*) : sebagai tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada pasien atau klien.
- b. Q (*Quality*) : kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali nyeri dideskripsikan dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti digencet.
- c. R (*Region*) : untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta klien untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman. Untuk melokalisasi lebih spesifik maka sebaiknya tenaga kesehatan meminta klien untuk menunjukkan daerah yang nyerinya minimal sampai kearah nyeri yang sangat. Namun hal ini akan sulit dilakukan apabila nyeri yang dirasakan bersifat menyebar.
- d. S (*Scale*) : tingkat keparahan merupakan hal yang paling subjektif yang dirasakan oleh klien, karena akan menanyakan bagaimana kualitas nyeri. Kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggunakan skala nyeri yang sifatnya kuantitas.
- e. T (*Time*) : Tenaga kesehatan mengkaji awitan, durasi, dan rangkaian nyeri.

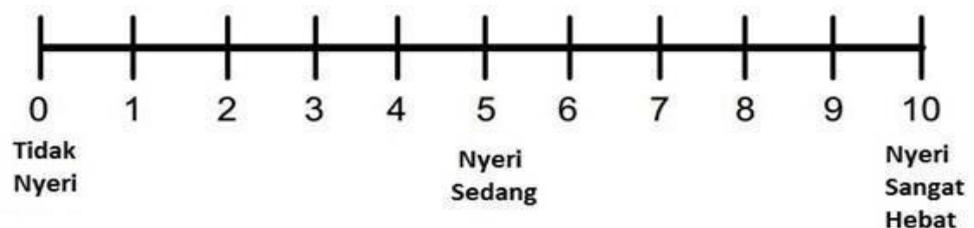
Perlu ditanyakan kapan nyeri mulai muncul, berapa lama nyeri, seberapa sering kambuh, dan lain-lain (Sholihah, 2019)

d) Pengukuran Skala Nyeri

Intensitas nyeri ialah penilaian terhadap nyeri. Perawat memperoleh laporan ini dengan meminta pasien mengukur nyeri pada skala yang perlu mereka bayangkan. Orang yang menderita rasa nyeri mungkin merasa sulit untuk fokus pada pekerjaan mental mereka dan kesulitan untuk mengikuti skala nyeri yang mereka bayangkan (Black & Hawks dalam Fitrianti, 2021).

a. Numeric Rating Scale (NRS)

Numeric Rating Scale (NRS) ini didasarkan nilai 1-10 skala yang mewakili kualitas rasa sakit yang dialami pasien. NRS cenderung efektif dalam menilai penyebab nyeri akut dibandingkan VAS dan VRS. Namun, kurangnya NRS pilihan kata menjelaskan nyeri terbatas, tidak mungkin membedakan tingkat nyeri secara lebih akurat, dan kata-kata yang menjelaskan efek analgesik diasumsikan memiliki jarak yang sama. Akan dilakukan. Skala numerik dari 0 hingga 10. 0 menunjukkan tidak ada rasa sakit atau tidak ada rasa sakit, 10 menunjukkan rasa sakit yang sangat parah.



Gambar 2.2 *Numeric Rating Scale* (NRS)

Keterangan:

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan, secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

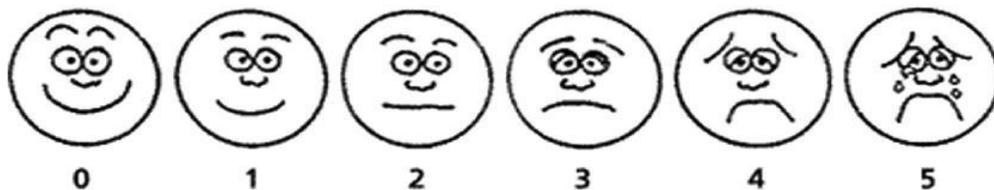
4-6 : Nyeri sedang, secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat Secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi nafas panjang dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat. Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

b. Wong Baker Faces

Wong Baker Face Rating Scale



Keterangan

- Skala meringis 1, (mulut tampak tersenyum, alis tampak datar, mata terbuka lebar)
- Skala meringis 2, (tampak tidak ada senyum, alis datar, mata masih terbuka lebar)
- Skala meringis 3, (bibir tampak melengkung ke bawah, kelopak mata tidak terbuka lebar, alis tampak turun)

- Skala meringis 4, (ujung bibir tampak melengkung kebawah , alis tampak turun, kelopak mata tampak sedikit tertutup, dan mengerutkan dahi)
- Skala meringis 5, (bibir tampak melengkung kebawah, alis tampak turun, dahitampak dikerutkan, kelopak mata agak tertutup, sembari menangis)

e) Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Widarini (2018), penatalaksanaan nyeri dapat dibagi menjadidua, yaitu farmakologi dan nonfarmakologi.

b. Manajemen farmakologi

Manajemen farmakologi untuk penatalaksanaan nyeri menggunakan obat analgesik. Obat golongan analgesik akan merubah persepsi dan interpretasi nyeri dengan cara mendepresi system saraf pusat. Obat analgesik akan lebih efektif diberikan sebelum klien merasakan nyeri dibandingkan setelah mengeluh nyeri. Maka obat analgesik dianjurkan diberikan secara teratur dengan interval setiap 4 jam setelah pembedahan. Obat analgesik yang digunakan adalah analgetika narkotika dan analgetika non narkotika.

1) Analgetika narkotika

Yang termasuk analgetika narkotika adalah : derivat opiate seperti morphine dan codein. Narkotik menghilangkan nyeri dengan merubah aspek emosional dari pengalaman nyeri seperti persepsi nyeri. Perubahan perilaku dan perasaan sehat membuat individu merasa lebihnyaman meskipun nyerinya masih timbul.

2) Analgetika non narkotika

Yang termasuk kedalam analgetika non narkotika yaitu derivat dari Asam Salisilat (Aspirin), Paraaminophenols (Phenacetin), Pyrazolon (Phenylbutazone). Terdapat juga analgesik kombinasi seperti kombinasi dari analgesik kuat dengan analgesik ringan. Contohnya : Tylenol, yang merupakan kombinasi dari acetaminophen (sebagai obat analgesic non narkotik) dengan codein 30 mg.

c. Manajemen non farmakologi

1) Stimulasi pada area kulit Stimulasi pada area kulit (*cutaneous stimulation*) adalah manajemen nyeri non farmakologi yang dipercaya dapat mengaktifkan opioid endogen. Teknik ini terdiri atas pemberian kompres dingin, kompres hangat, massage, dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*).

2) *Accupressure* *Accupressure* adalah penekanan-penekanan pada titik pengaktif nyeri atau disebut titik akupuntur. Dengan tujuan memperlancar sirkulasi sehingga tercapai keseimbangan energi.

3) Distraksi

Distraksi merupakan manajemen nyeri non farmakologi dengan cara mengalihkan perhatian pasien untuk menurunkan ketakutan pasien terhadap nyeri. Jenis-jenis distraksi antara lain distraksi visual (menonton televisi, membaca koran dll), distraksi visual (bermain kartu, melakukan kegemaran dan menulis cerita), distraksi pendengaran (mendengarkan musik, suara burung atau suara air),

distraksi pernafasan (bernafas ritmik dan memandang fokus pada objekgambar atau memejamkan mata).

4) Relaksasi Merupakan teknik menurunkan kecemasan dan keteganganotot yang mengakibatkan nyeri. Jenis-jenis relaksasi diantaranya :

- a) Relaksasi pernafasan
- b) Gambaran dalam pikiran (*Imagery*)
- c) Regangan
- d) Senaman
- e) *Progressive muscular relaxation*
- f) Bertafaku

C. Konsep Dasar Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Definisi

Teknik relaksasi nafas dalam adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata (Kurniawati, 2019). Selain menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat menciptakan kondisi rileks dalam tubuh.

Mekanisme relaksasi nafas dalam pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonari. Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi, dan dapat mengurangi dampak

buruk dari terapi farmakologis bagi penderita hipertensi (Masnina & Setyawan dalam Paramita, 2021).

2. Manfaat Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Koziar, relaksasi bermanfaat untuk mengatasi atau menurunkan kecemasan, menurunkan ketegangan otot dan tulang, serta mengurangi nyeri dan menurunkan ketegangan otot yang berhubungan dengan fisiologis tubuh (Yumni et al, 2019).

Teknik relaksasi nafas dalam mampu menurunkan nyeri pada pasien post operasi, hal ini terjadi karena relatif kecilnya peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca operasi atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam terdapat hormon yang dihasilkan yaitu hormon adrenalin dan hormon kortison. Kadar PaCO₂ akan meningkat dan menurunkan PH, sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah (Majid et al, 2019).

3. Mekanisme Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Slow deep breathing secara teratur akan meningkatkan sensitivitas baroreseptor dan mengeluarkan neurotransmitter endorfin sehingga mengstimulasi respons saraf otonom yang berpengaruh dalam menghambat pusat simpatis (meningkatkan aktivitas tubuh) dan merangsang aktivitas parasimpatis (menurunkan aktivitas tubuh atau relaksasi).

Apabila kondisi ini terjadi secara teratur akan mengaktifasi cardiovascular control center (CCC) yang akan menyebabkan penurunan heart rate, stroke volume, sehingga menurunkan cardiac output, proses ini

memberikan efek menurunkan tekanan darah. Proses fisiologi terapi nafas dalam (*deep breathing*) akan merespons meningkatkan aktivitas baroreseptor dan dapat mengurangi aktivitas keluarnya saraf simpatis dan terjadinya penurunan kontraktilitas, kekuatan pada setiap denyutan berkurang, sehingga volume sekuncup berkurang, terjadi penurunan curah jantung dan hasil akhirnya yaitu menurunkan tekanan darah dan tekanan nadi (Muttaqin dalam Kurniawati, 2019).

Terjadinya penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera dan periode kewaspadaan yang santai dari proses relaksasi nafas dalam ini mengakibatkan penurunan skala nyeri (Handayani, 2021)

4. Langkah-langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Potter dan Perry, langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut :

- a. Ciptakan lingkungan tenang, usahakan tetap rileks dan tenang.
- b. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, 3 perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulutsambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks.
- c. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali, menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahanlahan.
- d. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks, usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam, pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri.

- e. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang.
- f. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali
(Yumni et Al, 2019).

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada pasien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Budiono dalam Kartikasari dkk, 2020)

a. Identitas pasien

Identitas pasien yang perlu dikaji meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan.

b. Keluhan utama

Merupakan keluhan yang dirasakan klien saat dilakukan pengkajian. pada pasien post *sectio caesarea* keluhan utamanya berupa nyeri pada area abdomen yaitu pada luka operasi. Cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri adalah dengan PQRST :

1) P (provokatif atau paliatif)

Merupakan faktor yang memperparah atau meringankan nyeri .

Pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa :

a) Apa yang menyebabkan gejala nyeri?

b) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri?

c) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?

2) Q (kualitas atau kuantitas)

Merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa :

a) Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?

b) Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang di rasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya.

c) Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?

3) R (Regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi)

Merupakan data mengenai dimana area nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa:

a) Di mana gejala nyeri terasa?

b) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat?

4) S (Skala)

Merupakan data mengenai seberapa parah atau berapa intensitas nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa:

a) Seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10 ?

5) T (Time atau waktu)

Merupakan data mengenai kapan, lamanya, frekuensi dan sebab nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa :

- a) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?
 - b) Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap?
 - c) Berapa lama nyeri berlangsung?
 - d) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap?
- c. Riwayat kesehatan sekarang
- Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi sectio caesarea seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solutio plasenta, plasenta accrete, vasa previa), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, terlilit tali pusat), bayi kembar (*multiple pregnancy*), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.
- d. Riwayat kesehatan keluarga
- Dalam pengkajian ini ditanyakan tentang hal keluarga yang dapat mempengaruhi kehamilan langsung ataupun tidak langsung seperti apakah dari keluarga klien yang sakit terutama penyakit yang menular yang kronis karena dalam kehamilan daya tahan ibu tidak menurun bila ada penyakit menular dapat lekas menular kepada ibu dan mempengaruhi janin dan sectio caesarea ini biasanya tidak tergantung dari keturunan.
- e. Riwayat obstetri dan ginekologi
- 1) Riwayat obstetri
 - a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu yang terdiri dari tahun persalinan, jenis kelamin bayi serta keadaan bayi.

- b) Riwayat kehamilan sekarang yang perlu dikaji seberapa seringnya memeriksa kandungan serta menjalani imunisasi.
 - c) Riwayat persalinan sekarang yang perlu dikaji adalah lamanya persalinan, BB bayi.
- 2) Riwayat ginekologi
- a) Riwayat Menstruasi. Perlu dikaji adalah usia pertama kali haid, siklus dan lamanya haid, warna dan jumlah HPHT dan tafsiran kehamilan.
 - b) Riwayat perkawinan yang perlu dikaji adalah usia saat menikah dan usia pernikahan, pernikahan keberapa bagi klien dan suami.
 - c) Riwayat keluarga berencana yang perlu dikaji adalah jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya serta masalah selama pemakaian alat kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang digunakan setelah persalinan.
- f. Pola kebutuhan sehari-hari
- 1) Bernafas

Pada pasien dengan *post sectio caesarea* tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.
 - 2) Makan dan minum

Pada pasien *post sectio caesarea* tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam sehari.

- 3) Eliminasi
Pada pasien *post sectio caesarea* pasien melakukan BAB secara normal.
- 4) Istirahat dan tidur
Pada pasien *post sectio caesarea* terjadi gangguan pada pola istirahat dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- 5) Gerak dan aktifitas
Pada pasien *post sectio caesarea* terjadi gangguan gerak dan aktifitas karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
- 6) Kebersihan diri
Pada pasien *post sectio caesarea* kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- 7) Berpakaian
Pada pasien *post sectio caesarea* biasanya mengganti pakaian dibantu oleh keluarga.
- 8) Rasa nyaman
Pada pasien *post sectio caesarea* akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- 9) Konsep diri
Pada pasien *post sectio caesarea* seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.
- 10) Sosial
Pada ibu *sectio caesarea* lebih banyak berinteraksi dengan keluarga dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan

meningkat.

11) Data spiritual

Kaji kepercayaan ibu terhadap Tuhan.

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Klien dengan *sectio caesarea* umumnya mengalami kelemahan.

2) Kesadaran

Pada umumnya composmentis.

3) Tanda-tanda vital

Hal-hal yang dilakukan pada saat pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien *post sectio caesarea* biasanya tekanan darah menurun, suhu meningkat, nadi meningkat dan pernapasan meningkat.

4) Pemeriksaan kepala wajah

Konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak.

5) Pemeriksaan leher

Ada tidaknya pembesaran tiroid.

6) Pemeriksaan thorax

Ada tidaknya ronchi atau wheezing.

7) Pemeriksaan payudara

Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.

8) Pemeriksaan abdomen

Keadaan luka *post sectio caesarea*.

9) Pemeriksaan eksremitas atas

Ada tidaknya oedema, suhu akral, eksremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.

10) Genetalia

Menggunakan kateter atau tidak.

11) Data penunjang

Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC)

2. Diagnosa keperawatan

Menurut (SDKI, 2018) Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis akan respon klien mengenai masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial.

| | |
|---|--------------|
| Nyeri akut <i>Kategori : Psikologis</i> <i>Sub kategori : nyeri dan kenyamanan</i> | D.007 |
| Definisi Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. | |
| Penyebab <ol style="list-style-type: none">1. Agen pencedera sensorik (mis inflamasi, iskemia, neoplasma)2. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)3. Agen pencedera fisik (mis, Abses, amputasi, terbakar terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) | |
| Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif | |

| |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersifat protektif (mis, waspada , posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur |
| <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (tidak tersedia) <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis |
| <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom coroner akut 5. Glaucoma |

3. Intervensi Keperawatan

Untuk melaksanakan implementasi seorang tenaga kesehatan harus mempunyai kemampuan kognitif dalam proses implementasi yaitu mencakup melakukan pengkajian ulang kondisi klien, memvalidasi rencana keperawatan yang telah disusun, menentukan kebutuhan yang tepat untuk memberikan bantuan, melaksanakan strategi keperawatan dan mengkomunikasikan kegiatan baik dalam bentuk lisan maupun tulisan dan dilakukan juga tindakan kerja sama antara tenaga kesehatan dengan klien, beserta keluarga klien sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat optimal dan komprehensif (Dania, 2020).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan nyeri akut

| No . | Diagnosa keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi |
|------|----------------------------|--|--|
| 1. | Nyeri akut (D.0077) | Tingkat nyeri (L.08066) <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri meningkat menjadi menurun 2. Meringis meningkat menjadi menurun 3. Frekuensi | Manajemen Nyeri (I.08238) <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi,kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Identifikasi pengaruh |
| | | <ol style="list-style-type: none"> nadi memburuk menjadi membaik 4. Pola napas memburuk mejadi membaik 5. Tekanan darah memburuk menjadi membaik | <p>nyeri pada kualitas hidup.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Herdiani & Fitriani) 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri |

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah inisiatif tindakan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Penatalaksanaan nyeri adalah peredaan nyeri atau pengurangan nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima klien. Penatalaksanaan nyeri tersebut meliputi dua tipe dasar intervensi keperawatan farmakologi dan nonfarmakologi.

Penatalaksanaan keperawatan nyeri terdiri atas tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi. Secara umum, tindakan noninvasif dapat dilakukan sebagai sebuah fungsi keperawatan mandiri, sementara pemberian obat analgesik memerlukan instruksi dokter. Secara umum, kombinasi strategi adalah tindakan terbaik untuk klien yang mengalami nyeri (Kozier & Barbara dalam Batmomolin,2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan di lakukan (Kozier & Barbara dalam Batmomolin, 2022).