

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Dasar Post Partum *Sectio Caesarea***

##### **2.1.1 Pengertian Post Partum *Sectio Caesarea***

Istilah persalinan *sectio caesarea* berasal dari bahasa latin cedera yang berarti memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetrik, istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan untuk mengeluarkan atau melahirkan bayi dengan membuka perut rahim ibu (Samsider *et al.*, 2020). *Sectio caesarea* adalah jalan alternatif menyambut kelahiran seorang bayi melalui operasi praktis. Pembedahan dilakukan pada perut dan rahim ibu. *Sectio caesarea* dilakukan sebagai tindakan penyelamatan terhadap kasus-kasus persalinan normal yang berbahaya. Oleh karena itu tindakan ini hanya dilakukan ketika proses persalinan alamiah melalui vagina tidak memungkinkan karena risiko medis tertentu (Yulizawati, Henni and Yunita, 2021).

Periode postpartum adalah waktu penyembuhan dan perubahan, waktu kembali pada keadaan tidak hamil, serta penyesuaian terhadap hadirnya anggota keluarga baru (Mitayani, 2017). Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dalam waktu kurang lebih 6 minggu (Purwoastuti and Walyani, 2017). Akan tetapi seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelum hamil dalam waktu 3 bulan. Masa nifas atau *peurpenium* dibagi dalam 3 periode:

1. Puerperium dini: waktu 0-24 jam post-partum. Purperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial: waktu 1-7 hari post-partum, yaitu pemulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6 sampai 8 minggu
3. Remote puerperium: waktu 1-6 minggu postpartum, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat (Purwoastuti and Walyani, 2017).

### **2.1.2 Etiologi Post Partum *Sectio Caesarea***

Menurut (Yuni and Widy, 2018) berikut ini merupakan beberapa penyebab yang menjadikan ibu harus menjalani prosedur persalinan secara SC, yaitu:

#### **1. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)**

*Chepalo Pelvik Disproportion* (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi.

#### **2. PEB (Pre Eklamsi Berat)**

Pre eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling sering

Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklampsi.

### 3. PRM atau KPD

*Prematur Rupture of Membrane* atau ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu.

### 4. Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

### 5. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

### 6. Kelainan letak janin

- a. Kelainan letak kepala: letak kepala menengadah, presentasi muka, atau presentasi dahi
- b. Letak sungsang atau melintang

Menurut (Rasjidi, 2019) indikasi dilakukannya *sectio caesarea* meliputi:

1. Indikasi mutlak, seperti indikasi dari ibu yaitu panggul sempit, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya

stimulasi, plasenta previa dan ruptur uteri. Indikasi dari janin yaitu kelainan letak, ukuran bayi yang terlalu besar (*giant baby*), gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terhambat dan mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklampsia.

2. Indikasi relatif, seperti riwayat *sectio caesarea* sebelumnya, presentasi bokong, distosia (kelambatan atau kesulitan persalinan normal), preeklamsi berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes, dan janin pertama letak lintang atau presentasi bahu.
3. Indikasi sosial, seperti wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, wanita yang ingin *sectio caesarea* karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul dan wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya. Ketika seorang ibu meminta untuk *sectio caesarea* dikarenakan takut akan proses persalinan, maka ibu harus diberikan nasihat dengan diberi pengertian untuk mengalihkan dan mengurangi rasa takutnya sehingga mempermudah proses kelahiran. Seorang klinisi diperbolehkan untuk menolak permintaan *sectio caesarea* apabila tidak ada indikasi yang jelas untuk dilakukan *sectio caesarea*. Namun keputusan klien harus tetap dihargai dan perlu ditawarkan pilihan cara melahirkan yang lainnya (Rasjidi, 2019).

Sedangkan, kontraindikasi dilakukan tindakan *section caesarea* yaitu:

1. Bila janin sudah mati atau *intra uterine fetal death* (IUFD) atau keadaan buruk dalam uterus sehingga kemungkinan hidup kecil, dalam hal ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi

2. Bila ibu dalam keadaan syok, anemia berat yang belum teratasi
3. Bila jalan dinding abdomen mengalami infeksi luas
4. Adanya kelainan kongenital berat
5. Kurangnya fasilitas
6. Terlalu premature untuk bertahan hidup (Rasjidi, 2019)

Mekanisme pasti yang memicu terjadinya post-partum berawal dari proses persalinan yang tidak diketahui secara pasti, hal ini memicu timbulnya beberapa teori dan faktor yang berkaitan dengan mulainya persalinan. Menurut (Dewi and Sunarsih, 2018), etiologi post partum dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Post partum dini: post partum dini adalah atonia uteri, laserasi jalan lahir, robekan jalan lahir dan hematoma.
2. Post partum lambat: post partum lambat adalah tertinggalnya sebagian plasenta, involusi di daerah insersi plasenta dari luka bekas *sectio caesarea*.

### **2.1.3 Manifestasi Klinis Post Partum *Sectio Caesarea***

Menurut (Masriroh, 2018) tanda dan gejala masa postpartum 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.
5. Nyeri akibat ada luka pembedahan
6. Menahan batuk akibat rasa nyeri yang berlebihan
7. Pengaruh anestesi dapat menimbulkan mual dan muntah
8. Akibat nyeri terbatas untuk melakukan pergerakan

Selain itu, terdapat beberapa tanda bahaya postpartum di antaranya yaitu:

1. Perdarahan vagina yang hebat atau tiba-tiba bertambah banyak
2. Pengeluaran vagina yang baunya busuk
3. Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung
4. Sakit kepala terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan
5. Pembengkakan di wajah atau tangan
6. Demam, muntah, rasa sakit waktu BAK, merasa tidak enak badan
7. Payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan atau terasa sakit
8. Merasa sedih, merasa tidak mampu mengasuh sendiri bayinya/diri sendiri
9. Adanya nanah pada bekas jahitan SC maupun episitomi (Masriroh, 2018)

Menurut (Mitayani, 2017) mengatakan pada masa nifas banyak sekali ditandai perubahan-perubahan baik secara fisiologis maupun psikologis pada ibu, di antaranya yaitu:

1. Perubahan fisiologis ibu nifas
  - a. Involusio uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU (Tinggi Fundus Uteri). Proses ini segera setelah pascapartum, berat uterus menjadi 1.000 gram. Selama masa nifas, dua hari setelah proses melahirkan, maka uterus mulai berinvolusi. Sekitar 4 minggu setelah kelahiran uterus kembali ke ukuran sebelum hamil (Dewi and Sunarsih, 2018).

Tabel 2.1 : Proses Involusio Uterus (Dewi and Sunarsih, 2018)

<b>Involusi</b>	<b>TFU</b>	<b>Berat Uterus (gr)</b>	<b>Diameter Bekas Plasenta Melekat</b>	<b>Keadaan Serviks</b>
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000	12,5	Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500	3-4	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari. Akhir minggu pertama dapat dilalui 1 jari
2 minggu	Tak teraba di atas simfisis	350	1-2	
6 minggu	Bertambah kecil	50-60	-	
8 minggu	Sebesar normal	30	-	

b. Involusio tempat perlekatan plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Pengeluaran lengkap tempat perlekatan plasenta memerlukan waktu sampai 6

minggu. Jika terjadi gangguan pada proses ini, dapat terjadi perdarahan pada puerperal awitan lambat (Cunningham *et al.*, 2016).

c. Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus menjadi massa jaringan yang hampir padat. Dinding belakang dan depan uterus yang tebal saling menutup, yang menyebabkan rongga bagian tengah merata. Ukuran uterus akan tetap sama selama 2 hari pertama setelah proses melahirkan, namun kemudian secara cepat ukurannya berkurang oleh proses involusi (Reeder, Martin and Koniak, 2017).

d. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama uterus, setelah persalinan ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tengah, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

e. Vulva dan vagina

Pada proses persalinan pervaginam, vulva dan vagina mengalami pembengkakan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dalam beberapa hari pertama setelah partus keadaan vulva dan vagina masih kendur, setelah 3 minggu secara perlahan akan kembali ke keadaan sebelum hamil.

f. Perineum

Pada persalinan normal, perineum akan menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi dan tampak

terdapat robekan jika dilakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu.

g. Lokhea

Lokhea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea terus keluar sampai 3 minggu. Bau normal seperti menstruasi, jumlah meningkat saat berdiri. Jumlah keluaran rata-rata 240-270 ml. Pengeluaran lokhea dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya sebagai berikut:

- 1) Lokhea rubra: lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.
- 2) Lokhea sanguinolenta: lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.
- 3) Lokhea serosa: lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.
- 4) Lokhea alba: lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati, berupa cairan putih. Lokhea alba dapat berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

- 5) Lokhea purulenta: lokhea ini disebabkan karena terjadinya infeksi, cairan yang keluar seperti nanah yang berbau busuk
- 6) Lochiostatis: merupakan pengeluaran lokhea yang tidak lancar.

h. Payudara

Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vaskular sementara, air susu saat diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi. Air susu yang keluar pada hari kedua pasca persalinan belum mengandung susu, melainkan mengandung colostrum. Colostrum adalah cairan kuning yang mengandung banyak protein dan garam.

i. Dinding perut dan rongga peritoneum

Setelah persalinan dinding perut menjadi longgar karena teregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu. Pada persalinan dengan metode SC, tentunya akan dijumpai adanya jahitan dari bekas sayatan SC pada abdomen bawah ibu. Untuk itu, perlu diberikan edukasi kepada ibu untuk menjaga agar balutan luka tetap kering dan tidak kotor, serta mengedukasi ibu untuk rutin kontrol jahitan dan menjaga personal hygiene dengan baik. Akan terjadi penyembuhan selama kurang lebih 2-4 minggu.

j. Afterpains (nyeri setelah melahirkan)

Merupakan kontraksi uterus yang intermiten setelah melahirkan dengan berbagai intensitas. Afterpains sering kali terjadi bersamaan dengan menyusui, saat kelenjar hipofisis posterior

melepaskan oksitosin yang disebabkan oleh isapan bayi. Oksitosin menyebabkan kontraksi saluran lakteal pada payudara, yang mengeluarkan kolostrum atau air susu, dan menyebabkan otot-otot uterus berkontraksi. Sensasi *afterpains* dapat terjadi selama kontraksi uterus aktif untuk mengeluarkan bekuan bekuan darah dari rongga uterus (Reeder, Martin and Koniak, 2017).

k. Perubahan psikologis ibu nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut (Purwoastuti and Walyani, 2017), yaitu:

1. Fase *taking in* (istirahat atau penghargaan)

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari ke-1 sampai ke-2 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. Disebut fase *taking in*, karena dalam fase ini, ibu memerlukan perlindungan dan perawatan. Pada fase ini ibu lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif terhadap lingkungannya disebabkan karena faktor kelelahan. Oleh karena itu, ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur.

2. Fase *taking hold* (dibantu tetapi dilatih)

Fase *taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam

merawat bayi. Pada fase ini ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan bagi dirinya dan juga bagi bayinya. Pada fase ini ibu berespon dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi dan ibu memiliki keinginan untuk merawat bayinya secara langsung.

### 3. Fase *letting go* (berjalan sendiri dilingkungannya)

Fase *letting go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung setelah 10 hari melahirkan. Periode ini biasanya setelah pulang kerumah dan sangat dipengaruhi oleh waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Pada saat ini ibu mengambil tugas dan tanggung jawab terhadap perawatan bayi sehingga harus beradaptasi terhadap kebutuhan bayi yang menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan sosial.

#### 1. Perubahan emosional ibu nifas

Perubahan emosional pada ibu post-partum menurut (Purwoastuti and Walyani, 2017), yaitu:

##### 1) *Post partum blues* atau *maternity blues*

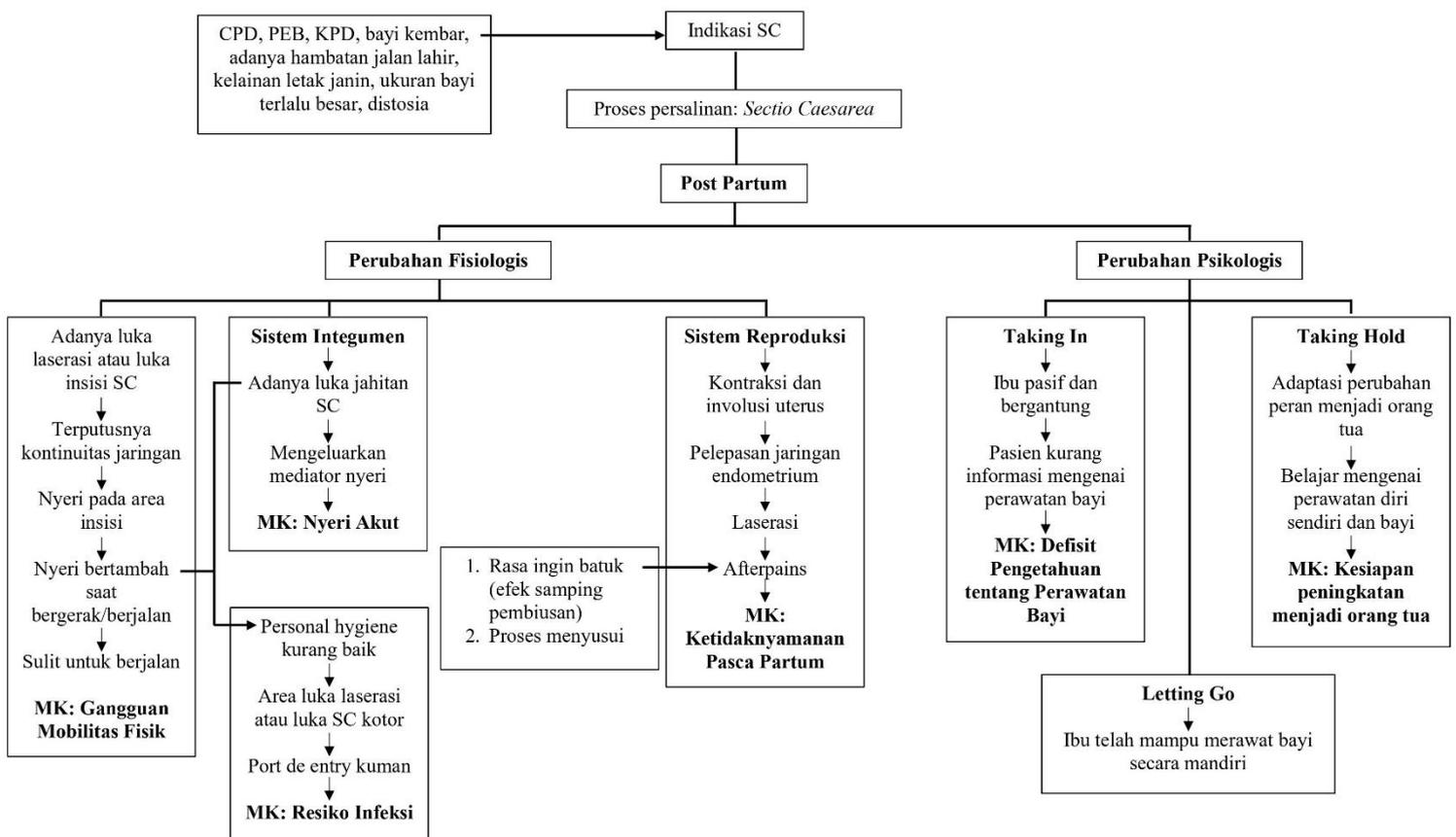
*Post partum blues* disebabkan perubahan pada ibu yang terjadi tiba-tiba sesudah melahirkan, ibu akan merasa cemas, takut akan ketidakmampuan bertanggung jawab merawat bayinya serta ada rasa bersalah. Setelah beberapa hari kondisi emosi dapat berubah menjadi membaik setelah percaya diri dalam

merawat diri serta bayinya, dukungan keluarga terutama suami sangat penting dalam hal ini.

## 2) Depresi post-partum

Depresi post-partum sangat bervariasi karena ciri-ciri depresi nya setiap hari bisa berbeda-beda seperti merasa mudah marah atau emosi, kelelahan, nafsu makan terganggu serta kehilangan libido (kehilangan selera buat berhubungan intim dengan suami). Depresi post-partum bisa terjadi selama enam bulan pasca melahirkan dengan kriteria sangat bervariasi.

### 2.1.4 Pathway Post Partum *Sectio Caesarea*



Gambar 2.1: Pathway Post Partum *Sectio Caesarea* (Wahyuningsih, 2019)

### 2.1.5 Penatalaksanaan

Menurut (Wahyuningsih, 2019) perawatan postpartum yang dapat diberikan kepada ibu yang menjalani persalinan *sectio caesarea* diantaranya yaitu:

1) Dalam ruang pemulihan prosedur yang harus dilakukan yaitu memantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik

2) Pemberian cairan intravena

Perdarahan yang tidak disadari di vagina selama tindakan dan perdarahan yang tersembunyi didalam uterus atau keduanya, sering menyebabkan perkiraan kehilangan darah menjadi lebih rendah daripada sebenarnya. Cairan intravena yang perlu disiapkan untuk memenuhi kebutuhan klien yaitu larutan Ringer Laktat atau larutan Kristaloid ditambah Dektrosa 5%. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

3) Tanda-tanda vital

Setelah pulih dari ansetesi, observasi pada klien dilakukan setiap setengah jam setelah 2 jam pertama dan tiap satu jam selama minimal 4 jam setelah didapatkan hasil yang stabil. Tanda vital yang perlu dievaluasi yaitu tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, status fundus uteri, dan suhu tubuh.

4) Analgesik

Pemberian analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.

5) Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Kateter vesika urinaria biasanya dapat dilepas dalam waktu 12 jam setelah operasi dilakukan. Sedangkan untuk makanan padat dapat diberikan kurang lebih 8 jam setelah operasi, atau jika klien tidak mengalami komplikasi.

6) Pemeriksaan laboratorium

Hematrokrit secara rutin diukur pada pagi hari setelah pembedahan. Pemeriksaan dilakukan lebih dini apabila terdapat kehilangan darah yang banyak selama operasi atau menunjukkan tanda-tanda lain yang mengarah ke hipovolemik.

7) Menyusui

Menyusui dilakukan pada hari 0 post *sectio caesarea*. Apabila klien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara yang bisa mengurangi rasa nyeri pada payudara.

8) Pencegahan infeksi pasca operasi

Infeksi panggul pasca operasi merupakan penyebab tersering dari demam dan tetap terjadi pada 20% wanita walaupun telah diberikan antibiotik profilaksis. Sejumlah uji klinis acak telah membuktikan bahwa antibiotik dosis tunggal dapat diberikan saat *sectio caesarea* untuk menurunkan angka infeksi.

9) Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah

pembedahan. Paling lambat hari ketiga post partum, klien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

#### 10) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi. Hari kedua post operasi penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk. Selanjutnya dengan berturut-turut selama hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi *sectio caesarea*.

#### 11) Gizi

Ibu menyusui harus:

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, vitamin, dan mineral yang cukup
- c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum tiap kali menyusui)
- d. Tablet zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan
- e. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI

#### 12) Perawatan Payudara

- a. Menjaga payudara tetap bersih dan kering

- b. Mengenakan bra yang menyokong payudara
- c. Apabila puting payudara lecet, oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting payudara setiap kali selesai menyusui. Menyusu tetap dilakukan dari puting susu yang tidak lecet.
- d. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan sendok
- e. Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI, maka hal yang perlu dilakukan adalah:
  - 1) Pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit
  - 2) Urut payudara dari arah pangkal menuju puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah “Z” menuju puting
  - 3) Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak
  - 4) Susukan bayi setiap 2-3 jam sekali. Apabila tidak dapat menghisap seluruh ASI, maka keluarkan dengan tangan
  - 5) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui
  - 6) Payudara dikeringkan

## **2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan**

### **2.2.1 Pengertian**

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### **2.2.2 Data Mayor dan Data Minor**

Gejala dan tanda dari nyeri akut terbagi menjadi dua yaitu:

- 1) Gejala dan tanda mayor
  - a) Subjektif: mengeluh nyeri
  - b) Objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misal: waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur
- 2) Gejala dan tanda minor
  - a) Subjektif: (tidak tersedia)
  - b) Objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

### **2.2.3 Faktor Penyebab**

Faktor penyebab dari nyeri akut menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) yaitu:

- 1) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

### **2.2.4 Alat Ukur Intensitas Nyeri**

Intensitas nyeri adalah representasi dari seberapa intens nyeri dirasakan oleh individu, penilaian intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, potensi nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan cukup berbeda oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2017). Salah satu alat

ukur yang dapat digunakan untuk mengukur intensitas atau skala nyeri yaitu *Numeric Rating Scale* (NRS). Pada alat ukur ini, pasien dapat menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1 sampai 10, yang mana 0 = tidak nyeri, 1-4 = nyeri ringan, 5-6 = nyeri sedang, 7-10 = nyeri berat. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi. NRS yang diturunkan dari VAS (*Visual Analog Scale*) sangat membantu untuk pasien yang menjalani operasi, setelah anestesi pertama, dan sekarang sering digunakan untuk pasien yang menderita nyeri di unit pasca operasi (Andarmoyo, 2017).

### **2.2.5 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien terbagi menjadi dua, yaitu dengan terapi farmakologis dan terapi non farmakologis. Pemberian intervensi berupa terapi farmakologis yaitu pemberian intervensi untuk mengurangi nyeri dengan bantuan obat, seperti: analgetik non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgetik narkotik atau opioid, dan obat tambahan adjuvant. Sedangkan pemberian intervensi berupa terapi non farmakologis yaitu pemberian terapi tanpa menggunakan obat-obatan, salah satunya dapat melalui pemberian teknik relaksasi (Nurjannah, 2020).

Relaksasi merupakan suatu keadaan dimana seseorang merasakan bebas mental dan fisik dari ketegangan dan stress. Teknik relaksasi bertujuan agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman. Sehingga, dengan adanya pembebasan mental dan fisik dari

ketegangan dan stress yang ada, diharapkan toleransi seseorang terhadap nyeri juga akan meningkat (Nurastam, 2018). Terdapat banyak sekali jenis-jenis teknik relaksasi yang dapat digunakan baik untuk mengurangi nyeri, mengurangi kecemasan, atau untuk tujuan yang lainnya, diantaranya yaitu teknik relaksasi napas dalam dan teknik relaksasi benson.

### **2.2.5.1 Teknik Relaksasi Napas Dalam**

#### **2.2.5.1.1 Pengertian**

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Hartanti, 2016).

#### **2.2.5.1.2 Tujuan dan Manfaat**

Relaksasi napas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, mengurangi kinerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja sistem pernapasan (Masnina and Setiawan, 2018).

Menurut (Wardani, 2015) beberapa manfaat yang akan dirasakan dari penerapan teknik relaksasi napas dalam diantaranya yaitu ketentraman hati, berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah, tekanan darah menurun, ketegangan jiwa berkurnag, detak jantung lebih

rendah, mengurangi nyeri, meningkatkan keyakinan, dan kesehatan mental menjadi lebih baik.

### **2.2.5.1.3 Mekanisme**

Latihan nafas dalam merupakan salah satu latihan pernapasan yang dapat mengubah keadaan psikologis pasien menjadi lebih baik karena dapat mengurangi stres, depresi, dan nyeri. Latihan nafas dalam mengurangi rangsangan nyeri dengan mengistirahatkan dan merelaksasikan otot-otot pada tubuh (Patiyal *et al.*, 2021).

Saat pasien melakukan latihan nafas dalam maka akan mengirim pesan ke otak untuk tenang dan rileks. Hal ini dikarenakan otak merangsang tubuh untuk mengeluarkan senyawa seperti morfin dalam tubuh yang disebut dengan hormon endorfin dan enkefalin (opoid endogen) yang berfungsi sebagai penghambat transmisi impuls nyeri ke otak. Hormon tersebut dapat merangsang tubuh untuk mengeluarkan perasaan bahagia dan positif serta memberikan sinyal kepada otak untuk mengurangi rasa sakit pada tubuh. Selanjutnya, otak mengirimkan sinyal tersebut ke tubuh sehingga detak jantung yang meningkat, pernapasan yang cepat, dan tekanan darah tinggi akan mengalami penurunan dan tubuh menjadi lebih rileks (Widiatie, 2015).

Teknik relaksasi napas dalam dilakukan dengan mengurangi frekuensi bernafas dari yang semula sebanyak 16-19 kali dalam satu menit menjadi hanya 6-10 kali dalam satu menit. Tindakan ini dapat di ulangi selama 1-2 menit atau hingga pasien merasa lebih rileks (Wardani, 2015). Menurut (Widiatie, 2015) penurunan intensitas nyeri

yang dialami oleh pasien juga disebabkan oleh peningkatan fokus terhadap nyeri yang dialami responden beralih pada pelaksanaan relaksasi nafas dalam sehingga suplai oksigen dalam jaringan akan meningkat dan otak bisa berelaksasi. Otak yang relaksasi tersebut akan merangsang tubuh untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak dan dapat menurunkan sensasi terhadap nyeri yang akhirnya menyebabkan intensitas nyeri yang dialami oleh pasien berkurang.

#### **2.2.5.1.4 Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam**

Langkah-langkah dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam sesuai dengan SOP yang ada di Poltekkes Kemenkes Malang Jurusan Keperawatan yaitu:

1. Persiapan tempat: tempat tidur pasien dengan bantal yang nyaman
2. Persiapan pasien
  - a. Memberitahu pasien/keluarga dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
  - b. Mengatur posisi pasien sesuai dengan posisi yang dirasa nyaman oleh pasien sehingga pasien bisa rileks
3. Persiapan lingkungan: mengatur lingkungan yang aman, nyaman, tenang, pencahayaan cukup tidak terlalu terang, suasana tidak ramai
4. Tahap pra interaksi: membaca status pasien dan mencuci tangan
5. Tahap orientasi:
  - a. Memberi salam terapeutik

- b. Validasi kondisi pasien
  - c. Menjaga privasi pasien
  - d. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
  - e. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas
6. Tahap pelaksanaan
- a. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik
  - b. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
  - c. Instruksikan pasien secara perlahan dan menghembuskan udara membiarkannya keluar dari setiap bagian anggota tubuh, pada waktu bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian betapa nikmatnya rasanya (1-2 menit)
  - d. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat
  - e. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju ke paru-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir ke seluruh tubuh
  - f. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar

dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatannya

- g. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apa bila rasa nyeri kembali lagi
- h. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri

7. Evaluasi: respon pasien selama tindakan dan erubahan skala nyeri

## **2.2.5.2 Teknik Relaksasi Benson**

### **2.2.5.2.1 Pengertian**

Relaksasi benson merupakan teknik relaksasi yang digabungkan dengan keyakinan yang dianut oleh pasien. Formula kata-kata atau kalimat tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan hanya relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan (Benson and Proctor, 2011). Relaksasi benson yaitu suatu teknik relaksasi untuk menghilangkan nyeri, insomnia (tidak bisa tidur) atau kecemasan. teknik pengobatan ini merupakan bagian pengobatan spiritual. Pada teknik ini pengobatan sangat fleksibel dapat dilakukan dengan bimbingan, bersama-sama atau sendiri (Samsugito, Syarif and Rita, 2020).

### **2.2.5.2.2 Manfaat**

Relaksasi benson dapat mengurangi tingkat stress, kecemasan, rasa tidak nyaman, dan juga dapat menurunkan metabolisme, kontraksi

jantung, tekanan darah, serta melepas hormon yang berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri (Benson and Proctor, 2011)

Menurut (Samsugito, Syarif and Rita, 2020), manfaat dari pelaksanaan teknik relaksasi benson yaitu mengurangi nyeri, ketentraman hati, berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah, tekanan dan ketegangan jiwa menjadi rendah, detak jantung lebih rendah, mengurangi tekanan darah, dan dapat tidur lelap.

#### **2.2.5.2.3 Mekanisme**

Relaksasi benson dalam hal berperan untuk menurunkan intensitas persepsi nyeri bekerja dengan cara mengalihkan fokus seseorang terhadap nyeri dan dengan menciptakan suasana nyaman serta tubuh yang rileks maka tubuh akan meningkatkan proses analgesia endogen hal ini diperkuat dengan adanya kalimat atau mantra yang memiliki efek menenangkan atau menggunakan kata-kata yang mampu mempengaruhi korteks serebri karena teknik relaksasi benson menyatakan unsur religi didalamnya dimana semua umat yang percaya akan “sang pencipta” juga percaya akan “kuasanya” dimana hal ini semakin memberikan efek relaksasi yang pada akhirnya meningkatkan proses analgesia endogen sehingga mampu mengurangi persepsi nyeri seseorang (Purwanto, 2015)

Memindahkan pikiran-pikiran yang berorientasi pada hal-hal yang logis dan yang berada diluar diri harus ada suatu rangsangan yang konstan yaitu satu kata atau frasa singkat yang diulang-ulang dalam hati sesuai dengan keyakinan. Kata atau frasa yang singkat merupakan fokus

dalam melakukan relaksasi benson. Fokus terhadap kata atau frase singkat akan meningkatkan kekuatan dasar respons relaksasi dengan memberi kesempatan faktor keyakinan untuk memberi pengaruh terhadap penurunan aktifitas saraf simpatik (Datak, Yetti and Haryati, 2015).

Menurut (Benson and Proctor, 2011) formula yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan kepada agama, kepada Tuhan yang disembah akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan sekedar relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan terhadap hal tersebut. Relaksasi benson ini juga diyakini memiliki efek penyembuhan tidak terbatas hanya pada penyembuhan tekanan darah tinggi dan penyakit jantung, ataupun kecemasan saja, tetapi sampai pada tingkat mampu menurunkan rasa nyeri yang dirasakan. Teknik relaksasi benson dapat dilakukan selama kurang lebih 5-10 menit (Kurdaningsih *et al.*, 2023).

#### **2.2.5.2.4 Prosedur**

Langkah-langkah dalam melakukan teknik relaksasi benson sesuai dengan SOP yang ada di Poltekkes Kemenkes Malang Jurusan Keperawatan yaitu:

1. Persiapan tempat: tempat tidur pasien dengan bantal yang nyaman, tempat duduk/kursi dengan sandaran, pengganjal kaki (jika perlu)
2. Persiapan pasien

- a. Memberitahu pasien/keluarga dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
  - b. Mengatur posisi pasien sesuai dengan posisi yang dirasa nyaman oleh pasien sehingga pasien bisa rileks
3. Persiapan lingkungan: mengatur lingkungan yang aman, nyaman, tenang, pencahayaan cukup tidak terlalu terang, suasana tidak ramai
4. Tahap pra interaksi: membaca status pasien dan mencuci tangan
5. Tahap orientasi
- a. Memberi salam terapeutik
  - b. Menyediakan lingkungan yang tenang
  - c. Validasi kondisi pasien
  - d. Menjaga privasi pasien
  - e. Memilih do'a atau kata-kata religi (dzikir) untuk memfokuskan perhatian saat relaksasi
6. Pelaksanaan
- a. Posisikan pasien pada posisi duduk atau tidur yang paling nyaman
  - b. Instruksikan pasien memejamkan mata
  - c. Instruksikan pasien agar tenang dan mengendorkan otot-otot tubuh dari ujung kaki sampai dengan otot wajah dan rasakan rileks
  - d. Instruksikan kepada pasien agar menarik nafas dalam lewat hidung, tahan 3 detik lalu hembuskan lewat mulut

disertai dengan mengucapkan do'a atau kata yang sudah dipilih

- e. Instruksikan pasien untuk membuang pikiran negatif, dan tetap fokus pada nafas dalam dan do'a atau kata-kata yang diucapkan
- f. Lakukan selama kurang lebih 5-10 menit
- g. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apa bila rasa nyeri kembali lagi
- h. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri

7. Evaluasi: evaluasi perasaan pasien dan perubahan skala nyeri

## **2.3 Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Fokus Pengkajian**

Pengkajian keperawatan pada ibu post partum menurut (Mansjoer, 2015) adalah sebagai berikut:

1. Riwayat obstetrik
  - a. Riwayat menstruasi: dikaji terkait usia berapa ibu mengalami menstruasi, berapa hari siklus menstruasi, apakah siklus menstruasi teratur atau tidak, dan lain-lainnya
  - b. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu: dikaji terkait jenis persalinan, tempat persalinan, siapa saja yang membantu, apakah ada komplikasi pada ibu atau bayi, bagaimana keadaan bayi saat lahir, dan bagaimana proses nifas ibu berlangsung, apakah ibu menyusui atau menggunakan susu formula

- c. Riwayat kontrasepsi: hal yang dikaji dalam riwayat kontrasepsi untuk mengetahui apakah ibu pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipakai sebelumnya, apakah ada masalah dalam pemakaian kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali
2. Riwayat persalinan saat ini
    - a. Dilakukan pengkajian terkait tanggal dan waktu persalinan, tempat persalinannya dimana siapa saja penolong persalinan, jenis persalinan apakah pervaginam atau SC, apakah ada komplikasi persalinan pada ibu atau bayi, bagaimana keadaan plasenta dan tali pusatnya, berapa lamanya waktu persalinan berlangsung, berapa jumlah perdarahan, dan bagaimana kondisi bayi saat baru lahir.
    - b. Riwayat operasi abdomen/SC: dikaji terkait tempat, penolong, dan tanggal dilakukannya operasi
    - c. Riwayat psikososial: bagaimana seorang ibu melewati fase taking in, taking hold, dan letting go serta saat ini ibu sedang berada pada fase yang mana
    - d. Pengkajian status fisiologis maternal: untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian postpartum, banyak perawat menggunakan istilah BUBBLE-LE yaitu termasuk Breast (payudara), Uterus (rahim), Bowel (fungsi usus), Bladder (kandung kemih), Lochia (lokia), Episiotomy (episiotomi/perinium), Lower Extremity (ekstremitas bawah), dan Emotion (emosi).
  3. Data objektif/pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Pada Ibu masa nifas terjadi perubahan tanda-tanda vital, meliputi:

- 1) Suhu tubuh: pada 24 jam setelah melahirkan suhu badan naik sedikit ( $37,5^{\circ}\text{C}$ - $38^{\circ}\text{C}$ ) sebagai dampak dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan, dan kelelahan
- 2) Nadi: sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat dari denyut nadi normal orang dewasa ( $60$ - $80$ x/menit).
- 3) Tekanan darah, biasanya tidak berubah, kemungkinan bila tekanan darah tinggi atau rendah karena terjadi kelainan seperti perdarahan dan preeklamsia.
- 4) Pernafasan, frekuensi pernafasan normal orang dewasa adalah  $16$ - $24$  kali per menit. Pada ibu postpartum umumnya pernafasan lambat atau normal. Bila pernafasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok

b. Pemeriksaan fisik thorax (payudara)

1) Inspeksi payudara

Kaji ukuran, bentuk, warna dan kesimetrisan yang perlu diperhatikan jika ada kelainan, seperti pembesaran masif, permukaan yang tidak rata seperti adanya lesi atau ada luka pada kulit payudara perlu dipikirkan kemungkinan adanya tumor. Kaji warna kulit, adanya kemerahan pada kulit yang dapat menunjukkan adanya peradangan.

2) Palpasi payudara

Pengkajian palpasi di payudara selama masa post-partum untuk mengecek apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Pada hari 1-2 post-partum, payudara tidak banyak berubah kecuali sekresi kolostrum yang banyak. Saat menyusui, perhatikan perubahan payudara dengan menginspeksi puting dan areola apakah ada tanda kemerahan dan pecah. Setelah menyusui payudara yang sebelumnya penuh dan bengkak biasanya akan menjadi lembut dan nyaman.

c. Pemeriksaan fisik abdomen

1) Inspeksi abdomen

Mengkaji keadaan abdomen, apakah teksturnya lembek atau keras. Jika keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan. Kemudian, pada pasien dengan postpartum SC perlu di inspeksi pula terkait balutan luka SC, bagaimana kondisinya, apakah bersih dan kering atau kotor dan basah karena rembesan darah/pus/air.

2) Palpasi uterus

Perawat mengkaji tonus uterus, posisi dan tinggi fundus uteri dengan meminta pasien untuk mengosongkan kandung kemih posisi kepala datar posisi supinasi.

d. Pemeriksaan kandung kemih

Perawat harus mengkaji urin yang keluar pada ibu postpartum untuk mengidentifikasi kesulitan berkemih, buang air kecil yang harus terjadi dalam waktu 6-8 jam setelah melahirkan

dengan jumlah urin kurang dari 8 jam setelah melahirkan minimal 150 ml. Pada pasien yang terpasang dower kateter, maka perlu di evaluasi terkait produksi urine sebelum di buang.

e. Pemeriksaan perenium

Pengkajian perenium harus dilakukan 4 jam untuk 24 jam pertama setelah melahirkan, menginspeksi perenium dengan cara posisi ibu miring dan menekuk kaki kearah dada digunakan istilah REEDA untuk menilai kondisi episiotomi atau laserasi perineum, REEDA singkatan (Redness/kemerahan, Edema, Ecchymosis/ ekimosis, Discharge/keluaran, dan Approximate/ perlekatan) pada luka episiotomi.

f. Pemeriksaan lochea

Mengkaji jumlah, warna, konsistensi dan bau lokhea pada ibu post-partum, lokhea yang berbau busuk yang dinamakan lokhea purulenta menunjukkan adanya infeksi disaluran reproduksi dan harus segera ditangani.

g. Pemeriksaan fisik ekstremitas bawah

Biasanya pada ekstermitas bawah perawat mengkaji kekuatan, edema, nyeri dan tanda-tanda tromboembolis pada periode immediate postpartum. Untuk mengkaji *Deep Vein Thrombosis* (DVT) pada ekstermitas bawah diperiksa apakah adanya panas, merah, rasa sakit dan pembengkakan dengan menilai sirkulasi kaki dan memeriksa puls daerah pedalis dan mencatat suhu dan warna. Adanya tanda homan, caranya dengan meletakkan

1 tangan pada lutut ibu dan di lakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

h. Pengkajian tingkat energi dan kualitas istirahat

Perawat harus mengkaji mengenai pola istirahat dan gangguan tidur yang dialami seperti jumlah istirahat, tidur, dan mencari solusi untuk meningkatkan istirahat pada ibu postpartum.

i. Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri dapat dilakukan untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan oleh pasien post partum, baik nyeri pada area perineum maupun nyeri pada area abdomen pada post partum dengan metode SC. Karakteristik nyeri dapat juga dilihat berdasarkan metode PQRST

- 1) P (*Provocate*), tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada pasien, dalam hal ini perlu dipertimbangkan bagian-bagian tubuh mana yang mengalami cedera atau terdapat luka termasuk menghubungkan antara nyeri yang diderita dengan faktor psikologisnya, karena bisa terjadi terjadinya nyeri hebat karena dari faktor psikologis bukan dari cideranya
- 2) Q (*Quality*) kualitas nyeri, merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendiskripsikan nyeri dengan kalimat nyeri seperti

ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti di tekan.

- 3) R (*Region*), untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman.
- 4) S (*Scale*), tingkat keparahan merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggunakan skala nyeri yang sifatnya kuantitas. Rentang skala nyeri yaitu antara 1-10.
- 5) T (*Time*), tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama menderita, seberapa sering untuk kambuh, dan lain-lain.

j. Pengkajian emosi

Pada pengkajian emosi biasa terjadi *postpartum blues* seperti mudah marah, sering menangis, tidak bisa tidur dan mood yang berubah-ubah yang dialami ibu post-partum.

k. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan darah lengkap, utamanya hemoglobin dan hematokrit setelah post-partum 12-24 jam (jika Hb < 10 g% sehingga diberikan suplemen FE), eritrosit, leukosit dan trombosit

### 2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, diagnosa yang mungkin muncul pada ibu post partum yaitu:

1. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat, dan berfokus pada diri sendiri.
2. (D.0075) Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus (proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula) dibuktikan dengan mengeluh tidak nyaman, tampak meringis, terdapat kontraksi uterus, luka episiotomi, dan merintih.
3. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, dan gerakan terbatas
4. (D.0142) Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif
5. (D.0111) Defisit pengetahuan tentang perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan

bagaimana cara perawatan bayi yang benar dan menanyakan bagaimana cara menggendong bayi yang benar.

6. (D.0122) Kesiapan peningkatan menjadi orang tua dibuktikan dengan mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua, anggota keluarga mengungkapkan harapan yang realistis, dan tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anggota keluarga.

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien baik secara individu atau perorangan, keluarga, dan komunitas. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah disusun, maka tindakan keperawatan yang dapat direncanakan sebagai berikut:

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
<b>(D.0077)</b> Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat, dan	<b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun,	<b>Manajemen Nyeri (1.08238)</b> <b>Observasi:</b> 1. Identifikasi lokasi, durasi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non-verbal

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
berfokus pada diri sendiri	dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Berfokus pada diri sendiri menurun e. Frekuensi nadi membaik	4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <b>Terapeutik:</b> 5. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur 7. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <b>Edukasi:</b> 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri <b>Kolaborasi:</b> 11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<b>(D.0075)</b> Ketidaknyamanan pasca partum b.d trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus (proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula) d.d mengeluh tidak nyaman, tampak meringis, terdapat kontraksi uterus,	<b>Status Kenyamanan Pasca Partum (L.07061)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka status kenyamanan pasca partum meningkat, dengan kriteria hasil: a. Meringis menurun	<b>Perawatan Pasca Persalinan (1.07225)</b> <b>Observasi:</b> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor keadaan lochea (warna, jumlah, bau) 3. Periksa perineum atau robekan (kemerahan, edema, pengeluaran, penyatuan jahitan) 4. Monitor nyeri <b>Terapeutik:</b> 5. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
luka episiotomi, dan merintih	b. Luka episiotomi menurun c. Merintih menurun d. Kontraksi uterus membaik	6. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum 7. Diskusikan tentang perubahan fisik dan psikologis ibu postpartum <b>Edukasi:</b> 8. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga 9. Ajarkan cara perawatan perineum/luka SC yang tepat 10. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis
<b>(D.0054)</b> Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, dan gerakan terbatas	<b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: a. Nyeri menurun b. Kecemasan menurun c. Gerakan terbatas menurun	<b>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</b> <b>Observasi:</b> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <b>Terapeutik:</b> 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal: pagar tempat tidur) 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <b>Edukasi:</b> 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal: duduk di sisi tempat tidur dan pindah dari tempat tidur ke kursi)

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
<b>(D.0142)</b> Resiko infeksi d.d efek prosedur invasive	<b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: a. Nyeri menurun b. Bengkak menurun c. Demam menurun d. Kemerahan menurun e. Kadar sel darah putih membaik	<b>Pencegahan (1.14539)</b> <b>Observasi:</b> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <b>Terapeutik:</b> 2. Batasi jumlah pengunjung dan petugas 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan <b>Edukasi:</b> 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <b>Perawatan Luka (1.14564)</b> <b>Observasi:</b> 1. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <b>Terapeutik:</b> 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Pasang balutan sesuai jenis luka <b>Edukasi:</b> 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
<b>(D.0111)</b> Defisit pengetahuan tentang perawatan bayi berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan bagaimana cara perawatan bayi yang benar dan menanyakan bagaimana cara menggendong bayi yang benar	<b>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat pengetahuan membaik, dengan kriteria hasil: a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat c. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat d. Perilaku membaik	<b>Edukasi Perawatan Bayi (1.12419)</b> <b>Observasi:</b> 1. Identifikasi kesiapan menerima informasi <b>Terapeutik:</b> 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Jelaskan manfaat perawatan bayi <b>Edukasi:</b> 5. Ajarkan memandikan bayi dengan memperhatikan suhu ruangan 21°-24°C, dalam waktu 5-10 menit, dan 2 kali sehari 6. Ajarkan perawatan tali pusat 7. Anjurkan untuk menjemur bayi sebelum jam 9 pagi 8. Ajarkan pijat bayi 9. Anjurkan segera mengganti popok jika basah 10. Anjurkan penggunaan pakaian bayi dari bahan katun 11. Anjurkan menyusui sesuai kebutuhan bayi
<b>(D.0122)</b> Kesiapan peningkatan menjadi orang tua dibuktikan dengan mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan	<b>Peran Menjadi Orang Tua (L.13120)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka peran	<b>Edukasi Orang Tua: Fase Bayi (1.12400)</b> <b>Observasi:</b> 1. Identifikasi kesiapan dan pengetahuan orang tua belajar tentang perawatan bayi

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
peran menjadi orang tua, anggota keluarga mengungkapkan harapan yang realistis, dan tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anggota keluarga	menjadi orang tua membaik, dengan kriteria hasil: a. <i>Bounding attachment</i> meningkat b. Perilaku positif menjadi orang tua meningkat c. Verbalisasi kepuasan memiliki bayi meningkat d. Keinginan meningkatkan peran menjadi orang tua meningkat	<b><i>Terapeutik:</i></b> 2. Motivasi orang tua untuk berbicara dan membaca untuk bayi <b><i>Edukasi:</i></b> 3. Jelaskan kebutuhan nutrisi bayi 4. Jelaskan perkembangan gigi dan kebersihan mulut selama tahun pertama 5. Anjurkan memegang, memeluk, memijat, bermain, dan menyentuh bayi 6. Ajarkan keterampilan merawat bayi baru lahir 7. Ajarkan cara stimulasi perkembangan bayi (merujuk pada stimulasi Depkes RI)

#### 2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang khusus dan diperlukan untuk melaksanakan intervensi atau rencana keperawatan. Perawat dapat melaksanakan dan mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang telah disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap dalam implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dan respon pasien terhadap tindakan keperawatan tersebut (Asmadi, 2018). Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Fokus implementasi keperawatan yaitu:

1. Mempertahankan daya tahan tubuh

2. Mencegah komplikasi
3. Menemukan perubahan sistem tubuh
4. Memantapkan hubungan klien dengan lingkungan
5. Implementasi pesan dokter

Menurut (Asmadi, 2018) dalam melakukan implementasi keperawatan terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

1. *Independent implementations* adalah suatu tindakan yang dilakukan secara mandiri oleh perawat tanpa petunjuk dari tenaga kesehatan lainnya. *Independent implementations* ini bertujuan untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan klien itu sendiri, seperti contoh: membantu klien dalam memenuhi *activity daily living (ADL)*, memberikan perawatan diri, menciptakan lingkungan yang aman, nyaman dan bersih untuk klien, memberikan dorongan motivasi, membantu dalam pemenuhan psiko-sosio-spiritual klien, membuat dokumentasi, dan lain-lain.
2. *Interdependent/collaborative implementations* adalah tindakan perawat yang dilakukan berdasarkan kerjasama dengan tim kesehatan yang lain. Contohnya dalam pemberian obat, harus berkolaborasi dengan dokter dan apoteker untuk dosis, waktu, jenis obat, ketepatan cara, ketepatan klien, efek samping dan respon klien setelah diberikan obat.
3. *Dependent implementations* adalah pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis seperti ahli gizi, psikolog, psikoterapi, dan lain-lain dalam hal pemberian nutrisi kepada klien

sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi dan latihan fisik sesuai dengan anjuran bagian fisioterapi.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien post partum *sectio caesarea* yaitu manajemen nyeri baik dengan pemberian terapi farmakologis maupun non farmakologis seperti terapi relaksasi napas dalam, terapi relaksi benson, atau terapi non farmakologis lainnya, selain itu dukungan mobilitas fisik juga perlu diberikan kepada pasien post partum *sectio caesarea* agar pasien dapat segera melakukan mobilisasi pasca operasi, dan juga implementasi terkait dengan pencegahan terjadinya infeksi pada luka SC dengan melakukan perawatan luka, menjaga lingkungan agar tetap bersih, dan didukung dengan asupan gizi yang adekuat untuk menunjang proses penyembuhan luka SC (Aspiyani, 2016).

### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan, merupakan tindakan akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan. Tujuan evaluasi keperawatan yaitu untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang telah ditetapkan, mengidentifikasi variable-variabel yang akan mempengaruhi pencapaian tujuan, dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, dimodifikasi, atau dihentikan (Dinarti and Mulyanti, 2017). Dengan kata lain evaluasi digunakan sebagai alat ukur apakah tujuan sudah tercapai, tercapai sebagian atau tidak tercapai.

1. Tujuan tercapai: tujuan ini dikatakan tercapai apabila pasien menunjukkan kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan
2. Tujuan tercapai sebagian: tujuan ini dikatakan tercapai sebagian apabila tujuan tidak tercapai secara keseluruhan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan, sehingga masih ada tujuan yang perlu dicapai.
3. Tujuan tidak tercapai: tujuan tidak tercapai apabila tidak menunjukkan kemajuan ke arah kriteria hasil yang telah ditetapkan (Dinarti and Mulyanti, 2017).