

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Post Partum

2.1.1 Pengertian

Post partum adalah proses pengeluaran janin yang diawali adanya kontraksi uterus secara terus – menerus secara teratur yang akan mengakibatkan perubahan pada serviks (Membuka dan menipis) maka bayi dan plasenta akan terus terdorong sampai menuju jalan lahir dari rahim maka setelah selesai persalinan ibu akan masuk ke dalam masa *post partum* atau nifas (Munafiah et al., 2019).

Post partum atau nifas adalah masa setelah persalinan selesai yang bermula dari lahirnya janin beserta plasentanya yang biasanya masa nifas ini berakhir dalam waktu 6 minggu atau 40 hari hingga organ – organ kandungan kondisinya kembali seperti sebelum hamil, seperti penurunan tinggi uteri berada 3 jari dibawah pusat, involusi uteri merupakan kondisi uterus yang kembali seperti sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram (Anggraini, 2019).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *post partum* merupakan proses pengeluaran janin dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan terus menerus, menyebabkan serviks membuka dan menipis. Selama proses ini, bayi dan plasenta lahir. Biasanya masa nifas berakhir dalam Waktu 6 minggu atau 40 hari. Selama masa nifas, organ - organ kandungan kembali seperti sebelum hamil, penurunan tinggi uterus menjadi

3 jari dibawah pusat, dan involusi uteri kembali seperti sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram.

2.1.2 Etiologi

Penyebab komplikasi perdarahan *postpartum* yaitu atonia uteri, retensio plasenta dan sisa plasenta, laserasi perineum, vagina, serviks, dan uterus, gangguan pembekuan darah atau koagulopati. Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan *postpartum* dan sekaligus penyebab utama kematian maternal (Simajuntak, 2020).

2.1.3 Patofisiologi

a. Involusi Uterus

Proses kembalinya uterus ke dalam sebelum hamil setelah melahirkan, proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot – otot polos uterus. Pada akhir tahap ketiga persalinan, uterus berada di garis tengah, kira – kira 2 cm dibawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilikus. Fundus turun kira – kira 1 sampai 2 cm setiap 24 jam. Pada hari pasca partum keenam fundus normal akan berada di pertengahan antara umbilikus dan simpisis pubis (Bobak, 2019).

Uterus pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil, berinvolusi menjadi kira – kira 500 gr 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gr 2 minggu setelah lahir. Satu minggu setelah

melahirkan uterus berada di dalam panggul. Pada minggu keenam, beratnya menjadi 50 – 60 gr. Peningkatan estrogen dan progesterone bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama hamil. Pada masa pasca partum penurunan kadar hormon menyebabkan terjadinya autolisis, merusak secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Sel – sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil menetap. Inilah penyebab ukuran sedikit lebih besar setelah hamil (Bobak, 2019).

b. Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar. Homeostasis pasca partum dicapai terutama akibat kompresi pembuluh darah intramiometrium, bukan oleh agregasi trombosit dan pembentukan bekuan. Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengopresi pembuluh darah dan membantu hemostasis (Bobak, 2019).

Selama 1 – 2 jam pertama pasca partum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi tidak teratur. Untuk mempertahankan kontraksi uterus, suntikan oksitosin secara intravena atau intramuskuler diberikan segera setelah plasenta lahir. Ibu yang merencanakan menyusui bayinya, dianjurkan membiarkan bayinya di payudara segera setelah lahir karena isapan bayi pada payudara merangsang pelepasan oksitosin (Bobak, 2019).

2.1.4 Manifestasi Klinik

Ada 3 perubahan sistem pencernaan pada ibu *post partum* menurut (Zadadra *et al.*, 2019) :

- a. Nafsu makan ibu *post partum* normal atau spontan biasanya merasa lapar segera setelah melahirkan sehingga ibu boleh mengkonsumsi makanan ringan dan siap makan pada 1 – 2 jam *post – primordial*, serta dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Setelah benar – benar pulih dari efek analgesia, anestesia, dan keletihan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi. Sering kali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3 – 4 hari sebelum faal usus Kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema.

- b. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesik dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

- c. Pengosongan Usus

Buang Air Besar (BAB) secara spontan bisa tertunda selama 2 – 3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus

otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pasca partum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, atau dehidrasi. Ibu sering kali sudah menduga nyeri saat defekasi karena nyeri yang dirasakannya di perineum akibat episiotomi, laserasi, atau hemoroid. Kebiasaan buang air yang teratur perlu dicapai kembali setelah tonus usus kembali normal. Kebiasaan mengosongkan usus secara teratur perlu dilatih kembali untuk merangsang pengosongan usus.

2.1.5 Komplikasi

Berikut ini komplikasi *post partum* menurut (Leniwita, 2019) :

a. Perdarahan *Post partum*

Perdarahan *post partum* merupakan kehilangan darah >500 ml untuk persalinan spontan dan >1000 ml untuk persalinan *section caesarea*, dan biasanya disebabkan oleh tiga penyebab utama perdarahan *post partum* yaitu atonia uteri, laserasi, dan tertahannya jaringan plasenta.

b. Infeksi *Puerperium*

Infeksi *puerperium* adalah infeksi bakteri yang terjadi di area traktus genitalia pada masa *post partum*, jika terjadi infeksi biasanya tubuh akan mengalami kenaikan suhu lebih dari 38⁰C yang terjadi pada hari ke – 2 sampai 10 hari pertama setelah persalinan.

c. Mastitis

Mastitis merupakan peradangan yang terjadi pada area kelenjar payudara atau mammae. Faktor yang dapat menyebabkan terjadinya mastitis yaitu karena penyumbatan saluran susu, daya tahan tubuh ibu yang terendah, ibu kelelahan atau stress, kebersihan payudara yang tidak terjaga, dan keretakan atau terbelah puting. Mastitis dapat terjadi saat minggu ke – 2 atau ke – 4 *post partum*.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang diperlukan sebelum *post partum* antara lain :

a. Darah : Hb, Gula Darah

Pemeriksaan Hb dilakukan 2 kali selama kehamilan, pada trimester pertama dan pada kehamilan 30 minggu, karena pada usia 30 minggu terjadi puncak hemodilusi. Ibu dengan anemia ringan Hb <11gr % dan anemia berat <8 gr %.

b. USG (Ultrasonografi)

Teknik diagnostik untuk pengujian struktur badan bagian yang melibatkan formasi bayangan dua dimensi dengan gelombang ultrasonic (Aspiani, 2017).

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan perawatan ibu *post partum* menurut (Rahmadenti, 2020) adalah :

a. Observasi ketat 2 jam *post partum* (Adanya komplikasi perdarahan).

- b. 6 – 8 jam pasca persalinan : Istirahat dan tidur tenang, usahakan miring kanan kiri.
- c. Hari ke 1 -2 : Memberikan KIE tentang kebersihan diri, cara menyusui yang benar dan perawatan payudara, perubahan – perubahan yang terjadi pada masa nifas, pemberian informasi tentang senam nifas.
- d. Hari ke – 2 : Mulai Latihan duduk.
- e. Hari ke – 3 : Diperkenankan Latihan berdiri dan berjalan.

2.2 Konsep Dasar Sectio Caesarea

2.2.1 Pengertian

Persalinan *Sectio caesarea* proses melahirkan dengan cara tindakan pembedahan pada laparatomi dan histerotomi untuk mengeluarkan bayi. (Haryani et al., 2021). *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Purwanti et al., 2021).

Pengertian lain menyebutkan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Batara, 2021).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah prosedur pembedahan yang melibatkan laparatomi dan histerotomi untuk mengeluarkan bayi. Menurut pengertian lain, *sectio caesarea* adalah persalinan buatan untuk melahirkan janin melalui sayatan pada dinding

perut dan dinding rahim dengan syarat dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

2.2.2 Etiologi

Menurut (Solihah, 2019) kondisi ibu dan janin yang sedang dikandung menjadi dua penyebab dilakukannya SC, berikut urainnya :

a. Penyebab Dari Ibu

Kelainan pada primigravida dan primiparatua, disproporsi panggul atau janin (Sefalo pelvik), riwayat buruk pada kehamilan dan persalinan, terdapat panggul yang sempit, kondisi plasenta yang menutupi rahim dan solusio plasenta tingkat I – II. Komplikasi tekanan darah tinggi dan kelebihan protein dalam urine (Preeklamsia – eklamsia), pasien atau keluarga yang meminta dan ibu dengan disertai penyakit jantung atau diabetes melitus, juga bisa disebabkan kista ovarium dan mioma uteri yang mengganggu proses persalinan.

b. Penyebab Dari Janin

Mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, gawat janin (*Fetal distress*), pembukaan kecil pada prolapsus tali pusat, dan *forceps ekstraksi* (Kegagalan persalinan vakum).

2.2.3 Patofisiologi

Sectio caesarea adalah tindakan untuk mengeluarkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan yang dilakukan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan dikarenakan pada dinding uterus yang

masih utuh. Indikasi dilakukan karena disproporsi kepala panggul, plasenta previa, eklamsia maupun preeklamsia, dan juga bagi janin bisa disebabkan oleh gawat janin, maupun letak lintang (Aspirani, 2017).

Dalam proses pembedahan akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, serta saraf – saraf di area daerah insisi. Hal ini dapat merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang menyebabkan nyeri. Akibat nyeri yang dirasakan ini dapat menyebabkan pasien sering terbangun, sering terjaga, sulit tidur, tidak nyenyak, setelah proses pembedahan daerah insisi akan ditutup dapat menimbulkan kemerahan atau gatal sehingga menyebabkan masalah resiko infeksi (Mitayani, 2016).

Setelah persalinan *sectio caesarea*, pasien akan mengalami hambatan dalam bergerak yang disebabkan oleh tindakan pembedahan *sectio caesarea* yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang area sensorik sehingga menimbulkan nyeri pada luka operasi. Hal ini yang membuat pasien tidak mampu untuk beraktivitas secara mandiri (Atoy et al., 2019).

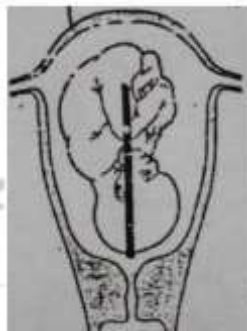
2.2.4 Jenis – Jenis Sectio Caesarea

Beberapa jenis SC menurut (Sofyan, 2019) yakni :

a. *Sectio Caesarea* Klasik

Pembedahan untuk membuat insisi sepanjang 10 – 12 cm pada bagian tengah dari korpus dengan ujung bawah di atas batas plika vasio uterine. Bertujuan apabila ada hambatan untuk melakukan proses SC

transperitonealis profunda, misal disebabkan persalinan SC sebelumnya uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi 30 plasenta previa. Pembedahan jenis ini memiliki kekurangan, resiko peritonitis lebih besar dan rupture uteri empat kali lebih bahaya pada kehamilan selanjutnya (Putri, 2019).

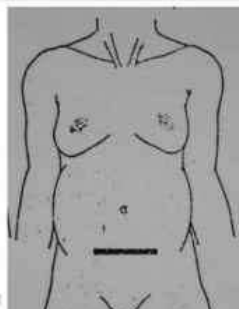


Gambar 2 1 Sectio Caesarea Klasik

Sumber : (Sofyan, 2019)

b. *Sectio Caesarea* Transperitonealis Profunda.

Sectio Caesarea yang paling sering dilakukan, dengan insisi pada segmen bawah rahim, namun terdapat perluasan luka insisi dan dapat menimbulkan pendarahan merupakan kekurangan dari pembedahan ini.



Gambar 2 2 Sectio Caesarea Profunda

Sumber : (Sofyan, 2019)

c. *Sectio Caesarea* Histerektomi

Pengangkatan uterus setelah *sectio caesarea* karena atoni uteri yang tidak dapat diatasi dengan tindakan lain, pada miomtousus yang besar pada rupture uteri yang tidak dapat diatasi dengan jahitan (Mahmudah, 2023).

d. *Sectio Caesarea Ekstra Peritoncalis*

Insisi pada dinding dan fasia abdomen dan musculus – rectus 32 dipisahkan secara tumpul. Retraksi ke bawah pada vesika urinaria sedangkan untuk memaparkan segmen bawah uterus lipatan peritoneum dipotong kearah kepala. Jenis pembedahan ini dilaksanakan untuk meminimalisir bahaya dari infeksi puerpureal, namun karena Tingkat kesulitan dan kemajuan pengobatan infeksi, pembedahan SC ini tidak banyak lagi dilakukan.

2.2.5 Manifestasi Klinik

Berdasarkan (Hijratun, 2019), manifestasi klinis *Sectio Caesarea*, diantara lain :

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600 – 800 ml.
- b. Terpasang kateter, urin berwarna jernih dan pucat.
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- d. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru.
- e. Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- f. Aliran lokhea sedang dan bebas bekuan, berlebihan, dan banyak.

2.2.6 Komplikasi

Komplikasi tindakan *sectio caesarea* pada sang ibu antara lain : pendarahan yang meningkat, infeksi, lamanya waktu penyembuhan, dan membentuknya gumpalan darah.

Komplikasi tindakan *sectio caesarea* pada sang bayi antara lain : Dalam operasi berlangsung lama, sehingga menyebabkan atensi yang berpengaruh pada bayi. Akhirnya sang bayi saat lahir tidak dapat berlangsung menangis dan keterlambatan menangis inilah yang mengakibatkan kelainan pada hemodinamika (Sugiarti, 2018).

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Indriyani, 2018), pemantau janin terhadap kesehatan janin :

- a. Pemantauan EKG
- b. Jumlah darah lengkap dengan diferensial
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin / Hematokrit
- e. Golongan dan pencocokan silang darah
- f. Urinalis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru dan janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- i. Ultrasound sesuai kebutuhan

2.2.8 Penatalaksanaan

Menurut (Ramadanty, 2019), penatalaksanaan *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

a. Pemberian cairan

Pemberian cairan per – intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan yaitu, DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan per – infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per – oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah dibolehkan pada 6 – 8 pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

1. Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi.
2. Latihan pernapasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.
3. Hari kedua post operasi, penderita dapat latihan duduk selama 5 menit dan diminta untuk relaksasi napas dalam, kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk

(Semifowler), selanjutnya berlatih untuk berjalan sendiri pada hari ke – 3 pasca operasi.

d. Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 – 48 jam tergantung operasi dan keadaan klien.

e. Perawatan Luka

Kondisi balutan luka dilihat pada *post operation day* (POD) 2 dan dibersihkan kemudian diganti balutannya.

2.3 Konsep dasar Preeklamsia Berat

2.3.1 pengertian

Preeklamsia berat adalah preeklamsi dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria lebih 5 gr/24 jam (Utari, 2022).

Preeklamsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan/atau edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Solehati et al., 2024).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa preeklamsia berat atau PEB adalah komplikasi kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah sistolik lebih dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 110 mmHg serta proteinuria atau edema lebih dari 5 gram/24 jam.

2.3.2 Etiologi

Penyebab timbulnya preeklamsia pada ibu hamil belum diketahui secara pasti, tetapi pada umumnya disebabkan oleh (*Vasopasme arteriola*). Faktor – faktor lain yang diperkirakan akan mempengaruhi timbulnya preeklamsia antara lain : Primigravida, kehamilan ganda, hidramion, molahidatidosa, multigravida, malnutrisi berat, usia ibu kurang dari 18 tahun atau lebih dari 35 tahun serta anemia (Nabella, 2021).

Preeklamsia berat akan memicu terjadinya eklampsia yang dapat mengakibatkan kejang pada saat kahamilan. Pada teori intoleransi imunologi preeklamsia akan berpengaruh antara ibu dan janin apabila risiko preeklamsia meningkat jika terjadi gangguan pembentukan *blocking antibodies* terhadap plasenta (Bersifat antigenetik) seperti pada kehamilan pertama, kehamilan kembar (Dimana jumlah antigen yaitu plasenta melebihi jumlah antibody). Pada preeklamsia terjadi penurunan jumlah *human leucocyte antigen – G* (HLA – G), atau plasenta memproduksinya dalam bentuk lain sehingga terjadi intoleransi ibu terhadap plasenta. Preeklamsia juga akan mengakibatkan sindrom materal yang merupakan tahap simpotoatis yang umumnya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu ditandai dengan hipertensi, kerusakan ginjal dengan endoteliosis glomerulus yang menyebabkan proteinuria, ekampsia, sindrom *HELLP* (Hemolisis, peningkatan enzim liver, dan trombositopenia) dan kerusakan organ – organ lainnya gejala klinis tersebut disebabkan oleh aktivitas sel – sel endotel yang telah terjadi pada tahap pertama dengan respon inflamasi

sistemik di seluruh organ tubuh yang ditandai dengan peningkatan permeabilitas vaskuler serta hipoperfusi organ (Ayu, 2020).

2.3.3 Patofisiologi

Pada preeklamsia berat terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilakui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik sebagai usaha untuk mengatasi tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstitial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Andriani & Rusnoto, 2019).

2.3.4 Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala yang terjadi pada ibu hamil yang mengalami pre – eklamsia berat yaitu tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg, terjadi peningkatan kadar enzim hati dan atau icterus, trombosit $< 100.000 / \text{mm}^3$, terkadang disertai oligouria < 400 ml/24 jam, protein urine $> 2 - 3$ gr/liter, ibu hamil mengeluh nyeri epigastrium, scotoma dan gangguan visus lain atau nyeri frontal yang berat, perdarahan retina dan oedema pulmonum. Terdapat beberapa penyulit juga

yang dapat terjadi, yaitu kerusakan organ – organ tubuh seperti gagal ginjal, gagal jantung, gangguan fungsi hati, pembeluan darah, *sindrom HELLP*, bahkan dapat terjadi kematian pada bayi, ibu dan atau keduanya bila preeklamsia tidak segera ditangani dengan baik dan benar (Ai Yeyeh. R, 2014).

2.3.5 Komplikasi

Komplikasi preeklamsia berat pada ibu antara lain eklampsia, dan sindrom *HELLP*, sindrom *HELLP* yaitu hancurnya sel darah merah, peningkatan enzim hati, dan penurunan jumlah trombosit yang dapat mengakibatkan kematian ibu dan bahkan kematian janin (Puspitowati et al., 2022).

2.3.6 Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah penurunan hemoglobin (Nilai rujukan atau kadar normal hemoglobin untuk wanita hamil adalah 12 – 14 gr %), hematokrit meningkat (Nilai rujukan 37 - 43 vol %). Trombosit menurun (Nilai rujukan 150 – 450 ribu/mm³).
- b. Urinalisis ditemukan protein dalam urine.
- c. Pemeriksaan fungsi hati bilirubin meningkat (N = < 1 mg/dl), *aspartate aminotransferase* (AST) > 60 ul, serum *glutamate piruvat transaminase* (SGPT) meningkat (N = 15 – 45 u/ml), serum *glutamate oxaloacetix transaminase* (SGOT) meningkat (N = < 31 u/l), total protein serum menurun (N = 6,7 – 8,7 g/dl).

- d. Tes kimia darah asam urat meningkat ($N = 2,4 - 2,7 \text{ mg/dl}$).
- e. Radiologi
 - 1. Ultrasonografi ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus, pernapasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.
 - 2. Kardiotagrafi diketahui denyut jantung janin bayi lemah (Erma, 2021).

2.3.7 Penatalaksanaan

Ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala – gejala preeklamsia berat selama perawatan maka perawatan di bagi menjadi :

- a. Perawatan aktif yaitu kehamilan segera diakhiri atau diteminasi ditambah pengobatan medisinal.
- b. Perawatan konservatif yaitu kehamilan tetap dipertahankan ditambah pengobatan medisinal.

1. Perawatan Aktif

Sedapat mungkin sebelum perawatan aktif pada setiap penderita dilakukan *fetal assessment* (NST & USG).

Indikasi :

a) Ibu

Usia kehamilan 36 minggu atau lebih adanya tanda – tanda atau gejala impending eklamsia.

b) Janin

Hasil fetal jelek (NST & USG). Adanya tanda IUGR (*Intrauterine growth restriction*).

c) Laboratorium

Adanya “*HELLP Syndrome*” (Hemolisis dan peningkatan fungsi hepar, trombositopenia) Sindrom HELLP biasanya muncul antara usia gestasi 32 – 34 minggu dan 30% kasus terjadi pada periode pasca partum. Ibu yang menderita sindrom HELLP sering mengeluh nyeri epigastrik, atau nyeri pada kuadran kanan atas, serta mual dan muntah. Beberapa diantaranya akan mengalami gejala seperti sindrom virus non spesifik. Hipertensi dan proteinuria biasanya tidak ada atau hanya sedikit abnormal.

2. Perawatan Konservatif

a) Indikasi

Bila kehamilan *preterm* kurang 36 minggu tanpa disertai tanda – tanda impending eklamsia dengan keadaan janin baik.

b) Terapi

Hanya loading dosis MgSO₄ tidak diberikan intravena, cukup intramuskular saja 4 gram dibokong kiri dan 4 gram pada bokong kanan. Kortikosteroid (Oradexon i.m 2 kali 10 mg). Antibiotik, diuretikum dan kardiotonikum hanya diberikan atas indikasi (Noer et al., 2018).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan dengan *Sectio Caesarea*

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah (Hia, 2019).

a. Identitas

Perawat melakukan pengkajian pada klien dengan menanyakan nama, umur, Pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, nomer rekam medis (RM), tanggal masuk rumah sakit (MRS), tanggal pengkajian dan yang terakhir kaji identitas pengganggu jawab atas klien.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada *post section caesarea* biasanya adalah nyeri dibagian abdomen akibat luka jahitan setelah operasi, pusing dan sakit pinggang.

c. Data riwayat

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Hal yang perlu dikaji dalam riwayat dahulu seperti ibu yang menderita hipertensi sebelum kehamilan, mempunyai riwayat preeklamsia pada riwayat kehamilan sebelumnya, ibu dengan

obesitas dan pernah menderita penyakit ginjal kronis kemungkinan akan meningkatkan risiko terjadinya preeklamsia (Ahlia et al., 2024).

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Hal yang dikaji dalam riwayat kesehatan sekarang seperti sesak napas setelah operasi yang berupa gangguan kerja otot napas yang tertutup dan gangguan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri seperti di iris – iris, dan nyeri terasa saat digerakan. Pada ibu preeklamsia ibu merasa sakit kepala, terasa sakit di ulu hati, nyeri epigastrium, mual, muntah dan terdapat oedem.

3. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada penyakit keturunan didalam keluarga yang memungkinkan bisa diturunkan ke penderita misalnya jantung, hematokrit, diabetes melitus, penyakit kelamin, preeklamsia atau kardiovaskuler lainnya.

4. Riwayat Psikososial

Pengkajian faktor emosional, perilaku dan sosial pada masa pascapartum memungkinkan perawatan mengidentifikasi kebutuhan ibu dan keluarga terhadap dukungan, penyuluhan, dan bimbingan antisipasi, respon mereka terhadap pengalaman kehamilan dan persalinan serta perawatan post partum faktor – faktor yang mempengaruhi pengebanan tanggung jawab menjadi orang tua baru.

d. Riwayat Obstetrik

1. Keadaan Haid

Mengkaji tentang *menarche*, siklus haid pertama hari terakhir, lamanya haid dan nyeri atau tidak serta kaji keluhan keputihan.

2. Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Mengkaji riwayat kehamilan, riwayat persalinan terdahulu, keberapa kali ibu hamil, penolong saat melahirkan, tempat ibu melahirkan, bagaimana cara melahirkan, berapa jumlah anaknya, apakah pernah terjadi aborsi.

3. Riwayat Persalinan Sekarang

Riwayat persalinan sekarang meliputi tentang tanggal melahirkan, jenis melahirkan, lamanya melahirkan, apa jenis kelamin bayi dan kondisi bayi.

4. Kontrasepsi Yang Pernah Digunakan

Mengkaji riwayat kontrasepsi supaya tahu jenis kontrasepsi apa yang akan dilakukan setelah masa nifas.

e. Pola Kebiasaan Sehari – Hari

Menurut (Endrianti, 2023).

1. Pola nutrisi dan metabolisme biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya.

2. Pola eliminasi, pra eliminasi biasanya terjadi konstipasi karena klien *post op sectio caesarea* takut untuk melakukan BAB.

3. Pola reproduksi, biasanya terjadi disfungsi seksual yang diakibatkan oleh proses persalinan dan masa nifas.
 4. Pola istirahat, pola istirahat dan tidur biasanya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan.
 5. Pola personal *hygiene*, mencakup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi klien setelah melahirkan dengan *sectio caesarea* yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.
 6. Aktivitas dan Latihan pola aktifitas, biasanya pada pasien *post sectio caesarea* mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri pada 6 – 8 jam pertama, kemudian latihan duduk dan latihan berjalan. Pada hari ketiga optimalnya pasien sudah dapat dipulangkan.
- f. Pemeriksaan *Head To Toe*
- Pemeriksaan *head to toe* (Suarni & Apriyani, 2017) :
1. Keadaan umum dan kesadaran klien :
TTV meliputi : (Tekanan darahnya tinggi : > 160 mmHg/> 110 mmHg, pernapasan normal, nadi normal, dan suhu tubuh normal).
 2. Kepala dan muka
Meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala apakah ada benjolan atau lesi, dan biasanya pada ibu *post partum* terdapat *chloasma gravidarum* di wajah.

3. Mata

Meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman penglihatan. Biasanya ada keadaan konjungtiva anemis karena proses persalinan yang mengalami perdarahan.

4. Hidung

Meliputi tulang hidung dan posisi septum, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan yang mengganggu pernapasan.

5. Telinga

Meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga.

6. Leher

Dikaji meliputi adanya kelenjar tiroid, vena jugularis dan kuduk terasa berat.

7. Mulut

Meliputi apakah pucat, sianosis, dehidrasi pada mukosa bibir, kemampuan inspirasi, keadaan gusi, kebersihan mulut.

8. Dada

Pada jantung bunyi jantung I dan II atau ireguler, Tunggal atau tidak, intensitas kuat atau tidak, apakah ada bunyi tambahan. Pada paru – paru bunyi pernapasan vesikuler atau tidak, apakah ada suara

tambahan seperti ronchi atau wheeing. Pergerakan dada dimetris, pernafsan regular, frekuensi nafas 20x/menit.

9. Payudara

Meliputi inspeksi warna kemerahan atau tidak, ada edema atau tidak, dan pada hari ketiga payudara membesar karena vaskularisasi dan engorgement (Bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari ke I – III), terdapat kolostum, keras atau rasa nyeri, kemudian palpasi untuk menilai apakah ada benjolan.

10. Abdomen

Meliputi inspeksi untuk melihat apakah luka bekas operasi dan tanda – tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striase dan lenia, apakah ada terjadinya *diastasis rectus abdominis* (RDA) yaitu pemisahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat peregangan mekanis dinding abdomen. Pemeriksaan abdomen dilakukan dengan :

a. Inspeksi

Periksa keadaan luka dengan cara lihat bagian perban pada POD 2 adakah rembesan darah di perban. Adakah linea nigra.

b. Auskultasi

Bising usus normal 8 – 12x/menit.

c. Palpasi

Perabaan terhadap tinggi fundus uteri (TFU) akan turun satu hingga dua cm setiap hari sampai hari ke – 10. Lakukan palpasi

di atas simfisis pubis, bila teraba tanyakan apakah sakit atau ibu ingin berkemih.

11. Genetalia

Meliputi apakah terdapat hematoma, edema, tanda – tanda infeksi, pemeriksaan pada lochea, meliputi warna, bau, jumlah dan konsistensinya.

12. Anus

Pada pemeriksaan anus apakah terdapat hemoroid, atau tidak.

13. Integumen

Meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi. Penurunan melamin umumnya setelah persalinan menyebabkan kekurangan hiperpigmentasi kulit.

14. Ekstermitas

Pemeriksaan varises, edema, refleksi patella, nyeri tekan, atau panas pada betis. Ada tanda homan, caranya meletakkan satu tangan pada lutut pasien dan dilakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila pasien merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda *homan sign* (+).

g. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Hitung sel darah lengkap (Termasuk hitung thrombosis).
- b. Pemeriksaan pembekuan (Termasuk waktu perdarahan, PT, PTT dan fibrinogen).

- c. Enzim hati (Laktat dehydrogenase/LDK). Aspartat amino transferase (AST) (SGOT), Alanin aminotransperase (ALT) (SGPT).
- d. Kimia darah (BUN, Kreatin, glukosa, asam urat).
- e. Hematokrit, hemoglobin dan trombosit dipantau secara ketat untuk menemukan perubahan yang mengidentifikasikan perubahan status klien. Karena ada kemungkinan hati terkena, kadar glukosa serum dipantau jika hasil tes fungsi hati menunjukkan adanya peningkatan enzyme hati.
- f. Proteinuria ditetapkan melalui pemeriksaan memakai kertas strip contoh urin yang diperoleh dengan cara pengambilan bersih (*Clean catch*) atau dengan memakai kateter.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Ramandanty, 2019), bahwa diagnosa keperawatan *post sectio caesarea* dengan indikasi preeklamsia berat yang muncul adalah :

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D. 0077)
- b. Gangguan pola tidur b.d nyeri (D. 0055)
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D. 0054)
- d. Konstipasi b.d penurunan tonus otot (D. 0049)
- e. Defisit pengetahuan b.d perawatan luka operasi (D. 0111)
- f. Resiko infeksi b.d adanya luka insisi (D. 0142)

2.4.3 Perencanaan

Tahap perencanaan keperawatan ialah perawat yang merumuskan rencana keperawatan. Rencana keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan Langkah – Langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan, serta penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data yang didapatkan dan juga diagnose keperawatan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017).

Tabel 2 1 Perencanaan

Sumber : PPNI (SDKI, SLKI, SIKI) 2017

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (D. 0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan berkurang dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun. b. Meringis menurun. c. Kesulitan tidur menurun. d. Gelisah menurun.	MANAJEMEN NYERI (I. 08238) Observasi : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri. - Identifikasi respon nyeri non verbal. - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. - Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik : - Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (mis : TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangan/dingin, terapi bermain). - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). - Fasilitas istirahat dan tidur. - Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi : - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. - Jelaskan strategi meredakan nyeri.

		c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. d. Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri.
		Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
Gangguan pola tidur b.d nyeri (D. 0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan berkurang dengan kriteria hasil : a. Keluhan sulit tidur menurun. b. Keluhan sering terbangun menurun. c. Keluhan istirahat tidak cukup menurun.	DUKUNGAN TIDUR (I. 05174) Observasi : a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis : kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). d. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Terapeutik : a. Modifikasi lingkungan (mis : pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). b. Batasi waktu tidur siang. c. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur. d. Tetapkan jadwal tidur rutin. e. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis : pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). f. Sesuaikan jadwal pemberian obat.tindakan untuk menunjang siklus tidur – terjaga. Edukasi : a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. c. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. d. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM

		e. Ajarkan faktor – faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis : psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja). f. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya.
Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D. 0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan berkurang dengan kriteria hasil : a. Pergerakan ekstremitas meningkat. b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerak (ROM) meningkat.	Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Observasi : a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik : a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (miss : pagar tempat tidur). b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi : a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini. c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis : duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
Konstipasi b.d penurunan tonus otot (D. 0049)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan berkurang dengan kriteria hasil : a. Frekuensi BAB membaik. b. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun. c. Konsistensi feses membaik. d. Peristaltik usus membaik.	Manajemen Konstipasi (I. 04155) Observasi : a. Periksa tanda dan gejala konstipasi. b. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna). c. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis : obat – obatan, tirah baring, dan diet rendah serat). d. Monitor tanda dan gejala rupture usus dan/atau peritonitis.

		Terapeutik : - Anjurkan diet tinggi serat. - Lakukan masase abdomen, jika perlu. - Lakukan evaluasi feses manual, jika perlu. - Berikan enema atau irigasi, jika perlu. Edukasi : - Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan. - Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi. - Latih buang air besar secara teratur. - Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi. Kolaborasi : - Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus. - Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu.
Defisit pengetahuan perawatan luka operasi (D. 0111)	b.d	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan berkurang dengan kriteria hasil : - Perilaku sesuai anjuran meningkat. - Verbalisasi minat dalam belajar meningkat. - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat. - Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat. - Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat.
		Edukasi Kesehatan (I. 12383) Observasi : - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. - Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik : - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. - Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. - Berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi : - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

	f. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. g. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.	
Risiko infeksi b.d adanya luka insisi (D. 0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan berkurang dengan kriteria hasil : a. Demam menurun. b. Kemerahan menurun. c. Nyeri menurun. d. Bengkak menurun. e. Kadar sel darah putih membaik.	Pencegahan Infeksi (I. 14539) Observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik : a. Batasi jumlah pengunjung. b. Berikan perawatan kulit pada area edema. c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. d. Pertahankan teknik septik pada pasien berisiko tinggi. Edukasi : a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. c. Ajarkan etika batuk. d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. Kolaborasi : Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

2.4.4 Pelaksanaan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tahap implementasi ialah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Apriyani, 2017).

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan serangkaian kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan. Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Ada dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Sedangkan evaluasi sumatif adalah rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap hari dan meliputi 4 komponen, yang dikenal dengan istilah SOAP (S : Subjektif verbal pasien terhadap tindakan), (O : Objektif respon nonverbal hasil dari tindakan dan data hasil pemeriksaan), (A : Menyimpulkan masalah, masih tetap ada, berkurang, atau muncul masalah baru), (P : Perencanaan atau tindak lanjut yang akan dilakukan selanjutnya berdasarkan hasil analisa dari respon pasien) (Apriyani, 2017).

2.5 Kosep Nyeri Akut

2.5.1 Pengertian

Nyeri akut adalah pengalaman emosional dan sensorial yang menyedihkan karena terdapat kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial, atau digambarkan kondisi kerusakan secara tiba – tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir bisa diperkirakan (Sholihah, 2019).

Nyeri akut adalah sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain. Nyeri bersifat universal, berbeda persepsi dan bersifat individual. Nyeri merupakan mekanisme fisiologis bertujuan untuk melindungi diri dan disebabkan oleh stimulus tertentu (Anjarsari, 2019).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri akut adalah suatu sensorial atau emosional yang tidak nyaman karena adanya kerusakan jaringan aktual atau potensial secara tiba – tiba yang bersifat individual, stimulus tertentu menyebabkan nyeri yang merupakan mekanisme fisiologis untuk melindungi diri.

2.5.2 Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, etiologi utama nyeri akut, yaitu agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan), dan agen pencedera fisik (mis.

Abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

2.5.3 Patofisiologi

Rasa nyeri akut yang timbul akibat pembedahan bila tidak diatasi dapat menimbulkan efek yang membahayakan sehingga mengganggu proses penyembuhan dan akan mempengaruhi proses tumbuh kembang. Rasa nyeri merupakan stressor yang dapat menimbulkan stress. Individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Pada respon fisiologis, system saraf otonom terstimulus bersamaan dengan naiknya impuls – impuls nyeri ke medulla spinalis hingga batang otak dan thalamus. Pada awalnya, system saraf simpatik berespon, menyebabkan respon melawan atau menghindar. Stimulus dari cabang saraf simpatis pada system saraf otonom mengakibatkan respon fisiologis seperti peningkatan respirasi, peningkatan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, ketegangan otot. Apabila nyeri berlanjut, maka system saraf simpatis mulai bereaksi. Adaptasi terhadap nyeri ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari mengalami nyeri (Surjadi, 2023).

2.5.4 Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala pada nyeri akut menurut (Mustami, 2023) :

- a. Tanda dan gejala mayor

Pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap profektif (Misal, waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b. Tanda dan gejala minor

Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, berfokus pada diri sendiri.

2.5.5 Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Penilai terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala yaitu (Mubarak et al., 2015) :

a. *Visual Analog Scale* (VAS)

Skala analog visual (VAS) adalah suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus – menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala analog visual cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri (Mubarak, 2015). Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, tanpa ada tiap sentimeter.



Gambar 2 3 Pengukuran Nyeri Visual Analog Scale (VAS)

Sumber : (Mubarak, 2015)

b. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala pendeskripsi verbal adalah sebuah garis yang terdiri atas tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini di rangking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan” (Mubarak, 2015). Skala ini menggunakan angka – angka 0 – 10 untuk menggambarkan Tingkat nyeri.

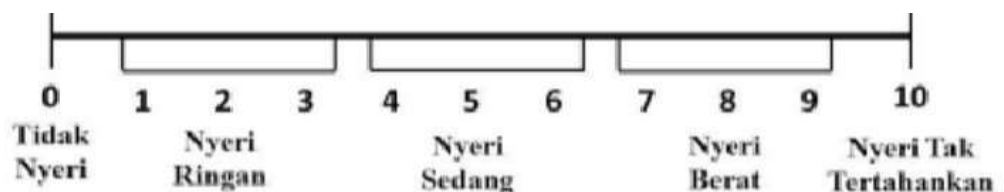


Gambar 2 4 Pengukuran Nyeri Dengan Verbal Rating Scale (VRS)

Sumber : (Mubarak, 2015)

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10, skala paling efektif digunakan saat pengkajian intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Selain itu, peningkatan nyeri mudah diketahui disbanding dengan skala lain (Mubarak, 2015).



Gambar 2 5 Pengukuran Nyeri Dengan Numeric Rating Scale

Sumber : (Mubarak, 2015)

d. *Wong Baker Pain Rating Scale*

Skala wajah mencantumkan skala angka dalam ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat didokumentasikan (Mubarak, 2015)



Gambar 2 6 Pengukuran Nyeri Dengan Wong Baker Rating Scale

Sumber : (Mubarak, 2015)

2.5.6 Klasifikasi Nyeri

a. Berdasarkan lama keluhan

1. Nyeri Akut

Respon fisiologis normal yang disebabkan karena rangsangan kimiawi, panasm atau mekanik setelah suatu pembedahan, trauma, dan penyakit akut. Nyeri akut terjadi kurang dari enam bulan.

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri yang menetap lebih dari 6 bulan.

b. Berdasarkan Lokasi

1. Nyeri Somatik

Nyeri yang timbul karena gangguan dari luar tubuh seperti luka bakar, trauma pasca jatuh, keseleo.

2. Nyeri Antom

Nyeri khusus yang dialami oleh klien yang mengalami amputasi, dipersepsikan pada orang yang diamputasi sehingga seolah – olah orang tersebut masih ada.

3. Nyeri Menjalar

Sensasi yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Nyeri yang timbul akibat adanya viseral yang menjalar ke orang lain sehingga nyeri dirasakan pada beberapa tempat (Ana Zakiyah, 2015).

2.5.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan nyeri akut mencakup pendekatan farmakologi dan nonfarmakologis. Pendekatan farmakologi yang biasa digunakan adalah analgesik golongan opioid untuk nyeri yang hebat dan golongan non steroid untuk nyeri sedang dan ringan (Lubis, 2022). Adapun beberapa cara pendekatan melalui nonfarmakologi, yaitu :

a. Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi napas dalam merupakan Teknik yang mudah dilakukan dengan napas perut yang mudah dilakukan dengan napas perut secara pelan, dan teratur. Klien dapat melakukan dengan menutup matanya sambil bernapas dengan perlahan dan rasakan kenyamanannya. Teknik relaksasi napas dalam akan menghasilkan implus yang dikirim melewati saraf *afere non nosiotor* mengakibatkan *substansi gelatinosa* tertutup sehingga rangsangan nyeri terhambat dan berkurang (Haryani et al., 2021).

Teknik relaksasi napas dalam dapat membantu mengurangi nyeri dengan meminimalkan fungsi sistem saraf simpatik dan meningkatkan fungsi sistem saraf parasimpatik vegetatif, karena mekanisme kimiawi yang sama, estrogen, progesteron, serta hormon stress adrenalin, diproduksi lebih sedikit saat tubuh rileks, sehingga tubuh menghentikan produksi hormon tersebut. Jadi, relaksasikan tubuh agar menghasilkan hormon yang diperlukan untuk mencapai kondisi yang bebas dari nyeri. Teknik relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui tiga mekanisme (Annisa, 2021) yaitu :

1. Dengan merelaksasikan otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan insisi (trauma) jaringan saat pembedahan.
2. Relaksasi otot skelet akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri.
3. Teknik relaksasi napas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkefalin.

Teknik relaksasi napas dalam melakukan 1 siklus relaksasi napas dalam selama 5 – 10 menit dengan frekuensi 3 – 5 kali dalam sehari (Susilawati et al., 2023). Adapun proses pelaksanaan teknik relaksasi napas dalam (Bariyah et al., 2023).

a) Tahap Prainteraksi

- 1) Membaca status pasien.
- 2) Mencuci tangan.

3) Menyiapkan alat.

b) Tahap Orientasi

- 1) Memberikan salam terapeutik.
- 2) Validasi kondisi pasien.
- 3) Menjaga privasi pasien.
- 4) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga.

c) Tahap Kerja

- 1) Memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami atau kurang jelas.
- 2) Atur posisi pasien agar rileks tanpa adanya beban fisik.
- 3) Instruksikan pasien untuk melakukan tarik napas dalam sehingga rongga paru berisi udara, intruksikan pasien dengan cara perlahan.
- 4) Menghembuskan udara membiarkannya keluar dari setiap angora tubuh, pada saat bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmat rasanya.
- 5) Instruksikan pasien buat bernapas dengan irama normal beberapa saat (1 – 2) menit.
- 6) Instruksikan pasien untuk Kembali menarik napas dalam, kemudian menghembuskannya dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki

menuju keparu – paru seterusnya rasakan udara mengalir keseluruh bagian anggota tubuh.

- 7) Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik -teknik ini bila rasa nyeri Kembali lagi. Setelah pasien merasakan ketengan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri.

d) Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi hasil kegiatan.
- 2) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya.
- 3) Akhiri kegiatan dengan baik.
- 4) Cuci tangan.

e) Dokumentasi

- 1) Catat waktu pelaksanaan tindakan.
- 2) Catat respons pasien.
- 3) Paraf dan nama perawat jaga.

b. Terapi Musik

Musik telah dipercaya dan diteliti dapat meningkatkan pengeluaran hormon endorphen. Endorphen merupakan ejektor dari rasa rileks dan ketenangan yang timbul. *Midbrain* mengeluarkan *enkepalin* dan *beta endorphen* yang merupakan zat tersebut dapat menimbulkan efek analgesik yang akhirnya akan mengeliminasi *neurotransmitter* rasa nyeri pada pusat persepsi dan interpretasi sensorik somatik di otak sehingga dapat menimbulkan berkurangnya rasa nyeri (Anindyah, 2017)

c. Relaksasi Benson dengan Aromaterapi

Aromaterapi adalah Teknik terapi yang diimplementasikan menggunakan minyak essensial. Salah satu jenis aromaterapi yang biasa digunakan untuk mengurangi nyeri adalah aromaterapi lavender. Aromaterapi lavender mengandung *linalool* dan *linalyl acetate* yang dapat merangsang saraf parasimpatis serta memiliki efek sebagai obat penenang. Kandungan aromaterapi lavender akan menyumbat arus natrium pada serabut saraf yang menstransmisikan nyeri, sehingga memblokir pesan nyeri serta memunculkan efek penenang (Efendi et al., 2020).

d. Relaksasi Benson

Relaksasi benson adalah relaksasi menggunakan teknik pernapasan yang biasa digunakan di rumah sakit pada pasien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kesemasan. Pada relaksasi benson ada penambahan unsur keyakinan dalam bentuk kata – kata yang merupakan rasa cemas yang sedang pasien alami (Haris et al., 2019).

2.5.8 Penelitian Menurut Jurnal Tentang Relaksasi Napas Dalam

- a. Hasil penelitian menurut (Susilawati et al., 2023). Setelah dilakukan intervensi teknik relaksasi napas dalam, skala nyeri setelah *sectio caesarea* berubah. Mereka menunjukkan bahwa setiap pasien yang menjalani operasi *sectio caesarea* di ruang seruni RSUD Dr. M Yunus Bengkulu mengalami tingkat nyeri yang lebih rendah, yaitu pada skala

nyeri sedang dengan presentase 83,3% dan pada skala tidak nyeri dengan presentase 83,3%.

- b. Hasil penelitian menurut (Bariyah et al., 2023). Hasil evaluasi pada hari ketiga didapatkan klien 1 masalah teratasi nyeri berkurang dari skala 6 menjadi 2 dari kategori sedang menjadi ringan. Pasien 2 masalah teratasi nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 3 dari kategori berat menjadi ringan.
- c. Hasil penelitian menurut (Cahyani et al., 2022). Hasil pengujian inferensial menggunakan analisis *paired t – test* menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam yang di kombinasikan dengan gambar yang dipandu memiliki pengaruh yang signifikan pada intensitas nyeri ibu yang telah menjalani *post operasi sectio caesarea*. Nilai pre dan post test intensitas nyeri pada kelompok intervensi adalah $P = 0,000$ ($P < 0,05$). Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi, nilai *pre* dan *post test* intensitas nyeri adalah $P = 0,000$ ($P < 0,05$).