

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Post partum *Sectio Caesarea*

2.1.1 Konsep *Sectio Caesarea*

a. Definisi *Sectio caesarea*

Sectio caesarea (SC) adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi atau pembedahan pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat janin dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram (Nuryani, 2021). *Sectio caesarea* (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Satria, 2020).

b. Patofisiologi

Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 g dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, plasenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi postpartum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan.

Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman.

Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan Anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun Anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan apnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya jangan bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonuss uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus.

Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk ke lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mortalitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di Lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa andeotracheal. selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu Konstipasi (Syaiful, et al., 2020).

c. Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Satria (2020) indikasi dilakukan *sectio caesare* antara lain yaitu Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi impartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu.

d. Kontra indikasi *sectio caesarea*

Menurut Syaiful, et al (2020) menyatakan “status maternal yang kurang baik (misalnya penyakit paru-paru berat) sehingga operasi dapat membahayakan keselamatan ibu. Pada situasi yang sulit seperti itu, tentukan keputusan bersama keluarga melalui pertemuan multidisplin. Seksio sesarea dapat tidak direkomendasikan jika fetus memiliki abnormalitas kariotipik yang diketahui (trisomy 13 atau 18) atau anomaly kongenital yang dapat menyebabkan kematian (anencephali)” .

2.1.2 Konsep KPD

a. Definisi

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam ditunggu belum ada tanda-tanda persalinan. (Kennedy et al., 2019).

b. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya KPD dimulai dengan terjadi pembukaan premature servik, lalu kulit ketuban mengalami devaskularisasi. Setelah kulit ketuban mengalami devaskularisasi selanjutnya kulit ketuban mengalami nekrosis sehingga jaringan ikat yang menyangga ketuban makin berkurang, melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim yaitu enzim proteolitik dan kolagenase yang diikuti oleh ketuban pecah spontan.

c. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala ketuban pecah dini menurut (Sunarti, 2017):

1) Keluarnya cairan yang berisi meconium.

Cairan dapat keluar saat tidur, duduk, berdiri atau saat berjalan. Cairan berwarna putih, keruh, jernih dan hijau.

2) Demam

Apabila ketuban telah lama pecah dan terjadi infeksi, maka pasien akan demam.

3) Bercak darah vagina yang banyak

Plasenta previa: kondisi ini terjadi apabila plasenta berada di bagian bawah saluran vagina dan menyebabkan jalan lahir bayi terhalang pelepasan plasenta: kondisi ini terjadi apabila plasenta terlepas dari dinding uterus sebelum atau pada saat melahirkan dan darah mengumpul di antara plasenta dan uterus.

4) Nyeri perut

Ketuban pecah dini menyebabkan kontraksi yang mengakibatkan nyeri atau kram pada perut.

5) Denyut jantung janin bertambah cepat

DJJ bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis ketuban pecah dini, yaitu: (Ratnawati, 2017)

- 1) Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik dan tokolisis
- 2) Pada kehamilan 33-35 minggu dilakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan.
- 3) Pada kehamilan lebih 36 minggu, bila ada his, pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri.
- 4) Bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan. Mengakhiri kehamilan dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu:

1. Induksi

Induksi adalah proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, dengan tujuan untuk mempercepat proses persalinan.

2. Persalinan secara normal/pervaginam

Persalinan normal adalah proses persalinan melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi

3. *Sectio caesarea.*

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

2.1.3 Konsep Post Partum

a. Definisi

Masa Nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2021). Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama 6 minggu (Wahyuningsih, 2019).

b. Patofisiologi

Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada akhir tahap ketiga persalinan, uterus berada di garis tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilikus. Fundus turun kira-kira 1 sampai 2 cm setiap 24 jam. Pada hari pasca partum keenam fundus normal akan berada di pertengahan antara umbilikus dan simpisis pubis Uterus pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali beratsebelum hamil.

Uterus akan mengalami proses involusi yang dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos. Proses involusi yang terjadi mempengaruhi perubahan dari berat uterus pasca melahirkan menjadi kira-kira 500 gram setelah 1 minggu pasca melahirkan dan menjadi 350 gram setelah 2 minggu pasca melahirkan. Satu minggu setelah melahirkan uterus berada di dalam panggul. Pada minggu keenam, beratnya menjadi 50-60 gr. Peningkatan esterogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama hamil. Pada masa pasca partum penurunan kadar hormon menyebabkan terjadinya autolisis, merusak secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Sel-sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil menetap. Inilah penyebab ukuran uterus sedikit lebih besar setelah hamil. Intesitas kontraksi otot polos uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, kondisi tersebut sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar.

Pada endometrium timbul trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2- 5 mm mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basalis yang memakan waktu 2 sampai 3 minggu. Penurunan hormon human plasental lactogen, esterogen dan kortisol, serta placental enzyme insulinase membalik efek diabetagenik kehamilan. Sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada masa puerperium.

Kadar esterogen dan progesteron menurun secara mencolok setelah plasenta keluar, penurunan kadar esterogen berkaitan dengan pembengkakan payudara dan diuresis cairan ekstra seluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi. Karena kadar follikel-

stimulating hormone terbukti sama pada wanita menyusui dan tidak menyusui di simpulkan ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat.

c. Tanda dan gejala

Menurut Masriroh (2016) tanda dan gejala masa post partum adalah sebagai berikut :

- 1) Organ-organ reproduksi kembali normal pada posisi sebelum kehamilan.
- 2) Perubahan-perubahan psikologis lain yang terjadi selama kehamilan berbalik (kerumitan).
- 3) Masa menyusui anak dimulai.
- 4) Penyembuhan ibu dari stress kehamilan dan persalinan di asumsikan sebagai tanggung jawab untuk menjaga dan mengasuh bayinya.

d. Tahapan post partum

Menurut Maritalia (2018) Tahap perkembangan ibu nifas antara lain:

- 1) Puerperium dini. Puerperium dini merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan pervagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.
- 2) Puerperium intermedial. Suatu masa pemulihan dimana organ- organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.
- 3) Remote puerperium. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil.

e. Adaptasi fisiologis

Masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (human chorionic gonadotropin), human plasental lactogen, estrogen dan progesteron menurun. Human plasental lactogen akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase follikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil (Walyani, 2017).

Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Walyani (2017) yaitu:

1) Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8 cm, lebar sekitar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terbagi dari 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri. Pemeriksaan uterus meliputi mencatat lokasi, ukuran dan konsistensi antara lain:

- a) Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada digaris tengah abdomen bergeser ke salah satu sisi.

- b) Penentuan ukuran uterus dilakukan melalui palpasi dan mengukur TFU pada puncak fundus dengan jumlah lebar jari dari umbilikus atas atau bawah.
- c) Penentuan konsistensi uterus ada 2 ciri konsistensi uterus yaitu uterus keras teraba sekeras batu dan uterus lunak.

2) Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dan uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Segera setelah persalinan, bentuk serviks akan seperti corong.

3) Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang $\pm 6,5$ cm dan ± 9 cm. Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vagina tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali. Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak dan jalan lahir dan merupakan saluran yang menghubungkan cavum uteri dengan tubuh bagian luar, vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut lochea. Karakteristik lochea dalam masa nifas adalah sebagai berikut:

- a) Lochea rubra/ kruenta
- b) Timbul pada hari 1- 2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa- sisa selaput ketuban, sel- sel, sisa-sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum.
- c) Lochea sanguinolenta
- d) Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum, karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir.
- e) Lochea serosa
- f) Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu postpartum.
- g) Lochea alba
- h) Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih normalnya lochea agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi berbau busuk (Walyani, 2017).

4) Vulva

Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

5) Payudara (mamae)

Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Air susu disimpan, harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas adalah ASI yang berwarna

kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan $\pm$ 12 minggu. Perubahan payudara dapat meliputi:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

f. Adaptasi psikologis

Adanya perasaan kehilangan sesuatu secara fisik sesudah melahirkan akan menjurus pada suatu reaksi perasaan sedih. Kemurungan dan kesedihan dapat semakin bertambah oleh karena ketidaknyamanan secara fisik, rasa letih setelah proses persalinan, stress, kecemasan, adanya ketegangan dalam keluarga, kurang istirahat karena harus melayani keluarga dan tamu yang berkunjung untuk melihat bayi atau sikap petugas yang tidak ramah (Amru, 2015). Minggu pertama masa nifas merupakan masa rentan bagi seorang ibu. Pada saat yang sama, ibu baru (primipara) mungkin frustrasi karena merasa tidak kompeten dalam merawat bayi dan tidak mampu mengontrol situasi. Semua wanita akan mengalami perubahan ini, namun penanganan atau mekanisme koping yang dilakukan dari setiap wanita untuk mengatasinya pasti akan berbeda (Rahayu & Yunarsih, 2018). Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Rahayu & Yunarsih, (2018) yaitu:

- 1) Adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas. Pada primipara, menjadi orang tua merupakan pengalaman tersendiri dan dapat menimbulkan stress apabila tidak ditangani dengan segera. Perubahan Psikologis masa nifas antar lain :

a) *Fase taking in*

Fase taking in merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu, lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan, merupakan hal yang sering dikeluhkan ibu.

b) *Fase taking hold*

Fase taking hold merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

c) *Fase letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap diri dan bayinya semakin meningkat. Rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya.

2.1.4 Konsep insisi SC

Teknik seksio sesarea klasik Menurut Syaiful et al., (2020) yaitu :

- 1) Mula-mula dilakukan desinfeksi pada dinding perut dan lapangan operasi dipersempit dengan kain suci hama
- 2) Pada dinding perut dibuat insisi mediana mulai dari atas simfisis sepanjang ± 12 cm sampai di bawah umbilikus lapis demi lapis sehingga kavum peritoneal terbuka
- 3) Dalam rongga perut di sekitar Rahim dilingkari dengan kasa laparotomi
- 4) Dibuat insisi secara tajam dengan pisau segmen atas Rahim (SAR), kemudian diperlebar secara sagittal dengan gunting.
- 5) Setelah kavum uteri terbuka, selaput ketuban dipecahkan. Janin dilahirkan dengan meluksir kepala dan mendorong fundus uteri. Setelah janin lahir seluruhnya, tali pusat dijepit dan dipotong di antara kedua penjepit.
- 6) Plasenta dilahirkan secara manual. Disuntikan 10 U oksitosin ke dalam Rahim secara intra mural.
- 7) Luka insisi SAR dijahit Kembali
- 8) Lapisan I : endometrium Bersama myometrium dijahit secara jelujur dengan benang catgut khromik
- 9) Lapisan II : hanya myometrium saja dijahit secara simpul (berhubung otor SAR sangat tebal) dengan catgut khromik.
- 10) Lapisan III : perimetrium saja, dijahit secara simpul dengan benang catgut biasa.
- 11) Setelah dinding Rahim selesai dijahit, kedua adneksa dieksplorasi
- 12) Rongga perut dibersihkan dari sisa-sisa darah dan akhirnya luak dinding perut dijahit.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu rangkaian kerja runtut yang dikerjakan oleh perawat dan pasien dalam upaya memenuhi kepentingan pasien. Standar asuhan yang terdapat dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan diklasifikasi kan menjadi pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi (Clara, 2020).

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, perlu ketelitian dan kecermatan masalah-masalah klien sehingga memberikan arahan dalam tindakan keperawatan.

- a. Identitas, berisi nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis (Clara, 2020).
- b. Keluhan Utama, pada umumnya Ibu dengan Post Sectio Caesarea mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST (Nurfarida, 2022).
- c. Riwayat kesehatan
 - 1) Keluhan Utama, Biasanya Ibu dengan Post Sectio Caesarea akan merasakan sakit di bagian luka pembedahan. Ciri khas rasa sakit yang dirasakan oleh ibu diidentifikasi menggunakan metode PQRST (Amin et al., 2017).
 - 2) Riwayat Kesehatan Dahulu, hal-hal yang akan dipelajari sebelumnya adalah penyakit yang diderita pasien terutama penyakit kronis, seperti hipertensi, penyakit jantung, gula darah, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin(Annisa et al., 2022)

- 3) Riwayat obstetri, pada riwayat obstetri yang dikaji meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), Riwayat menarche, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid ataupun gangguan haid lainnya (Farah Dilla et al., 2020).
- 4) Riwayat kontrasepsi, dalam riwayat kontrasepsi hal yang perlu diidentifikasi diantaranya guna mendapat kan pengetahuan apakah ibu sempat mengikuti program KB, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, apakah terdapat masalah ketika menggunakan alkon, dan rencana setelah postpartum apakah memiliki keinginan untuk memakai alkon lagi atau tidak (Aulia et al., 2022).
- 5) Psikososial spiritual
Emosi yang tidak stabil dapat menyebabkan kecemasan, oleh karenanya perlu kesiapan moral untuk menghadapi resikonya.
- 6) Riwayat menstruasi
Menarche umur berapa, siklus menstruasi, lama menstruasi, keluhan yang dirasakan selama menstruasi dan mengetahui hari perta haid (HPHT).
- 7) Riwayat kelahiran
Riwayat kehamilan sebelumnya, riwayat persalinan sebelumnya, komplikasi pada masa nifas dan jumlah anak
- 8) Riwayat keluarga berencana (KB)
Jenis KB yang digunakan serta masa penggunaan KB

First level assessment adaptasi Callista Roy atau Holistic adaptif system

1) Pengkajian fungsi fisiologi

Pengkajian berhubungan dengan struktur dan fungsi tubuh, mengidentifikasi Sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas, terdiri dari 5 kebutuhan fisiologi dasar dan 4 kebutuhan fisiologi kompleks. Terdiri dari oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, keamanan, sensori, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis, fungsi endokrin.

2) Pengkajian konsep diri

Pengkajian difokuskan pada bagaimana penerimaan pasien terhadap penyakit, terapi yang dijalani, harapan pasien dan penatalaksanaan selanjutnya serta nilai yang diyakini terkait dengan penyakit dan terapinya.

3) Pengkajian fungsi peran

Konsep diri pasien yaitu dampak penyakit, ideal diri, moral, etik dan spiritual pasien.

4) Pengkajian interdependensi

Pengkajian yang menggambarkan tentang ketergantungan atau hubungan pasien dengan orang terdekat, siapakah orang yang paling bermakna dalam kehidupannya.

b. Pemeriksaan fisik (Head to toe)

1) Tanda- tanda vital, meliputi tekanan darah, suhu, nadi, respirasi.

2) Kepala, meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi, dan biasanya pada ibu post partum terdapat chloasma gravidarum.

- 3) Leher, meliputi kelenjar tiroid serta vena jugularis.
- 4) Payudara, seperti pengamatan warna kemerahan atau tidak, terdapat pembengkakan atau tidak, Perabaan yang dilakukan guna mengevaluasi apakah terdapat massa, serta mengkaji apakah ada nyeri ketika ditekan atau tidak.
- 5) Abdomen, pada pengamatan abdomen seperti mengamati guna mendapatkan apakah ada cedera dari sisa pembedahan, peradangan, apakah ada ciri perdarahan, distasis Rectus Adbominis ialah pembelahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 centimeter setinggi umbilikus (D. Aulia et al., 2021).
- 6) Genitalia, Pengecekan genitalia digunakan untuk melihat apakah ada oedem dan tanda infeksi serta pengecekan pada lochea dengan cara melihat warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.
- 7) Ekstremitas, Pada pengecekan ekstremitas dilihat pada kaki apakah terdapat varises, pembengkakan, reflek patella, perih tekan atau panas pada betis. Cara mengecek apakah terdapat ciri homan dengan metode meletakkan satu tangan pada lutut ibu serta berikan tekanan ringan pada lutut dan posisikan kaki tetap lurus, apabila ibu merasakan perih pada betis dengan aksi tersebut, berarti tanda Homan (+) (D. Aulia et al., 2021).

c. Diagnosa keperawatan yang muncul

Menurut SDKI DPP PPNI (2016), diagnosa keperawatan adalah masalah keperawatan yang ditetapkan berdasarkan data pasien, berikut ini beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut (PPNI, 2016):

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)
- b. Menyusui tidak efektif b.d payudara bengkak (D.0029)

- c. Resiko infeksi d.d efek prosedur invasive (D.0142)
- d. Intoleransi aktivitas b.d tirah baring (D.0056)
- e. Defisit perawatan diri b.d luka post sc (D.0109)

d. Rencana Intervensi

Tabel 2.1 Rencana Intervensi

No	Dx. Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	Tingkat nyeri menurun diberi kode L.08066 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur

					Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
					Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat - Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Menyusui efektif payudara (D.0029)	tidak b.d bengkak	Status membaik L.03029	menyusui diberi kode	Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik - Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan - Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya - Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga Kesehatan, dan masyarakat Edukasi - Berikan konseling menyusui - Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi

			• Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar • Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa • Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
3	Risiko infeksi d.d efek prosedur invasive (D.0142)	Luaran tingkat infeksi menurun menurun diberi kode L.14137 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi • Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4	Intoleransi aktivitas b.d tirah baring (D.0056)	Toleransi aktivitas meningkat diberi kode L.05047	Promosi Latihan fisik (I.05183)
		Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil:	Observasi • Identifikasi keyakinan Kesehatan tentang Latihan fisik • Identifikasi pengalaman olahraga sebelumnya • Identifikasi motivasi individu untuk memulai atau melanjutkan program olahraga • Identifikasi hambatan untuk berolahraga • Monitor kepatuhan menjalankan program Latihan • Monitor respons terhadap program latihan Terapeutik • Motivasi mengungkapkan perasaan tentang olahraga/kebutuhan berolahraga • Motivasi memulai atau melanjutkan olahraga • Fasilitasi dalam mengidentifikasi model peran positif untuk mempertahankan program Latihan • Fasilitasi dalam mengembangkan program Latihan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan • Fasilitasi dalam menetapkan tujuan jangka pendek dan Panjang program Latihan • Fasilitasi dalam menjadwalkan periode regular Latihan rutin mingguan • Fasilitasi dalam mempertahankan kemajuan program Latihan • Lakukan aktivitas olahraga Bersama pasien, jika perlu • Libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program Latihan • Berikan umpan balik positif terhadap segala upaya yang dijalankan pasien

Edukasi

- Jelaskan manfaat Kesehatan dan efek fisiologis olahraga
- Jelaskan jenis Latihan yang sesuai dengan kondisi Kesehatan
- Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program Latihan yang diinginkan
- Ajarkan Latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat
- Ajarkan Teknik menghindari cedera saat berolahraga
- Ajarkan Teknik pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama Latihan fisik

Kolaborasi

- Kolaborasi dengan rehabilitasi medis atau ahli fisiologi olahraga, jika perlu

5	Defisit perawatan diri b.d luka post sc (D.0109)	Perawatan diri meningkat diberi kode L.11103	Dukungan Perawatan Diri (I.11348)
		Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil:	Observasi • Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia • Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
		1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat	Terapeutik • Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) • Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) • Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri • Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan

5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	• Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
6. Minat melakukan perawatan diri meningkat	• Jadwalkan rutinitas perawatan diri
Edukasi	
	• Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

e. Implementasi

Implementasi merupakan pengelolaan dari rencana keperawatan yang disusun pada tahap perencanaan. Perawat harus mempunyai kemampuan kognitif intelektual, kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi berpusat kepada kebutuhan pasien , strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Sari, 2019).

f. Evaluasi

Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Bagaimana reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi petunjuk dari rencana rencana keperawatan dapat diterima. Evaluasi mempunyai dua komponen yaitu formatif dan sumatif. Evaluasi mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Disusun menggunakan SOAP yaitu :

S : Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif oleh pasien setelah diberikan implementasi keperawatan

O: Keadaan objektif yang perawat menggunakan pengamatan yang objektif

A: analisis perawat setelah mengetahui respon subjekn dan objektif apakah masalah

telah teratasi, teratasi sebagian atau belum teratasi

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri post operasi merupakan komplikasi di mana aktivitas sensorik dan emosional sebagai manifestasi dari proses patologis (kerusakan jaringan) yang kemudian memengaruhi saraf sensorik. Reaksi ini mengakibatkan rasa tidak nyaman, stress, bahkan derita. Nyeri akan terjadi pada 12 sampai 36 jam setelah operasi dan akan menurun pada hari ke-3 (Sugito, 2023).

2.3.2 Patofisiologi Nyeri Post *Sectio Caesarea*

Kondisi patologis yang menghambat proses persalinan normal seperti plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi sefalo-pelvik, ruptura uterina, partus lama, partus tidak maju, pre-eklampsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Hal tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea*.

Operasi *sectio caesarea* dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen yang akan memutuskan kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin sebagai reseptor nyeri yang akan menimbulkan nyeri. Stimulus reseptor nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dengan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf. Terdapat pesan nyeri berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor mencegah stimulasi nyeri, agar dapat ditransmisikan tanpa hambatan ke korteks serebral.

Ketika stimulus nyeri mencapai korteks serebral, maka otak akan menginterpretasikan kualitas nyeri (Sugito, 2023).

2.3.3 Etiologi Nyeri

Menurut Sugito, 2023 penyebab nyeri post operasi *sectio caesarea* diakrenakan adanya kerusakan pada organ, jaringan, pembuluh darah dan saraf di daerah abdomen akibat dari tindakan insisi dinding abdomen hingga uterus, yang akan merangsang pengeluaran histamin, bradikinin, dan prostaglandin sebagai reseptor nyeri. Rangsangan pada reseptor nyeri ini akan diteruskan ke dorsal spinal hingga impuls nyeri mencapai medula spinalis, thalamus akan mentransmisikan informasi ke susunan saraf pusat di otak, sistem limbik, korteks, dan somatosensori untuk mempersepsikan nyeri.

2.3.4 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri dibedakan berdasarkan waktu (nyeri akut dan kronis) dan etiologi (nyeri nosiseptif dan neuropatik). Nyeri pada *sectio caesarea* termasuk dalam kategori nyeri akut dimana perubahan fisiologis dan psikologis terjadi akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial akibat tindakan pembedahan. Skala nyeri berada pada intensitas ringan hingga berat dan berlangsung kurang dari 3 bulan.

Nyeri kronis bersifat konstan atau intermiten, menetap selama suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar dari batas waktu penyembuhan yang telah diperkirakan dengan sensasi yang sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera yang spesifik. Nyeri pada umumnya terlokalisir pada satu area dan berlangsung lebih dari 3 bulan (Sugito, 2023).

2.3.5 Tanda Gejala Nyeri Akut

Pasien dengan nyeri akut memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut (PPNI, 2018)

1) Tanda dan Gejala Mayor :

- a) DS: mengeluh nyeri.
- b) DO: meringis, bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindarinyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.

2) Tanda dan Gejala Minor :

- a) DS: tidak ada gejala minor dari nyeri akut.
- b) DO: tekanan darah meningkat, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, pola napas berubah, fokus pada diri sendiri, diaphoresis.

2.3.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Persepsi individu terhadap nyeri di pengaruhi oleh beberapa faktor antara lain (Ratih, 2019):

1) Etnik dan Nilai Budaya

Budaya tertentu menganggap nyeri merupakan hal yang alamiah, namun ada juga budaya yang lebih memilih tertutup/ tidak mau memperlihatkan jika sedang mengalami nyeri.

2) Tahap Perkembangan

Pada lansia nyeri lebih tinggi karena penyakit kronis atau akut, pada dewasa lebih dapat manajemen nyerinya sedangkan pada anaka-anak cenderung belum mampu mengungkapkan nyeri yang dirasakannya, Sehingga menghambat proses

penyembuhan. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, efek analgesic yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

3) Lingkungan dan Individu Pendukung

Pencapaian dan aktivitas yang tinggi, kebisingan dapat mempengaruhi nyeri.

Sehingga nyeri akan terasa lebih berat. Dukungan keluarga juga akan mempengaruhi tingkat nyeri yang dirasakan.

4) Pengalaman Nyeri Sebelumnya

Individu yang pernah mengalami nyeri sebelumnya atau pernah menyakikan penderitaan akan cenderung terancam dengan peristiwa nyeri yang menimpanya dibandingkan yang belum pernah mengalaminya sebelumnya.

5) Ansietas dan Stress

Ansietas seringkali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas, tidak mampu mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri mereka akan mengalami penurunan nyeri

6) Jenis Kelamin

Laki-laki cenderung dianggap harus berani dan kuat, namun secara umum laki-laki dan wanita tidak berbeda dalam berespon terhadap nyeri.

7) Perhatian

Perhatian yang meningkat akibat nyeri berhubungan dengan tingkat nyeri yang meningkat, sedangkan penurunan perhatian terhadap nyeri karena nyeri yang dirasakan mengalami penurunan.

8) Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

9) Gaya Koping

Seseorang yang memiliki kendali internal dalam mempersiapkan diri dapat mengendalikan rasa nyeri yang dirasakannya. Sedangkan seseorang yang memiliki fokus kendali internal cenderung menganggap nyeri nya hanya akan sembuh jika diobati oleh orang lain/tenaga medis.

10) Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang yang dicintai akan mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, orang-orang terdekat seperti keluarga akan membantu pasien merasakan mendapat dukungan sehingga dapat mempengaruhi sikap mereka terhadap nyeri yang dirasakan.

11) Efek Plasebo

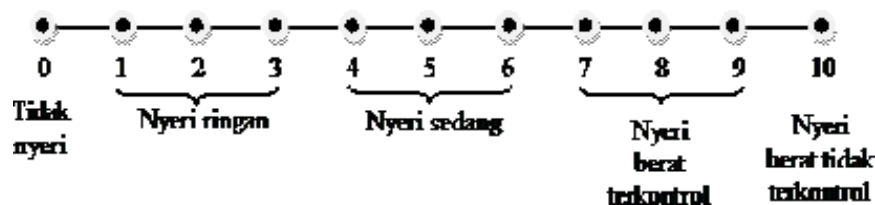
Harapan pasien terhadap pengobatan akan meningkatkan keefektifan medikasi atau intervensi yang diberikan. Individu yang diberitahu medikasi dapat meredakan nyeri hampir pasti akan mengalami penurunan nyeri dibanding dengan pasien yang diberitahu bahwa medikasi yang didapatnya tidak mempunyai efek apapun. Hubungan pasien perawat yang positif dapat menjadi peran penting meningkatkan efek plasebo.

2.3.7 Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala yaitu (Ratih, 2019):

1) Skala Penilaian Numerik

Pasien menilai nyeri dengan skala 0-10. Numeric rating scale digunakan untuk mengganti pendeskripsian nyeri oleh pasien. Termasuk skala yang efektif untuk menilai tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien sebelum atau sesudah pemberian intervensi baik farmakologi ataupun nonfarmakologi.



Gambar 2.1 Numeric Rating Scale

Sumber : Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar (Mubarak et al., 2015).

Keterangan :

0: tidak nyeri

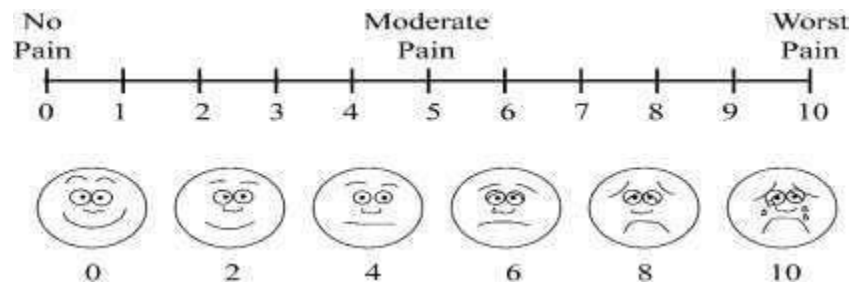
1-3 : nyeri ringan (secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik)

4-6 : nyeri sedang secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik

7-9 : nyeri berat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi alih napas panjang dan distraksi.

10 : Pasien sudah tidak mampu berkomunikasi, memukul.

2) Visual Analog Scale



Gambar 2.2 *Visual Analog Scale*

Pengukuran yang digunakan untuk mengukur skala ini adalah skala numerik. Ini merupakan skala nyeri yang paling umum digunakan. Nilai 1-4 menggambarkan nyeri ringan, 5-6 menggambarkan nyeri sedang, dan 7-10 nyeri berat (Brunner & Suddarth, 2003).

Pengkajian ulang nyeri dapat dilakukan pada saat:

- a) 15 menit setelah intervensi obat injeksi
- b) 1 jam setelah intervensi obat oral/lainnya
- c) 1x/shift bila skor nyeri 1-3
- d) Setiap 3 jam bila skor nyeri 4-6
- e) Setiap 1 jam bila skor nyeri 7-10
- f) Dihentikan bila skor nyeri

2.3.8 Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan Nyeri Secara Farmakologis

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis efektif untuk nyeri sedang dan berat. Penanganannya bisa dengan diberikan analgesik, pemberian secara intravena maupun intramuskuler. Tetapi pemberian analgesik terus-menerus akan mengakibatkan kecanduan obat. Pemberian obat juga tidak meningkatkan kemampuan pasien untuk

mengontrol nyerinya.

2) Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologis

Sedangkan terapi non farmakologis itu diberikan untuk membantu menurunkan tingkat nyeri, beberapa terapi nonfarmakologis yang dilakukan adalah meditasi, relaksasi nafas dalam, hypnosis, terapi musik atau murottal dan penggunaan aromaterapi. Namun dalam penggunaan farmakologi sering mendapatkan efek samping dan kadang bisa membuat efek yang tidak diharapkan klien. Untuk non farmakologi banyak digunakan dalam mengatasi masa nifas, selain ini juga tidak menimbulkan efek samping bagi penggunaanya (Utami, 2016).

2.4 Konsep Aromaterapi lemon

2.4.1 Definisi Aromaterapi lemon

Aromaterapi dari asal kata aroma artinya wangi atau harum dan terapi yang berarti cara penyembuhan. Maka aromaterapi bisa didefinisikan sebagai suatu penyembuhan atau perawatan penyakit tubuh menggunakan minyak essensial. Aromaterapi yang seringkali dipakai salah satunya yaitu kenanga, jasmine, mawar, kayu manis, kemangi, cendana, melati, lemon, lavender. Di dunia lemon memiliki banyak khasiat yang dikenal sebagai minyak penenang, antidepresi, anxiolytic, antikonvulsan, efek sedative, dan sifatnya yang membuat ketenangan. Hal tersebut dikarenakan adanya senyawa coumarin yang terdapat pada minyak tersebut (Maryani *et al.*, 2020).

2.4.2 Manfaat Aromaterapi lemon

Aromaterapi bisa digunakan untuk mengatasi gangguan pernapasan, emosi, dan rasa sakit. Hal ini terjadi karena aromaterapi bisa merelaksasi otak dan mengurangi stress (Haniyah & Setyawati, 2018). Lemon berguna untuk menghambat sistem kerja

prostaglandin karena sifatnya yang antioksidan sehingga senyawa kimia jeruk ini ketika terjadi kerusakan sel, senyawa ini akan mengikat enzim endoperoksida. Enzim endoperoksida merupakan salah satu enzim yang bertanggung jawab untuk terbentuknya prostaglandin, yang bila menempel akan menghambat terbentuknya mediator nyeri sehingga dapat meredakan nyeri (Namazi et al., 2014).

2.4.3 Prosedur aromaterapi lemon

a. Pra interaksi

- 1) Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien
- 2) Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontraindikasi
- 3) Siapkan alat dan bahan

b. Tahap Orientasi

- 1) Beri salam terapeutik dan panggil klien dengan namanya dan memperkenalkan diri
- 2) Menanyakan keluhan klien
- 3) Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien
- 4) Beri kesempatan klien untuk bertanya
- 5) Pengaturan posisi yang nyaman bagi klien

c. Tahap Kerja

- 1) Jaga privasi klien
- 2) Atur posisi klien senyaman mungkin
- 3) Lakukan cuci tangan dan menggunakan sarung tangan
- 4) Teteskan 0,1 ml aromaterapi lemon essential oil pada tissue
- 5) Anjurkan pasien untuk menghirup aromaterapi lemon essential oil selama 5menit

- 6) Setelah terapi selesai bersihkan alat dan atur posisi nyaman untuk klien
- 7) Alat-alat dirapikan
- 8) Cuci tangan
- d. Terminasi
 - 1) Evaluasi hasil kegiatan
 - 2) Berikan umpan balik positif
 - 3) Salam terapeutik untuk mengakhiri intervensi

2.5 Konsep terapi musik klasik

2.5.1 Definisi terapi musik klasik

Musik membantu pasien untuk lebih rileks sebelum dan selama perawatan. Musik dapat mengurangi persepsi dan pengalaman nyeri, serta meningkatkan toleransi nyeri seseorang. Musik dapat mengurangi tingkat kecemasan sehingga timbul perasaan tenang dan rileks yang dapat mengurangi intensitas nyeri. Hal ini terjadi karena musik dapat mempengaruhi sistem limbik yang merupakan pusat pengatur emosi. Dari limbik berlanjut ke hipotalamus di bagian salah satu ujung hipotalamus yang berbatasan dengan nuclei adalah amigdala. Amigdala yaitu area bawah sadar yang menerima sinyal dari korteks dan dikirimkan ke hipotalamus oleh limbik (Sukowati *et al.*, 2023).

2.5.2 Manfaat terapi musik klasik

Selain dapat mempengaruhi suasana hati, musik juga memiliki kekuatan yang menarik. Ritme, nada dan bunyi yang dihasilkan dapat membantu menjernihkan pikiran, menambah kreativitas dan sebagai penyembuhan. Musik yang diterapkan sebagai terapi dapat memulihkan, meningkatkan, dan memelihara kesehatan mental, fisik, emosional,

spiritual dan social seseorang. Hal ini bisa terjadi karena sifat music yaitu universal, santai, menyenangkan dan terstruktur (Lestari et al., 2023).

2.5.3 Prosedur terapi musik klasik

- a. Beritahu pasien bahwa Tindakan akan segera
- b. Pilih pilihan music yang mewakili pilihan musik klien, pastikan music yang dipilih adalah jenis musik yang berirama lembut
- c. Bantu klien untuk memilih posisi yang nyaman
- d. Batasi stimulus eksternal seperti Cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan music
- e. Dekatkan tape music/CD dan perlengkapan dengan klien
- f. Pastikan tipe music/CD dan perlengkapan dalam kondisi baik
- g. Dukung dengan headphone jika diperlukan
- h. Nyalakan music dan lakukan terapi musik

2.6 Hasil penelusuran Literatur

Penelitian oleh Ariyani et al (2023) dengan judul “Implementasi Terapi Musik Klasik dan Kompres Hangat dengan Aromaterapi Lemon pada Ibu Post *Section Caesaria*” menyimpulkan bahwa tindakan non farmakologi musik klasik dan kompres hangat dengan aromaterapi lemon berada pada tahap evaluasi setelah 48 jam intervensi, keluhan nyeri pasien menurun dari skala 4 menjadi 2 dengan tanda vital stabil, dan pasien tampak santai. Terapi musik klasik dan kompres hangat dengan aromaterapi lemon dapat digunakan untuk meningkatkan relaksasi otot guna mengurangi nyeri dan menurunkan kecemasan. Terapi ini direkomendasikan sebagai intervensi tambahan untuk mengurangi nyeri pada ibu post *section caesaria*.

penelitian oleh Hartini et al (2023) dengan judul “edukasi dan implementasi aromaterapi lemon (cytrus) untuk penurunan skala nyeri pada pasien *post sectio caesarea* di RSUD Dr. soedirman kebumen” menyimpulkan bahwa dengan membandingkan skala nyeri sebelum setelah pemberian aromaterapi lemon menggunakan Visual Analog Scale (VAS). Aromaterapi lemon diberikan dalam waktu 15 menit. Hasil kegiatan pengabdian masyarakat menunjukkan rata-rata nyeri sebelum dilakukan terapi 6,1 dan setelah dilakukan terapi menjadi 2,7 dan seluruh kegiatan berjalan baik.

Penelitian oleh Rahayu et al (2023) dengan judul “Pengaruh Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Ibu *Post Sectio Caesare*” disimpulkan bahwa : Pada seluruh jurnal yang dilakukan oleh Here, dkk (2017), Oktaverina (2020), Lestari, dkk (2018), Gogoularadja (2017), dan Orak, dkk (2018) tentang pengaruh terapi musik klasik terhadap penurunan intensitas nyeri mengalami penurunan yang signifikan. Setelah dilakukan perbandingan, penelitian yang paling efektif yaitu pada penelitian oleh Gogoularadja (2017), durasi intervensi 30 menit selama 2 hari menggunakan metode penelitian RCT dengan hasil penurunan sebanyak 3 skor