

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Partum

2.1.1 Pengertian Post Partum

Post partum adalah masa setelah persalinan yang dimulai sejak keluarnya plasenta hingga sekitar enam minggu atau 42 hari setelah melahirkan. Masa ini merupakan periode penting dalam kehidupan seorang ibu karena terjadi berbagai proses adaptasi secara menyeluruh, baik dari segi fisiologis, psikologis, maupun sosial. Tubuh ibu akan mengalami perubahan besar setelah kehamilan dan persalinan, termasuk pemulihan organ reproduksi, penyesuaian hormonal, dan persiapan menyusui (Nurhayati et al., 2024).

Secara umum, masa post partum terbagi menjadi tiga fase. Fase pertama adalah fase akut yang berlangsung selama 0–24 jam setelah persalinan, di mana risiko komplikasi seperti perdarahan postpartum, infeksi, dan gangguan tanda vital sangat tinggi sehingga memerlukan pemantauan intensif. Fase kedua adalah fase subakut, berlangsung dari hari ke-2 hingga minggu ke-2 pascapersalinan, di mana proses involusi uterus dan penyembuhan luka, baik pervaginam maupun insisi caesarea, berlangsung aktif. Fase ketiga adalah fase laten yang berlangsung dari minggu ke-2 hingga minggu ke-6, saat ibu beradaptasi dengan kondisi tubuh yang semakin pulih dan mulai membentuk ikatan emosional dengan bayi (Kurniati et al., 2017).

2.1.1 Patofisiologi Post Partum

Patofisiologi post partum dibagi menjadi adaptasi psikologis dan adaptasi fisiologis. Menurut (Nova & Zagoto, 2020), adaptasi psikologis yang terjadi pada masa nifas yaitu:

a. Fase *taking in* (ketergantungan)

Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara tentang dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti mudah tersinggung, menangis. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif. Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik.

b. Fase *taking hold* (ketergantungan, kemandirian)

Periode ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu

berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c. Fase *letting go* (kemandirian)

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

2.1.2 Tahapan Masa Post Partum

Menurut Virginia & Winata, (2023) masa post partum secara umum dibagi menjadi tiga fase utama, yaitu:

a. Puerperium Dini (*Immediate Postpartum*)

Fase ini dimulai segera setelah plasenta lahir hingga 24 jam pertama setelah persalinan. Pada fase ini, perhatian utama adalah pemantauan tanda-tanda vital ibu, seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan perdarahan. Selain itu, dilakukan juga pemeriksaan kontraksi rahim dan pengeluaran lochia (cairan yang keluar dari jalan lahir).

b. Puerperium Intermedial (*Early Postpartum*)

Fase ini berlangsung dari 24 jam setelah persalinan hingga satu minggu setelah persalinan. Pada fase ini, fokus perhatian adalah pada pemulihan organ reproduksi yang berangsur-angsur kembali ke kondisi sebelum hamil, serta memastikan tidak ada komplikasi seperti infeksi atau perdarahan berlebihan.

c. Puerperium Lanjut (*Late Postpartum*)

Fase ini dimulai setelah satu minggu setelah persalinan dan dapat berlangsung hingga 6 minggu atau lebih. Pada fase ini, fokus perhatian adalah pada pemulihan secara keseluruhan, termasuk pemulihan psikologis ibu, pemberian ASI, dan konseling KB.

2.2 Konsep *Sectio Caesarea*

2.2.1 Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea merupakan salah satu cara melahirkan janin yang dikenal sebagai bantuan jalan lahir melalui sayatan dinding perut dan dinding rahim yang dilakukan dengan pembedahan untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih (Mulyainuningsih et al., 2021).

Menurut Siagian et al., (2023), *sectio caesarea* didefinisikan sebagai persalinan dengan cara menyayat perut dan rahim untuk melahirkan bayi. Dalam kebanyakan kasus, operasi caesar dilaksanakan jika persalinan normal dianggap berisiko bagi kesehatan ibu atau bayi yang dilahirkan. Namun, pendapat lain mungkin berbeda.

Metode Persalinan ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina tidak dapat dilakukan karena adanya gangguan yang berkaitan dengan ibu dan bayi. *Sectio Caesarea* merupakan suatu persalinan

buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram (Siagian et al., 2023).

2.2.2 Etiologi

Menurut Siti Rahmi Damyanti (2024), penyebab sectio caesarea dilakukan sebagai berikut:

a. CPD (*Cephalo Pervik Disproportion*)

Cephalo Cephalopelvic disproportion (CPD) adalah kondisi yang menghambat proses persalinan normal karena ketidakseimbangan antara ukuran panggul ibu dan kepala janin. Dalam kondisi ideal, janin melewati rongga panggul yang dibentuk oleh struktur tulang panggul. Namun, jika terdapat kelainan pada bentuk atau ukuran panggul, proses persalinan alami dapat terhambat. Dalam kasus seperti ini, tindakan operasi sering kali diperlukan untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi.

b. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi adalah komplikasi kehamilan yang saling berkaitan, meskipun penyebab pastinya belum diketahui. Kondisi ini merupakan salah satu faktor utama yang berkontribusi terhadap angka kematian ibu dan bayi, setelah perdarahan dan infeksi. Oleh karena itu, deteksi dini sangat penting agar dapat segera dikenali dan ditangani sebelum berkembang menjadi eklamsi, yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan janin.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini terjadi ketika kantung ketuban pecah sebelum munculnya tanda-tanda persalinan, dan dalam satu jam setelahnya belum terjadi proses persalinan aktif. Kondisi ini menjadi masalah serius dalam kehamilan karena dapat memicu persalinan prematur serta meningkatkan risiko infeksi, seperti sepsis dan korioamnionitis, yang berdampak pada tingginya angka morbiditas dan mortalitas perinatal serta risiko infeksi pada ibu. Ketuban pecah dini dapat terjadi pada kehamilan aterm (di atas 37 minggu) maupun preterm (di bawah 36 minggu). Peningkatan tekanan dalam rahim atau melemahnya membran ketuban menjadi faktor utama penyebabnya. Selain itu, infeksi yang berasal dari vagina atau serviks juga dapat menyebabkan membran ketuban menjadi rapuh dan mudah pecah.

d. Bayi Kembar

Bayi kembar tidak selalu harus dilahirkan melalui operasi caesar. Namun, persalinan kembar memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelahiran tunggal. Selain itu, posisi bayi kembar yang sungsang atau melintang dapat menyulitkan proses persalinan normal, sehingga metode kelahiran harus disesuaikan dengan kondisi ibu dan bayi.

e. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Gangguan pada jalan lahir dapat terjadi akibat berbagai faktor, seperti tidak adanya pembukaan yang memadai, adanya tumor,

kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat yang terlalu pendek, serta kesulitan bernapas yang dialami ibu.

f. Kelainan Letak Janin

1. Kelainan Letak Kepala

a) Kelainan Pada Letak Kepala

Bagian terendah adalah puncak kepala, yang saat pemeriksaan dalam dapat diraba dengan ubun-ubun besar berada pada posisi paling rendah. Penyebab kondisi ini dapat berupa kelainan pada panggul, bentuk kepala yang bundar, ukuran janin yang kecil atau sudah meninggal, serta adanya kerusakan pada panggul.

b) Presentasi Muka

Posisi kepala dalam keadaan tengadah (defleksi), sehingga bagian terendah yang teraba adalah wajah. Kondisi ini jarang terjadi, dengan prevalensi sekitar 0,27–0,5%.

c) Presentasi Dahi

Kepala berada di antara posisi fleksi dan defleksi, dengan dahi sebagai bagian terendah dan paling depan. Penempatan dagu dalam kondisi ini biasanya akan berubah secara alami menjadi posisi wajah atau bagian belakang kepala.

2. Letak Sungsang

Letak sungsang adalah posisi janin yang memanjang dengan kepala berada di bagian atas rahim (fundus uteri) dan bokong berada di bagian bawah rongga rahim. Terdapat beberapa jenis

letak sungsang, yaitu presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sungsang sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna, serta presentasi kaki.

3. Kelainan Letak Lintang

Letak lintang terjadi ketika posisi bayi dalam rahim melintang, sehingga sumbu tubuh janin berada tegak lurus terhadap sumbu rahim, membentuk sudut 90° . Dalam kondisi ini, bahu biasanya terletak di atas pintu panggul, sementara kepala berada di salah satu fosa iliaka dan bokong di fosa iliaka yang berlawanan. Janin dalam letak lintang umumnya memiliki presentasi bahu atau akromion.

2.2.3 Klasifikasi

Ramandanty (2019) menyatakan ada beberapa jenis *sectio caesarea* (SC), yaitu diantaranya:

a. Sayatan Klasik

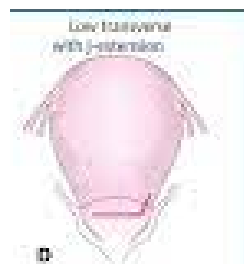
Sayatan klasik dilakukan dengan membuat sayatan vertikal, sehingga memberikan ruang yang lebih luas untuk proses kelahiran bayi. Namun, metode ini kini jarang digunakan karena memiliki risiko lebih tinggi dalam persalinan. Dalam beberapa kasus, diperlukan sayatan yang lebih besar, terutama jika bayi lahir dengan posisi bokong terlebih dahulu.



Gambar 2.1 Sayatan Klasik
Sumber (Adeleye, 2020).

b. Sayatan Mendatar

Sayatan mendatar dilakukan dengan membuat sayatan kecil secara melintang di bagian bawah rahim. Sayatan ini kemudian diperlebar menggunakan jari hingga mencapai area pembuluh darah rahim. Metode ini banyak digunakan saat ini karena dapat mengurangi risiko perdarahan serta mempercepat proses penyembuhan luka.



Gambar 2.2 Sayatan Mendatar
Sumber (Adeleye, 2020).

c. *Sectio Caesarea* Ulang (*Repeat Caesarean Section*)

Ibu yang pada kehamilan sebelumnya telah menjalani operasi *sectio caesarea* umumnya akan menjalani prosedur yang sama pada

kehamilan berikutnya. Dalam kebanyakan kasus, sayatan dibuat di area bekas luka operasi sebelumnya.

d. *Sectio Caesarea* Histerektomi

Operasi ini dilakukan dengan melahirkan janin melalui *sectio caesarea*, kemudian diikuti dengan pengangkatan rahim. Prosedur ini biasanya diperlukan dalam kasus perdarahan yang sulit dihentikan atau ketika plasenta tidak dapat terlepas dari rahim.

e. Operasi Porro (*Porro Operation*)

Operasi ini dilakukan pada janin yang telah meninggal dalam rahim tanpa terlebih dahulu mengeluarkannya dari rongga uterus, kemudian langsung dilakukan histerektomi. Prosedur ini biasanya diperlukan dalam kasus infeksi rahim yang parah.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada *sectio caesarea* menurut Rahma Nur Azizah (2023:20) yaitu sebagai berikut:

- a. Nyeri akibat luka pembedahan
- b. Luka insisi pada bagian abdomen
- c. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus
- d. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan berlebihan
- e. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800ml
- f. Emosi pasien labil dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru
- g. Terpasang kateter urinarius pada sistem eliminasi BAK

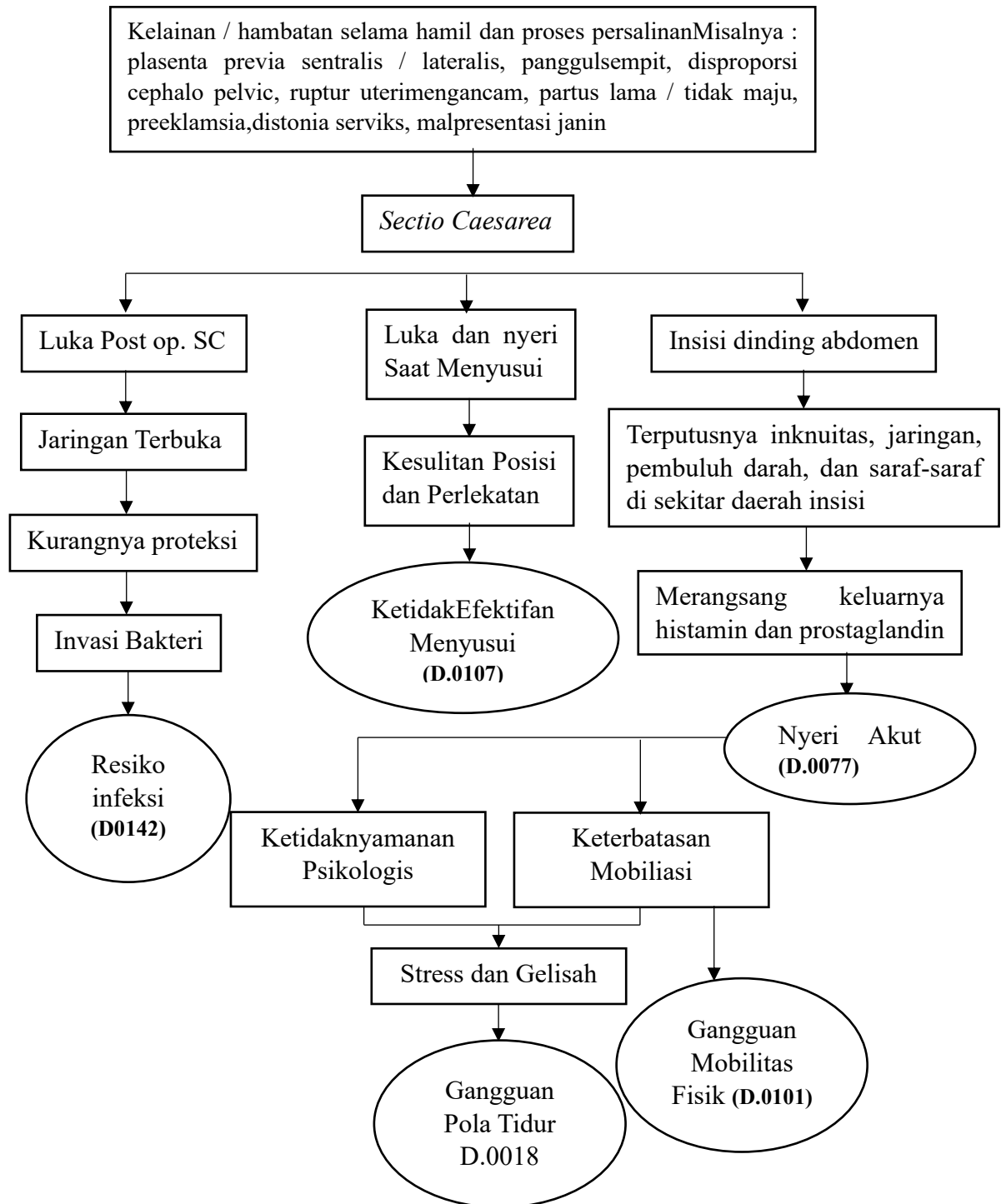
- h. Dengan auskultasi bising usus tidak terdengar atau mungkin samar
- i. Immobilisasi karena adanya pengaruh anastesi
- j. Bunyi paru jelas dan vesikuler dengan RR 20x/menit
- k. Karena kelahiran secara SC mungkin tidak direncanakan maka biasanya kurang memahami prosedur

2.2.5 Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Bayi yang tidak dapat lahir secara normal atau spontan dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang menghambat proses persalinan. Beberapa kondisi yang dapat menjadi penyebabnya meliputi plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi sefalopelvik, rupture uteri yang mengancam, persalinan yang lama atau tidak mengalami kemajuan, pre-eklamsia, distosia serviks, serta malpresentasi janin. Dalam kondisi seperti ini, tindakan operasi *Sectio Caesarea* (SC) sering kali diperlukan. Setelah operasi pertama, pasien mungkin mengalami keterbatasan aktivitas akibat imobilisasi, yang dapat menyebabkan gangguan dalam perawatan diri, terutama jika terjadi kelemahan fisik atau kelumpuhan sementara. Selain itu, kecemasan dapat muncul jika pasien tidak memiliki pemahaman yang cukup mengenai prosedur operasi, proses penyembuhan, dan perawatan pascaoperasi. Selama pembedahan, dilakukan insisi pada dinding perut, yang dapat menyebabkan pemutusan jaringan, pembuluh darah, dan saraf di area tersebut. Setelah operasi selesai, tubuh melepaskan histamin dan prostaglandin, yang dapat memicu nyeri dan ketidaknyamanan. Luka

operasi yang tidak dirawat dengan baik berisiko mengalami infeksi, sehingga perawatan pascaoperasi yang optimal sangat penting untuk mencegah komplikasi (Siti Rahmi Damyanti, 2024:9).

2.2.6 Pathway Sectio Caesarea



Bagan 2.1 Pathway

(Siti Rahmi Damyanti, 2024:11)

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk mendukung penegakan diagnosis dan pemantauan kondisi ibu dan janin, terutama pada pasien yang akan menjalani atau telah menjalani sectio caesarea. Pemeriksaan ini mencakup aspek laboratorium, radiologi, dan penilaian fungsi organ yang relevan. Menurut Aspiani (2017), pemeriksaan penunjang yang dilakukan antara lain:

a. Pemeriksaan janin terhadap kesehatan janin.

Dilakukan untuk menilai kesehatan dan kesejahteraan janin, seperti pemeriksaan detak jantung janin (*fetal heart rate monitoring*) atau non-stress test (NST) untuk mendeteksi adanya gangguan oksigenasi atau tanda gawat janin.

b. Pemantauan EKG.

Dilakukan untuk mengevaluasi kondisi jantung ibu, terutama jika ibu memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi, atau gejala yang mengarah ke gangguan kardiovaskular.

c. JDL dengan diferensial

Jumlah Darah Lengkap (JDL) atau dalam istilah medis dikenal sebagai *Complete Blood Count* (CBC) adalah pemeriksaan laboratorium yang digunakan untuk menilai komponen utama dalam darah, seperti sel darah merah, sel darah putih, hemoglobin, hematokrit, dan trombosit. Dilakukan untuk mengetahui status

hemoglobin, leukosit, trombosit, serta diferensial sel darah putih guna mendeteksi adanya infeksi atau kelainan darah lainnya.

d. Elektrolit

Bertujuan untuk menilai keseimbangan elektrolit tubuh seperti natrium, kalium, dan klorida, yang penting dalam menjaga fungsi organ vital, terutama dalam kondisi dehidrasi, preeklamsia, atau gangguan metabolik.

e. Hemoglobin/Hematokrit

Digunakan untuk menilai ada tidaknya anemia dan untuk perencanaan transfusi darah jika diperlukan, terutama menjelang atau pascaoperasi SC.

f. Golongan darah

g. Urinalis

Urinalisis adalah pemeriksaan laboratorium terhadap sampel urin yang bertujuan untuk mengevaluasi fungsi ginjal serta mendeteksi adanya kelainan atau penyakit tertentu. Dalam konteks kehamilan dan pasca persalinan, urinalisis digunakan untuk menilai keseimbangan metabolik tubuh, keberadaan protein (proteinuria), glukosa, keton, darah (hematuria), serta tanda-tanda infeksi saluran kemih (ISK). Bertujuan untuk mengevaluasi fungsi ginjal, mendeteksi adanya proteinuria, infeksi saluran kemih, atau kondisi lain yang relevan dengan kehamilan.

h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi

Dilakukan untuk mengevaluasi maturitas paru janin, terutama bila persalinan SC direncanakan sebelum usia kehamilan cukup bulan.

i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi

Dilakukan jika ada dugaan penyakit paru, jantung, atau trauma, namun penggunaannya sangat dibatasi dan hanya dilakukan jika manfaatnya lebih besar dari risikonya bagi janin.

j. Ultrasound sesuai pesanan

Merupakan pemeriksaan utama untuk menilai posisi janin, letak plasenta, taksiran berat janin, volume air ketuban, dan kondisi struktur anatomi rahim serta organ pelvis lainnya, sesuai dengan permintaan dokter.

2.2.8 Faktor Resiko *Sectio Caesarea*

Salah satu faktor utama yang meningkatkan risiko persalinan sesar adalah usia ibu yang lebih tua. Wanita berusia di atas 35 tahun memiliki kemungkinan lebih tinggi menjalani operasi ini dibandingkan dengan wanita yang lebih muda. Hal ini dikaitkan dengan peningkatan komplikasi kehamilan seperti hipertensi, diabetes gestasional, dan penurunan elastisitas rahim. Studi penelitian yang dilakukan oleh Amir & Yulianti, (2020), menunjukkan bahwa persalinan sesar lebih sering dilakukan pada ibu yang lebih tua karena peningkatan risiko komplikasi maternal dan janin (Amir & Yulianti, 2020)

Indeks Massa Tubuh (IMT) yang tinggi sebelum kehamilan juga merupakan faktor risiko signifikan. Obesitas dikaitkan dengan berbagai

komplikasi obstetrik, seperti distosia bahu, preeklampsia, dan diabetes gestasional, yang meningkatkan kemungkinan intervensi bedah. Studi yang dilakukan oleh Saifullah et al., (2022), menunjukkan bahwa obesitas berkontribusi pada meningkatnya angka persalinan sesar, terutama pada kelompok ibu dengan kehamilan risiko tinggi (Saifullah et al., 2022)

Riwayat persalinan sebelumnya, terutama jika ibu pernah menjalani operasi sesar, juga menjadi indikator penting. Risiko ruptur uteri pada persalinan normal setelah sesar (VBAC) membuat banyak dokter lebih memilih operasi ulang demi keselamatan ibu dan bayi (Hakim et al., 2024).

Presentasi janin yang tidak normal, seperti sungsang atau posisi melintang, merupakan salah satu alasan paling umum untuk melakukan operasi sesar karena dapat meningkatkan risiko cedera saat persalinan pervaginam (Dinda et al., 2021).

Faktor medis seperti hipertensi selama kehamilan, preeklampsia, dan penyakit jantung juga dapat mengarah pada keputusan untuk melakukan operasi sesar guna mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut bagi ibu dan bayi (Lindley et al., 2024).

Faktor psikososial, seperti kecemasan ibu terhadap nyeri persalinan atau keinginan untuk memiliki kontrol lebih terhadap proses kelahiran, juga dapat berperan dalam meningkatnya angka persalinan sesar elektif di berbagai negara (Benton et al., 2019).

2.2.9 Komplikasi

Beberapa komplikasi yang terjadi pada sectio casarea menurut Rahma Nur Azizah (2023) yaitu:

a. Infeksi pada bekas jahitan

Infeksi luka akibat persalinan caesar berbeda dengan persalinan normal. Luka pada persalinan normal umumnya lebih kecil dan mudah terpantau, sedangkan luka operasi caesar lebih besar serta terdiri dari beberapa lapisan. Jika proses penyembuhan tidak optimal, risiko infeksi meningkat karena bakteri lebih mudah masuk dan memperparah kondisi luka. Infeksi pada rahim dapat terjadi apabila ibu sebelumnya telah mengalami infeksi, seperti ketuban pecah dini. Dalam kasus ini, ketika operasi dilakukan, rahim juga berisiko mengalami infeksi.

b. Perdarahan

Perdarahan merupakan bagian yang tidak dapat dihindari dalam proses persalinan. Namun, jumlah darah yang hilang selama operasi caesar dapat mencapai dua kali lebih banyak dibandingkan dengan persalinan normal.

c. Komplikasi pada bayi tersayat

Jika prosedur pembedahan tidak dilakukan dengan hati-hati, bayi berisiko mengalami sayatan pada kepala atau bokong.

2.2.10 Penatalaksanaan *Sectio Caesarea*

Penatalaksanaan *sectio caesarea* dilakukan melalui pendekatan kolaboratif antara tenaga medis dan perawat. Tujuannya adalah untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi, mempercepat pemulihan pascaoperasi, serta mencegah komplikasi yang mungkin terjadi.

a. Medis

Penatalaksanaan secara medis pada tindakan *sectio caesarea* mencakup tiga tahapan utama, yaitu pra-operatif, intra-operatif, dan post-operatif. Pada tahap pra-operatif, dilakukan pemeriksaan fisik dan laboratorium seperti jumlah darah lengkap (JDL), urinalisis, serta penilaian kondisi janin dan ibu. Selain itu, pasien akan diberikan informed consent, puasa preoperatif, serta pemasangan infus sebagai persiapan operasi. Tahap intra-operatif melibatkan tindakan pembedahan yang dilakukan oleh dokter spesialis kebidanan dan tim anestesi, dengan menggunakan teknik aseptik dan anestesi spinal atau umum sesuai kondisi pasien. Setelah operasi, penatalaksanaan medis berfokus pada pemantauan tanda-tanda vital, evaluasi luka operasi, pemberian obat-obatan seperti analgesik dan antibiotik, serta observasi terhadap komplikasi seperti perdarahan atau infeksi luka. Semua tahap ini bertujuan untuk menjamin keselamatan dan stabilitas pasien pascaoperasi (Manuaba, 2018).

b. Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan bertujuan untuk memberikan dukungan menyeluruh selama masa pemulihan pasca-*sectio caesarea*. Perawat berperan penting dalam mengobservasi kondisi ibu secara berkala, termasuk pemantauan tanda-tanda vital, tingkat nyeri, dan kondisi luka operasi. Manajemen nyeri menjadi fokus utama dalam asuhan keperawatan, dilakukan baik melalui pemberian analgesik sesuai anjuran medis maupun melalui intervensi nonfarmakologis seperti teknik relaksasi autogenik. Selain itu, perawat juga membantu pasien dalam mobilisasi dini, yang sebaiknya dimulai 6–12 jam pascaoperasi untuk mencegah komplikasi seperti tromboemboli. Aspek penting lainnya adalah membantu dalam kebersihan diri (*personal hygiene*), perawatan luka, serta dukungan emosional kepada ibu. Perawat juga bertugas memberikan edukasi kesehatan (*health education*) mengenai perawatan pascaoperasi, tanda bahaya, serta konseling menyusui untuk mendukung keberhasilan peran ibu baru. Pendekatan ini penting dalam praktik keperawatan yang holistik dan berbasis bukti (Potter & Perry, 2020).

2.3 Konsep Nyeri Akut

2.3.1 Pengertian Nyeri

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan

mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat (K. Dewi et al., 2021).

Nyeri adalah sensori subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial. Nyeri adalah sesuatu yang abstrak yang ditimbulkan oleh adanya perasaan terluka pada diri seseorang, misalnya adanya stimulus yang merusak jaringan tubuh dan nyeri merupakan pola respon yang dilakukan seseorang untuk melindungi organisme dari kerusakan. Nyeri adalah sensori spesifik yang muncul karena adanya injuri dan informasi ini didapat melalui sistem saraf perifer dan sentral melalui reseptor nyeri di saraf nyeri perifer dan spesifik di *spinal cord* (Bahrudin, 2018).

Nyeri post *sectio caesarea* adalah nyeri yang dialami ibu ketika kesulitan merawat bayi yang berkaitan dengan mengangkat atau menggendong bayi, bergerak naik turun tempat tidur, dan menemukan posisi yang nyaman ketika menyusui, karena adanya luka. Biasanya nyeri tersebut berlangsung sampai mereka pulang kerumah (Rini & Susanti, 2018).

2.3.2 Karakteristik Nyeri

Menurut Sarwianti (2018) karakteristik nyeri sebagai berikut:

- a. Onset dan durasi

Perawat mengkaji sudah berapa lama nyeri dirasakan, seberapa sering nyeri kambuh, dan apakah munculnya nyeri itu pada waktu yang sama.

- b. Lokasi Perawat meminta klien untuk menunjukkan dimana nyeri terasa, menetap atau terasa pada menyebar.
- c. Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan sifat dan mekanismenya, antara lain:
 1. Nyeri Somatik: berasal dari jaringan tubuh seperti otot, kulit, dan tulang. Umumnya terasa tajam dan terlokalisasi.
 2. Nyeri Visceral: berasal dari organ dalam tubuh, terasa dalam, tumpul, dan sering menyebar.
 3. Nyeri Neuropatik: disebabkan oleh kerusakan atau gangguan pada sistem saraf, ditandai dengan sensasi terbakar, kesemutan, atau tersengat listrik.
 4. Nyeri Psikogenik: tidak ditemukan penyebab fisik, namun berkaitan erat dengan faktor emosional atau psikologis.
 5. Nyeri Referred (dirujuk): nyeri yang dirasakan di area yang jauh dari sumber aslinya, seperti nyeri bahu akibat masalah pada kandung empedu.

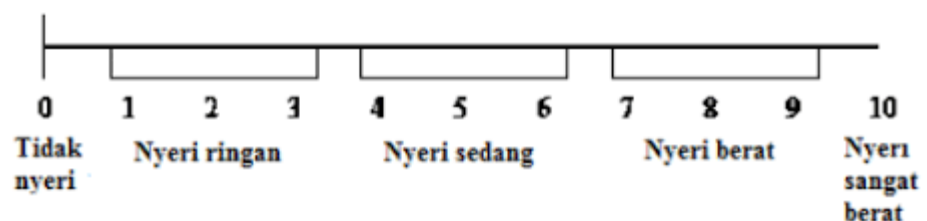
2.3.3 Intensitas Nyeri

Perawat meminta klien menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan. Data tersebut dapat diperoleh dengan menggunakan alat bantu skala ukur. Klien ditunjukkan skala ukur, kemudian disuruh memilih

rentang nilai yang sesuai dengan kondisinya saat. Skala ukur yang digunakan bisa berupa self report, pengukuran dengan observasi dan pengamatan fungsional dengan kemampuan pengamat.

1. Pengukuran Nyeri menggunakan *Verbal Descriptor Scale*

Skala deskriptor merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari tidak ada nyeri sampai nyeri tidak tertahankan. alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10cm.



Gambar 2.3 *Verbal Descriptor Scale*

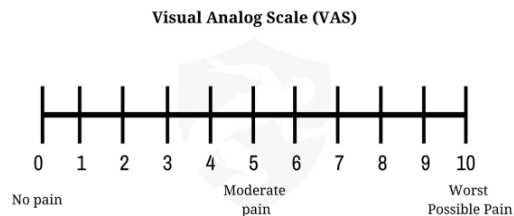
Skala nyeri digunakan untuk menilai tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien. Pada tingkat tidak nyeri, pasien tidak merasakan ketidaknyamanan sama sekali. Jika nyeri berada pada tingkat ringan, pasien masih dapat berkomunikasi dengan baik dan menjelaskan rasa sakitnya tanpa mengalami kesulitan berarti. Ketika

nyeri meningkat ke tingkat sedang, pasien mulai menunjukkan reaksi fisik seperti mendesis atau menyeringai, serta mampu menunjukkan lokasi nyeri dan mendeskripsikannya dengan jelas. Pada tingkat nyeri berat, pasien mengalami kesulitan dalam mengikuti perintah, meskipun masih merespons terhadap tindakan. Mereka dapat menunjukkan lokasi nyeri, tetapi tidak mampu mendeskripsikannya dengan baik. Upaya seperti mengubah posisi, bernapas dalam, atau menggunakan distraksi tidak lagi efektif dalam mengurangi rasa sakit. Jika nyeri mencapai tingkat sangat berat, pasien mengalami kesulitan ekstrem dalam berkomunikasi dan dapat menunjukkan respons emosional atau fisik yang lebih intens, seperti memukul atau menunjukkan ekspresi ketidaknyamanan yang lebih parah.

2. Pengukuran nyeri menggunakan *Visual Analog Scale*

Visual analog scale (VAS) adalah alat ukur lainnya yang digunakan untuk memeriksa intensitas nyeri dan secara khusus meliputi 10-15 cm garis, dengan setiap ujungnya ditandai dengan level intensitas nyeri, ujung kiri diberi tanda tidak ada nyeri dan ujung kanan diberi tanda nyeri hebat. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. Pasien diminta untuk menandai sepanjang garis tersebut sesuai dengan level intensitas nyeri yang dirasakan pasien. Kemudian jaraknya diukur dari batas kiri sampai pada tanda yang diberi oleh pasien (ukuran mm), dan itulah skornya yang menunjukkan level intensitas nyeri. Keterbatasan dari VAS yaitu

pada pasien khususnya orang tua yang mengalami kesulitan merespon grafik VAS daripada *verbal ranting scale*.



Gambar 2.4 *Visual Analog Scale*

2.3.4 Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang muncul secara tiba-tiba sebagai respons langsung terhadap cedera jaringan, seperti luka pembedahan, trauma, atau peradangan. Nyeri jenis ini bersifat sementara dan umumnya akan mereda seiring dengan proses penyembuhan. Ciri khas nyeri akut meliputi onset yang cepat, intensitas yang bervariasi (dari ringan hingga berat), serta adanya penyebab yang jelas dan teridentifikasi. Nyeri ini juga sering kali disertai tanda-tanda fisiologis seperti peningkatan tekanan darah, denyut jantung, dan pernapasan akibat respons sistem saraf simpatis terhadap rasa nyeri. Fungsi utama nyeri akut adalah sebagai mekanisme perlindungan tubuh untuk memberi sinyal adanya kerusakan jaringan yang perlu segera ditangani (Yunita & Siwi, 2023).

Dalam praktik keperawatan, pengkajian terhadap nyeri akut sangat penting untuk menentukan penanganan yang tepat dan mencegah terjadinya komplikasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengkajian

meliputi lokasi nyeri, intensitas, durasi, karakter nyeri, faktor pemicu dan pereda, serta dampak nyeri terhadap aktivitas sehari-hari pasien. Penilaian nyeri dapat menggunakan skala numerik (NRS), visual analog scale (VAS), atau skala wajah (Wong-Baker). Setelah dilakukan pengkajian, intervensi keperawatan dapat dilakukan melalui dua pendekatan utama, yaitu farmakologis dan non-farmakologis. Pendekatan farmakologis mencakup pemberian analgesik seperti NSAID, opioid, atau anestesi lokal sesuai kebutuhan medis (Nurhidayati et al., 2023).

2.3.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Sri Rejeki (2020) pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya sebagai berikut:

a. Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang, sosial budaya, lingkungan, dan pengalaman.

b. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subyektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi *nociceptor*.

c. Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

d. Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti rti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

Menurut Sarwianti (2018) faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri dibagi menjadi 7 yaitu faktor usia meliputi anak (kesulitan mengemukakan perasaan nyeri) dan dewasa (tidak melaporkan nyeri dengan alasan: sesuatu yang harus dialami dalam kehidupan, mengingkari, takut, dan tidak perlu dikemukakan), kemudian ada faktor jenis kelamin, mekanisme pertahanan diri, kecemasan, pengalaman masalalu, dukungan orang-orang terdekat, dan lingkungan.

2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri

a. Metode Farmakologis

1. Anastesia Regional

Metode analgesia / anestesia regional yang telah digunakan selama persalinan sangat banyak, sangat bervariasi, tetapi mencakup juga pemberian anestesia lokal, opioid atau kombinasi keduanya. Cara kerja opioid dijelaskan diatas. Anestetik lokal bekerja dengan memengaruhi membran plasma sel yang tereksitasi, yaitu neuron. Potensial istirahat membran sel tidak terpengaruh oleh obat ini, tetapi obat-obat ini mencegah transmisi potensial aksi. Penghambatan ini diakibatkan oleh gangguan bagian pertama aksi potensial, aliran masuk ion natrium yang cepat, dengan memindah kalsium yang terikat membran dan konstiksi saluran natrium. Reseptor bagi anestetik lokal, yang terletak pada membran neuron atau didalam saluran natrium, memulai respons ini (Sarwianti, 2019)

2. Anastesia Spinal

Anestesia spinal kadang-kadang diindikasikan karena teknik ini membawa keuntungan tertentu dibandingkan dengan pendekatan anestetik atau analgesik lain, seperti epidural yang serupa dengan teknik ini (Wisudarti et al., 2023). Keuntungan mencakup pemberian yang lebih mudah, dosis lebih rendah, awitan lebih cepat dan kerja lebih singkat. Walaupun demikian, keuntungan ini harus diseimbangkan dengan risiko hipotensi yang lebih tinggi. Selain itu, karena anestesia spinal memasuki

subaraknoid, kemungkinan kebocoran cairan serebrospinal meningkat. Pertimbangan ini menyebabkan anestesi spinal digunakan bagi sebagian besar *sectio casarea* (Tanambel et al., 2017).

3. Analgesia Epidural

Teknik pembedahan seperti pungsi lumbal mempermudah injeksi anestetik lokal kerja lambat, seperti bupivikain, atau analgesik lain kedalam ruang spidural lumbal. Kanul, untuk memasukkan obat, dipasang dan injeksi awal diberikan oleh seorang ahli anestesi obstetri. Pemberian dapat secara intermiten atau 'dosis yang tinggi, oleh bidan terlatih yang diberikan instruksi tertulis oleh seorang ahli anestesi (PCA) atau infus kontinu dapat digunakan sebagai pengganti. Anestetik lokal kerja singkat, seperti lignokain, diinjeksi sebagai dosis uji atau opioid dapat diberikan secara epidural (Wiranto et al., 2017).

4. Ketorolac

ketorolac merupakan obat dengan fungsi mengatasi nyeri sedang hingga nyeri berat untuk sementara. Biasanya obat ini digunakan sebelum atau sesudah prosedur medis, atau setelah operasi. Ketorolac adalah golongan obat *nonsteroidal anti-inflammatory drug* (NSAID) yang bekerja dengan memblok produksi substansi alami tubuh yang menyebabkan inflamasi. Efek ini membantu mengurangi bengkak, nyeri, atau

demam.ketorolac normalnya diberikan untuk ≤ 5 hari, termauk bentuk injeksi dan oral dikombinasi. Dosis tunggal ketorolac untuk nyeri yang melalui IV (intra vena) pasien kurang dari 65 tahun: satu dosis 30 mg, pasien dengan gangguan ginjal dan atau kurang dari 50 kg (100 pon): satu dosis 15 mg. Dalam pemberian dosis ganda: pasien kurang dari 65 tahun: 30 mg IM atau IV setiap 6 jam sesuai kebutuhan (Octasari & Inawati, 2021).

b. Metode Non Farmakologis

1. Terapi Musik

Terapi musik adalah keahlian menggunakan musik atau elemen musik untuk meningkatkan, mempertahankan, serta mengembalikan kesehatan mental, fisik, emosional, dan spiritual. Dalam kedokteran disebut sebagai terapi pelengkap (*complementary medicine*). Jenis musik yang digunakan dalam terapi musik dapat disesuaikan dengan keinginan, misalnya musik klasik, instrumentalia, musik yang berirama santay, orkestra, dan musik modern lainnya. Beberapa ahli menyarankan untuk tidak menggunakan jenis musik tertentu seperti pop, disko, rock and roll, dan musik berirama keras (*anapestic beat*) lainnya, karena jenis musik dengan anapestic beat (2 beat pendek, 1 beat panjang dan kemudian pause) merupakan irama yang berlawanan dengan irama jantung. Musik lembut dan teratur

seperti instrumentalia dan musik klasik merupakan musik yang sering digunakan untuk terapi musik (Sub'haan et al., 2023)

2. Aromaterapi

Aroma terapi merupakan terapi modalitas atau pengobatan alternatif dengan menggunakan sari tumbuhan aromatik murni berupa bahan cairan tanaman yang mudah menguap dan senyawa aromatik lain dari tumbuhan (Wibowo et al., 2020).

Mekanisme kerja aroma terapi di dalam tubuh berlangsung melalui dua sistem fisiologis yaitu sistem sirkulasi tubuh dan sistem penciuman. Bila diminum atau dioleskan pada permukaan kulit, minyak esensial akan diserap tubuh melalui proses pencernaan dan penyerapan kulit oleh pembuluh kapiler dan selanjutnya akan dibawa oleh sistem sirkulasi, baik sirkulasi darah maupun sirkulasi limfatik. Penerapan terapi ini pun amat sederhana dan mudah. Beberapa cara bisa dipilih sesuai selera. Mereka yang tidak mau beUOBKah payah, cukup hanya dengan menghirup langsung aroma minyak murni melalui hidung. Cara kerja aroma terapi amat spesifik dan berbeda dengan tipe stimulasi sensorik jenis lain. Seperti halnya setiap sensasi kenikmatan, bau atau aroma akan melepaskan zat seperti endorphen yang digunakan untuk memerangi stres (Manurung & Noviyya, 2019)

3. Terapi Relaksasi

Terapi relaksasi yaitu untuk mengendorkan tegangan otot, yang merupakan landasan yang nyaman selama persalinan penting untuk tetap santai selama kontraksi menjelang persalinan (Azizah et al., 2021).

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk "membebaskan" mental dan fisik dari ketegangan dan stres, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Berbagai metode relaksasi digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot sehingga didapatkan penurunan denyut jantung, penurunan respirasi serta penurunan ketegangan otot (Pandie & Efendy, 2022).

Relaksasi napas dalam adalah pernapasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata (Pandie & Efendy, 2022).

Terapi relaksasi autogenik yaitu Relaksasi mengandung makna suatu prosedur dan teknik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan dengan cara melatih agar dapat dengan sengaja membuat otot-otot relaks setiap dibutuhkan atau diinginkan (Subiyakto & Ariyani, 2024).

2.4 Konsep Teknik Relaksasi Autogenik

2.4.1 Pengertian Teknik Relaksasi Autogenik

Teknik relaksasi autogenik merupakan salah satu teknik relaksasi yang bersumber dari diri sendiri berupa kata-kata atau kalimat pendek

ataupun pikiran yang bisa membuat tenang. Teknik autogenik dilakukan dengan membayangkan diri sendiri berada dalam keadaan damai dan tenang, berfokus pada pengaturan nafas dan detak jantung (Rizky et al., 2022).

Relaksasi adalah sebuah keadaan dimana seseorang terbebas dari tekanan dan kecemasan atau kembalinya keseimbangan (*equilibrium*) setelah terjadinya gangguan. Relaksasi autogenik pertama kali diperkenalkan pada tahun 1932 oleh seorang psikiter Jerman bernama Johannes Schultz. Relaksasi mengandung makna suatu prosedur dan teknik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan dengan cara melatih agar dapat dengan sengaja membuat otot-otot relaks setiap dibutuhkan atau diinginkan, sedangkan autogenik mengandung makna sebagai sesuatu yang dihasilkan sendiri atau dari dalam diri sendiri (Wulan et al., 2024).

2.4.2 Tujuan Teknik Relaksasi Autogenik

Tujuan teknik relaksasi autogenik adalah membawa pikiran ke dalam kondisi mental yang optimal sehingga dapat mengendalikan pernapasan, tekanan darah, denyut jantung, serta suhu tubuh. Perubahan-perubahan yang terjadi selama maupun setelah relaksasi mempengaruhi kerja (Wulan et al., 2024).

Penerapan teknik relaksasi autogenik pada ibu post *sectio caesarea* bertujuan untuk menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan kesejahteraan emosional, serta mempercepat proses penyembuhan. Studi

menunjukkan bahwa teknik ini mampu menurunkan skala nyeri secara signifikan dengan membantu pasien mengontrol pernapasan, menurunkan tekanan darah, serta memperbaiki sirkulasi darah yang mendukung pemulihan luka pascaoperasi. Relaksasi autogenik juga memiliki manfaat dalam mengurangi kecemasan dan meningkatkan kualitas tidur pasien, yang sering terganggu akibat nyeri akut pasca-*sectio caesarea* (Herien et al., 2024).

2.4.3 Indikasi dan Kontraindikasi

a. Indikasi

Menurut Malina, (2017) Teknik relaksasi autogenik dapat diberikan pada:

1. Pasien dengan nyeri akut maupun kronis
2. ditujukan pada nyeri kategori sedang (skor 4–6).
3. Pasien yang mengalami kecemasan atau stres
4. Pasien dengan gangguan tidur
5. Pasien dengan ketegangan otot
6. Pasien post-*sectio caesarea* yang membutuhkan manajemen nyeri non-farmakologis
7. Individu yang ingin meningkatkan kontrol diri terhadap stres atau nyeri tanpa ketergantungan pada obat

b. Kontraindikasi

Menurut Prasasti et al., (2021) Teknik relaksasi autogenik sebaiknya tidak diberikan pada:

1. Pasien dengan gangguan mental berat atau disorientasi
2. Pasien yang tidak mampu mengikuti instruksi atau sulit berkonsentrasi
3. Pasien dengan kecemasan ekstrem yang menghambat proses relaksasi
4. Pasien dengan gangguan pernapasan atau gangguan neurologis yang menghambat sensasi tubuh

2.4.4 Nyeri Post *Sectio Caesarea*

Nyeri setelah operasi *sectio caesarea* (SC) adalah nyeri akut yang disebabkan oleh luka insisi pada dinding perut dan rahim. Nyeri ini terjadi karena kerusakan jaringan, aktivasi reseptor nyeri, serta pelepasan zat inflamasi seperti histamin dan prostaglandin yang meningkatkan sensitivitas nyeri. Penelitian menunjukkan bahwa intensitas nyeri tertinggi terjadi dalam 24-48 jam pertama, kemudian berangsur menurun dalam beberapa hari berikutnya. Jika tidak ditangani, nyeri ini dapat menyebabkan gangguan mobilisasi, kecemasan, gangguan tidur, hingga menurunkan kualitas hidup pasien (Pratiwi et al., 2025).

Untuk mengatasi nyeri post-*sectio caesarea*, digunakan dua pendekatan utama, yaitu farmakologis (analgesik) dan nonfarmakologis, salah satunya relaksasi autogenik. Teknik relaksasi autogenik merupakan metode yang melibatkan kontrol pernapasan, sugesti diri, dan visualisasi untuk mengurangi nyeri. Penelitian membuktikan bahwa efek relaksasi autogenik mulai terasa dalam 15-30 menit setelah latihan dan dapat

menurunkan skala nyeri secara signifikan dalam 3-5 hari jika dilakukan secara rutin. Pasien disarankan untuk melakukan latihan selama 15-20 menit per sesi, sebanyak 2-3 kali sehari, agar mendapatkan hasil yang optimal. Teknik ini bekerja dengan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis, yang membantu tubuh mencapai keadaan rileks dan mengurangi persepsi nyeri (Ismi & Purwati, 2024).

2.4.5 Mekanisme Kerja Terapi

Teknik relaksasi autogenik bekerja dengan merangsang sistem saraf parasimpatis, yaitu bagian dari sistem saraf otonom yang bertugas menurunkan respons stres tubuh. Melalui latihan pernapasan dalam, sugesti diri, dan visualisasi kondisi yang menenangkan, teknik ini membantu menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik yang biasanya meningkat saat stres atau nyeri. Ketika sistem parasimpatis aktif, tubuh memasuki kondisi relaksasi: detak jantung melambat, tekanan darah menurun, pernapasan menjadi lebih teratur, dan ketegangan otot berkurang. Hal ini menghasilkan efek fisiologis berupa pengurangan produksi hormon stres (seperti kortisol) dan peningkatan pelepasan endorfin yang berperan sebagai analgesik alami (Ramadani & Siregar, 2023).

Selain memberikan ketenangan secara umum, teknik ini juga memengaruhi persepsi nyeri di otak. Saat tubuh rileks, impuls nyeri yang dikirim dari perifer ke otak menjadi berkurang karena jalur transmisi nyeri pada sistem saraf pusat ditekan. Aktivasi korteks prefrontal dan

limbik area otak yang berperan dalam pemrosesan emosi dan nyeri juga mengalami perubahan aktivitas, sehingga pasien merasa lebih nyaman. Dengan latihan yang konsisten, pasien dapat mengembangkan kemampuan mengontrol respons nyeri dan stres secara mandiri, menjadikan teknik ini sebagai terapi pelengkap yang efektif dalam manajemen nyeri pasca-*sectio caesarea* (Prasasti et al., 2021).

2.4.6 Efektivitas Teknik Relaksasi Autogenik terhadap Skala Nyeri

Teknik relaksasi autogenik terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post-*sectio caesarea*. Latihan ini membantu pasien mencapai keadaan relaksasi mendalam, sehingga dapat menurunkan persepsi nyeri secara bertahap. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien yang rutin melakukan latihan relaksasi autogenik selama 15–20 menit per sesi, sebanyak 2–3 kali sehari, mengalami penurunan skala nyeri secara signifikan dalam waktu 3 hingga 5 hari. Penurunan skala nyeri tersebut umumnya diukur menggunakan instrumen seperti *Numeric Rating Scale* (NRS) atau *Visual Analog Scale* (VAS), yang menunjukkan penurunan dari skala sedang (5–6) ke ringan (1–3) setelah beberapa kali latihan (Prasasti et al., 2021).

Efektivitas teknik ini diperkuat oleh kemampuannya dalam menstimulasi pelepasan endorfin dan menghambat jalur nosiseptif di sistem saraf pusat. Selain itu, terapi ini juga memberikan manfaat psikologis berupa penurunan kecemasan dan peningkatan rasa kendali atas tubuh, yang turut mempercepat proses pemulihan. Oleh karena itu,

relaksasi autogenik tidak hanya membantu mengurangi nyeri secara fisik, tetapi juga memberikan dampak positif secara emosional, menjadikannya sebagai salah satu terapi nonfarmakologis yang sangat bermanfaat dalam perawatan pasien post-*sectio caesarea* (Herien et al., 2024).

2.4.7 Kelebihan dan Kekurangan Teknik Relaksasi Autogenik

Teknik relaksasi autogenik memiliki sejumlah kelebihan yang menjadikannya sebagai metode nonfarmakologis yang efektif dalam mengatasi nyeri, termasuk pada pasien post-*sectio caesarea*. Terapi ini aman, tidak menimbulkan efek samping, serta tidak membutuhkan alat atau biaya besar, sehingga dapat dilakukan secara mandiri setelah edukasi dari tenaga kesehatan. Selain menurunkan nyeri, teknik ini juga membantu mengurangi kecemasan, memperbaiki kualitas tidur, dan meningkatkan kenyamanan emosional pasien. Fleksibilitasnya memungkinkan terapi ini diterapkan kapan saja dan di mana saja, asalkan lingkungan mendukung dan kondisi pasien stabil. Namun, efektivitasnya sangat bergantung pada kemampuan pasien dalam berkonsentrasi dan melatih diri secara konsisten. Pasien dengan gangguan mental berat, disorientasi, atau kecemasan ekstrem mungkin kesulitan mengikuti instruksi dengan baik. Terapi ini juga tidak memberikan efek instan seperti analgesik farmakologis, sehingga diperlukan kesabaran dan komitmen untuk mencapai hasil yang optimal. Oleh karena itu, dukungan tenaga kesehatan dalam memberikan bimbingan dan pemantauan

berkelanjutan sangat penting untuk menjamin keberhasilan teknik relaksasi ini (Supriyanti & Kustriyani, 2024).

2.4.8 Standard Operasional Prosedur (SOP)

Menurut Rahmawati, (2017) prosedur teknik relaksasi autogenik sebagai berikut:

Tabel 2.3 Standar Operasional Prosedur

No	Judul	Deskripsi
1	Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi nyeri post-<i>sectio caesarea</i> secara nonfarmakologis. 2. Meningkatkan relaksasi dan kenyamanan pasien. 3. Mempercepat pemulihan fisik dan psikologis pasien.
2	Manfaat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan intensitas nyeri secara signifikan. 2. Meningkatkan relaksasi tubuh dan menurunkan kecemasan. 3. Mengurangi ketergantungan terhadap obat analgesik. 4. Membantu meningkatkan kualitas tidur pasien.
3	Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien post-<i>sectio caesarea</i> dengan nyeri akut. 2. Nyeri kategori sedang (skor 4–6). 3. Pasien yang mengalami kecemasan atau stres akibat nyeri pascaoperasi. 4. Pasien yang ingin mengurangi penggunaan analgesik farmakologis (Herien et al., 2024).
4	Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan gangguan kesadaran atau tidak kooperatif. 2. Pasien dengan gangguan pernapasan akut yang menghambat teknik relaksasi. 3. Pasien dengan kondisi psikologis yang tidak stabil.
5	Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruangan yang tenang dan nyaman. 2. Tempat tidur atau kursi yang mendukung postur rileks.

		3. Panduan relaksasi autogenik atau audio terapi (opsional).
6	Cek Awal (Pra-terapi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi ekspresi nyeri pasien dan perilaku tegang. 2. Ukur skala nyeri menggunakan VAS atau Numeric Rating Scale. 3. Jelaskan prosedur relaksasi dan minta persetujuan pasien.
7	Langkah-Langkah Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan pasien dalam posisi nyaman (duduk atau berbaring). 2. Jelaskan tujuan dan manfaat terapi kepada pasien. 3. Ciptakan suasana yang tenang dengan pencahayaan redup dan suara yang minim gangguan. b. Pelaksanaan <ol style="list-style-type: none"> 1. Instruksikan pasien untuk menutup mata dan fokus pada pernapasan. 2. Minta pasien menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, tahan selama 2 detik, lalu hembuskan perlahan melalui mulut selama 6 detik. 3. Bimbing pasien dalam autosugesti positif seperti “Tubuh saya terasa rileks dan nyaman.” 4. Minta pasien membayangkan suasana yang tenang (misalnya pantai atau taman). 5. Latihan dilakukan selama 15-20 menit per sesi, 2-3 kali sehari.
8	Cek Akhir (Evaluasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ukur kembali skala nyeri pasien pasca latihan. 2. Amati perubahan ekspresi dan ketegangan otot. 3. Tanyakan apakah pasien merasa lebih nyaman dan mampu mengulang latihan secara mandiri. 4. Edukasi pasien untuk latihan mandiri di rumah.
7	Kriteria Keberhasilan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melaporkan penurunan skala nyeri setelah latihan. 2. Pasien terlihat lebih rileks dan tidak tegang.

		3. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi secara mandiri.
8	Dokumentasi	1. Catat skala nyeri sebelum dan sesudah latihan. 2. Dokumentasikan respons pasien terhadap latihan. 3. Evaluasi perkembangan pasien setiap hari.

Sumber: (Herien et al 2024).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Sectio Caesarea

2.5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dalam keperawatan merupakan proses pengumpulan informasi dari pasien, membuat data pasien, dan membuat catatan respon pasien. Menggunakan pengkajian yang komperhensif dan sistematis secara logis akan mengarah dan mendukung pada indentifikasi dari masalah-masalah pasien (Aprillia, 2021). Menurut Poppy Freytisia R, (2019) pengkajian keperawatan meliputi sebagai berikut:

a. Identitas Klien

Identitas sendiri meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, nomor register, suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Pada kasus *sectio caesarea* biasanya pasien mengeluh nyeri pada area luka.

c. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan meliputi:

1. Riwayat kesehatan sekarang meliputi penyebab dilakukannya operasi *sectio caesarea*.

Pengkajian PQRST:

P : Provokatif/Paliatif, yaitu mengkaji yang membuat terjadi timbulnya keluhan, hal-hal apa yang memperingan dan memperberat keadaan atau keluhan tersebut yang dikembangkan dari keluhan utama

Q : *Quality/Quantity*, mengkaji berat keluhan terasa, jenis rasanya nyeri.

R : *Region/radiasi*, lokasi keluhan tersebut dirasakan atau ditemukan, terjadinya penyebaran ke area lain.

S : *Severity Scale*, intensitas keluhan dinyatakan dengan keluhan ringan, sedang, dan berat.

T : *Timing*, kapan keluhan mulaiditemukan atau dirasakan, berapa sering dirasakan atau terjadi, secara bertahap. Keluhan berulangulang, bila berulang dalam selang waktu berawal lama hal itu untuk menentukan waktu dan durasi.

2. Riwayat kesehatan dulu mengkaji riwayat kesehatan yang pernah diderita pasien.
3. Riwayat kesehatan keluarga, keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan misalnya diabetes, hipertensi, tuberkolosis.

d. Riwayat Perkawinan

Pengkajian tentang riwayat perkawinan hal yang penting untuk mengetahui sejak usia berapa menikah, berapa kali menikah, lama pernikahan, dan status pernikahan saat ini.

e. Riwayat Obstetri

Pengkajian riwayat obstetri pada ibu post-*sectio caesarea* sangat penting untuk memahami kondisi kesehatan reproduksi ibu secara menyeluruh. Riwayat ini mencakup kehamilan, persalinan, serta masa nifas dari kehamilan sebelumnya hingga saat ini.

a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Riwayat kehamilan terdahulu mencakup jumlah kehamilan sebelumnya (gravida), hasil dari masing-masing kehamilan (abortus, lahir hidup, lahir mati), adanya komplikasi seperti preeklampsia, perdarahan, atau kehamilan ektopik, serta penggunaan kontrasepsi sebelum hamil kembali. Data ini berguna untuk menilai pola atau masalah yang berulang dalam setiap kehamilan.

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan saat ini mencakup usia kehamilan saat dilakukan SC, apakah kehamilan direncanakan, adanya keluhan selama kehamilan seperti mual berlebihan, hipertensi, diabetes gestasional, serta hasil pemeriksaan USG dan laboratorium selama masa kehamilan. Penilaian ini membantu menentukan apakah

kehamilan berjalan secara fisiologis atau terdapat indikasi patologis yang berkontribusi pada keputusan SC.

c) Riwayat Persalinan Dahulu

Informasi ini mencakup jenis persalinan sebelumnya (normal, SC, vakum/forcep), tempat dan fasilitas kesehatan tempat bersalin, komplikasi yang terjadi saat persalinan seperti partus lama, perdarahan, atau retensio plasenta, serta penanganan medis yang diberikan. Hal ini penting untuk mengetahui risiko persalinan ulang dan keputusan metode persalinan berikutnya.

d) Riwayat Persalinan Sekarang

Meliputi alasan dilakukannya sectio caesarea (misalnya karena partus tak maju, fetal distress, preeklampsia), jenis SC (elektif atau emergensi), waktu pelaksanaan operasi, jenis anestesi yang digunakan, serta kondisi bayi saat lahir (Apgar Score, berat badan lahir, kelainan bawaan, dll). Ini menjadi dasar dalam pengkajian kondisi post operasi ibu.

e) Riwayat Nifas Dahulu

Menanyakan tentang pengalaman masa nifas sebelumnya, apakah terdapat gangguan seperti demam nifas, infeksi luka, gangguan menyusui, baby blues atau depresi postpartum. Hal ini membantu menilai risiko psikologis atau fisik yang mungkin berulang.

f) Riwayat Nifas Sekarang

Mengkaji kondisi ibu pasca operasi saat ini, termasuk kondisi luka operasi, intensitas nyeri, produksi ASI, proses involusi uterus, lochia, hingga status emosional dan adaptasi terhadap peran sebagai ibu. Data ini akan digunakan untuk merencanakan intervensi yang tepat selama masa perawatan postpartum.

f. Riwayat Kontrasepsi

Mengkaji riwayat penggunaan kontrasepsi sebelumnya, misalnya pil, KB, IUD, KB suntik, dan lain-lain, lamanya penggunaan kontrasepsi, dan masalah atau keluhan saat menggunakan kontrasepsi.

Setelah persalinan, khususnya melalui *sectio caesarea*, perencanaan kontrasepsi menjadi bagian penting dalam pemulihan ibu dan pencegahan kehamilan terlalu dini. Pemilihan metode kontrasepsi harus mempertimbangkan kondisi medis, status menyusui, dan preferensi pasangan. Pilihan yang dapat diberikan antara lain IUD pasca plasenta, implan setelah enam minggu, pil progestin-only, atau suntik tiga bulanan. Untuk ibu yang tidak berencana memiliki anak lagi, tubektomi dapat dipertimbangkan. Perawat berperan dalam memberikan edukasi dan konseling agar ibu memilih metode yang paling sesuai dan aman.

g. Pola kesehatan Fungsional

Pola kesehatan fungsional ini meliputi:

1. Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pasien yang sedang berada di fase nifas akan terjadinya peningkatan nafsu makan sebab memiliki keinginan untuk memberikan asi kepada bayinya.

2. Pola aktivitas

Setelah menjalani *sectio caesarea* (SC), pola aktivitas ibu mengalami perubahan yang signifikan akibat nyeri pascaoperasi, kelemahan fisik, serta keterbatasan mobilitas. Dalam aktivitas sehari-hari, ibu masih membutuhkan bantuan dalam beberapa hal, terutama saat bangun dari tempat tidur, berjalan, atau menggendong bayi. Aktivitas berat seperti mengangkat benda berat, naik turun tangga, atau berdiri terlalu lama sebaiknya dihindari selama 6 minggu pertama untuk mencegah tekanan pada area jahitan dan mempercepat penyembuhan luka operasi.

3. Pola eliminasi

Setelah menjalani *sectio caesarea* (SC), ibu sering mengalami gangguan pola eliminasi, baik pada buang air kecil (BAK) maupun buang air besar (BAB). Gangguan ini dapat disebabkan oleh efek anestesi, penggunaan kateter urin, nyeri pascaoperasi, dan keterbatasan mobilitas.

4. Istirahat dan tidur

Perubahan istirahat dan tidur pada pasien yang sedang mengalami fase nifas karena adanya rasa nyeri.

5. Pola sensori

Biasanya merasakan nyeri akibat post *sectio caesarea*.

6. Pola reproduksi dan sosial

Pola reproduksi mencakup riwayat kehamilan, persalinan, serta penggunaan alat kontrasepsi. Informasi ini penting untuk mengevaluasi kondisi ibu pasca-*sectio caesarea* dan perencanaan kehamilan berikutnya. Sementara itu, pola sosial meliputi dukungan keluarga, hubungan interpersonal, dan peran sosial pasien, yang berpengaruh terhadap proses penyembuhan dan kesehatan mental ibu pascaoperasi.

h. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum Pasien

Pemeriksaan keadaan umum pasien merupakan langkah awal dalam pengkajian keperawatan post *sectio caesarea*. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai status klinis pasien secara menyeluruh dan mendeteksi adanya komplikasi dini pasca operasi. Pemeriksaan ini meliputi tingkat kesadaran (apakah compos mentis atau mengalami penurunan kesadaran), kondisi umum fisik pasien (lemah, tampak sakit berat atau sedang), Antropometri, serta respon terhadap rangsangan verbal atau nyeri. Penilaian ini dilakukan secara terus menerus selama masa pemulihan pasca bedah.

2. Tanda Tanda Vital

Pemantauan tanda vital ibu pasca *sectio caesarea* mencakup pemeriksaan tekanan darah, nadi, laju pernapasan, suhu tubuh, dan saturasi oksigen untuk memastikan stabilitas hemodinamik serta mendeteksi komplikasi dini. Perubahan tanda vital harus segera ditangani oleh tim medis. Selain itu, pemeriksaan antropometri seperti berat badan dan tinggi badan dilakukan untuk menilai status gizi, yang berperan penting dalam mendukung proses pemulihan.

3. Kepala dan Wajah

a) Sistem Pernafasan

Pemeriksaan hidung, termasuk tulang hidung, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, adanya sekret atau sumbatan, dan perdarahan.

b) Sistem Neurologi

1) Nervus I (*olfactory*) mengkaji penciuman pasien, dengan menutup mata dan meminta pasien mencium benda yang baunya mudah dikenal seperti miyak kayu putih.

2) Nervus II (optikus) mengkaji penglihatan dan lapang pandang pasien, penglihatan normal umumnya berjarak 6 meter.

3) Nervus III (okulomotoris) mengkaji saraf motorik dengan mengangkat kelopak mata keatas dan kaji kontraksi pupil.

- 4) Nervus IV (troclear) mengkaji saraf motorik dengan menggerakkan mata kebagian bawah.
- 5) Nervus V (trigeminus) mengkaji gerakan mengunyah pasien, sensasi wajah, refleksi kornea, dan reflek kedip
- 6) Nervus VI (abducent) mengkaji saraf motorik dengan menggerakkan mata untuk melihat kearah samping.
- 7) Nervus VII (facialis) mengkaji ekspresi wajah dengan gerakan senyum, bersiul, mengangkat alis mata, dan menutup kelopak mata dengan tahanan.
- 8) Nervus VIII (vestibulocochlearis) mengkaji fungsi pendengaran dan keseimbangan dengan menggunakan tes webber dan rinne
- 9) Nervus IX (glossopharyngeus) mengkaji sensasi rasa antara manis, asam, asin, dan pahit.
- 10) Nervus X (vagus) mengkaji refleksi muntah dan menelan
- 11) Nervus XI (accessory) mengkaji gerakan bahu dengan melakukan tekanan melawan.
- 12) Nervus XII (hypoglossus) mengkaji gerakan lidah dengan menjulurkan lidah dan menggerakkan kesemua sisi.
- 13) Pemeriksaan reflek patella

4. Leher

Sistem Endokrin: Pemeriksaan pembesaran kelenjar tiroid. Selain itu, Sistem Kardiovaskular Pemeriksaan vena jugularis untuk menilai tanda gagal jantung.

5. Dada

Sistem Pernapasan, Pemeriksaan bentuk dada, penggunaan otot bantu napas, pola napas, bunyi napas (auskultasi). Sistem Kardiovaskular, Pemeriksaan CRT (*Capillary Refill Time*) (< 3 detik), deteksi adanya edema pada ekstremitas atas dan bawah.

6. Perut

Pada pasien post *sectio caesarea*, pemeriksaan sistem pencernaan meliputi penilaian kondisi mukosa bibir untuk mendeteksi tanda dehidrasi (kering) atau anemia (pucat). Bising usus perlu dipantau untuk memastikan aktivitas peristaltik usus telah kembali, mengingat efek anestesi dan tindakan pembedahan dapat menyebabkan penurunan motilitas usus. Bising usus normal biasanya mulai terdengar dalam 6-12 jam pasca operasi. Sistem Reproduksi Pemeriksaan uterus: Palpasi tinggi fundus uteri (TFU), konsistensi uterus (kontraksi atau atoni), pemeriksaan luka operasi SC: Keadaan balutan, tanda infeksi (kemerahan, bengkak, panas, nyeri, keluarnya sekret).

7. Payudara

Pemeriksaan payudara pada masa post partum bertujuan menilai kesiapan ibu menyusui dan mencegah komplikasi laktasi.

Aspek yang dikaji meliputi bentuk dan ukuran payudara, kondisi puting (menonjol, datar, atau retraksi), serta konsistensi jaringan (lunak, tegang, atau nyeri). Tanda-tanda mastitis seperti kemerahan, nyeri, dan pembengkakan juga perlu diperhatikan. Selain itu, dievaluasi pula pengeluaran ASI dan respons bayi saat menyusui.

8. Genitalia dan Rektum

Pemeriksaan lochia: Warna, jumlah, bau, dan konsistensi. Deteksi adanya hematoma, tanda infeksi, atau prolaps. Sementara itu, pemeriksaan rektum bertujuan untuk mendeteksi adanya hemoroid, fisura ani, atau perdarahan yang mungkin terjadi akibat proses mengejan saat persalinan atau efek dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan ini juga penting untuk menilai fungsi eliminasi pascaoperasi, terutama jika pasien mengalami konstipasi atau nyeri saat defekasi.

9. Ekstermitas atas

Sistem Musculoskeletal: Pemeriksaan keterbatasan gerakan, nyeri, dan kekakuan pada lengan dan pergelangan tangan.

10. Ekstremitas Bawah

Sistem Musculoskeletal: Pemeriksaan keterbatasan gerakan, nyeri, dan kekakuan pada pergelangan kaki dan tungkai. Sistem Kardiovaskular Pemeriksaan adanya varises, edema pada tungkai.

11. Perkemihan

Dilakukan penilaian terhadap pola eliminasi urin, meliputi jumlah urin yang dikeluarkan dalam 24 jam, warna, bau, kejernihan, dan frekuensi buang air kecil. Pemeriksaan ini penting untuk mendeteksi adanya retensi urin, infeksi saluran kemih, atau gangguan eliminasi lain yang umum terjadi pasca-*sectio caesarea*, terutama akibat efek anestesi atau penggunaan kateter urin.

12. Kulit

Pemeriksaan perubahan pada kulit seperti warna, lesi, memar, kemerahan, atau hiperpigmentasi pada area vulva, aerola, dan putting susu.

13. Reproduksi

14. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan kesehatan janin mencakup berbagai prosedur untuk memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan. Pemeriksaan seperti JDL dengan diferensial, elektrolit, hemoglobin/hematokrit, golongan darah, dan urinalisis bertujuan untuk menilai kondisi darah dan keseimbangan tubuh ibu. Pemantauan EKG dilakukan jika ada risiko gangguan jantung, sedangkan amniosentesis dapat digunakan untuk menilai maturitas paru janin pada kasus tertentu. Pemeriksaan sinar X hanya dilakukan jika diperlukan karena risiko radiasi, sementara *ultrasound* menjadi metode utama dalam memantau pertumbuhan dan kesehatan janin (Maslebu et al., 2017).

2.5.2 Analisa Data Keperawatan

Analisa data keperawatan merupakan tahapan dalam memeriksa dan mengolah informasi pasien guna memperoleh kesimpulan serta rekomendasi terkait tindakan keperawatan. Proses ini dilakukan setelah perawat menyelesaikan pengkajian keperawatan (Mardiani, 2019). Berikut ini adalah tabel analisa data keperawatan pada ibu post *sectio caesarea* menurut Sarwianti (2018).

Tabel 2.1 Analisa Data Keperawatan

Data	Etiologi	Masalah
DO: 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Pola nafas berubah 5. Pasien mengeluhkan nyeri dengan skala nyeri 6 dari 10 dengan (NRS) DS: -	Tindakan SC ↓ Luka Insisi ↓ Terputusnya Kontinuitas Jaringan ↓ Adanya Rangsangan Nyeri ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut
DO: 1. Klien terpasang infus ditangan kanan 2. Terdapat luka heacting pada perineum DS:	Tindakan SC ↓ Luka insisi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Jalan masuk kuman ↓ Resiko infeksi	Resiko infeksi
DO: 1. Pasien mengeluh sulit tidur 2. Pasien tampak gelisah di malam hari DS: -	Nyeri pasca tindakan SC ↓ Kecemasan akibat prosedur operasi	Gangguan Pola Tidur

DO: 1. Pasien tampak lemas 2. Mengeluh nyeri saat bergerak 3. Pasien hanya bisa posisi tidur terlentang	Keterbatasan gerak akibat nyeri dan luka operasi	Gangguan Mobilitas Fisik
Do: 1. Produksi ASI rendah saat diperah (<10 mL). 2. Berat badan bayi menurun dari berat lahir. 3. Bayi tampak sering mencari payudara setelah menyusui. DS: -	Kurangnya stimulasi payudara ↓ Refleks oksitosin terganggu akibat stres dan kelelahan. ↓ Stimulasi payudara kurang sering. ↓ Penurunan produksi ASI	Ketidakefektifan Menyusui

2.5.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik mengenai klien, keluarga, dan masyarakat adanya akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Diagnosa keperawatan adalah proses rencana tindakan keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan, tujuan, dokumentasi dari diagnosa keperawatan untuk menuliskan hasil masalah atau problem pasien dan perubahan dari kesehatan (Wiratama, 2018). Pada diagnosa keperawatan menurut Simamora, (2020), Jenis-jenis diagnosa keperawatan diuraikan sebagai berikut:

a. Diagnosa Aktual

Diagnosa ini menggambarkan respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dapat menimbulkan pasien

mengalami gangguan kesehatan. Tanda dan gejala minor atau mayor dapat ditemukan dan dikonfirmasi oleh pasien.

b. Diagnosa Resiko

Diagnosa ini menggambarkan respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dapat mengancam masalah kesehatan pasien. Pasien tidak memiliki tanda dan gejala minor maupun mayor, namun pasien risiko untuk mengalami gangguan kesehatan.

c. Diagnosa Promosi Kesehatan

Diagnosa ini menggambarkan keinginan dan motivasi pasien untuk mengembangkan status kesehatannya pada tingkat yang lebih baik atau optimal (SDKI, 2018).

Secara umum menurut (SDKI, 2018), Diagnosa yang terdapat pada post sectio caesarea meliputi :

- a. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- b. (D.0142) Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.
- c. (D.0018) Gangguan Pola Tidur akibat nyeri setelah tindakan SC.
- d. (D.0101) Gangguan mobilitas fisik.
- e. (D.0107) Ketidakefektifan menyusui.

2.5.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah atau diagnosis yang telah ditetapkan melalui tindakan yang terencana, terarah,

dan berbasis bukti guna meningkatkan kualitas hidup serta mempercepat proses penyembuhan pasien (Aruan, 2020).

Intervensi keperawatan pada ibu *post-sectio caesarea* bertujuan untuk mempercepat proses pemulihan, mengurangi risiko komplikasi, serta meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup pasien. Salah satu langkah penting dalam intervensi ini adalah mobilisasi dini, yang membantu mencegah komplikasi seperti pembekuan darah, meningkatkan sirkulasi darah, serta mempercepat penyembuhan luka operasi (Sari, 2020).

Manajemen nyeri menjadi fokus utama dalam perawatan pasca-*sectio caesarea*. Nyeri dapat dikurangi melalui berbagai metode, baik farmakologis dengan pemberian analgesik sesuai anjuran dokter, maupun nonfarmakologis seperti teknik relaksasi, kompres hangat, atau pijat refleksi. Pendampingan dan edukasi mengenai teknik pernapasan juga dapat membantu pasien dalam mengelola nyeri dengan lebih baik (Santoso et al., 2024).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri Akut (D.0077) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Kontrol Nyeri (L.08063) Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax....jam diharapkan nyeri terkontrol. Kriteria Hasil: 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri). 3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan cara menggunakan manajemen nyeri yang telah di gunakan. 4. Mampu menyatakan rasa nyaman pada saat nyeri berkurang	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identitas skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 8. Monitor efek samping pengaruh analgetik. Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Teknik relaksasi tarik nafas, TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, pijat terapi, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).

			<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruang, pencahayaan, kebisingan).</p> <p>3. Fasilitas istirahat dan tidur.</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>5. Terapeutik Terapi Relaksasi Autogenik</p> <p>a. Kaji ulang tingkat nyeri menggunakan skala NRS sebelum dan sesudah intervensi.</p> <p>b. Observasi tanda-tanda nyeri non-verbal seperti ekspresi wajah, postur tubuh, dan ketegangan otot.</p> <p>c. Jelaskan kepada pasien tentang teknik relaksasi autogenik dan manfaatnya dalam mengurangi nyeri.</p> <p>d. Pandu pasien melakukan teknik relaksasi autogenik dengan langkah-langkah berikut: 1. Ambil posisi nyaman (setengah duduk atau berbaring). 2. Tarik napas dalam selama 3 detik dan hembuskan perlahan. 3. Fokus pada sensasi tubuh dan ucapkan sugesti positif seperti “tubuh saya rileks” atau “nyeri saya</p>
--	--	--	--

			<p>berkurang”. 4. Lakukan selama 10-15 menit, 2 kali sehari.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kalaborasi pemberian analgetik (jika perlu).
2	<p>Resiko Infeksi (D.0142)</p> <p>Definisi:</p> <p>Beriko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p>	<p>Kontrol Resiko (L.14128)</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax.... jam diharapkan mampu mengontrol resiko.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beriko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat. 3. Kemampuan melakukan strategi control resiko meningkat. 4. Kemampuan mengubah perilaku meningkat. 5. Komitmen terhadap strategi meningkat. 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi pengunjung. 2. Berikan perawatan kulit pada area edema. 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. <p>Edukasi</p>

		6. Kemampuan memodifikasi gaya hidup. 7. Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat. 8. Kemampuan mengenali perubahan status kesehatan meningkat. 9. Kemampuan beradaptasi dengan skrining resiko meningkat. 10. Penggunaan fasilitas kesehatan meningkat. 11. Penggunaan sistem pendukung meningkat. 12. Pemantauan perubahan status kesehatan meningkat. 13. Imunisasi meningkat.	1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar. 3. Ajarkan etika batuk. 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. 5. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi. 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi (jika perlu)
3	Gangguan Pola Tidur (D.0018) Definisi: Gangguan jumlah dan kualitas tidur yang mengganggu fungsi seseorang atau kesejahteraan sehari-hari.	Tidur (L.02003) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x... jam diharapkan pola tidur klien membaik. Dengan kriteria hasil: 1. Melaporkan kualitas tidur membaik 2. Melaporkan merasa cukup tidur 3. Frekuensi terbangun di malam hari menurun 4. Durasi tidur meningkat 5. Tanda-tanda kelelahan berkurang	Manajemen Tidur (L.02141) Observasi: 1. Identifikasi kebiasaan tidur pasien 2. Identifikasi lingkungan yang mengganggu tidur (kebisingan, cahaya, gangguan lain) 3. Identifikasi efek nyeri terhadap tidur Terapeutik: 1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman untuk tidur (lampu redup, suhu ruangan nyaman) 2. Batasi kebisingan selama malam hari 3. Anjurkan pasien untuk relaksasi sebelum tidur (mis. teknik pernapasan, relaksasi otot progresif, teknik relaksasi autogenik)

			<p>4. Atur jadwal istirahat dan tidur secara teratur</p> <p>5. Hindari tindakan invasif pada malam hari jika tidak darurat</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi pentingnya tidur untuk proses penyembuhan 2. Ajarkan teknik relaksasi sederhana untuk digunakan sebelum tidur 3. Anjurkan membatasi konsumsi kafein atau makanan berat sebelum tidur <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian farmakoterapi jika pasien tetap tidak bisa tidur dengan teknik nonfarmakologis
4	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0101)</p> <p>Kondisi di mana individu mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik secara mandiri akibat kelemahan, nyeri, atau faktor lain yang membatasi pergerakan.</p>	<p>Mobilitas Fisik (L.03009)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x... jam, pasien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan kemampuan bergerak dengan bantuan atau mandiri 2. Frekuensi latihan meningkat 3. Tidak terjadi komplikasi akibat imobilisasi 	<p>Promosi Mobilitas (L.03178)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan dan keterbatasan fisik pasien 2. Identifikasi nyeri saat bergerak 3. Pantau tanda vital sebelum dan sesudah mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu aktivitas mobilisasi bertahap (duduk, berdiri, berjalan) 2. Latih ROM (Range of Motion) aktif/pasif

			3. Ciptakan lingkungan aman (hindari risiko jatuh) 4. Berikan motivasi dan dukungan untuk bergerak Edukasi: 1. Jelaskan manfaat mobilisasi dini 2. Ajarkan cara bergerak yang aman Kolaborasi: 3. Kolaborasi dengan fisioterapis bila diperlukan
5	Ketidak Efektifan Menyusui (D.0107) Ketidakmampuan ibu untuk menyusui bayi secara efektif, baik karena faktor fisik maupun psikologis.	Manajemen Menyusui (L.11027) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x... jam, ibu mampu menyusui dengan efektif. Kriteria Hasil: 1. Ibu menunjukkan teknik menyusui yang benar 2. Bayi tampak puas setelah menyusu 3. Tidak terjadi luka puting 4. Ibu menunjukkan percaya diri dalam menyusui	Dukungan Menyusui (I.11153) Observasi: 1. Kaji kesiapan menyusui (fisik dan psikologis) 2. Kaji posisi dan perlekatan menyusui 3. Pantau tanda kecukupan ASI pada bayi (BB, frekuensi BAK/BAB) Terapeutik: 1. Ajarkan posisi menyusui yang benar 2. Pandu ibu selama menyusui 3. Rawat payudara (kompres hangat, pijat laktasi) Edukasi: 1. Jelaskan manfaat ASI dan menyusui dini. 2. Ajarkan cara menangani nyeri puting atau bengkak 3. Dorong ibu menyusui sesuai kebutuhan bayi

			Kolaborasi: 1. Kolaborasi dengan konselor laktasi bila perlu
--	--	--	--

2.5.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk menolong pasien yang mengalami masalah atau gangguan kesehatan (R. A. Siregar, 2020). Implementasi memiliki tiga jenis dalam pelaksanaannya menurut Safitri, (2019), yaitu sebagai berikut:

a. *Independent Implementations*

Implementasi ini merupakan pelaksanaan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan pasien. Salah satunya seperti, membantu pasien dalam memenuhi aktivitas sehari-hari, memberikan perawatan diri, menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengatur posisi tidur, memberikan motivasi kepada pasien, dan memenuhi kebutuhan psiko-sosial-kultural pasien.

b. *Independen/Collaborative Implementations*

Implementasi ini adalah tindakan keperawatan yang didasari kolaborasi sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter. Salah satu tindakan yang diperlukan kerja sama adalah pemberian obat oral obat injeksi, infus, dan pemasangan kateter urin.

c. *Dependent Implementations*

Implementasi ini merupakan tindakan keperawatan yang didasari rujukan oleh profesi lain seperti ahli gizi, fisioterapis, psikologi, dan lain-lain. Salah satu tindakan dalam implementasi ini

adalah pemberian nutrisi sesuai dengan kebutuhan pasien yang sudah dibuat oleh ahli gizi, dan latihan fisik yang sudah sesuai anjuran dari bagian fisioterapis.

Dalam implementasi keperawatan ini, perawat memberikan edukasi mengenai teknik relaksasi autogenik kepada ibu post SC yang mengalami nyeri akut. Pasien diarahkan untuk mengambil posisi yang nyaman, baik dalam posisi setengah duduk atau berbaring dengan lutut sedikit ditekuk untuk mengurangi tekanan pada area operasi. Perawat kemudian memandu pasien untuk melakukan pernapasan dalam secara perlahan, diikuti dengan pengulangan sugesti positif seperti "tubuh saya rileks", "nyeri saya berkurang", dan "saya merasa nyaman". Teknik ini dilakukan selama 10–15 menit sebanyak dua kali sehari (Pratiwi et al., 2025).

Selain memandu latihan relaksasi, perawat juga melakukan evaluasi skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi dengan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS). Pengamatan dilakukan untuk menilai efektivitas teknik ini dalam menurunkan nyeri pasien. Jika pasien menunjukkan penurunan skala nyeri setelah intervensi, maka teknik ini dapat direkomendasikan untuk diterapkan secara mandiri oleh pasien. Namun, jika nyeri tetap dirasakan dengan intensitas yang tinggi, perawat akan bekerja sama dengan tim medis untuk menyesuaikan rencana manajemen nyeri yang lebih optimal (Nurhayati et al., 2018).

Pelaksanaan teknik relaksasi autogenik ini tidak hanya bertujuan untuk menurunkan nyeri, tetapi juga membantu pasien merasa lebih tenang dan meningkatkan kualitas istirahat. Implementasi ini juga mendorong partisipasi aktif pasien dalam mengelola nyeri, sehingga mempercepat proses pemulihan pasca operasi (Ismi & Purwati, 2024).

2.5.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap dimana menentukan peningkatan pasien dengan adanya pencapaian hasil yang diinginkan atau diharapkan dengan respon pasien terhadap intervensi yang dilakukan. Evaluasi adalah tahap akhir untuk proses keperawatan (Kurniawati, 2017).

Evaluasi Keperawatan memiliki dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah penilaian yang dilaksanakan ketika dilakukannya pemberian intervensi yang mendapatkan respon segera. Sementara evaluasi sumatif adalah kesimpulan dari hasil observasi dan analisis keadaan pasien pada waktu tertentu sesuai dengan tujuan yang sudah dijadwalkan pada tahap perencanaan (Yanti, 2021).

Langkah-langkah untuk melakukan evaluasi adalah sebagai berikut: Menetapkan kriteria, standar, dan pertanyaan evaluasi, Kumpulkan informasi baru tentang pasien, Menafsirkan data baru, bandingkan informasi baru dengan standar yang berlaku, ringkas hasil dan buat kesimpulan, mengambil tindakan yang diperlukan berdasarkan kesimpulan (Oktavianti, 2019).

Dalam evaluasi keperawatan, beberapa kriteria hasil yang ingin dicapai adalah penurunan skala nyeri setelah intervensi relaksasi autogenik, perubahan fisiologis yang positif seperti pernapasan yang lebih teratur dan otot yang lebih rileks, serta respon subjektif pasien yang melaporkan rasa tenang dan nyeri berkurang. Selain itu, kesiapan pasien untuk menerapkan teknik relaksasi autogenik secara mandiri di rumah juga merupakan bagian penting dalam menilai keberhasilan intervensi tersebut. Jika pasien mampu melakukan teknik ini sendiri dengan nyaman, intervensi dianggap berhasil, dan pasien disarankan untuk melanjutkan praktik tersebut guna mendukung proses pemulihan. (Febiantri & Machmudah, 2021).