

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Sectio Caesarea

2.1.1 Pengertian Sectio Caesarea

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi yang hidup di dalam uterus melalui vagina ke dunia pada usia kehamilan cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Fitriani, Friscila, and Jasmiati 2023; Lubis 2018). Setiap wanita yang mengalami proses persalinan selalu menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi dengan sehat. Ada dua metode persalinan yaitu persalinan lewat vagina yang lebih dikenal dengan persalinan alami dan persalinan caesar atau Sectio Caesarea (SC) (Lubis 2018).

Sectio Caesarea merupakan salah satu metode persalinan yang banyak dikenal pada masa kini. sectio caesarea adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara memberikan sayatan pada dinding depan uterus untuk membantu proses persalinan. Tindakan sectio caesarea disebabkan adanya indikasi medis serta non medis sehingga salah satu pilihan bagi ibu hamil yang akan melakukan proses persalinan, proses tindakan section caesarea dilakukan dengan cara memutuskan kontinuitas jaringan atau insisi untuk mengeluarkan bayi dan meninggalkan respor nyeri pada luka

bekas insisi dan nyeri luka bertambah akibat bius atau anastesi habis (Febiantri and Machmudah 2021).

2.1.2 Etiologi Sectio Caesarea

Menurut (Maryunani 2016), Beberapa indikasi dilakukan tindakan sectio caesarea antara lain :

1. Indikasi Mutlak

a. **Faktor Ibu**

- 1) Pangggul sempit
- 2) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang stimulus
- 3) Tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi
- 4) Stenosis serviks atau vagina
- 5) Placenta previa
- 6) Disdistribusi frekuensi sefalopelvik
- 7) Rupture uteri membakat

b. **Faktor Janin**

- 1) Gawat janin

Gawat janin atau fetal distress terjadi akibat kurangnya kandungan oksigen atau asupan nutrisi di dalam kandungan. Hal ini tidak diabaikan karena membutuhkan perawatan dan pengobatan secara langsung dan cepat dari tim medis.

2) Malpresentasi

Merupakan kondisi Dimana bagian anatomi janin yang masuk terlebih dahulu ke pelvic inlet adalah bagian lain selain vertex.

3) Malposisi kedudukan janin

Malposisi merupakan presentasi verteks dengan posisi anterior yang tidak mengalami fleksi secara sempurna, contohnya defleksi kepala, posisi oksipitolateral dan oksipitoposterior dengan oksiput sebagai penentu posisi.

4) Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil

Prolapsus tali pusat adalah kondisi tali pusat bayi turun melewati janin, menutupi jalan lahir, atau bahkan keluar lebih dulu daripada janin.

5) Kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi

Ekstraksi vakum merupakan salah satu prosedur yang dilakukan untuk membantu proses persalinan secara normal. Apabila terjadi kegagalan, maka seharusnya dilakukan Operasi Sectio Caesarea.

2. Indikasi Relatif

- a) Riwayat sectio caesarea sebelumnya
- b) Presentasi bokong
- c) Distosia
- d) Gawat janin (fetal distress)

- e) Pre eklamsi berat, kardiovaskuler dan diabetes
- f) Ibu dengan HIV positif in partu
- g) Gemelli (kehamilan ganda)
- h) Herpes (papilloma genital)

3. Indikasi Sosial

- a) Wanita yang takut melahirkan (berdasarkan pengalaman sebelumnya)
- b) Wanita yang ingin melakukan *sectio caesarea* elektif untuk mengurangi resiko kerusakan dasar panggul
- c) Wanita yang tidak menghendaki terjadinya perubahan pada tubuhnya (sexually image) setelah melahirkan

2.1.3 Kontraindikasi

Menurut (Maryunani 2016), Tindakan *sectio caesarea* tidak boleh dilakukan pada beberapa kondisi :

- 1) Janin mati
- 2) Syok
- 3) Anemia berat
- 4) Kelainan kongenital berat
- 5) Infeksi pliogenik pada dinding abdomen
- 6) Minimnya fasilitas untuk Tindakan section caesare

2.1.4 Klasifikasi Sectio Caesarea

Purwoastuti, Dkk (2015) menyatakan Ada beberapa jenis SC yaitu diantaranya:

a. Sayatan klasik

yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan saat ini karena sangat beresiko terhadap terjadinya komplikasi.

b. Sayatan mendatar

di bagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya perdarahan dan cepat penyembuhannya.

c. Histerektomi caesar

yaitu bedah caesar diikuti dengan pengankatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus di mana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.

d. Jenis lain dari bedah caesar seperti bedah caesar ekstraperitoneal untuk meminimalkan trauma pada bayi

e. ERACS (Enhanced Recovery After Caesarean Surgery) yaitu prosedur operasi caesar dengan perawatan khusus yang berfokus untuk mempercepat pemulihan pasien.

- f. Caesar berulang yaitu tindakan bedah caesar yang dilakukan pada pasien yang sudah pernah menjalani operasi bedah caesar sebelumnya.

2.1.5 Jenis Sayatan Sectio Caesarea

Menurut (Nadialista Kurniawan 2021), ada 2 jenis sayatan pada sectio caesarea diantaranya:

1. Insisi melintang adalah prosedur bedah yang dilakukan dibagian bawah rahim, sayatan melintang dimulai dari ujung atau pinggir selangkangan (simphysis) diatas batas rambut kemaluhan dengan panjang sekitar 10-14 cm. Kelebihan pada sayatan ini adalah bahwa jaringan parut pada rahim menjadi lebih kuat, mengurangi risiko repture uteri (robek rahim) dimasa mendatang. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kontraksi pada segmen bawah rahim selama masa nifas, memungkinkan penyembuhan luka operasi dengan baik.



Gambar 2. 1 Sayatan sectio caesarea melintang

2. Sayatan memanjang adalah pembuatan sayatan memanjang dibagian tengah, membuat ruang yang lebih besar untuk keluarnya bayi. Namun sayatan ini jarang dilakukan karena dianggap tidak stabil dan rentan menimbulakan komplikasi.



Gambar 2. 2 Sayatan sectio caesarea memanjang

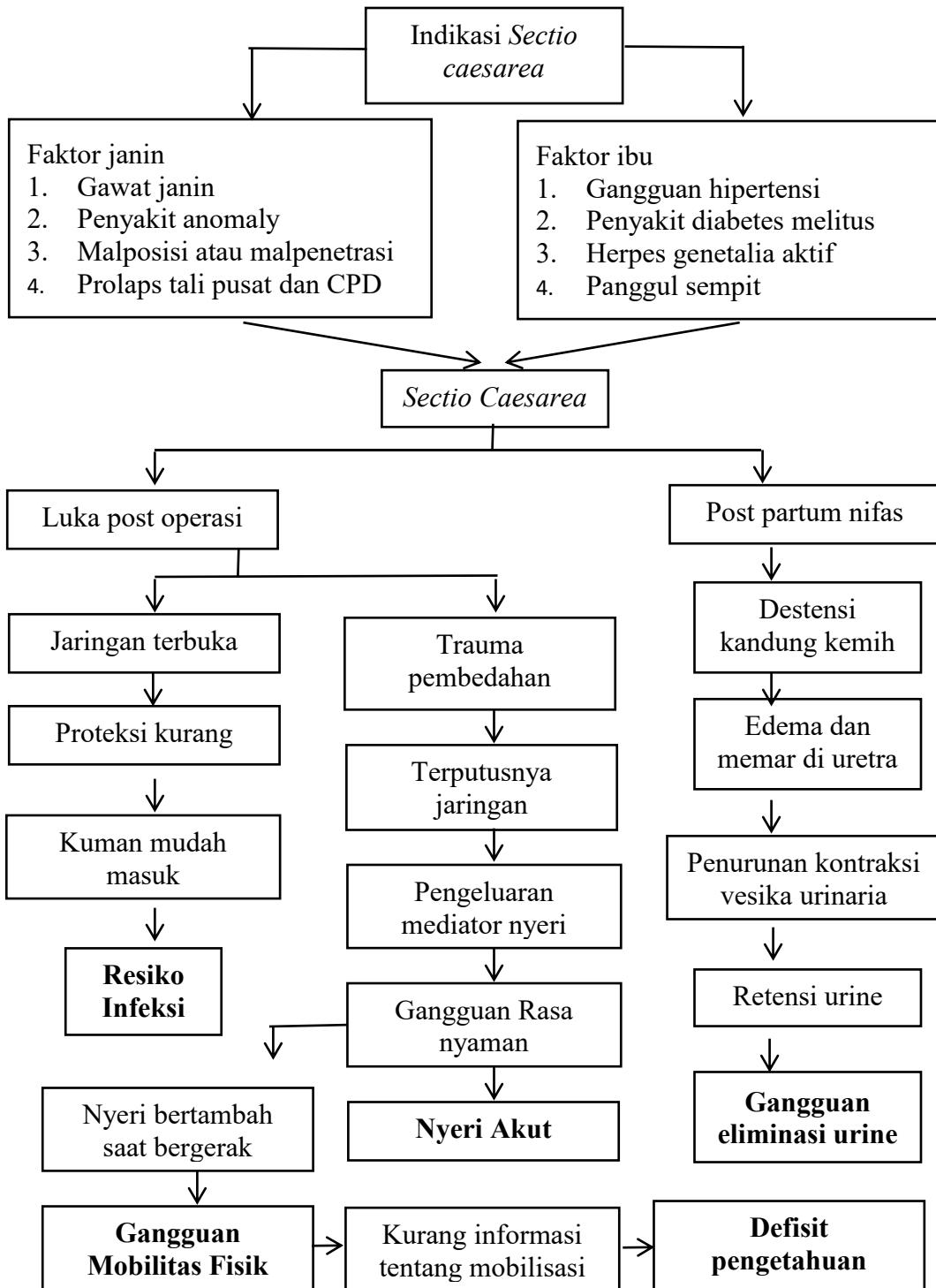
2.1.6 Patofisiologi Sectio Caesarea

Bayi yang tidak dapat lahir secara normal atau spontan dapat disebabkan oleh beberapa kelainan atau hambatan dalam proses persalinan, seperti plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri yang mengancam, partus lama atau tidak maju, pre eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi ini yang dapat dilakukannya pembedahan Sectio Caesarea (SC). Pasien mungkin mengalami intoleransi aktivitas setelah prosedur operasi pertama, yang mengakibatkan imobilisasi. Masalah kekurangan perawatan diri muncul ketika pasien yang mengalami kelimpuhan sementara atau kelemahan fisik tidak dapat melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Pasien dapat mengalami ansietas jika mereka

tidak tahu tentang proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan pasca operasi. Selama proses pembedahan, tindakan insisi juga akan dilakukan pada dinding abdomen, yang akan 10 menyebabkan jaringan, pembuluh darah, dan saraf di sekitar daerah insisi terputus. Setelah pembedahan selesai, histamin dan prostaglandin akan dilepaskan, yang menyebabkan nyeri dan rasa sakit. Setelah pembedahan selesai, daerah insisi akan ditutup, menimbulkan luka post op, yang jika tidak dirawat dengan baik dapat menyebabkan infeksi (Wahidmurni, 2023).

2.1.7 Pathway

Bagan 2. 1 Patofisiologi Sectio Caesarea



Sumber : (Nurarif & Hardhi, 2015)

2.1.8 Komplikasi Sectio Caesarea

1. Perdarahan Pada umumnya kehilangan darah akibat pembedahan sectio caesarea berkisar 500 ml – 1000 ml. Resiko perdarahan meningkat pada kasus plasenta previa, gangguan retraksi plasenta dan kehamilan ganda dan pasien dapat mengalami syok dalam waktu singkat. Perdarahan dapat diatasi dengan penjahitan pada sumber perdarahan, tetapi apabila tidak berhasil menghentikan perdarahan perlu dilakukan tindakan histerektomi.
2. Dehisensi dan eviserasi Dehisensi merupakan kondisi terbukanya jahitan pada lapisan kulit sub kutan dan fasia pada luka jahitan operasi, sedangkan pada eviserasi peritonium ikut terbuka sehingga omentum dan organ intraabdomen terlihat dari luar. Dehisensi dan eviserasi pada umumnya terjadi dalam 2 minggu pertama yang ditandai luka jahitan yang renggang dan terbuka, keluarnya cairan serosanguinus dalam jumlah banyak disertai munculnya tanda – tanda peradangan.
3. Infeksi (faktor resiko infeksi post operasi seperti diabetes, obesitas, induksi persalinan, anemia, demam intrapartum, dan sebagainya)
4. Komplikasi gastrointestinal Komplikasi gastrointestinal pada umumnya terjadi sebagai akibat dari anestesi dan obat – obatan

yang diberikan selama operasi . Pada umumnya pasien akan merasakan mual bahkan muntah pada 12 jam pasca operasi.

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut Manuaba (2019), beberapa hal yang dapat dilakukan sebagai penatalaksanaan pada ibu post Sectio caesarea antara lain :

- a. Pemberian cairan : Karena 24 jam pertama post operasi sectio caesarea pasien berpuasa, maka pemberian cairan perintavena harus cukup banyak.
- b. mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya dosis 10%, gram, fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.
- c. Diet : Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.
- d. Mobilisasi : Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi, Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post

operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.

Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler). Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke3 post operasi.

- e. Kateterisasi : Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.
- f. Pemberian obat-obatan, Antibiotik, Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan, Obat-obatan lain.
- g. Perawatan luka : Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.
- h. Perawatan rutin : Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Definisi nyeri terkini menurut International Association for the Study of Pain (IASP) adalah sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau

stimulus yang potensial menimbulkan kerusakan jaringan. Konsep lama menyatakan bahwa proses nyeri (pain processing) hanya bergantung pada jalur nyeri saja dan intensitas nyeri yang timbul hanya dipengaruhi besarnya stimulus yang didapatkan (Mahmudi, 2020).

Nyeri dapat menimbulkan respon negatif dalam fisiologis tubuh manusia. Nyeri akan meningkatkan aktivitas simpatik yang nantinya akan berefek pada penurunan sistem imun, hiperglikemi, perubahan status hemodinamik, meningkatkan pengeluaran katekolamin, kortisol, dan antidiuretik hormon. Nyeri yang tidak terkontrol dapat menyebabkan kerusakan organ ginjal (Herranz Prinz dkk., 2022).

2.2.2 Jenis - jenis Nyeri

Menurut PPNI (2017) nyeri dapat dibagi menjadi dua yaitu:

1) Nyeri Akut

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Nyeri Kronis

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak

atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan berlangsung lebih dari 3 bulan.

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Menurut Setiadi & Irawandi (2020) Nyeri dapat dibedakan berdasarkan jenis dan bentuknya. Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral, dan nyeri psikogenik :

- a. Nyeri perifer, dibedakan menjadi tiga jenis yaitu :
 - 1) Nyeri superfisial merupakan rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
 - 2) Nyeri viseral merupakan rasa nyeri yang timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium, dan toraks.
 - 3) Nyeri alih merupakan rasa nyeri yang dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- b. Nyeri sentral merupakan nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.
- c. Nyeri psikogenik merupakan nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan oleh faktor psikologis.

2.2.4 Fisiologi Nyeri

Kehadiran reseptor dan rangsangan terkait erat dengan sensasi nyeri. Nociceptor Nociceptors adalah ujung saraf bebas yang tersebar di seluruh kulit dan mukosa, terutama di jeroan, sendi, dinding arteri,

hati, dan kandung empedu. Ujung saraf ini kekurangan mielin atau hampir tidak memilikinya. Jika reseptor nyeri merangsang serabut saraf perifer aferen, seperti serabut A-delta dan C, nyeri dapat dirasakan. Karena mengandung mielin, serat dapat dengan cepat menyampaikan rasa sakit, menghasilkan sensasi tajam, mengidentifikasi sumber rasa sakit dengan jelas, dan mengukur intensitasnya. Karena ukurannya yang kecil dan kurangnya mielin, serat C tidak dapat mengirimkan impuls lokal dan kontinyu visceral. Mediator biokimia yang terlibat dalam respon nyeri akan dilepaskan ketika serat C dan A-delta dari perifer distimulasi. Mediator biokimia ini meliputi: potassium dan prostaglandin, keduanya akan dilepaskan saat jaringan rusak. Kornu dorsal medula spinalis akan menjadi tujuan akhir stimulus nyeri yang berlanjut sepanjang serabut saraf aferen. Neurotransmitter seperti substansi P dilepaskan di tanduk dorsal, memicu transmisi sinaptik dari saraf tepi ke saraf saluran tulang belakang, di mana informasi ditransmisikan dengan cepat ke thalamus (Suryani and Soesanto, 2020).

2.2.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain: usia, jenis kelamin, budaya, pemahaman nyeri, perhatian, kecemasan, kelelahan, pengalaman masa lalu, pola coping, keluarga dan dukungan sosial (Murray & McKinney, 2017).

a. Umur

Umur/usia adalah lamanya seseorang dapat hidup didunia, makin bertambah umur kemampuan panca indera seseorang terjadi penurunan. Pengaruh usia pada persepsi nyeri dan toleransi nyeri tidak diketahui secara luas. Pengkajian nyeri pada lansia mungkin sulit karena perubahan fisiologis dan psikologis yang menyertai proses penuaan. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri, pada pasien lansia sering kali memiliki sumber nyeri lebih dari satu.

b. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda signifikan dalam berespon terhadap nyeri, hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri.

c. Pendidikan:

Makin tinggi pendidikan seseorang makin banyak pula kemampuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang diperkenalkan.

d. Paritas

Paritas merupakan jumlah anak yang dilahirkan oleh ibu. Pada ibu bersalin yang memiliki anak lebih dari satu akan lebih dapat mempersiapkan diri pada saat menghadapi persalinan berdasarkan pada pengalaman nyeri terdahulu.

e. Pengalaman Masa Lalu

Adalah menarik untuk berharap dimana individu yang mempunyai pengalaman multipel dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding orang yang mengalami sedikit nyeri. Seseorang yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri daripada individu yang mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri.

f. Kecemasan (ansietas)

Meskipun umum diyakini bahwa kecemasan akan meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaan. Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas.

g. Budaya

Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri. Budaya dan etniksitas mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri.

h. Makna Nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

i. Lokasi dan Tingkat Keparahan Nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Dalam kaitannya dengan kualitas nyeri.

j. Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon.

k. Keletihan

Keletihan dan kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu.

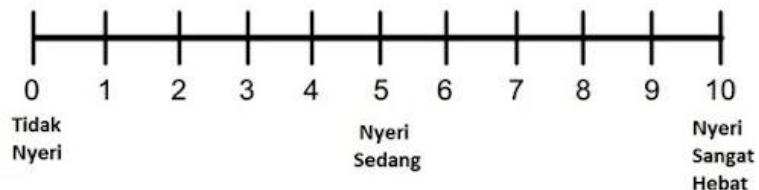
l. Dukungan Keluarga dan Sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain dan orang terdekat, walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

2.2.6 Pengukuran Nyeri

Ada beberapa cara pengukuran nyeri :

- Skala Numerik



Gambar 2. 3 Gambar skala numerik

Skala yang paling efektif untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedaka tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.

Penilaian nyeri yang dirasakan klien yaitu :

- 1) 0 = Tidak ada rasa sakit. Merasa normal
- 2) 1 = nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) = Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu klien tidak pernah berpikir tentang rasa sakit
- 3) 2 = (tidak menyenangkan) = nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit

- 4) 3 = (bisa ditoleransi) = nyeri Sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter
- 5) 4 = (menyedihkan) = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah
- 6) 5 = (sangat menyedihkan) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- 7) 6 = (intens) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian memengaruhi sebagian indra klien, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu
- 8) 7 = (sangat intens) = Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra klien menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri
- 9) 8 = (benar-benar mengerikan) = Nyeri begitu kuat sehingga klien tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama
- 10) 9 = (menyiksa tak tertahankan) = Nyeri begitu kuat sehingga klien tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya

11) 10 = (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan) = Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami sakala rasa sakit ini. Karena sudah keburu pingsan seperti mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

b. Skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale adalah cara mengkaji tingkat nyeri dengan melihat ekspresi wajah saat nyeri dirasakan. Skala nyeri yang satu ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas.



Gambar 2. 4 Gambar Skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Berikut skala nyeri yang kita nilai berdasarkan ekspresi wajah:
skala nyeri Skala nyeri berdasarkan ekspresi wajah Penilaian
Skala nyeri dari kiri ke kanan:

- 1) Wajah Pertama : Sangat senang karena ia tidak merasa sakit sama sekali.
- 2) Wajah Kedua : Sakit hanya sedikit.
- 3) wajah ketiga : Sedikit lebih sakit.
- 4) Wajah Keempat : Jauh lebih sakit.
- 5) Wajah Kelima : Jauh lebih sakit banget.
- 6) Wajah Keenam : Sangat sakit luar biasa sampai-sampai menangis

d. Verbal Rating Scale (VRS)

Verbal Rating Scale (VRS) merupakan cara pemeriksaan intensitas nyeri dengan menggunakan angka pada setiap kata yang sesuai. Umumnya penilaian diberikan dengan angka pada setiap kata sifat sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. VRS juga merupakan alat ukur yang menggunakan kata sifat untuk menggambarkan tingkat rasa nyeri pada setiap intensitas yang berbeda. Cara penilaian yaitu dari range dari “none/no pain” hingga “extrem pain/nyeri hebat/very severe”.

Cara penilaian dengan menggunakan skala 5 point, sebagai berikut

Tabel 2. 1 Penilaian nyeri dengan VRS

Penilaian	Score
1) <i>None</i> (tidak ada nyeri)	0
2) <i>Mild</i> (kurang Nyeri)	1
3) Moderate (rasa nyeri sedang)	2
4) <i>Severe</i> (nyeri berat/hebat)	3
5) <i>Very severe</i> (nyeri yang tidak tertahankan/sangat hebat)	4

Kelemahan/keterbatasan dari VRS yaitu adanya ketidak mampuan pasien utnuk menghubungkan kata sifat yang tepat untuk menilai rasa nyerinya. Selain itu juga apabila pasein buta huruf/mengenali angka yang dapat digunakan untuk mewakili rasa nyeri.

e. Visual Analogue Scale (VAS)

Visual Analogue Scale (VAS) merupakan alat pengukuran rasa nyeri yaitu untuk mengukur intensitas/tingkat nyeri yang dirasakan pasien. VAS dilakukan dengan cara khusus yaitu membuat 10-15 cm garis, dimana setiap ujungnya ditandai dengan level intensitas nyeri. Ujung sebelah kiri diberi tanda tidak ada nyeri/ “no pain” dan ujung kanan diberi tanda nyeri hebat/ “bad pain”. Pasien diminta untuk menandai garis tersebut sesuai dengan level nyeri yang

dirasakan. Selanjutnya jarak penandaan diukur dari batas kiri hingga pada tanda yang dibuat oleh pasien (ukuran mm), dan ini merupakan score yang menunjukkan level nyeri yang dirasakan oleh pasien.

2.2.7 Penatalaksanaan Nyeri

Menurut (Barat, 2023) penanganan nyeri yang dapat dilakukan adalah dengan :

1. Kolaborasi pemberian farmakologi atau berupa obat-obatan seperti analgesic dan NSAID nyeri berkurang dengan memblok transmisi stimuli agar terjadi perubahan persepsi dan dengan mengurangi respon cortical.
2. Sedangkan penanganan nyeri nonfarmakologi yang berupa:
 - a. imaginasi terbimbing (guided imagery)
 - b. relaksasi pernapasan
 - c. hipnotherapi
 - d. distraksi atau peralihan perhatian
 - e. relaksasi progresif (meregangkan otot atau stretching) dan, meditasi dan visualisasi
 - f. Massage (pemijatan) seperti: Foot massage, slow stroke back massage, back massage, dan swedish massage.

2.3 Konsep Swedish Massage

2.3.1 Definisi Swedish Massage

Swedish massage adalah suatu pijatan yang dilakukan seorang masseur untuk membantu mempercepat proses pemulihan dengan menggunakan sentuhan tangan dan tanpa memasukkan obat kedalam tubuh yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi keluhan atau gejala pada beberapa macam penyakit yang merupakan indikasi untuk di pijat (Tirtawati et al., 2020).

2.3.2 Manfaat Swedish Massage

Terapi Swedish Massage memiliki banyak manfaat, termasuk sirkulasi darah yang lebih baik (terutama di pembuluh darah dan kelenjar getah bening), menghilangkan gumpalan asam laktat (yang terbentuk di sel-sel otot yang mengeras), stimulasi jaringan saraf, dan rasa nyaman secara keseluruhan (kesegaran, revitalisasi, kehangatan). Manfaat lain yang diberikan yaitu dapat memberikan block pada transmisi nyeri, dan mengaktifkan endorphine atau senyawa penawar alamiah dalam sistem kontrol desenden sehingga membuat relaksasi otot dan nyeripun berkurang (Cahyati, 2018).

2.3.3 Tujuan Swedish Massage

Swedish massage adalah metode pemijatan yang bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah tanpa membebani jantung.

Teknik ini mengurangi nyeri dengan menghilangkan zat-zat pemicu nyeri seperti prostaglandin, sehingga sirkulasi darah menjadi lebih lancar. Swedish massage melibatkan manipulasi permukaan kulit untuk merilekskan otot-otot yang tegang dan kaku (Ilmu et al., 2023).

2.3.4 Teknik - Teknik Dalam Swedish Massage

Swedish massage di dasarkan pada lima teknik dasar yaitu:

1. *Effleurage* (mengusap)

Effleurage adalah gerakan mengusap dengan menggunakan telapak tangan atau bantalan jari tangan. *Effleurage* merupakan gosokan pada kulit tanpa terjadi gerakan otot bagian dalam. Gerakan ini dilakukan sesuai dengan peredaran darah menuju jantung maupun kelenjar-kelenjar getah bening. Tujuan aplikasi ini adalah memperlancar peredaran darah dan cairan getah bening (limfe) (Arovah, 2011).

Pemijatan dimulai dari atas pinggang kemudian menuju ke arah bahu atas, lalu berputar kembali menuju pinggang, dilakukan selama 10 menit.



Gambar 2. 5 Gambar *Effleurage* (menggosok)

2. *Petrissage* (memijat-mijat)

Petrissage (memijat) yaitu dilakukan dengan memeras atau memijat otot-otot serta jaringan penunjangnya, dengan gerakan menekan otot kebawah dan kemudian meremasnya, yaitu dengan jalan mengangkat seolah-olah menjebol otot keatas. Gerakan teknik petrisage memiliki irama yang teratur. Tekanan yang diberikan juga teratur. Dimulai dari menekan perlahan menuju kuat. Teknik ini sangat tepat diterapkan pada segmen tubuh yang memiliki jaringan tebal, seperti pada otot biceps, triceps, quadriceps femoris, hamstring, trisep surae dan lain-lainnya. Tujuan dari petrissage yaitu untuk mendorong aliran darah kembali kejantung dan mendorong keluar sisa-sisa pembakaran (Arovah, 2011).

Pijat di antara scapula sampai ke bahu dilakukan sebanyak 5 kali, teknik patrisage dilakukan secara perlahan (kira-kira 2-3 detik untuk setiap pukulan patrisage).



Gambar 2. 6 Gambar *Petrissage* (memijat-mijat)

3. *Friction* (menggerus)

Friction (menggerus) adalah gerakan menggerus yang arahnya naik dan turun secara bebas. Teknik friction dilakukan dengan cara menekan jaringan menggunakan ujung ibu jari. Tujuannya adalah untuk memecah jaringan yang menggumpal. Selain itu membantu menghancurkan myloglosis, yaitu timbunan sisa-sisa pembakaran energi (asam laktat) yang terdapat pada otot yang menyebabkan pengerasan pada otot (Arovah, 2011).

Pijat dan tekan yang dalam dibagian scapula dan punggung belakang dengan cara sirkuler di lakukan selama 20-30 detik.

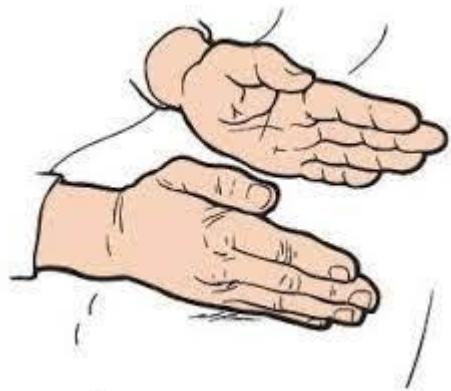


Gambar 2. 7 Gambar *Friction* (menggerus)

4. *Tapotement* (memukul)

Tapotement (memukul) yaitu dengan kepalan tangan, jari lurus setengah lurus atau dengan telapak tangan yang mencekung, dengan dipukulkan ke bagian otot-otot besar seperti otot punggung. Tujuannya yaitu untuk merangsang serabut saraf tepi dan merangsang organ-organ tubuh bagian dalam (Arovah, 2011).

Pijat dilakukan dengan cara tekan di antara 2 scapula dan pijat pada bahu secara bersilang selama 5 menit.



Gambar 2. 8 Gambar *Tapotement* (memukul)

5. *Vibration* (mengetarkan)

Vibration adalah gerakan menggetar yang ditimbulkan oleh pangkal lengan dengan menggunakan telapak tangan ataupun jari-jari tangan.

Vibration (mengetarkan) yaitu manipulasi dengan menggunakan telapak tangan atau jari-jari, getaran yang dihasilkan dari kontraksi isometri dari otot-otot lengan bawah dan lengan atas, yaitu kontraksi tanpa pemendekan atau pengertalan serabut otot. Tujuan vibration yaitu untuk merangsangi saraf secara halus dan lembut, dengan maksud untuk menenangkan saraf (Arovah, 2011) .

Pijat dilakukan dengan mempergunakan ujung jari-jari atau seluruh permukaan telapak tangan pada bagian punggung selama 30 detik.



Gambar 2. 9 Gambar *Vibration* (mengetarkan)

2.3.5 Indikasi dan Kontraindikasi Swedish Massage

Menurut Maiti & Bidinger (2020), Terapi *Swedish massage* memberikan manfaat dan keuntungan, dan perlu diperhatikan beberapa kontraindikasi yaitu :

1. Kondisi demam
2. Nyeri hebat
3. Terdapat cidera hebat
4. Adanya luka dekubitus
5. Ekimosis
6. Pembengkakan
7. Osteoporosis
8. Penyakit persendian

Indikasi Swedish Massage

1. Mengurangi intensitas nyeri pasca operasi SC dengan cara relaksasi otot dan meningkatkan sirkulasi darah di area sekitar

luka operasi sehingga mempercepat proses penyembuhan dan mengurangi ketegangan otot.

2. Memberikan kenyamanan dan mengurangi ketidaknyamanan akibat nyeri sedang sampai berat yang sering dialami pasien post SC.
3. Sebagai metode non-farmakologis yang aman untuk mengurangi nyeri tanpa efek samping obat-obatan.
4. Membantu meningkatkan mobilisasi pasien dan aktivitas sehari-hari yang terganggu akibat nyeri post operasi

2.3.6 Mekanisme Kerja Swedish Massage

Mekanisme kerja Swedish massage dalam mengurangi nyeri pada pasien post operasi, khususnya post sectio caesarea (SC), melibatkan beberapa aspek fisiologis dan neurobiologis sebagai berikut:

Terapi swedish terdiri dari lima gerakan, yaitu *effleurage* (mengusap), *petrissage* (memijat), *friction* (menekan), *tapotement* (memukul) dan *vibration* (mengetarkan). Terapi *swedish massage* pada jaringan otot dapat mengurangi nyeri karena pijatan dapat menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut besar yang berada dipermukaan kulit, serabut syaraf akan teterkan dan impuls nyeri akan dihambat sehingga otak tidak mempersepsikan nyeri. (Manggasa, 2021).

2.3.7 Kelebihan dan Kekurangan Swedish Massage

Kelebihan dan Kekurangan *Swedish Massage* terhadap Nyeri pada Pasien Post *Sectio Caesarea* (Post SC)

Kelebihan *Swedish Massage* :

- a. Efektif Mengurangi Nyeri

Swedish massage terbukti efektif menurunkan intensitas nyeri pada pasien post SC. Studi menunjukkan penurunan skala nyeri yang signifikan setelah pemberian terapi ini.

- b. Meningkatkan Relaksasi dan Sirkulasi Darah

Teknik pijat meningkatkan aliran darah dan limfa, mempercepat pembuangan metabolit inflamasi, serta mengurangi ketegangan otot di sekitar area operasi, sehingga membantu proses penyembuhan dan mengurangi rasa nyeri.

- c. Non-Farmakologis dan Minim Efek Samping

Terapi ini merupakan alternatif non-farmakologis yang aman, tanpa efek samping sistemik seperti yang mungkin muncul dari obat-obatan analgesik.

- d. Meningkatkan Kualitas Tidur dan Mengurangi Stres

Pijat Swedish juga dapat membantu pasien merasa lebih nyaman, mengurangi kecemasan, dan memperbaiki kualitas tidur pasca operasi.

kekurangan *Swedish massage* :

- a. Tidak menghilangkan nyeri sepenuhnya
- b. Tidak bisa dilakukan dekat luka operasi
- c. Efektivitas terbatas pada nyeri berat atau komplikasi

2.3.8 Waktu dan Durasi Pelaksanaan

Prosedur pelaksanaan *Swedish massage* dilakukan sebanyak 1 kali dalam sehari dengan waktu 15 menit selama 3-5 hari. Teknik *massage* yang digunakan meliputi sentuhan lembut (*effleurage*), meremas otot tubuh (*petrissage*), usapan melingkar (*friction*), gerakan memukul (*tapotement*) dan getaran (*vibration*). Massage dilakukan pada area otot trapezius kiri dan kanan, otot deltoid dan bisep kiri dan kanan, kepala, dahi, kedua kaki.

2.3.9 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tabel 2. 2 Standar Oprasional Prosedur

Teknik *Swedish Massage*

Standar Oprasional Prosedur	
1. Pengertian	<i>Swedish massage</i> adalah suatu pijatan yang dilakukan seorang masseur untuk membantu mempercepat proses pemulihan dengan menggunakan sentuhan tangan dan tanpa memasukkan obat kedalam tubuh yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi keluhan atau gejala pada beberapa macam penyakit yang merupakan indikasi untuk di pijat (Tirtawati et al., 2020).
2. Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan relaksasi dan mengurangi stres - Meningkatkan sirkulasi darah - Mengurangi Nyeri - Meningkatkan kualitas tidur - Meredakan nyeri sendi
3. Indikasi	Dilakukan pada klien yang mengalami gangguan rasa nyaman nyeri
4. Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi demam 2. Nyeri hebat 3. Terdapat cidera hebat 4. Adanya luka dekubitus

	5. Ekimosis 6. Pembengkakan 7. Osteoporosis 8. Penyakit persendian
5. Alat dan Bahan	1. Handscoon 2. Minyak Zaitun 3. Skala nyeri Numerik 4. Kain / bantal 5. Waslap
6. Prosedur/ Langkah Kerja	<p>a. Pra Interaksi</p> 1) Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien 2) Siapkan alat dan bahan <p>b. Tahap Orientasi</p> 1) Beri salam terapeutik dan panggil klien dengan namanya dan memperkenalkan diri 2) Menanyakan keluhan klien 3) Menanyakan skala nyeri yang dirasakan klien 4) Periksa TTV klien : Tekanan darah, Nadi, Suhu, Frekuensi pernapasan 5) Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien 6) Beri kesempatan klien untuk bertanya 7) Pengaturan posisi yang nyaman bagi klien <p>c. Tahap Kerja</p> 1) Mencuci Tangan 2) Memakai Handscoon 3) Siapkan minyak zaitun untuk melembabkan kulit dan membuat licin sehingga mudah dilakukan swedish massage 4) Posisikan pasien untuk berbaring dan melemaskan otot pada tubuhnya 5) Perawat duduk disamping pasien 6) Berikan dan balurkan minyak zaitun ke punggung klien 7) Teknik dalam tindakan <i>Swedish massage</i> : <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Effleurage</i> (pijatan memanjang dan meluncur): pemijatan dimulai dari atas pinggang kemudian menuju ke arah bahu atas, lalu berputar kembali menuju pinggang, dilakukan selama 10 menit 2. <i>Patrisage</i> (mengangkat dan meremas otot) : pijat di antara scapula sampai ke bahu dilakukan sebanyak 5 kali, teknik patrisage dilakukan secara perlahan (kira-kira 2-3 detik untuk setiap pukulan patrisage) 3. <i>Friction</i> (tekan yang dalam dan gosok secara sirkuler): pijat dan tekan yang dalam dibagian scapula dan punggung belakang dengan cara sirkuler di lakukan selama 20-30 detik 4. <i>Tapotment</i> (tekan dan memukul secara cepat): pijat dilakukan dengan cara tekan di antara 2 scapula dan pijat pada bahu secara bersilang selama 5 menit 5. <i>Vibration</i>: suatu gerakan getaran yang dilakukan dengan mempergunakan ujung jari-jari atau seluruh permukaan telapak tangan pada bagian punggung selama 30 detik 8) Lakukan pijatan selama kurang lebih 15 menit.

	<p>d. Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjelaskan kepada pasien bahwa prosedur telah dilaksanakan 2) Membersihkan dan rapikan pasien 3) Mencuci Tangan <p>e. Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menanyakan perasaan klien sesudah diberikan terapi <i>swedish massage</i> 2) Cek kembali skala nyeri klien menggunakan skala numerik 3) Cek kembali TTV klien <p>f. Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Catat waktu pelaksanaan tindakan 2) Catat respon klien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan. 3) Paraf dan nama jelas perawat pelaksana
--	--

Sumber : Hanief, Y. N., Dkk (2019)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea

Konsep keperawatan pada klien Ibu post sectio caesarea menggunakan pendekatan proses keperawatan yang melibatkan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit.

2. Identitas Penanggung Jawab

Identitas Penanggung Jawab meliputi : nama, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, alamat, pekerjaan, dan hubungan dengan pasien.

3. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pada umumnya pasien post *sectio caesarea* mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Nyeri biasanya bertambah parah jika pasien bergerak.

- a. P: provoking incident apakah ada peristiwa yang menjadi faktor pencetus terjadinya nyeri.
- b. Q: quality of pain seperti apa rasa nyeri yang dirasakan, seperti menusuk, atau berdenyut.
- c. R: region, radiation, relief dimana rasa sakit terjadi, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan apakah rasa sakit dapat mereda.
- d. S: severity (scale) of pain yaitu seberapa rasa sakit yang dirasakan, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien dapat menerangkan seberapa sakit hingga dapat mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e. T: time seberapa lama rasa nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari ataupun pada saat beraktivitas.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakuakannya operasi *sectio caesarea* seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, vasa previa), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, telilit tali pusat),

bayi kembar (multiple pregnancy), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Dalam mengkaji riwayat kesehatan dahulu hal yang perlu dikaji adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga berisi tentang pengkajian apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

5) Riwayat Obstetri

a. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah ibu pernah mengalami abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu, apakah anggota keluarga juga pernah mengalami persalinan dengan kasus KPD atau tidak.

b. Riwayat kehamilan sekarang

Apa saja keluhan waktu hamil, sudah berapa kali imunisasi saat hamil, penambahan BB selama hamil, tempat pemeriksaan.

c. Riwayat persalinan sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, penolong persalinan, dan tempat persalinan.

6) Riwayat Ginekologi

a. Riwayat menstruasi

penghitungan menarchee, berapa siklus, berapalama, siklus awal bulanan serta siklus akhir haid (HPHT), keluhan saat menstruasi, jumlah darah yang keluar.

b. Riwayat Perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji ialah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

c. Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

4. Pola Aktifitas Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Pengkajian pola fungsi kesehatan terdiri dari pola nutrisi dan metabolisme biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya.

2) Pola Aktifitas

Pola akivitas biasanya pada pasien post sectio caesarea mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri pada 6-8 jam pertama (dibantu), kemudian latihan duduk dan latihan berjalan.

Pada hari ketiga optimalnya pasien sudah dapat dipulangkan.

3) Pola Eliminasi

Pra eliminasi biasanya terjadi konstipasi karena pasien post sectio caesarea takut untuk melakukan BAB.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Pola istirahat dan tidur biasasnya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan.

5) Pola Reproduksi

Pola reproduksi biasanya terjadi disfungsi seksual yang diakibatkan oleh proses persalinan dan masa nifas.

6) Pola Hubungan dan Peran

Biasanya pasien dengan tindakan oprasi *sectio caesarea* berhubungan dengan orang sekitar tetap baik atau mengalami gangguan disebabkan tidak melahirkan dengan normal seperti ibu-ibu lainnya.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Bagaimana dengan persepsi pasien terhadap peran dirinya yang baru, semenjak melahirkan pasien mengalami perubahan pada ideal diri.

8) Pola Sensori dan Kognitif

Bagaimana pengetahuan pasien terhadap rasa sakit yang sedang dialami selama dirumah sakit.

6. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit (Dermawan, 2012).

- 1) Keadaan umum, biasanya pada klien pasca operasi kondisi umumnya tidak berdaya.
- 2) Tanda-tanda vital antara lain pemeriksaan tensi, pernafasan, suhu, nadi. Pada klien SC, terkadang tekanan darah menurun akibat SC, nadi kemungkinan cepat apabila klien cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi.
 - a) Nadi dan suhu diatas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi.
 - b) Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan keletihan, tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya pendarahan.
- 3) Antropometri: meliputi tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan saat ini, indeks massa tubuh (IMT), lingkar perut.
- 4) Kepala: meliputi bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, dan kesan wajah, biasanya terdapat chloasma gravidarum pada ibu post partum.

- 5) Mata: meliputi kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, konjungtiva, cornea, ketajaman pengelihatan. Pada ibu post sectio caesarea biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan oleh kondisi anemia atau dikarenakan proses persalinan yang mengalami perdarahan.
- 6) Hidung: meliputi pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip dan purulent.
- 7) Telinga: meliputi bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran.
- 8) Leher: meliputi kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu post partum biasanya terjadi pemebesaran kelenjar tiroid yang disebabkan proses meneran yang salah.
- 9) Mulut: meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil, warna tonsil.
- 10) Thorak: meliputi inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas), palpasi (penilaian voval fremitus), perkusi (melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem intercostalis), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan).
- 11) Payudara: meliputi perubahan pada payudara, bentuk buah dada, keadaan puting susu, cairan yang keluar, keadaan / kebersihan, nyeri / tegang.

- 12) Jantung: meliputi inspeksi dan palpasi (amati ada atau tidak pulsasi, amati peningkatan kerja jantung atau pembesaran, amati ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (bunyi jantung).
- 13) Abdomen: meliputi inspeksi (Terdapat luka jahitan post op ditutupi verban, jahitan berapa cm, luka melintang atau membujur, basah atau kering, ada nanah atau tidak, jahitan menutup atau tidak, terdapat tanda-tanda infeksi serta warna kemerahan pada sekitar area jahitan luka post sc), palpasi (Nyeri tekan pada luka, konsistensi uterus lembek / Keras, kontraksi uterus baik atau tidak, panjang luka operasi, tidak ada pembesaran hepar dan lien), perkusi (redup), auskultasi (bising usus).
- 14) Genitalia: meliputi apakah ada robekan atau tidak, pengeluaran darah / lochea, warna darah, jumlah darah yang keluar, bau darah.
- 15) Anus: Kadang pada pasien nifas terdapat luka di anus akibat ruptur.
- 16) Ekstremitas: Pemeriksaan edema untuk mencari kelainan akibat pelebaran rahim, akibat preeklampsia, atau penyakit jantung atau ginjal.
- 17) Muskuloskeletal: Pada pasien post *sectio caesarea*, biasanya terdapat keterbatasan perkembangan akibat luka episiotomi.

B. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostic dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung terhadap keadaan penyakit.

- 1) Hemoglobin mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.
- 2) Leukosit untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi atau kemungkinan terjadi sepsis.
- 3) Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.
- 4) Pemeriksaan jumlah tiroksin terjadi akibat pengaruh dari hormon estrogen.

C. Analisa Data

Tabel 2. 3

Analisa Data Sectio Caesarea

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1.	DS : - DO : -Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - Frekuensi nadi meningkat - TTV meningkat - Skala nyeri meningkat	<i>Sectio caesarea</i> Luka post operasi Jaringan terputus Impuls syaraf sensorik Nyeri Akut	Nyeri Akut (D.0077)
2.	DS : - DO : - Klien tampak	<i>Sectio caesarea</i> 	Resiko Infeksi (D.0142)

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
	<p>merengis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post sc - Tanda - tanda infeksi 	<p>Luka post operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Jaringan terbuka</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Proteksi kurang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kuman mudah masuk</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Invasi bakteri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Resiko infeksi</p>	
3.	<p>DS : -</p> <p>DO : - Klien dibantu keluarga saat bergerak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keterbatasan saat bergerak - Mengalami penurunan kemampuan melakukan aktifitas sehari- hari secara mandiri 	<p><i>Sectio caesarea</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Luka post operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Jaringan terputus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Impuls syaraf sensorik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan rasa nyaman</p>	<p>Gangguan Mobilitas</p> <p>Fisik</p> <p>(D.0054)</p>

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
		↓ Gangguan Mobilitas Fisik	
4.	DS : DO : - Distensi kandung kemih - Berkemih tidak tuntas - Volume residu urine meningkat	<i>Sectio caesarea</i> ↓ Post partum nifas ↓ Distensi kandung kemih ↓ Edema dan memar di uretra ↓ Penurunan kontraksi vesika urinaria ↓ Retensi urine ↓ Gangguan eliminasi urine	Gangguan Eliminasi Urine (D.0040)
5.	DS : - DO : - Klien tampak gelisah - Klien tampak bingung tentang perawatan post	<i>Sectio caesarea</i> ↓ Luka post operasi ↓ Jaringan terputus	Defisit Pengetahuan (D.0111)

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
	<p>SC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Impuls syaraf sensorik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan rasa nyaman</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Intoleransi aktifitas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kurang informasi tentang perawatan post sc</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisit pengetahuan</p>	

D. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (PPNI SDKI, 2016).

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan (D.0077).
2. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan (D.0142).
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op SC (D.0054).
4. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan tonus otot vesika urinaria (D.0040).
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perwatan post op SC (D.0111).

E. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. (PPNI SIKI, 2018).

Tabel 2. 4

Intervensi Keperawatan Sectio Caesarea

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan	<p>Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selamax.... jam diharapkan nyeri bisa berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik 8. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal 4. Monitor nyeri pada kualitas hidup 5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya pada respon nyeri

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan
		9. Nafsu makan membaik 10. Perilaku membaik	Terapeutik 7. Monitor efek samping penggunaan analgesik 8. Berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 9. Berikan pijat swedish massage untuk membantu mengurangi nyeri 10. Kontrol lingkungan yang menyebabkan nyeri 11. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 12. Fasilitasi isirahat dan tidur Edukasi 13. Jelaskan strategi Pereda dan pemicu nyeri 14. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 15. Ajarkan menggunakan analgetic secara tepat Kolaborasi 16. Kolaborasi pemberian analgesic
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan	Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama ...x... jam diharapkan tidak terjadi infeksi selama perawatan dengan kriteria hasil: 1. Tidak ada dari tandanya infeksi 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 3. TD, Suhu, Nadi dalam batas normal	Observasi Pencegahan infeksi Terapeutik 1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op SC	Setelah dilakukan tindakan selama ...x... jam di harapkan imobilisasi fisik meningkat dengan kriteria	Observasi Dukungan mobilisasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan
		<p>hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas 2. Kekuatan otot 3. Rentang gerak (ROM) 4. Nyeri 5. Kecemasan 6. Kaku sendi 7. Gerakan tidak terkoordinasi 8. Gerakan terbatas 9. Kelemahan fisik 	<p>fisik lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan dan prosedur mobilisasi 9. Ajurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
4.	Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan tonus otot vesika urinaria	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam diharap nyeri bisa berkurang dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kandung kemih kosong secara penuh 2. Tidak ada residu urine >100- 200cc 3. Intake cairan dalam rentang normal 4. Tidak ada spasme kandung kemih 5. Balance cairan seimbang 	<p>Manajemen eliminasi urine</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2. Identifikasi faktor dan penyebab retensi dan inkontinensia urine 3. Monitor eliminasi urine <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Catat waktu waktu dan haluanan berkemih 5. Batasi asupan cairan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan tanda dan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan
			<p>gejala infeksi saluran kemih</p> <p>7. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluanan urine</p> <p>8. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih</p> <p>9. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10. Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra, jika perlu</p>
5.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan luka post op SC	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam diharapkan pengetahuan pasien tentang perawatan luka post op SC nya meningkat dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien serta keluarga mengatakan paham terkait kondisi, penyakit, 2. prognosis serta program pengobatan 3. Klien serta keluarga bisa melakukan prosedur yang disampaikan dengan baik 4. Klien serta keluarga bisa menyampaikan kembali apa yang disampaikan perawat/tenaga medis lainnya 	<p>Perawatan luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda - tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan NaCL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Bersihkan jaringan nekrotik 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tanda gejala infeksi 9. Ajurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 10. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>

D. Implementasi

Implementasi adalah pengoordinasian aktivitas, penggunaan rencana serta menggabungkan pengumpulan informasi. Dalam mewujudkan kegiatan keperawatan atau kegiatan keperrawatan sesuai dengan rencana kegiatan keprawatan yang telah di buat (Purba & Susyanti, 2016).

Dalam pemberian asuhan keperawatan maternitas, implementasi yang akan dilakukan berfokus pada masalah gangguan nyeri akut. Salah satu intervensi spesifik yang direncanakan adalah memberikan terapi *swedish massage* sebanyak 4 kali masing-masing selama 15 menit. Intervensi dilakukan setiap rentang 6 jam. Teknik massage yang digunakan meliputi sentuhan lembut (*effleurage*), Memijat (*petrissage*), menggerus (*friction*), gerakan memukul (*Tapotement*), dan getaran (*Vibration*).

E. Evaluasi

Evaluasi adalah penanganan berkelanjutan dalam mengevaluasi dampak aktivitas keperawatan pada klien. Evaluasi dilaksanakan tiada henti terhadap reaksi pasien terhadap aktivitas keperawatan yang dilakukan dengan cara membandingkan reaksi klien terhadap tujuan tertentu dan tujuan bersama yang telah diputuskan serta dilaksanakan dengan strategi SOAP yang terdiri dari subjektif, objektif analisa serta planning (Supratti & Ashriady, 2018).

S : Subjek merupakan informasi yang berupa ungkapan lansung dari klien setelah dilakukannya tindakan

O :Objectif merupakan informasi yang didapat dari hasil pemeriksaan, pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat

A :Assessment merupakan suatu penilaian membandingkan anatara informasi subjektif dan objektif dengan tujuu dan kriteria hasil, kemudian kesimpulan masalah teratas atau tidak

P : Planning merupakan rencana keperawatan yang akan dilakukan selanjutnya.

Evaluasi pada gangguan nyeri akut ini diharapkan sesuai intervensi yang sudah dilakukan yaitu, dengan Kriteria hasil :

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Gelisah menurun
4. Frekuensi nadi membaik
5. Tekanan darah membaik
6. Pola tidur membaik