

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah tindakan persalinan untuk mengeluarkan janin dengan melakukan sayatan pada dinding perut dan dinding uterus (Ayuningtyas D & Nyoman N, 2018). *Sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai jalan alternatif dalam persalinan ketika metode persalinan normal dinilai berbahaya (Nurhayati & Arum, 2021).

2.1.2 Indikasi *Sectio Caesarea*

Indikasi tindakan *sectio caesarea* adalah terjadinya masalah pada kondisi janin ataupun ibu seperti disproporsi kepala panggul, abruptio plasenta, plasenta previa, persalinan SC berulang, persalinan SC atas permintaan ibu, malformasi arteri-vena serebral, nonreassuring fetal status, presentasi bokong janin, herpes maternal, kehamilan ganda, letak lintang 19, ibu yang menderita HIV, partus tak maju, kelainan ketuban, *postdate* (usia kehamilan melebihi hari perkiraan lahir) dan gawat janin (Putra et al., 2021; Safitri, 2020).

2.1.3 Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

Kontraindikasi tindakan *sectio caesarea* adalah tidak terdapat indikasi untuk melakukan tindakan tersebut. Lebih jelasnya kontraindikasi dari tindakan *sectio caesarea* adalah janin mati, anemia berat, minimnya fasilitas untuk melakukan operasi *sectio caesarea*, kelainan kongenital berat dan terjadi infeksi progenik pada dinding abdomen (Yaeni, 2013).

2.2 Konsep *Post Partum Sectio Caesarea*

2.2.1 Definisi *Post Partum*

Post partum atau yang biasa disebut masa nifas adalah suatu masa pemulihan dari kehamilan kepada persalinan dan dimulai saat plasenta telah lahir kemudian kembalinya alat-alat reproduksi seperti sedia kala sebelum hamil yang biasanya berlangsung dalam waktu 42 hari atau 6 minggu (Handayani & Pujiastuti, 2016).

2.2.2 Tahapan *Post Partum*

Tahapan post partum terdiri dari Immediate post partum (setelah plasenta lahir 24 jam), Early post partum (24 jam-1 minggu), Late post partum (1 minggu - 6 minggu) (Wahyuningsih, 2019).

2.2.3 Perubahan Fisiologis *Post Partum*

Menurut Wahyuningsih (2020), pada ibu post sectio caesarea akan terjadi perubahan fisik dalam tubuh terjadi secara sistematis:

1. Sistem Reproduksi

a) Involusi Uterus

Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas adalah involusi. Pengertian involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil (Wahyuningsih, 2020).

b) Serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal (Wahyuningsih, 2020).

c) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur (Astutik, 2015).

d) Pengeluaran Lochea

- 1) Lochea rubra, keluar pada hari 1-3 pasca persalinan, berwarna merah mengandung darah dan sisa-sisa selaput ketuban, jaringan dan desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekoneum.
- 2) Lochea serosa, keluar pada hari ke 7-14 pasca persalinan, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum dan lebih sedikit darah, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi

plasenta.

- 3) Lochea alba, keluar sejak 2-6 minggu pasca persalinan, berwarna putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati (Wahyuningsih, 2020).

e) Payudara

Terjadi pembesaran payudara, lebih kencang, dan terasa lembut pada awalnya sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal dan inisiasinya laktasi. Ini karena suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan pembuluh darah sementara, air susu diproduksi dan harus dikeluarkan dengan cara yang efektif dihisap oleh bayi (Wahyuningsih, 2020).

f) Perubahan Abdomen

Persalinan dengan operasi *sectio caesarea* memiliki luka post sectio caesarea dengan berbagai jenis sayatan. Jadi ada perubahan pada pola pencernaan pasien post sectio caesarea yang membutuhkan waktu sekitar 103 hari sehingga fungsi saluran pencernaan dan nafsu makan kembali normal (Wahyuningsih, 2020).

g) Perubahan sistem pencernaan

Setelah melahirkan dengan *sectio caesarea* ibu akan merasa lapar, pemulihan nafsu makan membutuhkan waktu 3-4 hari sebelum fisiologi kembali normal. Penurunan kadar progesteron, asupan makan juga dikurangi untuk satu atau dua hari. Kelebihan anestesi dapat menunda

kembalinya tonus dan motilitas normal. Setelah melahirkan, sering mengalami sembelit (Wahyuningsih, 2020).

h) Perubahan sistem perkemihan

Kesulitan buang air kecil selama 24 jam, urine akan keluar dalam jumlah banyak diproduksi dalam 12-36 jam setelah melahirkan. Hal tersebut menyebabkan diuresis dari ureter yang melebar untuk kembali normal waktu 6 minggu. Sehingga perlu dilakukan pemasangan kateter karena kondisi tersebut organ reproduksi belum berfungsi optimal pasca *sectio caesarea* (Wahyuningsih, 2020).

i) Perubahan sistem muskuloskeletal

Untuk memulihkan jaringan pendukung alat kelamin, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, jadi dianjurkan untuk melatih gerakan tertentu (Wahyuningsih, 2020).

2.2.4 Perubahan Psikologis *Post Partum*

Perubahan psikologis pada ibu nifas yaitu Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Ibu menderita dalam kebiasuannya sehingga menimbulkan distress karena kemarahan terhadap situasi (Ratnasari, 2020).

2.3 Konsep Nyeri *Post Sectio Caesarea*

2.3.1 Definisi

Nyeri merupakan salah satu mekanisme pertahanan tubuh yang menandakan adanya masalah. Nyeri yang tidak segera diatasi dapat menimbulkan resiko bahaya fisiologis dan psikologis bagi kesehatan dan penyembuhannya (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2020). Dalam proses operasi *sectio caesarea* dilakukan sayatan di dinding perut sehingga menyebabkan putusnya kontinuitas jaringan merangsang area sensorik yang merangsang pelepasan histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman akibat nyeri (nyeri akut) yang timbul setelah proses operasi berakhir (Ferinawati & Hartati, 2019).

2.3.2 Penilaian Intensitas Nyeri

Numeric rating scale



Skala penilaian numerik (Numerical Rating Scale, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata, dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10 (Maryunani, 2014).

Keterangan:

- 1-3 : Nyeri Ringan, secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4-6 : Nyeri Sedang, secara objektif pasien dapat menunjukkan lokasi nyeri, dan mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah.
- 7-9 : Nyeri Berat, secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah, tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak

dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi napas panjang dan distraksi.

10 : Nyeri Sangat Berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi.

2.3.3 Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013), penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi 2 macam yaitu:

1. Penatalaksanaan Secara Farmakologis

Analgesik merupakan obat yang paling umum yang sering digunakan untuk menghilangkan rasa nyeri. Analgesik memiliki efek yang sangat efektif untuk menghilangkan rasa nyeri, tetapi tidak dianjurkan meminum obat analgesik secara terus menerus karena informasi yang tidak lengkap, kemudian adanya kekhawatiran klien karena takut akan mengalami kecanduan obat, cemas (Andarmoyo, 2013).

Ada tiga jenis analgesik:

a) Analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)

Obat ini umumnya menghilangkan rasa nyeri ringan dan sedang, nyeri artritis reumatoid, prosedur pengobatan gigi, prosedur bedah minor, episiotomi, dan masalah pada punggung bagian bawah adalah nyeri yang berkaitan dengan analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid. Khusus analgesik ketorolak (toradol) adalah analgesik pertama yang bisa diberikan secara injeksi dengan kemanjuran dan dapat dibandingkan dengan morfin (Andarmoyo, 2013).

b) Analgesik narkotik atau opiat

Analgesik ini umumnya diresepkan dan dapat digunakan untuk nyeri sedang dan berat, seperti nyeri maligna dan pascaoperasi. Obat ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghilangkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi (Andarmoyo, 2013).

c) Obat tambahan (Adjuvan)

Obat adjuvan sama seperti sadatif, anticemas, dan relaksasi otot dapat meningkatkan kontrol nyeri ataupun menghilangkan gejala yang berhubungan dengan nyeri seperti mual dan muntah. Adjuvan bisa diberikas secara tunggal ataupun bersamaan dengan analgesik. Obat sadatif biasanya diberikan pada seseorang yang menderita tau merasakan nyeri kronik. Efek samping obat ini bisa menimbulkan rasa kantuk, keputusasaan, dan kewaspadaan mental (Andarmoyo, 2013).

2. Penatalaksanaan Secara Nonfarmakologis

Tindakan nonfarmakologis adalah tindakan yang diberikan secara independen seorang perawat untuk menagatasi rasa nyeri yang dirasakan klien. Manajemen nyeri nonfarmakologis adalah tindakan untuk menurunkan rasa nyeri denagn tidak menggunakan agen farmakologi. Berikut ada beberapa pembahasan tentang teknik-teknik pereda nyeri (Andarmoyo, 2013).

a) Bimbingan Antisipasi

Tindakan ini dilakukan pemberian pemahaman untuk klien terhadap rasa nyeri yang sedang dirasakan. Pemahaman yang diberikan oleh perawat berisi: kejadian, durasi nyeri yang dirasakan, kualitas, lokasi nyeri, penyebab nyeri, cara mengatasi nyeri. Proses ini dilakukan

karena nyeri bisa mengakibatkan kecemasan, kecemasan yang dirasakan bisa karena kurangnya pemahaman terhadap nyeri yang dirasakan (Andarmoyo, 2013).

b) Kompres Panas dan Dingin

Pelaksanaan ini bisa dilakukan disatu tempat yang terasa nyeri. Dengan adanya pemberian kompres panas pembuluh-pembuluh darah akan mengalami pelebaran sehingga bisa memperbaiki peredaran darah pada penderita. Sedangkan kompres dingin bisa menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain dengan menghambat inflamasi. Supaya pemberian kompres dingin menjadi efektif letakkan segera pada bagian tubuh yang terasa nyeri. Akan tetapi kompres panas lebih memiliki keuntungan untuk memperlancar aliran darah dan kemungkinan dapat menurunkan rasa nyeri dan bisa mempercepat penyembuhan (Andarmoyo, 2013).

c) Distraksi

Distraksi adalah tindakan memfokuskan perhatian pasien atau mengalihkan perhatian klien ke hal diluar nyeri. Dengan melakukan tindakan distraksi ini klien fokus klien dapat teralihkan dan bisa menurunkan persepsi klien terhadap nyeri, teknik distraksi bisa melalui distraksi secara visual/penglihatan, secara audio/pendengaran, dan secara intelektual (Andarmoyo, 2013).

d) Relaksasi

Tindakan relaksasi merupakan tindakan yang dapat meningkatkan

toleransi terhadap nyeri. Teknik ini dilakukan dengan napas abdomen secara lambat, berirama. Klien dapat memejamkan mata kemudian bernafas dengan perlahan dan nyaman, rasakan setiap inhalasi dan ekshalasi yang sedang dilakukan. Relaksasi ini dapat membantu klien untuk meredakan nyeri yang sedang dirasakan (Andarmoyo, 2013).

e) Imajinasi Terbimbing

Tindakan imajinasi terbimbing harus memiliki konsentrasi yang cukup, jika sedang melakukan tindakan ini pastikan lingkungan sekitar pasien mendukung agar tidak mengganggu konsentrasi klien (Andarmoyo, 2013).

f) Aromaterapi

Dengan menghirup aroma minyak essential dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien. Karena adanya pengalihan rasa nyeri menggunakan aromaterapi (Andarmoyo, 2013).

2.4 Konsep Aromaterapi Lavender

2.4.1 Definisi

Aromaterapi merupakan terapi yang menggunakan minyak asri, dengan metode dihirup atau penyerapan melalui kulit. Minyak yang diperoleh melalui tumbuhan yang memiliki wangi yang harum yaitu essential oil pada aromaterapi memiliki wangi yang harum (Elfira, 2020). Aromaterapi lavender merupakan salah satu terapi komplementer dengan menggunakan minyak essential bunga lavender yang memberikan rasa ketenangan sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri (Rahmayani & Machmudah, 2022).

2.4.2 Manfaat

Pemberian aromaterapi *essential oil* lavender memiliki manfaat untuk mengurangi rasa nyeri, relaksasi, menenangkan, dan mengurangi kecemasan. Adapun manfaat lain dari *essential oil* lavender untuk membantu keseimbangan kesehatan tubuh yang dapat menghilangkan sakit kepala, stress, dan ketegangan (Safaah et al., 2019). Aromaterapi dapat memberikan efek relaksasi dan membuat sensasi nyeri pada ibu post SC dengan cara membuat pikiran ibu menjadi tenang dengan aromaterapi yang dihirup. Aromaterapi Lavender diyakini dapat memberikan efek baik untuk menurunkan nyeri persalinan sectioesarea (Jaelani, 2017).

2.4.3 Mekanisme Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post *Sectio Caesarea*

Aromaterapi lavender merupakan salah satu terapi komplementer dengan menggunakan minyak essensial bunga lavender yang memberikan rasa ketenangan sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri (Rahmayani dan Machmudah, 2022). Mekanisme kerja aromaterapi ini mampu memberikan efek pereda nyeri, rileks dan nyaman pada tubuh karena aromaterapi lavender mengandung *linalyl asetat* dan *linalool* (C₁₀H₁₈O) dimana *linalyl asetat* berfungsi dapat melonggarkan sistem kerja saraf otot yang sedang dalam kondisi tegang dan *linalool* memiliki manfaat sebagai efek relaksasi dan sedative, sehingga menimbulkan manfaat penurunan nyeri post *sectio caesarea*.

Pemberian aromaterapi lavender melalui minyak *essential* lavender yang diteteskan pada tisu dapat menurunkan nyeri, hal tersebut dikarenakan ketika

aromaterapi lavender dihirup masuk melalui organ penciuman kemudian menstimulasi hipotalamus pada batang otak agar tidak bereaksi terlalu kuat terhadap stressor yang diterimanya (sehingga ketika minyak esensial terhirup, sel-sel reseptor penciuman dirangsang dan impuls ditransmisikan ke pusat emosional otak). Sehingga aromaterapi Lavender merangsang talamus untuk mengeluarkan enkefalin (Dwijayanti, 2014).

2.4.4 Pelaksanaan Aromaterapi Lavender

Persiapan yang perlu dilakukan untuk pemberian aromaterapi lavender yaitu: aromaterapi lavender, dan tisu. Pemberian aromaterapi lavender menggunakan tisu yang ditetesi minyak esensial lavender sebanyak 3 tetes dihirup selama 5 menit dengan jarak 10 cm, kemudian dilakukan evaluasi setelah 30 menit. Instrumen untuk mengukur nyeri yang digunakan adalah Numeric Rating Scale (NRS). Pengukuran nyeri dilakukan pre-post terapi aromaterapi lavender sebanyak 2x dalam satu shift, dalam sekali sesi dilakukan selama 5 menit kemudian dilakukan evaluasi setelah 30 menit (Rahmayani & Machmudah, 2022).

Penelitian Diyah Wahyu Utami, (2023) “Penerapan Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea Di Ruang Andas Manis RSUD Arang Boyolali” dengan hasil yang didapatkan aromaterapi lavender yang diberikan selama 1x sehari dalam waktu 3 hari terjadi penurunan skala nyeri sedang ke skala nyeri ringan.

Penelitian Sekar Novia Rahmayanti Machmudah, (2021) “Penurunan Nyeri Post Sectio Caesarea Menggunakan Aromaterapi Lavender Di Rumah Sakit

Permata Medika Ngaliyan Semarang” dengan hasil yang didapatkan aromaterapi lavender dapat menurunkan nyeri post sc dimana aromaterapi lavender mengandung linalyl asetat dan linalool ($C_{10}H_{18}O$) dimana linalyl asetat berfungsi dapat melonggarkan sistem kerja saraf otot yang sedang dalam kondisi tenang dan linalool memiliki manfaat sebagai efek relaksasi dan sedative, sehingga ketika minyak esensial terhirup, sel-sel reseptor penciuman dirangsang dan impuls ditransmisikan ke pusat emosional otak.

2.5. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi nya (Purba, 2019).

2.5.1 Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Identitas klien meliputi (Nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil). Identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien)

(Purba, 2019).

2. Keluhan Utama saat di kaji Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi (Maryunani, 2015) keluhan ini diuraikan dengan metode PQIRST:

P = Paliatif atau propokatif yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan pada post partum dengan tindakan *sectio caesarea* biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q = Quality yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum dengan tindakan *sectio saesarea* biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris-iris.

R = Region yaitu menunjukan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum dengan tindakan *sectio caesarea* biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan di abdomennya.

S = Severity yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0-10.

T = Timing yaitu menunjukan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan tindakan *sectio caesarea* biasanya mengeluh nyeri yang dirasakannya hilang timbul dengan frekuensi yang tidak menentu.

3. Riwayat kesehatan dahulu

Ibu dengan tindakan *sectio caesarea* sering ditanyakan apakah klien mempunyai riwayat tindakan pembedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya. Penyakit kronis atau menular seperti hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

4. Riwayat ginekologi dan Obstetric:

- a. Riwayat ginekologi pada pasien post *sectio caesarea* yaitu riwayat menstruasi, riwayat persalinan, riwayat keluarga berencana.
- b. Riwayat obstetric pada klien post *sectio caesarea* meliputi:
 - Riwayat Kehamilan Dahulu Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi), masalah obstetrik, jalannya persalinan yang lampau sangat mempengaruhi dari segala factor yang mempengaruhi persalinan selanjutnya (Chapman & Charles, 2018)
 - Riwayat kehamilan sekarang Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya
 - Riwayat Persalinan Dahulu Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep atau vakum ekstraksi), masalah obstetric, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip

oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya (Chapman & Charles, 2018).

- Riwayat Persalinan Sekarang tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep atau vakumekstraksi), masalah obstetric, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya (Chapman & Charles, 2018).
- Riwayat Nifas Dahulu Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya
- Riwayat Nifas Sekarang Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat (Maryunani, 2015).

5. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan umum, pada post sectio caesarea dengan pembiusan total kesadaran akan berlangsung pulih secara bertahap, sedangkan pada pasien dengan anestesi regional pasien tetap sadar pada saat operasi dan selesai operasi.

- Tanda-tanda Vital, mengkaji tekanan darah, pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Pada tanda-tanda vital biasanya tekanan darah normal adapula yang menurun apabila pendarahannya banyak, Suhu tubuh dapat naik kurang lebih 36 C dari keadaan normal. Apabila suhu meningkat hingga lebih dari 38.0 oC maka perlu diwaspadai adanya infeksi.
- Antropometri, mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.
- Pemeriksaan fisik head to toe yang dilakukan pada klien post sectio caesarea meliputi:
 - a) Kepala: rambut, kebersihan, ada nyeri tekan atau tidak
 - b) Wajah: Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum
 - c) Mata: Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan. Pada pasien post partum terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadangkadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.
 - d) Telinga: Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihan telinga adakah cairan yang keluar dari telinga dan fungsi pendengaran.
 - e) Hidung: Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman. Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan pernafasan cuping hidung

- f) Mulut: Kaji kesimetrisan bibir, warna, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan.
- g) Leher: Inspeksi ada tidaknya pembesaran tyroid, apakah nyeri saat menelan.
- h) Dada: Kaji bentuk dan kesimetrisan dada, Kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Payudara Kaji bentuk bentuk payudara, tekstur, warna aerola, ada tidak pembengkakkan dan palpasi adanya nyeri tekan, dan ada tidaknya benjolan.
- i) Abdomen: Hasil penelitian bahwa sebagian besar (60,6%) Ibu Nifas Post sectio caesarea (SC) mengalami keterlambatan penurunan TFU Hal ini disebabkan oleh ibu Post sectio caesarea (SC) kurang melakukan mobilisasi dini karena rasa nyeri yang timbul akibat pada luka jahitan pada abdomen.
- j) Genitalia: Umumnya pada ibu post sectio caesarea dipasang dower kateter
- k) Anus: Kaji kebersihan, apakah ada benjolan haemorroid
- l) Ekstremitas: Pada ekstremitas atas kaji bentuk dan kelainan yang dirasakan klien. Kemudian pada ekstremitas bawah kaji bentuk dan ada atau tidaknya varises dan edema

6. Pola Aktivitas sehari-hari

Pengkajian pola aktivitas sehari-hari klien menurut (Nurjannah et al. 2019), meliputi :

- a) Makan: Pada ibu post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat *sectio caesarea*.
- b) Minum: frekuensi minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum.
- c) BAB: menjelaskan frekuensi, wana, bau dan keluhan saat BAB
- d) BAK: Pada pasien post SC biasanya terpasang dower kateter, kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi.
- e) Istirahat Malam: rata-rata waktu yang diperluan adalah 6- 8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan *sectio caesarea*.
- f) Aktifitas: Pada pasien post SC biasanya dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga pada hari pertama setelah pembedahan, aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien dengan bantuan perawatan dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.
- g) Data Psikologis: Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan *sectio caesarea* yaitu memungkinkan mengalami

perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami *baby blues*.

- h) Kebutuhan Bounding Attachment Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap interaksi dengan bayi secara nyata baik fisik, emosi maupun sensori.

7. Anlisa Data

Data yang sudah dikumpulkan selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif (Purba, 2019).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis Keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Menurut SDKI 2017 Diagnosa Keperawatan untuk klien dengan *Post Sectio Caesarea* atas indikasi partus tak maju, kemungkinan Diagnosa yang muncul adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)
3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan disusun dengan melibatkan pasien secara optimal agar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terjalin suatu kerja sama yang saling membantu proses tujuan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan kondisinya. Rencana keperawatan yang diprioritaskan dari beberapa diagnosa keperawatan yang muncul diatas adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Intervensi keperawatan pada pasien post sectio caesarea

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Tingkat nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgesik Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Aromaterapi Lavender) Edukasi 7. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.5.4 Implementasi

Strategi pelaksanaan yang digunakan untuk masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik telah diberikan penanganan sesuai dengan rencana keperawatan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri. Tindakan yang diberikan yaitu aromaterapi lavender dimana aromaterapi lavender mengandung *linaliy asetat* dan *linalool* (C₁₀H₁₈O) dimana *linaliy asetat* berfungsi melonggarkan sistem kerja saraf otot yang sedang dalam kondisi tenang dan *linalool* memiliki manfaat sebagai efek relaksasi dan sedative sehingga ketika minyak *essensial* terhirup, sel-sel reseptor penciuman dirangsang dan implus ditransmisikan ke pusat emosional otak, yang di teteskan ke tisu sebanyak 3 tetes dihirup selama 5 menit, dan diberikan selama 2x pemberian (Rahmayani dan Machmudah, 2019).

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada klien menggunakan evaluasi formatif yang di dokumentasikan setelah melakukan tindakan dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun (4), meringis menurun (5), gelisah menurun (5). Yang bertujuan untuk mengakhiri, memodifikasi, atau meneruskan rencana tindakan yang telah diberikan kepada klien apakah tujuan tercapai (PPNI, 2019).