

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Teori Medis

2.1.1. Definisi sectio caesarea

Sectio caesarea merupakan suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi melalui dinding perut dan dinding Rahim dengan saraf Rahim dalam keadaan utuh serta berat di atas 500 gram (Mitayani, 2009).

2.1.2. Jenis – jenis operasi sectio caesarea

1. Sectio caesarea abdomen

sectio caesarea transperitonealis.

- a. Sectio caesarea klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri.
- b. Sectio caesarea ismika atau profundal atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim.
- c. Sectio caesarea ekstraperitonealis, yaitu sectio caesarea tanpa membuka peritonium perietale, dengan demikian tidak membuka kavum abdominis.

2. Sectio caesarea vaginalis

Menurut arah sayatan pada rahim, Sectio caesarea dapat dilakukan dengan sayatan memanjang, sayatan melintang, sayatan huruf T

3. Sectio caesarea klasik (corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ caraini dapat di pertimbangkan.

4. Sectio caesarea ismika (profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah Rahim kira-kira sepanjang 10 cm.

2.1.3 Etiologi

Penyebab *sectio caesarea* sering dikaitkan dengan indikasi. Indikasi *sectio caesarea* antara lain meliputi :

a) Indikasi medis

1. *Power*

Yang memungkinkan dilakukan operasi *sectio caesarea*, misalnya daya mengejan lemah, ibu berpenyakit jantung atau penyakit menahun lain yang mempengaruhi tenaga (Dewi, 2007)

2. *Passanger*

Diantaranya, anak terlalu besar, anak“ mahal” dengan kelainan letak lintang, primigravida diatas 35 tahun dengan letak sungsang, anak tertekan terlalu lama pada pintu atas panggul, dan anak menderita fetal distress sindrom (denyut jantung janin kacau dan melemah).

3. *Passage*

Kelainan ini merupakan panggul sempit, trauma persalinan serius pada jalan lahir atau pada anak, adanya infeksi pada jalan lahir yang diduga bisa

menular ke anak, misalnya herpes kelamin (herpes genitalia), *condyloma akuminata* (penyakit infeksi yang menimbulkan massa mirip kembang kol di kulit luar kelamin wanita), hepatitis B dan hepatitis C (Prawirohardjo, 2009).

b) Indikasi Ibu

1. Usia

Ibu yang melahirkan untuk pertama kali pada usia sekitar 35 tahun memiliki resiko melahirkan dengan operasi. Pada usia ini, biasanya seseorang memiliki penyakit yang beresiko, misalnya tekanan darah tinggi, penyakit jantung, kencing manis, dan preeklamsia. Eklamsia (keracunan kehamilan) dapat menyebabkan ibu kejang sehingga dokter memutuskan persalinan dengan *sectio caesarea* (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

2. Panggul sempit absolut

Pada panggul ukuran normal, apapun jenisnya, yaitu panggul *ginekoid*, *antropoid*, *android*, dan *platipelloid*. Kelahiran pervagina janin dengan berat badan normal tidak akan mengalami gangguan. Panggul sempit absolut adalah ukuran *konjungatavera* kurang dari 10 cm dan diameter transversa kurang dari 12 cm. Oleh karena panggul sempit, kemungkinan kepala tertahan di pintu atas panggul lebih besar, maka dalam hal ini *serviks uteri* kurang mengalami tekanan kepala. Hal ini dapat mengakibatkan *inersia uteri* serta lambatnya pembukaan serviks (Prawirohardjo, 2009).

3. Tumor yang dapat mengakibatkan obstruksi

Tumor dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervagina. Tumor yang dapat dijumpai berupa mioma uteri, tumor ovarium, dan kanker rahim. Adanya tumor bisa juga menyebabkan resiko persalinan pervagina menjadi lebih besar. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor, perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung melalui vagina atau harus dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Pengaruh kanker rahim pada persalinan antara lain dapat menyebabkan abortus, menghambat pertumbuhan janin, serta perdarahan dan infeksi (Mochtar, 1998).

4. Plasenta previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terdapat di bagian atas uterus. Sejalan dengan bertambah besarnya rahim dan meluasnya segmen bawah rahim ke arah proksimal memungkinkan plasenta mengikuti perluasan segmen bawah rahim (Mochtar, 1998).

5. Ruptur uteri

Ruptur uteri adalah keadaan robekan pada rahim dimana telah terjadi hubungan langsung antara rongga amnion dengan rongga peritoneum (Mansjoer, 1999). Kasus tersering ruptur uteri adalah terpisahnya jaringan parut bekas *sectio caesarea* sebelumnya (Lydon, 2001). Selain itu, ruptur uteri juga dapat disebabkan trauma atau operasi traumatik,

serta stimulus berlebihan. Namun kejadiannya relatif lebih kecil (Cunningham, 2009 dalam Reeder, 2012).

6. Disfungsi uterus

Mencakup kerja uterus yang tidak adekuat. Hal ini menyebabkan tidak adanya kekuatan untuk mendorong bayi keluar dari rahim. Dan membuat kemajuan persalinan terhenti sehingga perlu penanganan dengan *sectio caesarea* (Prawirohardjo, 2009).

7. Solutio plasenta

Disebut juga *abruptio plasenta*, adalah terlepasnya sebagian atau seluruh plasenta sebelum janin lahir. Ketika plasenta terpisah, akan diikuti pendarahan maternal yang parah. Bahkan dapat menyebabkan kematian janin. Plasenta yang terlepas seluruhnya disebut solutio plasenta totalis, bila hanya sebagian disebut solutio *plasenta parsialis*, dan jika hanya sebagian kecil pinggiran plasenta yang terpisah disebut *ruptura sinus marginalis* (Decherney, 2007).

c) Indikasi janin

1. Kelainan letak

a. Letak lintang

Pada letak lintang, biasanya bahu berada di atas pintu panggul sedangkan kepala berada di salah satu fossa iliaca dan bokong pada sisi yang lain. Pada pemeriksaan inspeksi dan palpasi didapati abdomen biasanya melebar dan fundus uteri membentang hingga sedikit di atas umbilikus. Tidak ditemukan bagian bayi di fundus, dan balotemen

kepala teraba pada salah satu fossa iliaka. Penyebab utama presentasi ini adalah relaksasi berlebihan dinding abdomen akibat multiparitas yang tinggi. Selain itu bisa juga disebabkan janin prematur, plasenta previa, uterus abnormal, cairan amnion berlebih, dan panggul sempit (Cunningham, 2009 dalam Reeder, 2012).

b. Letak sungsang

Letak sungsang adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. Dengan insidensi 3–4% dari seluruh persalinan aterm. Letak sungsang adalah malpresentasi yang paling sering ditemui. Sebelum usia kehamilan 28 minggu. Faktor resiko terjadinya presentasi bokong ini antara lain *prematurnitas, abnormalitas uterus, polihidramnion, plasenta previa, multiparitas*, dan riwayat sungsang sebelumnya (Mochtar, 1998).

c. Presentasi Ganda atau Majemuk

Presentasi ini disebabkan terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. Kepala memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan atau tangan. Faktor yang meningkatkan kejadian presentasi ini antara lain prematurnitas, multiparitas, panggul sempit, kehamilan ganda (Prawirohardjo, 2009).

2. Gawat janin

Keadaan janin biasanya dinilai dengan menghitung denyut jantung janin (DJJ) dan memeriksa kemungkinan adanya mekonium di dalam cairan amnion. Untuk keperluan klinik perlu ditetapkan kriteria yang termasuk

keadaan gawat janin. Disebut gawat janin, bila ditemukan denyut jantung janin di atas 160x/menit atau di bawah 100x/menit, denyut jantung tak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan (Prawirohardjo, 2009).

3. Ukuran janin

Berat bayi lahir sekitar 4000 gram atau lebih (*giant baby*), menyebabkan bayi sulit keluar dari jalan lahir. Umumnya pertumbuhan janin yang berlebihan disebabkan sang ibu menderita kencing manis (diabetes mellitus). Bayi yang lahir dengan ukuran yang besar dapat mengalami kemungkinan komplikasi persalinan 4 kali lebih besar daripada bayi dengan ukuran normal (Oxorn, 2003).

Menentukan apakah bayi besar atau tidak terkadang sulit. Hal ini dapat diperkirakan dengan cara :

- a. Adanya riwayat melahirkan bayi dengan ukuran besar, sulit dilahirkan atau ada riwayat diabetes melitus.
- b. Kenaikan berat badan yang berlebihan tidak oleh sebab lainnya (edema).

d) Indikasi Ibu dan Janin

1. Gemelli atau Bayi Kembar

Kehamilan kembar atau multipel adalah suatu kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan multipel dapat berupa kehamilan ganda (2 janin), triplet (3 janin), kuadrupelet (4 janin), quintuplet (5 janin) dan seterusnya sesuai dengan hukum Hellin. Komplikasi yang dapat terjadi

antara lain anemia pada ibu, durasi kehamilan yang memendek, abortus atau kematian janin baik salah satu atau keduanya, gawat janin, dan komplikasi lainnya. Demi mencegah komplikasi – komplikasi tersebut, perlu penanganan persalinan dengan *sectio caesarea* untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi – bayinya (Prawirohardjo, 2009).

2. Riwayat *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea ulangan adalah persalinan dengan *sectio caesarea* yang dilakukan pada seorang pasien yang pernah mengalami *sectio caesarea* pada persalinan sebelumnya, elektif maupun *emergency*. Hal ini perlu dilakukan jika ditemui hal – hal seperti :

- a) Indikasi yang menetap pada persalinan sebelumnya seperti kasus panggul sempit.
- b) Adanya kekhawatiran ruptur uteri pada bekas operasi sebelumnya.

3. Preeklampsia dan Eklampsia

Preeklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Bila tekanan darah mencapai 160/110 mmHg atau lebih, disebut preeklampsia berat. Sedangkan eklampsia adalah kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan atau masa nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang (bukan karena kelainan neurologi) dan atau koma dimana sebelumnya sudah menunjukkan gejala preeklampsia. Janin yang dikandung ibu dapat mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen sehingga dapat terjadi gawat janin. Terkadang kasus

preeklampsia dan eklampsia dapat menimbulkan kematian bagi ibu, janin, bahkan keduanya (Decherney, 2007).

2.1.4 Manifestasi Klinis

1. Nyeri akibat luka pembedahan
2. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
3. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus
4. Terpasang kateter urinarius
5. Pengaruh anastesi dapat menimbulkan mual muntah
6. Pada kelahiran secara *sectio caesarea* tidak direncanakan maka biasanya kurang paham prosedur.
7. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lochea tidak banyak)
8. Emosi labil atau perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru
9. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml
10. Auskultasi bising usus tidak terdengar atau samar
11. Status pulmonary bunyi paru jelas dan vesikuler

(Mitayani, 2011)

2.1.5 Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan / hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan, baik faktor dari ibu, janin dan medis (Kasdu, 2003). Dimana kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea*. Dalam proses operasinya dilakukan tindakan

anestesi yang akan menyebabkan klien tidak merasakan nyeri, saat proses pembedahan. Dalam proses pembedahan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen, sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar *insisi*. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (Judha, 2012). Kemudian setelah bayi plasenta dilahirkan, luka *insisi* tersebut dijahit kembali, ketika operasi selesai dilakukan, karena adanya pengaruh efek dari anestesi yang mempengaruhi penurunan *medulla oblongata* yang mengakibatkan penurunan refleksi batuk sehingga terjadi akumulasi sekret, sehingga dapat muncul masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas, sedangkan adanya luka *post operasi sectio caesarea* yang mengakibatkan jaringan terbuka, serta kurangnya pengetahuan klien tentang proteksi luka yang baik terhadap invasif bakteri, sehingga dapat menimbulkan masalah resiko infeksi (Mitayani, 2011).

2.1.6 Komplikasi

Menurut Mochtar (1998) menjelaskan bahwa komplikasi pasca operasi *sectio caesarea* yaitu:

A. Infeksi Puerperal (nifas)

1. Ringan, kenaikan suhu beberapa hari saja
2. Sedang, kenaikan suhu disertai dehidrasi dan perut kembung
3. Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik.

B. Perdarahan

1. Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
2. Pendarahan pada plasenta bed

- C. Luka kandung kemih, emboli paru dan komplikasi lainnya yang jarang terjadi.
- D. Kemungkinan ruptur uteri atau terbukanya jahitan pada uterus karena operasi sebelumnya.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Elektroensefalogram (EEG)

Untuk membantu menetapkan jenis dan fokus dari kejang.

2. Pemindaian CT

Untuk mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan.

3. Magneti resonance imaging (MRI)

Menghasilkan bayangan dengan menggunakan lapangan magnetik dan gelombang radio, berguna untuk memperlihatkan daerah – daerah otak yang itdak jelas terliht bila menggunakan pemindaian CT.

4. Pemindaian positron emission tomography (PET)

Untuk mengevaluasi kejang yang membandel dan membantu menetapkan lokasi lesi, perubahan metabolik atau alirann darah dalam otak.

5. Uji laboratorium

a.Fungsi lumbal

b.Hitung darah lengkap

c.Panel elektrolit

d.Skrining toksik dari serum dan urin

- e. AGD
- f. Kadar kalsium darah
- g. Kadar natrium darah
- h. Kadar magnesium darah

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Pemberian cairan

Karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

2. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah klien flatus lalu di mulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

3. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi

- a. Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 8 jam setelah operasi
- b. Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar

- c. Hari pertama post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
 - d. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler)
 - e. Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri, dan pada hari ke-3 pascaoperasi pasien bisa dipulangkan.
4. Kateterisasi
- Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.
5. Pemberian obat
- Bisa diberikan obat analgetik dan antibiotic
6. Perawatan luka
- Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibukadan diganti.
7. Perawatan rutin
- Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

2.1.9 Anestesi Sub Aracnoid Blok (SAB)

Anestesi SAB adalah anestesi lokal dengan menyuntikan obat anestesi disekitar syaraf sehingga area yang di syarafi teranestesi. Anestesi regional di bagi menjadi

epidural, spinal dan kombinasi spinal epidural, spinal anestesi adalah suntikan obat anestesi kedalam ruang subarahnoid dan ekstradural epidural dilakukan suntikan kedalam ekstradural. (brunner dkk, 2002). Keuntungan penggunaan SAB adalah murah, sederhana dan penggunaan alat minim, non eksplosif karena tidak menggunakan obat-obatan yang mudah terbakar, pasien sadar saat pembedahan pasien lebih segar atau tenang dibandingkan anestesi umum. Kerugian dari penggunaan teknik ini adalah waktu yang dibutuhkan untuk induksi dan waktu pemulihan lebih lama, adanya resiko kurang efektif block saraf sehingga pasien mungkin membutuhkan suntikan ulang atau anestesi umum, selalu ada kemungkinan komplikasi neurologi dan sirkulasi sehingga menimbulkan ketidakstabilan hemodinamik, dan pasien mendengar berbagai bunyi kegiatan operasi dalam ruangan operasi. (Morgan, 2006).

2.2 Konsep Dasar Nyeri Akut

2.2.1 Definisi Nyeri Akut

Menurut Asosiasi Internasional untuk penelitian nyeri (IASP) dalam Potter&Perry (2006), mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan.

Nyeri adalah pengalaman pribadi, subjektif, berbeda antara satu orang dengan orang lain dan dapat juga berbeda orang yang sama dan dalam waktu yang berbeda (Reeder Martin, 2012).

Nyeri akut pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan (*International Association for the study of pain*) awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi dan berlangsung <6 bulan. (NANDA, 2015).

2.2.2 Patofisiologi nyeri akibat operasi *Sectio Caesarea*

Pada saat sel saraf rusak akibat trauma jaringan akibat operasi, maka terbentuklah zat-zat kimia seperti bradikinin, serotonin, dan enzim proteolitik. Kemudian zat-zat tersebut merangsang dan merusak ujung saraf reseptor nyeri dan rangsangan tersebut akan dihantarkan ke *hypothalamus* melalui saraf asenden. Sedangkan di korteks nyeri akan dipersiapkan sehingga individu mengalami nyeri. Selain dihantarkan ke *hypothalamus* nyeri dapat menurunkan stimulasi terhadap reseptor mekanis sensitive pada termosensitif sehingga dapat menyebabkan atau mengalami nyeri (Ikhwan, 2012 dalam Judha, 2012).

2.2.3 Faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Mubarak&Chayatin (2014), faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu :

1. Etnik dan nilai budaya
2. Tahap perkembangan
3. Lingkungan individu pendukung
4. Pengalaman nyeri sebelumnya
5. Ansietas dan stress

2.2.4 Jenis-jenis nyeri akut

1. Nyeri somatic

Jika organ yang terkena adalah organ soma seperti kulit, otot, sendi, tulang, atau ligament karena disini mengandung kaya akan nosiseptor. Terminologi nyeri muskulokeletal di artikan sebagai nyeri somatik. Nosiseptor disini menjadi sensitif terhadap inflamasi, yang akan terjadi jika terluka atau kesleo. Selain itu, nyeri juga bisa terjadi akibat iskemik, seperti pada kram otot. Hal inipun termasuk nyeri nosiseptif. Gejala nyeri somatik umumnya tajam dan lokasinya jelas, sehingga dapat di tunjuk dengan telunjuk. Jika kita menyentuh atau menggerakkan bagian yang cedera, nyerinya akan bertambah berat.

2. Nyeri viseral

Jika yang terkena adalah organ-organ viseral atau organ dalam, meliputi rongga toraks (paru dan jantung), serta rongga abdomen (usus, limpa, hati dan ginjal), rongga pelvis (ovarium, kandung kemih dan kandungan). Organ viseral akan terasa sakit jika mengalami inflamasi, iskemik atau terenggang selain itu nyeri viseral umumnya terasa tumpul, lokasinya tidak jelas disertai dengan rasa mual muntah bahkan sering terjadi nyeri refer yang di rasakan pada kulit.

2.2.5 Klasifikasi nyeri berdasarkan ringan beratnya

- a) Nyeri ringan merupakan nyeri yang timbul dengan intensitas yang ringan. Pada nyeri ringan biasanya pasien secara obyektif dapat berkomunikasi dengan baik
- b) Nyeri sedang merupakan nyeri yang timbul dengan intensitas yang sedang. Pada nyeri sedang obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya dan dapat mengikuti perintah dengan

baik.

- c) Nyeri berat merupakan nyeri yang timbul dengan intensitas yang berat. Pada nyeri berat secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikutiperintah, tetapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya serta tidak dapat diatasi dengan alih posisi dan napas panjang (Darmayana , 2009).

2.2.6 Penilaian nyeri

Sebelum melakukan manajemen nyeri, perlu dilakukan penilaian atau asesmen intensitasnya. Banyak cara untuk menentukan intensitas nyeri, namun yang paling sederhana ada tiga macam yaitu, *Visual Analog Scale (VAS)*, *Numeric Rating Scale (NRS)* dan *Faces Scale*.

1. *Visual Analog Scale (VAS)*

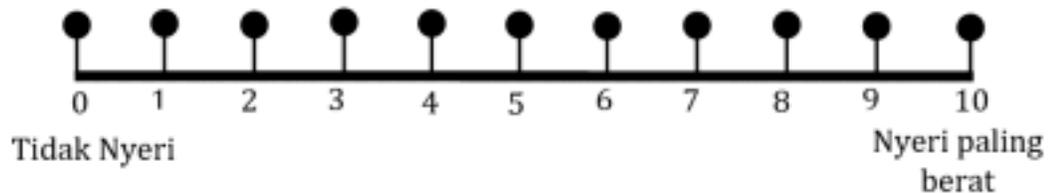
Skala ini bersifat satu dimensi yang banyak dilakukan pada orang dewasa untuk mengukur intensitas nyeri pascabedah. Berbentuk penggaris yang panjangnya 10 cm atau 100 mm. titik 0 adalah tidak nyeri dan titik 100 jika nyerinya tidak tertahankan. Disebut tidak nyeri jika pasien menunjuk skala 0-4 mm, nyeri ringan 5 – 44 mm, nyeri sedang 45-74mm, nyeri berat 75-100 mm. Sisi yang berangka pada pemeriksa sedang yang tidak berangka pada sisi penderita.



Gambar 2.1

2. *Numeric Rating Scale (NRS)* / skala numerik angka

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0-10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan. Jika pasien mengalami disleksia, autism, atau geriartri yang demensia maka ini bukan metode yang cocok.



Gambar 2.2

3. *Faces Scale* / skala wajah

Penilaian nyeri menggunakan skala Wong-Baker sangatlah mudah namun perlu kejelian si penilai pada saat memperhatikan ekspresi wajah penderita karena penilaian menggunakan skala ini dilakukan dengan hanya melihat ekspresi wajah penderita pada saat bertatap muka tanpa menanyakan keluhannya.



Gambar 2.3

2.2.7 Karakteristik nyeri

Karakteristik nyeri dapat dilihat atau diukur berdasarkan lokasi nyeri, durasi nyeri (menit, jam, hari atau bulan), irama/periodenya (terus menerus, hilang timbul, periode bertambah atau berkurangnya intensitas) dan kualitas (nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti digencet).

Karakteristik dapat juga dilihat berdasarkan metode PQRST :

- a. *P: Provocate*, tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada penderita, dalam hal ini perlu dipertimbangkan bagian tubuh mana yang mengalami cedera termasuk menghubungkan antara nyeri yang diderita dengan faktor psikologisnya, karena bias terjadinya nyeri hebat karena faktor psikologis bukan dari luka.
- b. *Q: Quality*, kualitas nyeri merupakan suatu yang subyektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendiskripsikan nyeri dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti digencet.

- c. R: *Region*, untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman.
- d. S: *Severe*, tingkatan keparahan nyeri merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggunakan skala yang sifatnya kuantitas.
- e. T: *Time*, tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi dan rangkaian kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama menderita dan seberapa sering untuk kambuh (Judha, 2012).

2.3 Tinjauan Teori Konsep Asuhan Keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan yaitu:

2.3.1 Pengkajian

Perawat menggunakan semua informasi pasien yang di peroleh dari wawancara, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnostic lainnya untuk mencapai tujuan di atas, pengkajian harus lengkap dan seakurat mungkin. Pengumpulan data untuk kelengkapan informasi status kesehatan atau masalah pasien harus terus menerus dilakukan untuk mengidentifikasi masalah-masalah baru dan mengidentifikasi masalah-masalah baru dan mengubah prioritas klinis. Standar dokumentasi untuk pengkajian adalah perawat mendokumentasikan data pengkajian keperawatan data pengkajian keperawatan dengan cara sistematis, komprehensif, akurat dan terus menerus (Nursalam, 2008).

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh dari tahap pengkajian untuk menegakan diagnosis. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari pasien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya. Penyusunan diagnosa keperawatan di lakukan setelah data di dapatkan, kemudian di kelompokkan dan di fokuskan sesuai dengan masalah yang timbul. (Ragil Murtiningsih, 2013)

2.3.3 Perencanaan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah di identifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara penyelesaian masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012)

2.3.4 Pelaksanaan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan Kegiatan ini dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobsevarsi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2014)

2.3.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2014)

2.4 Teori Penerapan Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu di perlukan kecermatandan ketelitian tentang masalah – masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terdiri atas (Doengoes, 2000):

1. Anamnesa

a. Identitas atau biodata klien

Meliputi, nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit nomor register, dan diagnosa keperawatan.

b. Keluhan utama

Keluhan yang muncul pada klien pasca persalinan *sectio caesarea* adalah nyeri pada abdomen karena adanya luka *post operasi sectio caesare*, nyeri yang dirasakan dari skala 5-8. Skala 5 nyeri terasa seperti tertekan, skala 6 nyeri terasa seperti terbakar atau tertusuk tetapi dapat dikontrol, skala 7 nyeri terasa seperti terbakar atau tertusuk tetapi tidak dapat dikontrol, skala 8 nyeri begitu kuat sehingga tidak dapat berfikir jernih. (Jitowiyono, dkk 2012).

c. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Pada ibu yang mengalami persalinan *sectio caesarea* biasanya mempunyai indikasi Hipertensi (Tekanan darah mencapai 160/110 mmHg), CPD (*Cephalo Pelvic Disproporsion*), letak lintang (janin berada di atas pintu panggul), letak sungsang (janin letak memanjang dengan bagian terendah bokong), gawat janin (denyut jantung janin diatas 160x/menit atau dibawah 100x/menit) dan bayi berukuran terlalu besar (4000 gram atau lebih).

b) Riwayat kesehatan dahulu

Pada ibu yang pernah mengalami persalinan secara *sectio caesarea* biasanya mempunyai resiko untuk persalinan berikutnya melalui operasi *sectio caesarea*

c) Riwayat kesehatan keluarga

Pada keluarga yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi harus diwaspadai karena hal ini bisa menurun pada ibu dan harus dilakukan *sectio caesarea* (Prawirohadjo, 2010).

d) Riwayat Obsetri

Menurut Siswosudarmo (2009) pengkajian obsentri meliputi :

1. Riwayat menstruasi

(a) Pertama kali mengalami menstruasi (*menarche*)

Menarche merupakan periode pertama terjadi pada masa pubertass seorang wanita. Usia *menarche* yang normal yakni 12 tahun, dan dikatakan *menarche* dini jika usia dibawah 12 tahun (Bobak,2004).

(b) HPHT (Hari Pertama haid terakhir)

(c) Siklus menstruasi

Siklus menstruasi merupakan rangkaian dari peristiwa menstruasi satu sampai menstruasi berikutnya yang biasanya berlangsung 28 sampai 30 hari. Hari pertama dari siklus menstruasi adalah awal periode sedangkan hari kelima atau ketujuh merupakan akhir dari menstruasi (Bobak, 2004).

(d) HPL (*High Preassure Laminate*)

2. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Pasien yang memiliki riwayat *section caesarea* dengan indikasi CPD (*Cephalo Pelvic Disproporsion*), Pre Eklamsi Berat, factor hambatan panggul dan yang memiliki resiko tinggi terjadinya letak janin (Suryani, 2015).

3. Riwayat kehamilan sekarang

Pasien yang mengalami *sectio caesarea* memiliki riwayat Hipertensi, Diabetes gestasional dan penyakit jantung menahun.

4. Riwayat persalinan sekarang

Pasien yang mengalami *sectio caesarea* dengan indikasi CPD (*Cephalo Pelvic Disproporsion*), memiliki resiko tinggi terjadinya letak letak sungsang dan letak lintang, dan gawat janin.

d. Pemeriksaan fisik

1. Sirkulasi

Hipertensi, ada atau tidak adanya perdarahan vagina

2. Integritas Ego

Dapat menunjukkan prosedur yang diantisipasi sebagai tanda kegagalan dan/tidak refleksi negatif pada kemampuan sebagai wanita

3. Makanan/cairan

Nyeri epigastrik, gangguan penglihatan, edema

4. Nyeri ketidaknyamanan

Persalinan lama/disfungsional, kegagalan induksi, ada/tidak nyeri tekan uterus

Keamanan Adanya komplikasi ibu seperti HKK, diabetes, penyakit ginjal atau jantung, ancaman kelahiran janin premature, distress janin.

5. Seksualitas

Disproporsi sefalopelvis (CPD), kehamilan multiple, melahirkan sectio caesarea sebelumnya, tumor yang menghambat pelvis/jalan lahir.

(Doenges 2001).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan tidak mengenal atau familiar dengan sumber informasi tentang cara perawatan bayi.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelelahan sehabis bersalin
4. Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi

2.4.3 Intervensi keperawatan nyeri akut

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan wajah meringis, frekuensi nadi meningkat, gelisah, tekanan darah meningkat

NOC

Tujuan :

Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nyeri klien dapat berkurang

Kriteria hasil :

1. mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan Teknik nonfarmakologi dengan cara mengalihkan perhatian dan menggunakan Teknik relaksaksi untuk mengurangi nyeri dan mencari bantuan)
2. melaporkan bahwa nyeri berkurang
3. mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. skala nyeri berkurang
5. menyatakan perasaan nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi

NIC

1. lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi
2. observe reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. gunakan Teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri

4. evaluasi Bersama pasien dan tim kesehatan lainnya mengenai efektifitas tindakan pengontrolan nyeri yang pernah di gunakan sebelumnya
5. bantu keluarga dalam mencari dan menyediakan dukungan
6. kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan
7. kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik

(NIC 2016)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di terapkan. Kegiatan pelaksanaan asuhan keperawatan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, obsevarsi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan serta menilai data yang baru. (Nikmatur, 2012).

2.4.5 Evaluasi

Untuk mempermudah perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, di gunakan komponen SOAP, pengertian SOAP adalah sebagai berikut:

1. S : data subjektif

Keluhan pasien yang masih di rasakan setelah dilakukan tindakan.

2. O : data objektif

Hasil pengukuran atau obsevarsi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah di lakukan tindakan keperawatan.

3. A : analisis

Intrepetasi dari subjektif dan objektif, analisi merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis yang baru yang terjadi akibat berhubungan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

4. P : planing

Perencanaan perawatan yang akan di lanjutkan, di hentikan, di modifikasi, atau di tambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah di tentukan sebelumnya.