

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Post *sectio caesarea* (SC)

2.2.1. Definisi Post *sectio caesarea* (SC)

Post partum atau masa nifas adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan psikologi banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal post partum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Zubaidah et al, 2021).

Post *sectio caesarea* adalah suatu kondisi setelah dilakukan tindakan pembedahan yang meninggalkan luka sayatan pada dinding abdomen dan uterus ibu yang berguna untuk mengeluarkan janin dengan keadaan utuh dan sehat (Indra Wahyuni & Putra, 2023).

2.2.2. Etiologi

Menurut (Juliathi et al., 2020) riwayat *Sectio Caesarea* sebelumnya sangat mempengaruhi terjadinya *sectio caesarea*, beberapa yang menyebabkan terjadi pemicu diantaranya :

- 1) Indikasi dari ibu :
 - a. Disproporsi panggul ibu yang terlalu kecil dan sempit/ cephalopelvic disproportion (CPD)
 - b. Partus lama

- c. Toksemia Gravidarum adanya hipertensi (Preeklamsia) proteinuria, dan edema yang timbul selama kehamilan atau 48 jam post partum.
 - d. Penyakit penyerta lainnya seperti jantung, diabetes melitus, mata minus (hipermetropia) lebih dari 5 dll
 - e. Kista ovarium dan mioma uteri yang mengganggu proses persalinan.
 - f. Terdapat human immunodeficiency virus (HIV) atau herpes simplex virus (HSV)
 - g. Plasenta previa yang menyebabkan kematian janin
 - h. Persalinan SC terencana
 - i. Persalinan SC sebelumnya menurut (Zaini & Sari, 2021).
- 2) Indikasi dari janin :
- a. bayi besar >4000 gram,
 - b. Malpresentasi dan malposisi janin misalnya presentasi sungsang, presentasi lintang, atau presentasi muka, kelainan kongenital
 - c. Fetal distress /Gawat janin
 - d. kegagalan persalinan vakum
 - e. Prolaps tali pusat.
 - f. Kehamilan ganda

2.2.3. Teknik *sectio caesarea*

1) *Sectio caesarea* transperitoneal (abdomen)

- a. *Sectio caesarea* klasik/ korporal

Melakukan pembedahan dengan membuat insisi luka pada abdomen sepanjang 10-12 cm pada segmen bawah uterus. SC jenis ini membuat

pengeluaran janin lebih cepat, tidak menghasilkan komplikasi pada kandung kemih, sayatan bisa diperpanjang sampai proksimal atau distal.

b. *Sectio caesarea* ismika /profunda

Membuat sayatan melintang pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira 10 cm. SC jenis ini lebih mudah dijahit dan berkurangnya perdarahan.

2) *Sectio caesarea* ekstrapéritoneal (vagina)

Sectio yang dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah, kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

- a. Sayatan memanjang (longitudinal)
- b. Sayatan melintang (Transversal)
- c. Sayatan huruf T (T incision)

2.2.4. Tanda dan gejala

Menurut (Azizah & Rosyidah, 2019) Manifestasi klinis pada post *Sectio Caesarea* adalah:

- 1) Kehilangan darah selama proses pembedahan 600-800 ml
- 2) Nyeri luka insisi pada abdomen pasca pembedahan
- 3) Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus
- 4) Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- 5) Bising usus tidak terdengar atau samar
- 6) Aliran lochea sedang dan bebas bekuan dan berlebihan
- 7) Terpasang kateter, urin jernih dan pucat

- 8) Perubahan emosi yang ditunjukkan dengan ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- 9) Pengaruh obat anestesi yang menyebabkan mual dan muntah.

2.2.4. Patofisiologi

Post *Sectio Caesarea* (SC) dilakukan karena adanya masalah selama kehamilan. Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) adalah suatu persalinan dengan dilakukan pembedahan pada bagian abdomen dan rahim dengan ketentuan rahim dalam kondisi utuh atau berat janin 500 gram keatas. Komplikasi yang mendukung adanya indikasi dilakukannya sc seperti partus lama, fetal distress/ gawat janin kekurangan oksigen pada masa kehamilan/ persalinan yang mengakibatkan tidak munculnya His (Kontraksi), Cephalopelvic disproportion (CPD) karena panggul ibu terlalu sempit, plasenta previa, ketuban pecah dini (Kpd) dan preeklamsia berat. Indikasi dari janin yang menyebabkan dilakukannya SC seperti malpresentasi dan malposisi janin, fetal distress /Gawat janin, kegagalan persalinan vakum, prolaps tali pusat, kehamilan ganda (Juliathi et al., 2020).

Trauma pada jaringan yang terjadi akibat kontinuitas jaringan melalui prosedur operasi dengan menyayat pada dinding abdomen untuk mengeluarkan janin akan menimbulkan terjadinya komplikasi seperti putusnya pembuluh darah dan saraf sekitar bekas insisi. Tindakan itu dapat memicu terbentuknya histamin dan prostaglandin yang memicu terjadinya nyeri pada luka operasi. (Sofyan, 2019)

2.2.5. Komplikasi

Menurut (Wahyuningsih, 2019) Komplikasi yang muncul pasca *sectio caesarea* yaitu :

1) Infeksi puerperalis/ post partum

Infeksi puerperalis adalah semua peradangan masuknya infeksi bakteri atau kuman ke dalam organ genital pada saat persalinan dan masa nifas.

- a. Infeksi ringan ditandai dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja
- b. Infeksi sedang dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung
- c. Infeksi berat yang ditandai dengan kenaikan suhu tubuh yang bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan ileus paralitik, yang sebelumnya terjadi infeksi inpartu karena adanya ketuban pecah dini yang terlalu lama.

2) Perdarahan

- a. Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
- b. Atonia uteri (kondisi uterus yang tidak adekuat)
- c. Perdarahan pada plasenta
- d. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kemih bila reperitonealisasi terlalu tinggi
- e. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan yang akan datang

3) Komplikasi pada bayi yaitu terjadinya depresi pernafasan disebabkan oleh kandungan bius dan bayi tidak menangis yang menyebabkan kelainan hemodinamika.

2.2.6. Penatalaksanaan

Menurut (Rohmania et al., 2023) ada beberapa penatalaksanaan medis Post *Sectio caesarea*, yakni :

1) Pemberian Cairan

Pemberian cairan RL melalui intravena dengan jumlah 14 Tpm atau tergantung dengan kebutuhan. Kebutuhan cairan harus tercukupi yang mengandung elektrolit untuk meminimalisir terjadinya penurunan suhu tubuh secara drastis, kekurangan cairan, dan muncul komplikasi baru pada organ tubuh lain. Jika kadar Hb kurang dari batas normal maka sebaiknya dilakukan transfusi darah. Pada fase pre operasi dianjurkan untuk berpuasa sampai pasca operasi

2) Diet

Melalui infus cairan yang diberikan akan dihentikan apabila klien sudah mengeluarkan flatus. Kemudian akan dimulai dengan diberi minum dan makan peroral. Minum dengan jumlah yang sedikit dapat dilakukan pada rentan 6 -10 jam pasca operasi, minuman dapat berupa air mineral ataupun air teh

3) Mobilisasi

Dianjurkan kepada ibu dengan bertahap contohnya, pada 6-10 jam setelah operasi dianjurkan untuk miring kanan kiri. Selanjutnya latihan bernafas pada ibu dilakukan dengan cara posisi tidur telentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi dianjurkan untuk duduk selama 5 menit dan melatih relaksasi teknik nafas dalam. Kemudian mengubah posisi tidur telentang menjadi posisi setengah duduk (semi fowler).

4) Kateterisasi

Kateterisasi digunakan sebagai cara untuk meminimalisir rasa nyeri akibat kandung kemih yang penuh dan digunakan untuk mengetahui jumlah cairan yang keluar selama tindakan operasi untuk dilakukan observasi selanjutnya. Pelepasan kateter urin dilakukan sesegera mungkin jika ibu sudah dapat mobilisasi. Jika urine jernih, kateter dilepas 8 jam setelah bedah dan jika urin tidak jernih/ masih keruh biarkan kateter terpasang sampai urine jernih.

5) Cek tanda- tanda vital

Setelah pemulihan dari anestesi, pemantauan umum tanda-tanda vital (frekuensi pernafasan, denyut nadi, tekanan darah, nyeri dan sedasi) serta pemantauan terhadap tanda-tanda kala 4 lain (kontraksi uterus, tinggi fundus uteri dan perdarahan pervaginam) harus dilanjutkan setiap setengah jam selama 2 jam pertama, dan setiap jam setelahnya. Jika pada pemantauan didapatkan kondisi yang tidak stabil, dianjurkan untuk lebih sering melakukan observasi dan pemeriksaan medis

6) Laboratorium

Hematokrit akan diukur secara rutin pasca operasi karena memastikan tidak adanya hipovolemia

7) Vesika urinaria dan Usus

Bising usus akan mulai terdengar pada hari ke 3 pasca operasi, stress inkontinensia urin (terjadi setelah seksio sesarea)

8) Therapy atau obat-obatan

a. Antibiotik

- b. Analgetik, jenis obat yang dapat digunakan sebagai pelancar saluran pencernaan dan obat-obatan.

9) Perawatan Luka

- a. Melepas balutan 24 jam setelah *sectio caesarea*
- b. Pemantauan demam
- c. Menilai luka untuk mencari tanda-tanda infeksi (seperti skala nyeri yang meningkat, kemerahan atau keluarnya cairan)
- d. Menganjurkan untuk mengenakan pakaian yang longgar dan nyaman berbahan katun
- e. Membersihkan dan mengeringkan luka dengan lembut setiap hari
- f. Merencanakan pelepasan jahitan

10) Kontrol luka setiap hari pastikan tidak ada pus dan luka tertutup, akan ada perawatan luka dihari ke 3, dan jahitan luka akan dilepas kurang lebih dalam waktu seminggu pasca post *sectio caesarea*

11) Perawatan payudara (Breastcare)

Air susu ibu (ASI) akan keluar pada saat post partum, apabila asi tidak keluar maka akan dilakukan Breast care payudara

12) Lama Perawatan Di Rumah Sakit

Lama perawatan di rumah sakit cenderung lebih lama setelah post *sectio caesarea* (rata- rata 3–4 hari) dibandingkan setelah persalinan pervaginam (rata-rata 1-2 hari). Namun, ibu yang pulih dengan baik dan tidak mengalami komplikasi setelah *sectio caesarea* dapat ditawarkan pulang lebih awal (setelah 24 jam) dari rumah sakit dan melanjutkan perawatan di rumah.

2.2.7. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Wardhana et al., 2022) Pemantau janin terhadap kesehatan janin :

- 1) Pemantauan kondisi janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) Darah lengkap : Hemoglobin, hematokrit dan leukosit
- 4) Pemeriksaan elektrolit
- 5) Pemeriksaan CT-SCAN
- 6) Pemeriksaan Usg
- 7) Urinalis

2.2.8. Tahapan Masa Nifas Post partum

Menurut (Wahyuningsih, 2019) Ada 3 tahapan yang dialami oleh wanita selama masa nifas yaitu :

- 1) Immediate puerperium (setelah plasenta lahir 24 jam)
 - a. Periode setelah lahirnya plasenta sampai 24 jam setelah proses persalinan
 - b. waktu 0-24 jam setelah melahirkan diperbolehkan berdiri atau jalan-jalan
 - c. masalah yang terjadi perdarahan karena atonia uteri (rahim tidak berkontraksi / mengencang dengan baik setelah melahirkan)
 - d. pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tekanan darah dan suhu
- 2) Early puerperium (24 jam- 1 mg) :
 - a. waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan, pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6 minggu
 - b. dipastikan involusi uteri normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, cukup mendapatkan cairan makanan dan cairan serta dapat menyusui dengan baik

- c. Later puerperium (1 mg-6 mg) :
 - a. waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna.
 - b. melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling/ pendidikan keluarga berencana (KB).

2.2.9. Perubahan Fisiologis Masa Nifas (Post partum)

Tubuh ibu berbeda setelah persalinan, rahimnya mengecil, serviks menutup, vagina kembali ke ukuran normal, dan payudaranya mengeluarkan ASI. Masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Dalam masa itu tubuh kembali ke ukuran sebelum melahirkan.

Untuk menilai keadaan tersebut maka perlu dipahami perubahan yang normal terjadi pada masa nifas menurut (Wahyuningsih, 2019) yaitu :

1) Involusi rahim

Setelah plasenta lahir, uterus merupakan alat yang keras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Fundus uteri \pm 3 jari bawah pusat, selama 2 hari berikutnya, besarnya tidak seberapa berkurang tetapi sesudah 2 hari, uterus akan mengecil dengan cepat, pada hari ke-10 tidak teraba lagi dari luar. Setelah 6 minggu ukurannya kembali ke keadaan sebelum hamil. Pada ibu yang telah mempunyai anak biasanya uterusnya sedikit lebih besar daripada ibu yang belum pernah mempunyai anak.

Involusi terjadi karena masing-masing sel menjadi lebih kecil, karena sitoplasmanya yang berlebihan dibuang, involusi disebabkan oleh proses autolisis, dimana zat protein dinding rahim dipecah, diabsorpsi dan

kemudian dibuang melalui air kencing, sehingga kadar nitrogen dalam air kencing sangat tinggi.

Tabel 2. 1 Proses Involusi Uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
Uri Lahir	Dua jari di Bawah Pusat	750 gram
Satu Minggu	Pertengahan Pusat-Simpisis	500 gram
Dua Minggu	Tak Teraba Diatas Simpisis	350 gram
Enam Minggu	Bertambah Kecil	50 gram
Delapan Minggu	Sebesar Normal	30 gram

2) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm.

3) Perubahan pembuluh darah rahim

Dalam kehamilan, uterus mempunyai banyak pembuluh-pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak, maka arteri harus mengecil lagi dalam nifas.

4) Perubahan pada serviks

Setelah persalinan servik terbuka lebar, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal.

Beberapa hari setelah persalinan, ostium extemum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan persalinan, Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh satu jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian dari canalis cervikalis

5) Perubahan pada cairan vagina (lochia)

Vagina adalah saluran yang menghubungkan rongga rahim dengan bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina saling berdekatan dan panjangnya sekitar 6,5 cm dan sekitar 9 cm. Bagian dalam vagina yang berlipat-lipat disebut Rugae. Lipatan ini memungkinkan vagina ini melebar saat melahirkan dan berguna sebagai bagian lunak jalan lahir, selama kehamilan terjadi hipervaskularisasi pada lapisan jaringan sehingga di dinding vagina berwarna kebiruan

Perineum yang terdapat leterasi atau jahitan serta edema kan berangsur-angsur sembuh 6-7 hari maka diperlukannya personal hygiene.

Lochea yaitu cairan/ secret berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa post operasi. beberapa jenis lochea yaitu :

- a. Loche rubra (Cruenta) : berwarna merah karena berisi darah dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua (yakni selaput lendir rahim), verniks caseosa (yakni zat kental yang menyelimuti kulit janin) lanugo, (yakni bulu halus pada anak yang baru lahir), dan meconium (yakni kotoran berwarna hijau kehitaman), selama 2 hari pasca persalinan.
- b. Lochia sanguinolenta : Warnanya merah kuning berisi darah dan lendir, terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

- c. Lochia serosa : Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- d. Lochia alba : Cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu.
- e. Lochia purulenta : keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f. Lochiotosis : lochea tidak lancar keluaranya.

6) Mamae/ payudara

Setelah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami ada 2 mekanisme: produksi susu, sekresi susu atau let down. Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya memepersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang ensit let down (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI.

7) Tanda- tanda vital

Tanda tanda vital merupakan tanda penting dalam tubuh yang berubah ketika terjadi gangguan pada tubuh. Tanda –tanda vital yang sering dijadikan indikator bagi seseorang yang menderita gangguan kesehatan atau gangguan fisik adalah pernafasan, tekanan darah dan detak jantung. Tanda- tanda vital yang berubah selama persalinan yaitu :

8) Suhu

Suhu merupakan penanda awal adanya infeksi, suhu yang cenderung tinggi tetapi tidak $>38^{\circ}\text{C}$. Suhu dikaji tiap satu jam selama 8 jam setelah persalinan, kemudian dikaji tiap dua jam sampai dengan 24 jam setelah persalinan.

9) Nadi

Frekuensi nadi yang lebih dari normal (> 100 kali/menit) sebagai tanda adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan. Nadi dikaji tiap 15 menit sampai dengan empat jam setelah persalinan, kemudian dikaji tiap 30 menit sampai dengan 24 jam setelah persalinan

10) Tekanan darah

Tekanan darah akan berubah setelah masa partum kemungkinan disebabkan oleh adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklampsia post partum.

11) Hematologi

Jumlah kadar hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa post partum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Kira-kira selama kelahiran dan masa post partum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Leukosit yang meningkat jumlah sel darah yang putih hingga 15.000 selama proses persalinan, tetap meningkat untuk sepanjang hari pertama post partum. Jumlah sel darah putih dapat menjadi lebih meningkat hingga 25.000 atau 30.000 tanpa mengalami patologis (Wijaya et al., 2023).

2.3.0. Adaptasi Psikologi Ibu Masa Nifas

Adaptasi psikologis post partum menurut (Wulandari, 2023) dibagi dalam tiga periode yaitu sebagai berikut :

1) Periode Taking In

- a. Berlangsung 24 - 48 jam setelah melahirkan
- b. Perasaan ibu berfokus pada dirinya

- c. Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
 - d. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
 - e. Ibu akan mengulangi pengalaman pengalaman waktu melahirkan secara berulang-ulang
 - f. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
 - g. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi
- 2) Periode Taking Hold (3-10 hari pasca melahirkan)
- a. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih, sensitif dan mudah tersinggung (baby blues)
 - b. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.
 - c. Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh
- 3) Periode Letting Go (hari 10 sampai masa akhir nifas)
- a. Ibu merasa percaya diri merawat bayinya dan menyesuaikan dengan ketergantungan bayinya
 - b. Ibu mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi.

2.2. Konsep dasar Nyeri

2.2.1. Definisi

Nyeri post partum adalah perasaan yang tidak menyenangkan yang merupakan mekanisme pertahanan diri dari berbagai penyebab dan dapat dimanifestasikan dalam respon fisik dan perilaku yang dirasakan ibu setelah melahirkan. Nyeri dapat dirasakan pada berbagai macam tingkatan mulai dari nyeri ringan-sedang sampai nyeri berat. Tingkatan nyeri yang dirasakan klien post partum tergantung dari banyaknya sumber penyebab nyeri, toleransi pasien terhadap nyeri, dan faktor psikologis dan lingkungan (Rohmah, 2017)

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebut yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat & Uliyah, 2012).

2.2.2. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan proses dimana stimulus nyeri disalurkan dari tempat terjadinya stimulus menuju sistem saraf pusat menurut (Rejeki, 2018).

Proses nyeri dimulai dari :

- 1) Kontak dengan stimulus yang dapat berupa rasa tekan, rasa tusuk, teriris, kimia dan luka bakar
- 2) Penerimaan rangsang (reception) dimana ujung saraf menerima stimulus
- 3) Proses transmisi (transmission) dimana saraf akan menghantarkan sinyal nyeri menuju susunan saraf pusat. Penghantaran informasi selalu melibatkan beberapa neuron pada susunan saraf pusat, kemudian penerimaan rangsang

nyeri pada pusat nyeri susunan saraf pusat, selanjutnya otak menerima informasi (sinyal) dan memerintahkan organ untuk bereaksi.

2.2.3. Klasifikasi Nyeri

Menurut SDKI, (2016) klasifikasi nyeri berdasarkan durasi yaitu :

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang timbul secara mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Nyeri akut adalah nyeri yang berlangsung secara singkat misal: nyeri yang diakibatkan oleh pembedahan abdomen, rasa nyeri ini tidak lebih dari 6 bulan. Nyeri akut biasanya ditandai dengan peningkatan tegangan otot, cemas yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri yang timbul mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari 6 bulan.

Nyeri akut dibagi menjadi 2 bagian berdasarkan lokasi menurut (Tanra, 2020) yaitu :

- 1) Nyeri somatik, jika organ yang terkena adalah organ soma seperti kulit, otot, sendi, tulang, atau ligamen karena kaya akan nosiseptor. Nosiseptors ini akan menjadi sensitif terhadap peradangan, yang akan terjadi jika terluka atau terkilir. Ditambah lagi, nyeri juga bisa terjadi akibat iskemia, seperti pada kram otot. Gejala Nyeri somatik umumnya tajam dan lokalisasinya jelas, sehingga bisa ditunjuk dengan jari telunjuk. Jika menyentuh atau menggerakkan bagian yang cedera, rasa sakitnya akan bertambah berat

- 2) Nyeri visceral, bila yang terkena adalah organ visceral atau organ dalam, antara lain rongga dada (paru-paru dan jantung), serta rongga perut (usus, limpa, hati dan ginjal), rongga panggul (ovum, kandung kemih, dan rahim). Organ visceral akan terasa nyeri jika mengalami inflamasi, iskemik atau meregang. Selain itu, nyeri visceral umumnya terasa tumpul, lokalisasinya tidak jelas disertai mual dan muntah bahkan nyeri merujuk sering terasa pada kulit.

2.2.4. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut (Rejeki, 2018) faktor dari karakteristik individu yang dapat mempengaruhi persepsi nyeri antara lain :

- 1) Umur : ibu bersalin pada usia reproduksi memiliki toleransi yang cukup terhadap nyeri persalinan
- 2) Budaya dan etnisitas mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri.
- 3) Respon psikologis (cemas, takut)

Respon psikologis seperti cemas dan takut akan meningkatkan hormon katekolamin dan adrenalin. Efeknya aliran darah akan berkurang dan oksigenasi ke dalam otot uterus akan berkurang. Memicu arteri mengecil dan menyempit sehingga dapat meningkatkan rasa nyeri.

- 4) Pengalaman persalinan

Individu yang mempunyai pengalaman persalinan sebelumnya lebih toleran terhadap nyeri dibanding orang yang mengalami belum pernah bersalin dan belum pernah merasakan nyeri persalinan.

- 5) Seseorang yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri daripada individu yang mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri persalinan
- 6) Support system Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan (Support sistem), bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain dan orang terdekat. Walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan

7) Persiapan persalinan

Persiapan persalinan yang baik akan mempengaruhi respon seseorang terhadap nyeri. Persiapan persalinan yang baik diperlukan agar tidak terjadi permasalahan psikologis seperti cemas dan takut yang akan meningkatkan respon nyeri.

2.2.4. Karakteristik nyeri

Karakteristik nyeri dikaji menggunakan metode PQRST meliputi :

P : Provokes (Penyebab) :Pengkajian dapat dikaji dengan menanyakan apa yang menyebabkan nyeri? Apa yang membuat nyerinya lebih baik? apa yang menyebabkan nyerinya lebih buruk? apa yang anda lakukan saat nyeri? apakah rasa nyeri itu membuat terbangun saat tidur?

Q : Quality (Kualitas) : Mengkaji kuantitas rasa nyeri dapat dilakukan dengan mengkaji seberapa berat keluhan nyeri yang dirasakan? bisakah menggambarkan rasa nyerinya? apakah seperti diiris, tajam, ditekan, ditusuk tusuk, rasa terbakar, kram, diremas?

R : Region (Penyebaran/ lokasi nyeri) lokasi dimana keluhan nyeri tersebut dirasakan atau ditemukan, apakah nyeri juga dirasakan menyebar ke daerah lain,

atau menyebar ke daerah yang lebih luas apakah nyerinya menyebar? menyebar kemana? Apakah nyeri terlokalisasi di satu titik atau bergerak?

S : Severity (Tingkat Keparahan) : Skala yang berkaitan dengan keluhan pasien seberapa parah nyerinya? Dari rentang skala 0-10 dengan 0 tidak ada nyeri dan 10 adalah nyeri berat

T : Time (Waktu Nyeri timbul) : waktu keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan / dirasakan, seberapa sering keluhan nyeri tersebut dirasakan / terjadi. Apakah nyeri mendadak, lama timbul ?

2.2.5. Penilaian Nyeri

1) *Visual Analog Scale* (VAS)

Garis yang dicetak diatas kertas sepanjang 10 cm digunakan untuk menilai skala nyeri. Tulisan “tidak sakit” dan “sakit sekali” masing-masing terletak di ujung garis kiri dan kanan. Untuk menunjukkan tingkat ketidaknyamanan yang dialaminya, klien diminta memberi tanda X atau titik pada garis tersebut.

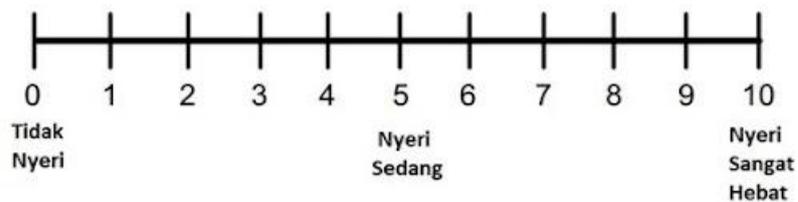


Gambar 2. 1 *Visual Analog Scale*

2) *Numerical Rating Scale* (NRS) (Skala numerik angka)

Klien menggunakan intensitas nyeri angka 0 sampai 10 untuk menandakan derajat nyeri yang mereka alami. Angka 0 menunjukkan tidak ada rasa nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 nyeri berat dan tidak dapat ditoleransi. Skala ini

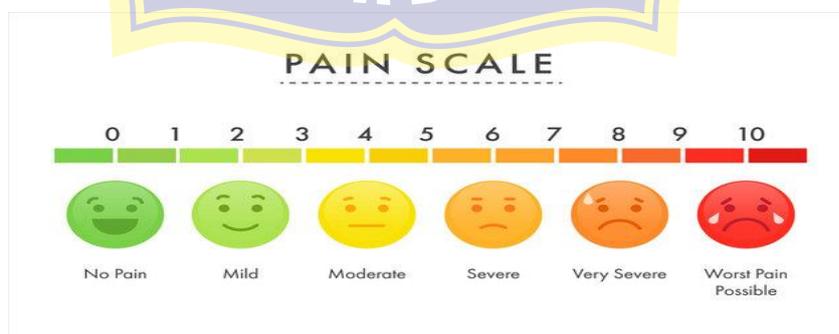
digunakan untuk mengevaluasi reaksi klien terhadap terapi yang ditentukan dalam hal untuk mengurangi nyeri serta perubahan berbeda pada skala nyeri.



Gambar 2. 2 Skala Nyeri *Numeric Rating Scale*

3. *Wong Baker Faces Scale* (Skala wajah)

Klien diminta untuk memilih ekspresi sesuai dengan rasa sakitnya. Angka 0 menggambarkan seorang yang tidak merasakan rasa sakit, angka 1-3 menunjukkan rasa sakit ringan, angka 4-6 menunjukkan rasa sakit sedang, dan angka 7 -10 menunjukkan rasa sakit berat. Klien kemudian diinstruksikan untuk menunjuk pada gambar yang sesuai dengan rasa sakit yang dialaminya. Pendekatan ini diterapkan pada klien yang lebih muda (pediatri), namun juga dapat diterapkan pada klien lanjut usia (geriatri) yang memiliki gangguan kognitif.



Gambar 2. 3 Skala nyeri *Wong Baker Faces Scale*

2.2.6. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri non farmakologis:

1) Stimulasi kutaneus

Suatu bentuk stimulasi yang berpotensi mengurangi rasa sakit dengan melepaskan endorfin, yang memberikan klien perasaan terkendali atas penderitaannya. Teknik ini terdiri dari atas pemberian kompres dingin, kompres hangat, masase, dan TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*).

2) Distraksi

Mengalihkan fokus klien dari ketidaknyamanannya akibat nyeri dengan melakukan aktivitas atau mendengarkan musik, menonton video yang mereka sukai.

3) Bio feed back atau umpan balik hayati

Terapi untuk menimbulkan relaksasi dalam dan sangat efektif untuk mengurangi ketegangan kepala dan ketegangan otot

4) Herbal

Mengonsumsi obat herbal dapat membantu kesembuhan, tetapi alangkah baik untuk berkonsultasi dengan penyedia layanan kesehatan yang berkualifikasi sebelum menggunakan herbal apa pun.

5) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri

dapat terdiri atas menggabungkan nafas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan

6) Hipnosis

Dapat mengurangi intensitas nyeri dengan keadaan relaksasi yang mendalam dengan konsentrasi yang berfokus dan kerja dari pikiran bawah sadar

Penatalaksanaan nyeri farmakologis :

Non opiat (analgesik) termasuk obat AINS seperti aspirin dan ibuprofen.

Non opiat mengurangi nyeri dengan cara bekerja di ujung saraf perifer pada daerah luka dan menurunkan tingkat mediator inflamasi yang dihasilkan di daerah luka

Analgesik adalah obat yang dikembangkan untuk tujuan selain penghilang nyeri tetapi obat ini dapat mengurangi nyeri kronis tipe tertentu selain melakukan kerja primernya. Sedatif ringan atau obat penenang dapat membantu mengurangi spasme otot yang menyakitkan, kecemasan, stres, dan ketegangan sehingga klien dapat tidur nyenyak. Antidepresan digunakan untuk mengatasi depresi dan gangguan alam perasaan yang mendasarinya, tetapi dapat menguatkan strategi nyeri lainnya.

2.2.7. Klasifikasi pengalaman nyeri

1) Fase antisipasi, terjadi sebelum nyeri diterima

Fase dimana mempelajari tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut

2) Fase sensasi, terjadi saat nyeri terasa

Fase ini terjadi ketika klien merasa nyeri, karena itu bersifat subjektif maka setiap orang mempunyai tingkatan nyeri yang berbeda- beda. Seseorang yang

mempunyai tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri tidak akan mengeluh nyeri dengan stimulus kecil, sebaliknya seseorang yang toleransi terhadap nyerinya rendah sudah mencari upaya pencegahan nyeri sebelum nyeri datang.

3) Fase akibat

Fase ini terjadi saat nyeri sudah berkurang atau hilang, maka dari itu membutuhkan kontrol karena nyeri bersifat krisis sehingga memungkinkan klien mengalami gejala pasca nyeri.

2.2.8. Manajemen nyeri post partum

Untuk mengurangi nyeri dapat digunakan pengalihan perhatian yang bersifat taerauptik. Beberapa teknik pengalihan nyeri :

1) Teknik pengalihan nyeri (Distraksi):

Teknik Distraksi suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga tidak hanya terpaku pada nyerinya saja. Distraksi adalah mengalihkan perhatian klien ke hal yang lain sehingga dapat menurunkan kewaspadaan nyeri, bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri mis. menonton televisi/ video, berbincang- bincang dengan orang lain, mendengarkan murotal/ musik (Rustiawati et al., 2022)

2) Teknik relaksasi

Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Relaksasi dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulus nyeri mis. mengajarkan klien dengan teknik relaksasi nafas dalam, teknik menggenggam jari.

Teknik relaksasi tarik nafas dalam yang berfungsi untuk menurunkan tingkat nyeri, sehingga dengan melakukan teknik relaksasi nafas akan membuat klien merasa nyaman dan tenang. Dilakukan dengan cara meminta klien untuk memejamkan mata kemudian perlahan menghirup udara dari hidung selanjutnya menghembuskannya secara perlahan dilanjutkan dengan meminta klien membuka mata perlahan dan berfokus pada pernafasan, bisa dilakukan secara berulang 3-5 kali atau selama 10-15 menit (Rustiawati et al., 2022).

3) Stimulasi kulit

Stimulasi kulit adalah upaya pengontrolan gejala nyeri dan penanganannya, dapat mengatasi persepsi nyeri serta membantu mengatasi tegang otot mis. Menggosok halus pada daerah nyeri, menggosok punggung, menggunakan air hangat

2.3. Konsep dasar Nyeri Akut

2.3.1. Pengertian Nyeri akut

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (D.0077) (SDKI,2016:172)

2.3.2. Faktor Resiko

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (SDKI,2016:172).

2.3.3. Tanda dan gejala

1) Mayor :

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

2) Minor :

Subjektif : -

Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah , proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis (SDKI, 2016:172)

2.3.3. Kondisi klinis terkait

Agen pencedera fisik (SDKI, 2016:172)

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan kegiatan mengumpulkan data-data atau mendapatkan data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada. Maka perawat harus memiliki berbagai keterampilan dan pengetahuan tentang kebutuhan atau sistem biopsikososial dan spiritual bagi manusia yang memandang manusia dari aspek biologis, psikologis, sosial dan tinjauan dari aspek spiritual, kemudian pengetahuan akan kebutuhan perkembangan manusia (tumbuh kembang dari kebutuhan dasarnya), pengetahuan tentang konsep sehat dan sakit, pengetahuan tentang patofisiologi dari penyakit yang dialami, pengetahuan tentang sistem

keluarga dan kultur budaya serta nilai-nilai keyakinan yang dimiliki klien (Hidayat & Uliyah, 2023)

2.4.2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan pengambilan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, masyarakat, sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Hidayat & Uliyah, 2012)

2.4.3. Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat jenis dari tindakan yaitu tindakan jenis mandiri dan tindakan kolaborasi. Sebagai profesi perawat mempunyai kewenangan dan tanggung jawab dalam menentukan asuhan keperawatan (Hidayat & Uliyah, 2023)

2.4.4. Implementasi

Perencanaan merupakan suatu proses menyusun berbagai rencana intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien, perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan, dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya

pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan dari klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktik keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain (Hidayat & Uliyah, 2023)

2.4.5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon klien disebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil. Evaluasi dilakukan dengan SOAP (Subjek, Objek, Analisis, Planning) (Hidayat & Uliyah, 2023)

2.5. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

2.5.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan kegiatan mengumpulkan data-data atau mendapatkan data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada. Maka perawat harus

memiliki berbagai keterampilan dan pengetahuan tentang kebutuhan atau sistem biopsikososial dan spiritual bagi manusia yang memandang manusia dari aspek biologis, psikologis, sosial dan tinjauan dari aspek spiritual, kemudian pengetahuan akan kebutuhan perkembangan manusia (tumbuh kembang dari kebutuhan dasarnya), pengetahuan tentang konsep sehat dan sakit, pengetahuan tentang patofisiologi dari penyakit yang dialami, pengetahuan tentang sistem keluarga dan kultur budaya serta nilai-nilai keyakinan yang dimiliki klien (Hidayat & Uliyah, 2023)

Pengkajian keperawatan meliputi :

1) Data demografi

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama pernikahan, pernikahan ke berapa, agama, suku, alamat, pekerjaan suami, tanggal MRS, alasan MRS, diagnosa, no. rekam medis, dan tanggal pengkajian.

2) Status kesehatan

a. Keluhan utama

Pada klien post *sectio caesarea* biasanya mengeluh nyeri perut luka insisi seperti tersayat-sayat dan nyeri akan bertambah apabila bergerak

b. Riwayat kesehatan yang lalu

Klien dengan post *sectio caesarea* akan dikaji riwayat kesehatan yang lalu meliputi penyakit hipertensi sebelumnya saat kehamilan, obesitas, gangguan ginjal dan diabetes mellitus, anemia, hepatitis, HIV, sifilis, herpes genitalia, rubella, ibu perokok, alkohol konsumsi obat-obat terlarang.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Dikaji apakah keluarga ada yang mempunyai riwayat *sectio caesarea* sebelumnya, hipertensi, diabetes, dan penyakit menular.

3) Riwayat obstetri

a. Riwayat menstruasi : menarche umur, banyaknya, HPHT (haid pertama haid terakhir), siklus menstruasi, lama menstruasi, keteraturan, nyeri menstruasi

b. Riwayat keluarga berencana : melakukan KB, kontrasepsi yang dipakai, sejak kapan menggunakan kontrasepsi, dan masalah yang terjadi

a. Riwayat kehamilan : Riwayat kehamilan saat ini meliputi kehamilan keberapa, persalinan keberapa, pernah aborsi (GPA), penyulit persalinan, riwayat pemeriksaan antenatal dan komplikasi, imunisasi, apakah kehamilan direncanakan atau tidak, umur kehamilan.

G atau gravida menunjukkan jumlah kehamilan saat ini

P atau partus menunjukkan jumlah ibu pernah melahirkan baik spontan, buatan, maupun induksi dan bentuk persalinan apakah prematur, matur dan postmatur/ serotinus

A atau abortus menunjukkan bahwa berapa kali ibu mengalami abortus/ pernah *curettage* (kuret)

b. Perlu ditanyakan juga siapa yang menolong persalinan sebelumnya, kemudian ditanyakan juga apakah anak yang dilahirkan apakah masih hidup dan usia saat ini, atau sudah meninggal dan penyebabnya.

c. HPL (hari Perkiraan Lahir), kunjungan Antenatal Care (ANC), meliputi frekuensi kunjungan, dimana melakukan kunjungan ANC keluhan

selama kunjungan ANC, apa saja yang diberikan oleh tenaga kesehatan selama kunjungan ANC meliputi tablet Fe, kalsium, dan PMT, kaji status nutrisi saat kehamilan, BB sebelum hamil, kenaikan BB selama kehamilan, status nutrisi (IMT), konsumsi tablet Fe

d. Riwayat persalinan dikaji untuk mengetahui jumlah paritas, cara persalinan, penyulit yang menyertai persalinan dan nifas yang lalu, jumlah anak yang hidup, jumlah anak yang mati/ keguguran jenis kelamin.

e. Keadaan umum

Ibu post op SC biasanya tampak lemah, lelah, tampak menahan sakit dan tampak meringis akibat nyeri

f. Tanda-tanda vital

Tekanan darah pada pasien post *sectio caesarea* biasanya menurun akibat efek anestesi, pemantauan umum tanda-tanda vital (frekuensi pernafasan, denyut nadi, tekanan darah, nyeri dan sedasi) serta pemantauan terhadap tanda-tanda kala 4 lain (kontraksi uterus, tinggi fundus uteri dan perdarahan pervaginam) harus dilanjutkan setiap setengah jam selama 2 jam pertama, dan setiap jam setelahnya.

4) Pengkajian pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan

Dikaji pola persepsi terhadap penyakit atau sakit, persepsi terhadap arti kesehatan, pemahaman kesehatan, upaya tindakan kesehatan yang dilakukan, cara menerapkan penanganan selama sakit, penggunaan obat-obatan dan adanya alergi.

b. Pola nutrisi

Dikaji pola cara mencukupi asupan gizinya selama hamil, apakah mengalami perubahan nafsu makan, frekuensi makan, menu dan pantangan makan, serta seberapa banyak makan dan minum dalam 1 hari, adanya mual-mual, muntah, stomatitis, BB 6 bulan terakhir naik/turun, adanya kesukaran menelan, penggunaan gigi palsu atau tidak.

c. Pola eliminasi

Dikaji pola kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, warna dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, warna dan bau.

d. Pola aktivitas/ latihan

Dikaji kemampuan dalam menata diri apabila tingkat kemampuannya 0 (berarti mandiri), 1 (menggunakan alat bantu), 2 (dibantu orang lain), 3 (dibantu orang dan peralatan), 4 (ketergantungan/ tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari).

e. Pola istirahat dan tidur

Dikaji pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam tidur, kebiasaan sebelum tidur, masalah selama tidur

f. Pola persepsi- kognitif

Dikaji pola pola pendengaran, apakah pendengarannya terasa berkurang, penglihatan apakah penglihatan seperti ada bayangan atau kabur, pengecapannya apakah ada kelainan saat merasakan makanan terasa hambar atau tak ada rasa, penciuman, persepsi nyeri, bahasa, memori, pengambilan keputusan dan kemampuan berkomunikasi

g. Pola konsep diri- persepsi diri

Dikaji pola sikap terhadap diri dan persepsi terhadap kemampuan, harga diri, gambaran diri dan perasaan terhadap diri sendiri

h. Pola hubungan peran

Dikaji pola hubungan peran klien dengan keluarganya, adanya keterbukaan, cara penanganan dan keputusan tindakan masalah kesehatan yang dialami

i. Pola reproduksi seksual

Dikaji untuk menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan aktivitas seksual seperti, berapa frekuensi berhubungan dalam seminggu dan adakah gangguan atau keluhan yang dirasakan, masalah menstruasi/hormonal.

j. Pola toleransi terhadap stress koping

Dikaji pola komunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosional, dan kebutuhan, kekhawatiran dan opini, dan pengendalian masalah.

k. Pola keyakinan nilai

Dikaji pola keyakinan yang dianut, adat istiadat, cara pengobatan, perbedaan metode penyembuhan, pantangan dalam agama selama sakit.

5) Pemeriksaan Fisik/ Head to toe

a. Kepala

Dikaji bagaimana bentuk, kebersihan, adanya lesi, dan kelembatan rambut

b. Mata

Dikaji bentuk, kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, ketajaman penglihatan dan pemakaian kaca mata.

c. Hidung

Dikaji bentuk hidung, kebersihan, kebersihan, polip, adanya sekret, adanya perdarahan, adanya pernafasan cuping hidung, adanya gangguan penciuman.

d. Leher

Dikaji adanya nyeri telan, adanya nyeri, adanya kelenjar tiroid biasanya pada post *sectio caesarea* terdapat pembesaran kelenjar tiroid

e. Mulut

Dikaji kebersihan mulut, mukosa bibir, kebersihan lidah.

f. Jantung

Dikaji detak jantung S1 dan S2 tunggal, keras, adanya suara tambahan seperti bunyi friction rub, bunyi murmur, dan bunyi gallop

g. Dada

Dikaji bunyi pernafasan, frekuensi pernafasan, bentuk dada, adanya edema gerakan dada dan adanya suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan rales, bunyi perkusi perkusi sonor, timpani, dan pekak.

h. Payudara

Dikaji bentuk, adanya edema, adanya nyeri tekan, adanya hiperpigmentasi areola, penonjolan papila susu, dan pengeluaran ASI

i. Abdomen

Dikaji bentuk, adanya nyeri tekan, adanya perdarahan, luka bekas operasi, adanya tanda-tanda infeksi, adanya striae dan linea dan bising usus

j. Genitalia

Dikaji adanya pengeluaran darah campur lendir, adanya robekan, pengeluaran air ketuban, hematoma, edema, adanya infeksi, pemeriksaan lochea meliputi warna, bau, jumlah dan tekstur.

k. Ekstremitas / integumen

Dikaji pada ekstremitas adanya deformitas, luka, edema, varises, reflek kaki, kekuatan otot sedangkan pada integumen dikaji warna kulit, turgor kulit, kelembaban, dan hiperpigmentasi.

1. Muskuloskeletal

Dikaji kekuatan dan gangguan tonus otot, adanya rentang gerak, keseimbangan dan gaya berjalan, pemendekan otot kaki.

2.5.2. Diagnosa Keperawatan

Nyeri Akut ditandai dengan Agen pencedera fisik (D.0077) (SDKI, 2016:172)

Faktor resiko :

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (SDKI,2016:172).

Kondisi klinis terkait : kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, glaukoma

2.5.3. Intervensi Keperawatan

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan masalah tingkat Nyeri menurun (L.08066) (SLKI, 2018:145)

kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri Menurun
- 2) Meringis Menurun
- 3) Sikap protektif Menurun
- 4) Gelisah Menurun
- 5) Kesulitan tidur Menurun
- 6) Menarik diri Menurun
- 7) Ketegangan otot Menurun
- 8) Tekanan darah Membaik
- 9) Fungsi berkemih Membaik

Intervensi : Manajemen Nyeri (1.08238)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- 10) Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 12) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 15) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 17) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- 18) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- 19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.5.4. Implementasi Keperawatan

Perencanaan merupakan suatu proses menyusun berbagai rencana intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien, perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan, dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan dari klien, nilai dan kepercayaan

klien, batasan praktik keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain (Hidayat & Uliyah, 2023)

2.5.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon klien di sebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil. Evaluasi dilakukan dengan SOAP (Subjek, Objek, Analisis, Planning) (Hidayat & Uliyah, 2023).