

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.TINJAUAN TEORI

2.1.1. Sectio Caesarea

a. Definisi Sectio Caesarea

Sectio Caesarea atau operasi caesar merupakan suatu metode kelahiran bayi melalui pembedahan dengan cara membuka rahim dan mengeluarkan janin secara langsung. *Sectio caesarea* merupakan suatu metode persalinan di mana janin dilahirkan melalui sayatan pada dinding perut (*laparotomi*) dan dinding rahim (*histerotomi*)(Dhakal-Rai et al., 2021; Zuleikha et al., 2022). Kemudian juga dijelaskan sebagai metode persalinan dengan cara pembedahan besar pada perut ibu dan biasanya lebih disukai daripada persalinan melalui jalan lahir (*pervaginam*)(Yuhana et al., 2022). Prosedur ini merupakan bentuk persalinan buatan, di mana janin dikeluarkan melalui sayatan pada dinding perut dan rahim, dengan rahim tetap utuh dan berat janin

lebih dari 500 gram (Sulistiorini et al., 2022). Metode ini dilakukan jika melahirkan secara normal atau spontan dianggap tidak aman baik bagi ibu maupun janin. *Sectio caesarea* biasanya dilakukan dengan pembiusan spinal atau epidural sehingga ibu tetap sadar saat proses persalinan. Oleh karena itu, *Sectio Caesarea* adalah metode persalinan melalui pembedahan yang melibatkan sayatan pada dinding perut dan rahim, biasanya dilakukan saat persalinan normal dianggap tidak aman dan melibatkan pembiusan spinal atau epidural.

b. Indikasi Sectio Caesarea

Beberapa indikasi yang dapat menyebabkan seorang ibu melahirkan dengan metode *sectio caesarea* meliputi (Dila et al., 2022; Subekti, 2018):

- 1) Faktor Janin: Kelainan letak janin (sungsang, melintang), janin dalam keadaan gawat atau distress, kehamilan dengan janin berat badan besar (makrosomia), kelainan pada tali pusat, dan kehamilan dengan anak kembar atau lebih.
- 2) Faktor Ibu: Pendarahan antepartum, plasenta previa (plasenta menutupi jalan lahir), infeksi pada vagina atau kelamin seperti HIV atau herpes, pertimbangan kesehatan ibu seperti diabetes, hipertensi, preeklampsia atau terdapat riwayat operasi pada rahim sebelumnya.
- 3) Faktor Persalinan: Ketuban pecah dini, tidak adanya kemajuan dalam proses persalinan (persalinan kala I atau II yang tertunda atau terhenti), kondisi kesehatan ibu yang memburuk selama persalinan atau tidak mampu meneran dengan kuat.

c. Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

Walaupun *sectio caesarea* menjadi pertimbangan saat persalinan normal dirasa tidak mungkin, ada beberapa kondisi di mana *sectio caesarea* merupakan pilihan yang kurang baik, antara lain (Jumatri et al., 2022; Sung & Mahdy, 2023):

- 1) Ibu dengan kelainan pembekuan darah atau sedang menggunakan obat antikoagulan yang dapat meningkatkan risiko pendarahan dalam.
- 2) Infeksi pada kulit di sekitar perut atau bekas luka operasi sebelumnya yang berisiko mengganggu proses penyembuhan.
- 3) Jika diperkirakan bahwa ibu tidak akan sampai pada usia kehamilan cukup bulan, karena proses *sectio caesarea* pada usia kehamilan yang tidak cukup bulan dapat meningkatkan risiko komplikasi pada janin.

d. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Meskipun *sectio caesarea* telah banyak membantu dalam meningkatkan keselamatan ibu dan janin, ada beberapa komplikasi yang mungkin terjadi, seperti (Rafiei & Ghare Naz, 2018; R. D. P. Sari et al., 2019):

- 1) Infeksi: Bakteri dapat masuk ke dalam rahim, luka operasi, atau saluran kemih yang menyebabkan infeksi.
- 2) Pendarahan: Kehilangan darah lebih banyak daripada persalinan normal, sehingga mungkin diperlukan transfusi darah.
- 3) Reaksi terhadap obat anestesi: Obat yang digunakan untuk mengurangi rasa sakit saat operasi dapat menimbulkan reaksi alergi atau efek samping, seperti mual, muntah, atau sulit bernapas.

- 4) Cedera pada organ sekitar: Saat operasi, organ-organ sekitar rahim seperti kandung kemih atau usus bisa terluka.
- 5) Emboli: Bekuan darah dapat terbentuk dan menyumbat aliran darah pada pembuluh darah di paru-paru atau pembuluh darah lainnya.
- 6) Komplikasi pada kehamilan berikutnya: Sekelompok kecil dari ibu dengan riwayat *sectio caesarea* mungkin mengalami masalah pada rahim, seperti risiko robeknya rahim atau plasenta yang menempel pada bekas luka *sectio* sebelumnya.

e. Penatalaksanaan *Sectio Caesarea*

Sebelum dilakukan *sectio caesarea*, biasanya beberapa pemeriksaan dilakukan terlebih dahulu untuk memastikan kondisi ibu dan janin, seperti tes darah, pemeriksaan jantung, dan pemeriksaan ultrasonografi (Purwoko & Athir, 2021). Setelah persiapan selesai, prosedur *sectio caesarea* dilakukan dengan pemberian anestesi spinal atau epidural. Setelah operasi selesai, ibu dipantau untuk memastikan tidak ada komplikasi yang timbul dan asuhan keperawatan diberikan untuk mempercepat proses penyembuhan luka operasi. Selama proses penyembuhan, dukungan emosional dan edukasi mengenai cara merawat bayi baru dilahirkan, mengganti perban, serta pekerjaan rumah yang diberikan kepada pasien (Ayuningtyas et al., 2018). Dengan asuhan keperawatan yang adekuat, umumnya ibu dan janin akan pulih dan kembali mendapatkan kualitas hidup yang baik.

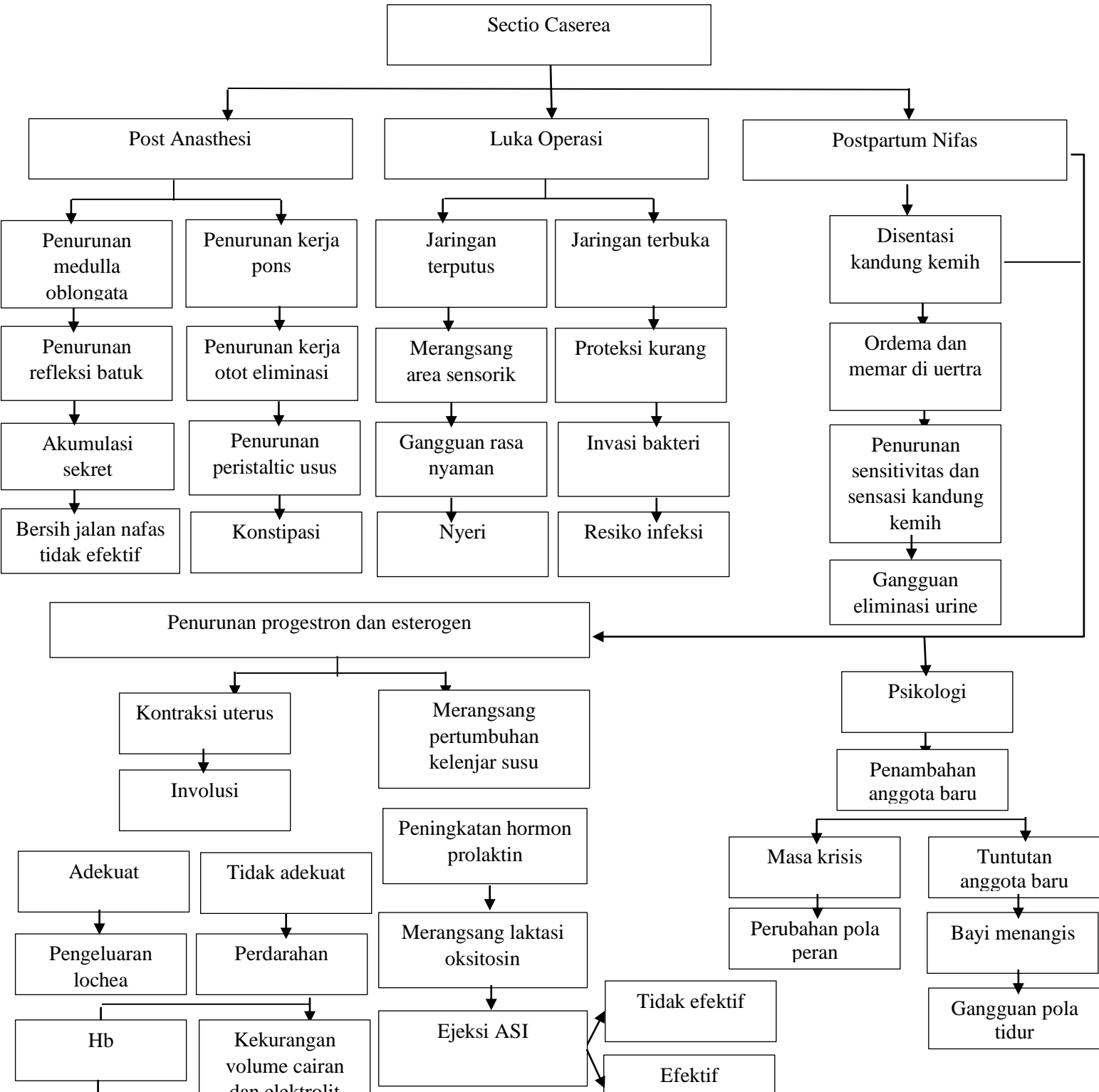
f. Patofisiologi Sectio Caesarea

Terjadi kelainan pada pasien dan pada janin yang menyebabkan persalinan normal pervaginam tidak mungkin dilakukan, maka perlu dilakukan operasi Sectio Caesarea untuk mengeluarkan janin dari dalam perut. Pasien pascaoperasi akan mengalami perubahan fisiologis sebagai efek dari anestesi dan intervensi bedah. Efek dari Post anestesi umum dimana akan menimbulkan respons penurunan medulla oblongata, penurunan kemampuan terhadap kontrol kepatenan jalan napas karena kemampuan secara fisiologis masih belum optimal sehingga cenderung menutup jalan napas, dan juga penurunan refleksi batuk mempengaruhi akumulasi sekret. Kondisi ini menyebabkan adanya masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif. Efek anestesi akan menimbulkan penurunan kerja pons, penurunan kerja otot eliminasi peristaltik usus akibatnya dapat menimbulkan konstipasi.

Luka Post operasi mengakibatkan jaringan menjadi terputus kondisi penurunan reaksi anestesi akan bermanifestasi pada keluhan munculnya nyeri akibat kerusakan neuromuskular pascaoperasi. Luka Post Operasi menimbulkan jaringan terbuka yang proteksi kurang terjadi invasi bakteri menyebabkan masalah keperawatan resiko infeksi. Pada Post partum nifas juga memengaruhi terhambatnya distensi kandung kemih dan menyebabkan edema di uretra, terhadap kontrol miksi terjadi penurunan sensitivitas dan sensasi kandung kemih menyebabkan masalah keperawatan gangguan eliminasi urine. Penatalaksanaan Post partum nifas mengakibatkan distensi kandung kemih dan terjadi penurunan progesteron dan estrogen uterus berkontraksi menjadi

involusi yang adekuat akan mengeluarkan lochea, jika pada involusi tidak adekuat akan terjadi perdarahan, Hb, kekurangan Oksigen akan terjadi kelemahan menyebabkan masalah gangguan keperawatan defisit perawatan diri dan kekurangan volume cairan dan elektrolit dapat pula terjadi resiko syok (hipovolemik).

Penurunan progesteron dan esterogen merangsang pertumbuhan kelenjar susu dan merangsang laktasi okstosin terjadinya ejeksi ASI akan menjadi dua faktor tidak efektif dan efektif dalam hal tersebut bayi dapat terpenuhi nutrisinya jika Ibu kurang mengerti dalam pemberian nutrisi payudara dapat bengkak dan terjadi ketidak efektifan pemberian ASI maka nutrisi bayi kurang dari kebutuhan kurang informasi tentang perawatan payudara menyebabkan kurangnya pengetahuan. Pada tahap psikologi akan terdapat penambahan anggota baru, mengalami masa kritis menjadikan perubahan pola peran jika penambahan anggota baru bayi menangis menimbulkan masalah keperawatan gangguan pola tidur.



2.1.2. Relaksasi Benson

a. Definisi Relaksasi

Relaksasi merupakan suatu proses yang bertujuan untuk mengurangi tingkat stres, ketegangan, dan kecemasan, serta meningkatkan kualitas hidup seseorang (Sisila et al., 2022). Pemulihan dan pengurangan ketegangan otot merupakan bagian penting dari proses relaksasi, yang pada akhirnya akan membantu mengurangi sensasi nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta memperbaiki fungsi tubuh (Hamdani et al., 2022). Relaksasi merupakan respons yang bersifat fisiologis, di mana tubuh memproduksi hormon yang berfungsi melawan stres, meningkatkan energi, daya tahan, dan keseimbangan dalam tubuh (Titlebaum, 1998). Relaksasi dapat diperoleh melalui aktivitas fisik maupun teknik spiritual, seperti meditasi, yoga, dan teknik pernapasan.

b. Definisi Relaksasi Benson

Relaksasi Benson merupakan salah satu teknik relaksasi yang dikembangkan oleh Dr. Herbert Benson sejak tahun 1970-an. Teknik ini tentang mengidentifikasi dan memanfaatkan respons relaksasi tubuh untuk mengurangi stres dan efek negatif yang ditimbulkannya (Marasabessy et al., 2020). Respons relaksasi adalah suatu kondisi di mana tubuh mengalami penurunan fisiologis secara otomatis sebagai reaksi terhadap stres. Relaksasi Benson melibatkan penggunaan fokus perhatian dengan cara yang lebih sistematis, serta pengendalian napas dan proses mental sederhana untuk menciptakan perubahan fisiologis yang positif (Mahyuni et al., 2023).

c. Tujuan dan Manfaat Relaksasi Benson

Tujuan dari relaksasi Benson adalah untuk membantu individu mencapai keadaan relaksasi yang efektif serta mengurangi stres dan meningkatkan keseimbangan dan energi dalam tubuh. Beberapa manfaat yang dapat diperoleh dari penerapan teknik relaksasi Benson meliputi (Gaber Zaghoul et al., 2022; Kaparang et al., 2022; Mardiah et al., 2022):

- 1) Mengurangi stres dan kecemasan: Relaksasi Benson membantu mengurangi tingkat stres dan kecemasan, serta mempengaruhi pelepasan hormon yang berhubungan dengan stres agar menjadi lebih seimbang.
- 2) Meningkatkan kualitas tidur: Relaksasi Benson dapat meningkatkan kualitas tidur dengan membantu mengatasi insomnia dan gangguan tidur lainnya yang disebabkan oleh stres atau ketegangan otot.

- 3) Meningkatkan fungsi daya tahan tubuh: Relaksasi Benson dapat meningkatkan fungsi sistem kekebalan tubuh dengan mempengaruhi respons tubuh terhadap infeksi dan penyakit.
- 4) Mengurangi nyeri: Relaksasi Benson membantu mengurangi sensasi nyeri dan ketidaknyamanan yang ditimbulkan oleh gangguan fisik atau kondisi medis tertentu, termasuk nyeri pasca operasi seperti pada pasien post sectio caesarea.
- 5) Meningkatkan kualitas hidup: Penerapan teknik relaksasi Benson secara teratur dapat membantu meningkatkan kualitas hidup seseorang dengan mengurangi stres, meningkatkan kesehatan fisik dan mental serta meningkatkan kebahagiaan dan kepuasan dalam hidup.

d. Prosedur Relaksasi Benson

Pendekatan pengembangan teknik relaksasi Benson menggabungkan sejumlah teknik relaksasi dengan sistem kepercayaan individu dan merupakan metode relaksasi yang paling sederhana dan tidak memerlukan biaya (Naili & Prasetyorini, 2023). Teknik ini sebagian besar menekankan pada pengucapan kata-kata dengan irama yang dapat diperkirakan dan nada melankolis. Frasa yang digunakan dianggap memiliki dampak menenangkan pada klien, atau bahkan mungkin mengacu pada nama tuhan. Metode Relaksasi Benson dapat dilaksanakan dengan langkah-langkah berikut; duduk dengan posisi yang nyaman, menutup mata, merilekskan semua otot sepenuhnya mulai dari kaki hingga wajah, serta bernapas melalui hidung sambil merasakan aliran napas. Lakukan teknik ini secara berulang selama 20 menit (10). Setelah itu, duduk

diam selama beberapa saat sebelum membuka mata secara perlahan (D. W. I. Sari et al., 2022). Sehingga adapun prosedur relaksasi Benson dapat dijelaskan dalam empat langkah sederhana, yaitu:

- 1) Pilih tempat yang nyaman: Pilih tempat yang nyaman, sejuk, dan bebas dari gangguan luar. Duduk atau berbaring dengan posisi yang nyaman bagi tubuh.
- 2) Fokuskan perhatian: Fokuskan perhatian pada pernapasan atau titik yang ingin dihormati. Beberapa orang lebih suka menggunakan kata atau suara yang membantu mereka lebih fokus, seperti "*peace*" atau "*relax*".
- 3) Pernapasan: Pernapasan dalam dan perlahan adalah bagian penting dari teknik relaksasi Benson. Tarik napas dalam-dalam melalui hidung, tahan beberapa detik, lalu hembuskan melalui mulut. Teknik pernapasan ini akan membantu napas menjadi lebih jauh dan lebih nyaman.
- 4) Biarkan pikiran mengalir: Biarkan pikiran mengalir bebas tanpa memaksa atau mengendalikannya. Saat pikiran mulai berkelana, kembalikan perhatian pada pernapasan dan titik fokus.

Melakukan relaksasi Benson secara konsisten dan teratur dapat membantu individu mencapai manfaat yang diinginkan. Hal ini juga penting untuk menggabungkan relaksasi Benson dengan perubahan gaya hidup yang lebih sehat seperti menjaga pola makan yang baik, tidur yang cukup, dan berolahraga agar hasil yang optimal dalam mengurangi nyeri, stres, dan meningkatkan kualitas hidup.

2.1.3. Konsep Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan sensasi yang tidak menyenangkan yang dialami oleh seseorang akibat dari adanya stimuli yang bisa merusak jaringan. Menurut *International Association for The Study of Pain (IASP)*, nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau digambarkan dalam hal kerusakan tersebut (Sinardja, 2022). Nyeri memiliki peranan penting dalam melindungi tubuh dari berbagai kerusakan, tetapi nyeri yang berkepanjangan dan tidak terkontrol dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien.

b. Klasifikasi Nyeri

- 1) Berdasarkan waktu: Nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut adalah nyeri yang timbul secara tiba-tiba, memiliki intensitas yang bervariasi, dan berlangsung sebentar. Nyeri ini biasanya menggambarkan adanya kerusakan jaringan atau penyakit. Sedangkan nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lebih dari tiga bulan, dan tidak hilang meskipun penyakit atau kerusakan jaringan telah sembuh. Nyeri kronis dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang (Vinkel et al., 2022).
- 2) Berdasarkan proses: Nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik. Nyeri nosiseptif adalah nyeri yang disebabkan oleh rangsangan pada reseptor nyeri di jaringan yang bekerja normal. Nyeri ini umumnya dirasakan sebagai respons terhadap cedera atau infeksi. Kemudian nyeri neuropatik

adalah nyeri yang disebabkan oleh kerusakan atau disfungsi sistem saraf (Devi, 2021; Yudiantara et al., 2023).

c. Fisiologi Nyeri

Munculnya rasa nyeri didasarkan pada beberapa proses, seperti nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Empat proses terpisah ada di antara stimulus kerusakan jaringan dan pengalaman nyeri yaitu: transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi (Bahrudin, 2018; Fahreza Arraisyi & Imran, 2022).

- 1) Transduksi merupakan proses di mana ujung saraf aferen mengubah stimulus (misalnya tusukan jarum) menjadi impuls nosispetif. Terdapat tiga jenis saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang bereaksi terhadap stimulasi bukan-noksius dikelompokkan sebagai nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Selain itu, silent nociceptor juga ada, yang tidak bereaksi terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.
- 2) Transmisi merupakan proses di mana impuls diarahkan ke kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer adalah pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimia, berakhir di kornu dorsalis dan berhubungan dengan berbagai neuron spinal.
- 3) Modulasi adalah proses penguatan sinyal neural terkait nyeri, terjadi terutama di kornu dorsalis dan mungkin juga di level lain. Beberapa

reseptor opioid, seperti mu, kappa, dan delta, bisa ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga memiliki jalur menurun dari korteks frontal, hipotalamus, dan area otak lainnya ke midbrain dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Efek inhibisi menurun ini adalah penguatan atau bahkan penghambatan sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.

- 4) Persepsi nyeri adalah kesadaran pengalaman nyeri yang merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, faktor psikologis dan karakteristik individu lain. Reseptor nyeri adalah organ yang berfungsi menerima rangsangan nyeri dengan ujung syaraf bebas dalam kulit yang merespon hanya terhadap stimulus kuat yang berpotensi merusak. Reseptor nyeri, juga disebut nociceptor, secara anatomis berupa serabut saraf aferen yang memiliki mielin atau tidak bermielin.

d. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

- 1) Usia: Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri. Kapasitas untuk merasakan nyeri akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia. Anak-anak mungkin tidak bisa mengungkapkan rasa nyeri se jelas orang dewasa, sedangkan lansia mungkin mengalami penurunan ambang batas rasa nyeri atau keterbatasan dalam melaporkan rasa nyeri akibat penurunan fungsi kognitif.
- 2) Jenis kelamin: Terdapat perbedaan dalam menghadapi nyeri antara pria dan wanita. Wanita cenderung lebih peka terhadap nyeri dibandingkan dengan pria. Hal ini mungkin karena perbedaan hormonal, anatomis, dan

neurologis antara pria dan wanita. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa wanita cenderung lebih baik dalam mengungkapkan rasa nyeri dan meminta bantuan.

- 3) **Kebudayaan:** Kebudayaan mempengaruhi cara seseorang merasakan, mengekspresikan dan menghadapi nyeri. Setiap individu memiliki nilai-nilai dan keyakinan yang berbeda mengenai penyebab, pengobatan, dan penerimaan nyeri. Oleh karena itu, pemahaman tentang kebudayaan pasien akan membantu untuk memberikan asuhan keperawatan yang lebih efektif dalam menghadapi nyeri.
- 4) **Makna nyeri:** Nyeri merupakan respon afektif yang bersifat subjektif, oleh karena itu, cara seseorang menafsirkan nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri itu sendiri. Misalnya, nyeri akibat cedera yang dianggap sebagai bagian dari proses penyembuhan mungkin lebih mudah diterima compared to nyeri yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya.
- 5) **Perhatian:** Fokus perhatian individu pada nyeri akan mempengaruhi persepsi dan intensitas nyeri. Jika seseorang terfokus pada nyeri yang dialaminya, intensitas nyeri akan lebih besar, sedangkan jika perhatian teralihkan, persepsi nyeri akan berkurang.
- 6) **Ansietas:** Ansietas cenderung meningkatkan persepsi akan nyeri. Ini karena ansietas dapat meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri, memperkuat retransmisi sinyal nyeri dan menurunkan efek analgesik endogen.

- 7) Kelelahan: Kelelahan bisa mempengaruhi persepsi nyeri dengan beberapa cara. Kelelahan bisa menurunkan ambang toleransi nyeri, mempengaruhi mood dan energi, serta mengurangi kemampuan seseorang untuk menghadapi nyeri.
- 8) Pengalaman sebelumnya: Pengalaman sebelumnya terkait nyeri juga mempengaruhi persepsi nyeri. Seseorang yang telah mengalami nyeri berat dapat memiliki toleransi yang lebih tinggi terhadap nyeri, sedangkan seseorang yang memiliki pengalaman negatif terkait pengobatan nyeri mungkin lebih mudah merasa cemas dan kesulitan menghadapi nyeri.
- 9) Gaya koping: Gaya koping individu juga akan mempengaruhi persepsi nyeri. Seseorang yang memiliki strategi koping yang baik cenderung lebih mampu menghadapi nyeri dibandingkan dengan orang yang memiliki strategi koping yang buruk.
- 10) Dukungan keluarga dan social: Dukungan keluarga dan teman-teman dapat membantu seseorang dalam menghadapi nyeri. Dukungan emosional, informasi, dan dukungan praktis dari orang-orang di sekitar pasien dapat membantu mengurangi kecemasan, meningkatkan kualitas hidup, dan membantu dalam proses penyembuhan.

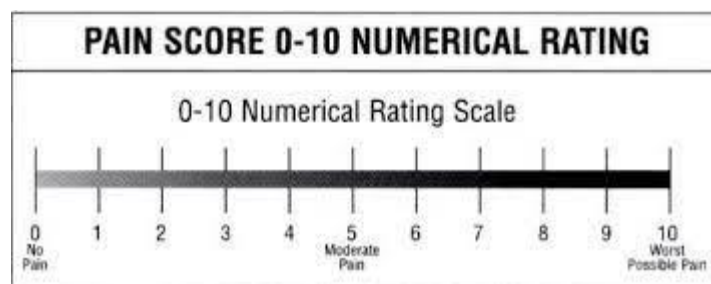
Dalam rangkuman, faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri meliputi usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan, pengalaman sebelumnya, gaya koping, dan dukungan keluarga dan sosial. Memahami dan mengakui faktor-faktor ini akan membantu tenaga kesehatan

dalam mengelola nyeri pada pasien secara efektif dan individual (Butarbutar, 2018; Waluyanti et al., 2019; Wijaya et al., 2018).

e. Skala Nyeri

Skala nyeri merupakan alat penting yang digunakan oleh tenaga medis, khususnya perawat, untuk mengukur intensitas sakit atau nyeri yang dialami pasien. Dalam dunia medis, nyeri merupakan tanda bahwa ada masalah yang terjadi dalam tubuh pasien. Mengevaluasi dan mengukur nyeri pada pasien sangat penting untuk memberikan asuhan keperawatan yang tepat, memberi pengobatan yang memadai, melacak perkembangan penyakit, dan mengevaluasi efektivitas pengobatan yang telah diberikan.

- 1) Skala nyeri numerik (0-10) adalah salah satu metode yang paling sederhana dan umum digunakan untuk mengukur nyeri. Dalam metode ini, pasien diminta untuk memberikan skor nyeri pada rentang angka 0 sampai 10, di mana angka 0 menggambarkan tidak ada nyeri sama sekali dan angka 10 menggambarkan nyeri yang sangat ekstrem dan tak tertahankan. Skala ini memungkinkan pasien untuk mengkomunikasikan tingkat nyeri mereka secara spesifik dan mempermudah perawat untuk mengevaluasi seberapa parah nyeri yang dialami pasien.



Gambar 2. 2. *Numeric Rating Scale (NRS)*(Aprilianti, 2021)

Keterangan Skala 0-10 :

- 0 : Tidak Nyeri
- 1 : Nyeri sangat ringan, hampir tidak terlihat. Sebagian besar tidak memikirkannya
- 2 : Rasa sakit ringan. Mengganggu dan mungkin memiliki tarikan yang lebih kuat
- 3 : Nyeri terlihat dan mengganggu, tetapi masih terbiasa dan beradaptasi
- 4 : Nyeri sedang. Jika terlibat dalam suatu kegiatan, itu dapat diabaikan untuk periode waktu, tetapi masih mengganggu
- 5 : Rasa sakit yang cukup kuat. Tidak bisa diabaikan lebih dari beberapa menit, tapi dengan upaya masih dapat mengatur untuk bekerja atau berpartisipasi dalam beberapa kegiatan sosial
- 6 : Rasa sakit yang cukup kuat yang mengganggu aktivitas normal sehari-hari dan kesulitan berkonsentrasi
- 7 : Rasa sakit parah yang mendominasi indera tubuh dan secara signifikan membatasi kemampuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari atau hubungan sosial
- 8 : Nyeri hebat. Aktivitas fisik sangat terbatas. Berkomunikasi membutuhkan upaya lebih
- 9 : Sakit yang parah. Tidak dapat berkomunikasi. Menangis atau merintih tak terkendali

10 : Rasa sakit yang tak terkatakan. Terbaring di tempat tidur dan mungkin mengigau. Sangat sedikit orang akan pernah mengalami tingkat rasa sakit ini

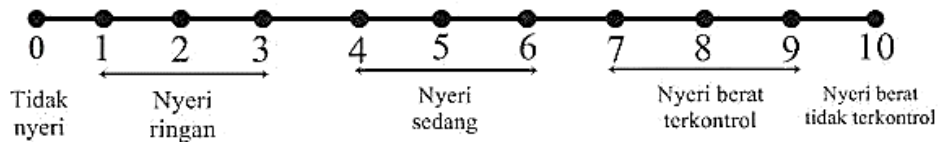
- 2) Skala Wong-Baker FACES juga sering digunakan dalam evaluasi nyeri pada pasien. Skala ini menampilkan enam wajah dengan ekspresi yang berbeda, mulai dari senyum (tidak ada nyeri) hingga menangis (nyeri terparah). Pasien diminta untuk memilih wajah yang paling mencerminkan perasaan nyeri mereka saat itu. Skala ini sangat efektif dalam mengukur nyeri pada anak-anak atau pasien yang kesulitan menggunakan skala numerik.



©1983 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFACES.org
Used with permission. Originally published in Whaley & Wong's Nursing Care of Infants and Children. ©Elsevier Inc.

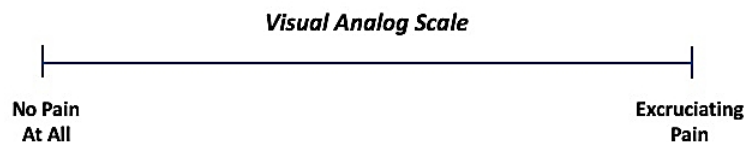
Gambar 2. 3. Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (WBFPS)
(Khatri & Kalra, 2012)

- 3) *Verbal Descriptor Scale* (VDS) adalah metode lain untuk mengukur nyeri pasien. Dalam metode ini, pasien diminta untuk menggambarkan nyeri mereka dengan menggunakan kata-kata yang telah disediakan, seperti tidak ada nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri berat, dan nyeri sangat berat. Skala ini berguna bagi pasien yang lebih merasa nyaman untuk menggambarkan perasaan mereka melalui kata-kata daripada angka.



Gambar 2. 4. Skala Pendeksripsi Verbal (Verbal Descriptor Scale/VDS)
(Agustina, 2022)

- 4) *Visual analog scale* (VAS) merupakan metode lain yang digunakan untuk mengukur nyeri pasien. Pada skala ini, pasien diminta untuk menandai tingkat nyeri mereka pada sebuah garis sepanjang 10 cm, di mana satu ujung menunjukkan tidak ada nyeri dan ujung lainnya menggambarkan nyeri terparah yang bisa dirasakan. Nilai nyeri kemudian diukur dari panjang garis yang telah ditandai oleh pasien. Skala ini berfungsi dengan baik untuk mengukur nyeri pada pasien yang lebih suka menggunakan metode grafis dalam mengkomunikasikan perasaan mereka.



Gambar 2. 5. *Visual analog scale* (VAS)(EFIC, 2023)

Pentingnya pengukuran nyeri yang akurat tidak dapat diremehkan dalam asuhan keperawatan. Skala nyeri membantu perawat dan tenaga medis lainnya untuk memahami tingkat nyeri yang dialami pasien, sehingga mereka dapat meresepkan pengobatan yang sesuai, mengatur strategi intervensi, dan mengevaluasi efektivitas tindakan yang telah diambil. Skala nyeri juga memungkinkan pasien untuk berkomunikasi secara efektif dengan perawat

tentang kondisi mereka, sehingga pasien merasa lebih terlibat dalam proses penyembuhan.

Dalam konteks asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea, skala nyeri yang akurat sangat penting agar perawat dapat memberikan asuhan yang optimal dan mencegah terjadinya komplikasi. Pengukuran nyeri secara rutin harus dilakukan untuk memonitor kondisi pasien dan efektivitas tindakan yang telah diambil, termasuk penerapan teknik relaksasi seperti relaksasi Benson. Dengan demikian, perawat dapat membuat keputusan yang tepat dalam merancang strategi pengurangan nyeri dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

f. Penatalaksanaan Nyeri

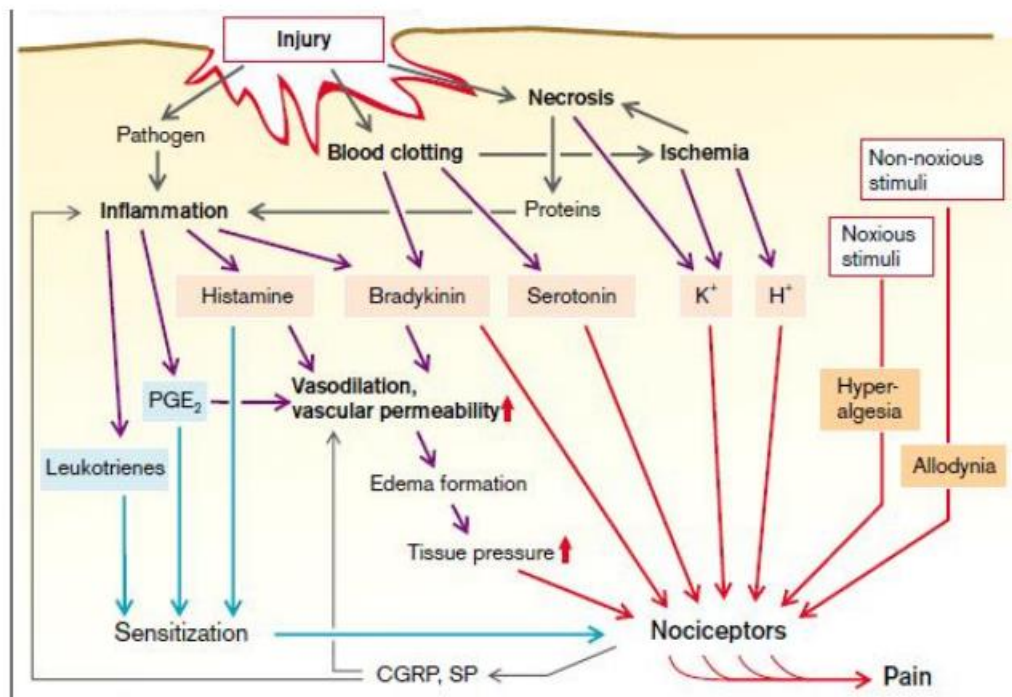
Tujuan penatalaksanaan nyeri adalah untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri, mempercepat penyembuhan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan melalui farmakologi (analgetik, antispasmodik, antidepresan) dan non-farmakologi (terapi relaksasi Benson, latihan senaman, akupunktur, dan terapi pijat). Terapi relaksasi Benson adalah metode yang efektif untuk mengurangi nyeri post sectio caesarea dengan mengurangi ketegangan otot dan mendorong rasa tenang dan relaksasi (Lumape et al., 2018).

g. Patofisiologi Nyeri

Patofisiologi nyeri dimulai dari rangsangan pada nociceptors yang bisa diakibatkan oleh berbagai faktor seperti tekanan, suhu, lesi jaringan, atau nekrosis

sel. Ketika sel mengalami nekrosis, mereka melepaskan kalium (K^+) dan protein intraseluler. Peningkatan K^+ ekstraseluler menyebabkan depolarisasi nociceptor, yang merupakan awal dari sensasi nyeri. Protein yang dilepaskan bisa menginfiltrasi mikroorganisme, menyebabkan inflamasi. Proses inflamasi ini memicu pelepasan mediator nyeri seperti leukotrien, prostaglandin E2, dan histamin. Semua ini merangsang nociceptor lebih lanjut. Nociceptor yang terangsang ini menyebabkan kondisi seperti hiperalgesia (peningkatan sensitivitas terhadap nyeri) atau allodynia (nyeri yang disebabkan oleh stimuli yang biasanya tidak menyakitkan). Selain itu, lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah yang menyebabkan stimulasi bradikinin dan serotonin, merangsang nociceptor. Oklusi pembuluh darah bisa menyebabkan iskemia, yang menyebabkan akumulasi K^+ ekstraseluler dan H^+ , memicu aktivasi nociceptor lebih lanjut.

Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E2 memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah, menyebabkan edema lokal dan peningkatan tekanan jaringan, yang juga merangsang nociceptor. Nociceptor yang terangsang melepaskan substansi P (SP) dan kalsitonin gen-terkait peptida (CGRP), yang merangsang proses inflamasi lebih lanjut dan menyebabkan vasodilatasi serta peningkatan permeabilitas pembuluh darah. Vasokonstriksi oleh serotonin, diikuti oleh vasodilatasi, juga berperan dalam serangan migrain. Rangsangan nociceptor ini adalah penyebab utama nyeri (Silbernagl & Lang, 2010).



Gambar 2. 6. Mekanisme Nyeri Perifer (Bahrudin, 2018)

Neuroregulator nyeri dibagi menjadi dua kelompok besar: neurotransmitter dan neuromodulator. Neurotransmitter seperti substansi P, serotonin, dan prostaglandin mengirimkan impuls-impuls elektrik melewati rongga sinaps antara dua serabut saraf. Neuromodulator seperti endorfin dan bradikinin berperan dalam meningkatkan atau menurunkan efek tertentu dari neurotransmitter. Endorfin, misalnya, berfungsi sebagai analgesik alami tubuh. Transmisi nyeri terjadi melalui sinaps di sumsum tulang belakang dan lulus ke talamus dan korteks somatosensori, di mana ia diproses lebih lanjut. Sistem ini juga dihambat oleh saluran yang turun dari otak tengah, periaqueductal grey matter, dan rafe nuclei yang menggunakan norepinefrin, serotonin, dan endorphins. Penghambatan ini bisa berkurang akibat lesi di talamus, menyebabkan rasa sakit. Nyeri dapat dikelola dengan menghambat aktivasi

reseptor nyeri, mengganggu transmisi nyeri, atau mengaktifkan mekanisme penghambatan nyeri endogen. Metode ini mencakup penggunaan obat analgesik, anestesi lokal, stimulasi saraf transkutaneus, akupunktur, dan terapi psikologis. Kehadiran nyeri memiliki peran peringatan penting dalam tubuh, dan jika penyebab nyeri tidak dihilangkan, konsekuensinya bisa mengancam jiwa (Bahrudin, 2018).

2.1.4. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan serangkaian proses dalam praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien sebagai bagian dari layanan kesehatan. Proses ini meliputi lima tahapan utama: pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi, dimana setiap tahap saling berkaitan dan bergantung satu sama lain (Hutagalung, 2020). Tahap pertama, Pengkajian, merupakan langkah awal dalam proses keperawatan. Tujuannya adalah untuk mengumpulkan informasi dasar mengenai kondisi fisik,

psikologis, dan emosional pasien. Informasi ini digunakan untuk menentukan status kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah yang ada atau potensial, dan sebagai dasar untuk memberikan edukasi kepada pasien. Informasi yang dikumpulkan oleh perawat dibagi menjadi dua jenis, yaitu Data Subjektif dan Data Objektif, yang dapat diperoleh melalui observasi, wawancara, pemeriksaan fisik termasuk IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi), riwayat kesehatan, dan pemeriksaan diagnostik lainnya (Sugiarto et al., 2018).

Tahap kedua adalah Diagnosa, dimana perawat menganalisis data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Proses ini melibatkan pemikiran kompleks berdasarkan informasi dari pasien, keluarga, catatan medis, dan pemberi layanan kesehatan lainnya. Diagnosa keperawatan digunakan untuk mendeskripsikan masalah kesehatan pasien, tingkat kesehatannya, serta responsnya terhadap penyakit atau kondisinya. Ada tiga jenis diagnosa keperawatan, yaitu; Diagnosis Aktual, Diagnosis Risiko, dan Diagnosis Promosi Kesehatan, dengan masing-masing memiliki dua komponen utama, yaitu masalah (Problem) dan Indikator diagnostik termasuk penyebab (Etiology), tanda (Sign), dan gejala (Symptom)(Megawati, 2023).

Tahap ketiga adalah Perencanaan atau Intervensi, di mana perawat menetapkan rencana tindakan untuk membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan. Rencana asuhan keperawatan harus mencakup diagnosa keperawatan atau masalah yang diprioritaskan, tujuan dan kriteria hasil, serta intervensi yang diperlukan. Tujuan perawatan harus ditulis berdasarkan kriteria SMART, yaitu Spesifik, Terukur, Dapat Dicapai, Rasional, dan Memiliki Batas Waktu yang jelas

(Hartono et al., 2021). Tahap keempat, Implementasi, adalah penerapan rencana yang telah dibuat kepada pasien. Tindakan yang diimplementasikan dapat bervariasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien pada saat itu. Tahap kelima, Evaluasi, melibatkan perbandingan antara hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang ditetapkan sebelumnya, serta penilaian apakah masalah telah teratasi sepenuhnya, sebagian, atau belum sama sekali. Evaluasi ini dilakukan dengan pendekatan SOAP, yang meliputi data subjektif, objektif, analisis, dan perencanaan. Terakhir adalah tahap Dokumentasi, di mana segala catatan mengenai kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan dalam menangani masalah pasien dicatat secara rinci (Sianturi, 2023).

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap fundamental dalam proses keperawatan, bertujuan untuk mengumpulkan informasi mengenai klien. Informasi ini mencakup berbagai aspek kehidupan klien, mulai dari biologis, psikologis, sosial, hingga spiritual, guna mengidentifikasi masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan. Pengkajian ini menjadi penentu untuk tahapan selanjutnya dalam keperawatan, di mana kemampuan dalam mengidentifikasi masalah keperawatan pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan yang tepat. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat untuk mengidentifikasi semua kebutuhan perawatan pada klien. Dalam proses pengkajian, beberapa aspek penting yang perlu dikaji meliputi identitas klien yang mencakup nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa, status perkawinan,

pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis (Cholifah & Rinata, 2021).

Keluhan utama klien, terutama pada pasien post sectio caesarea, seringkali berupa nyeri pada daerah luka operasi yang meningkat saat bergerak. Riwayat kesehatan pasien dikaji melalui riwayat kesehatan dahulu, saat ini, dan riwayat kesehatan keluarga, termasuk penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis, dan penyakit kelamin. Dalam riwayat kesehatan saat ini, dikaji tentang penyebab operasi sectio caesarea seperti kelainan letak bayi dan faktor plasenta. Riwayat kesehatan keluarga penting untuk mengetahui predisposisi penyakit tertentu pada klien. Riwayat perkawinan dan obstetri klien juga dikaji, termasuk usia pernikahan, jumlah kehamilan, proses persalinan sebelumnya, dan kondisi nifas (Cholifah & Rinata, 2021).

Pengkajian lebih lanjut meliputi riwayat persalinan saat ini, termasuk tanggal dan jenis persalinan, serta kondisi bayi saat lahir. Riwayat KB (Keluarga Berencana) juga penting untuk mengetahui penggunaan dan rencana kontrasepsi klien. Pola-pola fungsi kesehatan pasien dikaji untuk memahami perilaku dan interaksi pasien dengan lingkungannya, termasuk pola nutrisi, aktivitas, eliminasi, istirahat dan tidur, serta reproduksi. Pemeriksaan fisik adalah bagian penting dari pengkajian, dimulai dari kepala hingga kaki (head to toe), mencari tanda-tanda klinis penyakit (Zanuwati & Mahanani, 2013). Pemeriksaan ini mencakup inspeksi bentuk kepala, mata, hidung, telinga, leher, mulut, thorak, payudara, jantung, abdomen, genetalia eksterna, kandung kemih, anus, integumen,

ekstremitas, dan status mental pasien. Informasi ini membantu dalam menentukan kondisi umum pasien, termasuk emosi, orientasi, proses berpikir, motivasi, dan persepsi klien. Pengkajian keperawatan ini membentuk dasar yang kokoh untuk langkah-langkah selanjutnya dalam proses keperawatan, memastikan bahwa asuhan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien secara menyeluruh.

Pengkajian keperawatan, menurut Padila (2012), mencakup beberapa aspek penting yang menjadi fokus dalam memberikan asuhan keperawatan pada bayi baru lahir. Pertama, identitas bayi termasuk nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis. Selanjutnya, pengkajian faktor risiko maternal melibatkan usia, riwayat kesehatan masa lalu, perkembangan sosial, dan riwayat pekerjaan ibu. Aspek obstetrik seperti paritas, periode, dan kondisi kehamilan terakhir juga dievaluasi, bersama dengan perinatal yang mencakup informasi antenatal dan prenatal maternal health terkait penyakit seperti diabetes dan masalah jantung.

Pada fase intra partum event, pengkajian mencakup usia gestasi, karakteristik persalinan, kondisi ibu, tanda-tanda distress fetal, penggunaan analgesik, dan metode persalinan seperti sectio caesarea, forseps, atau vakum. Pengkajian fisik dilakukan secara menyeluruh, mencakup pemeriksaan eksternal terhadap warna kulit, kuku, lipatan pada telapak kaki, serta potensi hidung. Pemeriksaan pada dada melibatkan palpasi untuk mencari detak jantung dan auskultasi untuk menghitung denyut jantung, sementara pemeriksaan abdomen melibatkan verifikasi bentuk dan adanya anomaly.

Selain itu, nilai APGAR digunakan untuk menilai kondisi bayi baru lahir, dengan skor optimal antara 7 hingga 10. Skor APGAR mencakup penilaian terhadap appearance, pulse, grimace, activity, dan respiration. Pengkajian lanjutan melibatkan aktivitas/istirahat bayi, pernapasan dan peredaran darah dengan memperhatikan frekuensi denyut jantung dan pernapasan, suhu tubuh, kondisi kulit, kelengkapan ekstremitas, tali pusat, refleks, berat badan, mekonium, antropometri, dan seksualitas pada organ genitalia bayi.

Pengumpulan data ini memberikan dasar yang kuat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, kebutuhan perawatan, dan diagnosis keperawatan yang sesuai, sehingga asuhan keperawatan dapat disusun secara holistik sesuai dengan kebutuhan klien.

b. Diagnosa Keperawatan

Dalam konteks asuhan keperawatan, diagnosa keperawatan berkaitan dengan nyeri harus mempertimbangkan berbagai aspek seperti tipe, durasi, etiologi, intensitas, dan lokasi nyeri. Berdasarkan informasi yang diberikan, beberapa diagnosa keperawatan potensial bisa meliputi (Pinzon, 2016):

- 1) Nyeri Akut (berdasarkan durasi): Diagnosa ini berkaitan dengan pasien yang mengalami nyeri akut, yaitu nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga maksimal 6 bulan. Diagnosa ini mencakup identifikasi penyebab nyeri akut, seperti cedera atau trauma, dan pendekatan untuk mengelola nyeri untuk mencegah berubah menjadi nyeri kronis.
- 2) Nyeri Kronis (berdasarkan durasi): Diagnosa ini diperuntukkan bagi pasien dengan nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis sering kali lebih

- sulit untuk ditangani dan memerlukan pendekatan pengelolaan yang komprehensif, termasuk terapi fisik, konseling, dan manajemen obat-obatan.
- 3) Nyeri Nosiseptik (berdasarkan etiologi): Diagnosa ini mencakup nyeri yang terjadi akibat rangsangan pada nosiseptor, seperti nyeri karena luka bakar atau cedera mekanis. Pengelolaan mencakup penanganan penyebab nyeri dan pemberian terapi analgesik yang efektif.
 - 4) Nyeri Neuropatik (berdasarkan etiologi): Untuk pasien dengan nyeri neuropatik, seperti nyeri pasca herpes atau neuropati diabetik, pengelolaan melibatkan kombinasi terapi medikamentosa dan non-medikamentosa untuk mengurangi rasa sakit dan meningkatkan kualitas hidup.
 - 5) Nyeri Inflamatorik (berdasarkan etiologi): Diagnosa ini berkaitan dengan nyeri yang timbul dari proses inflamasi, seperti pada kasus osteoarthritis. Pengelolaan mungkin melibatkan obat antiinflamasi dan pendekatan terapi fisik.
 - 6) Nyeri Campuran (berdasarkan etiologi): Di sini, diagnosa ditekankan pada pengelolaan nyeri yang memiliki komponen nosiseptif dan neuropatik, seperti nyeri punggung bawah. Pendekatan pengelolaannya mencakup kombinasi terapi medikamentosa dan modifikasi gaya hidup.
 - 7) Nyeri Berdasarkan Intensitas: Diagnosa keperawatan berfokus pada intensitas nyeri yang dirasakan pasien, mulai dari nyeri ringan hingga nyeri berat. Pendekatan pengelolaannya melibatkan penyesuaian terapi analgesik sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - 8) Nyeri Somatik dan Visceral (berdasarkan lokasi): Diagnosa ini menekankan pada identifikasi lokasi spesifik dan karakteristik nyeri. Untuk nyeri somatik,

fokus pada pengelolaan nyeri superfisial atau dalam, dan untuk nyeri visceral, penekanan pada pengelolaan nyeri yang terkait dengan organ internal.

Setiap diagnosa ini harus diikuti dengan perencanaan asuhan keperawatan yang komprehensif, intervensi yang sesuai, serta evaluasi dan penyesuaian rencana perawatan berdasarkan respons pasien terhadap intervensi tersebut. Komunikasi yang efektif dengan pasien dan keluarganya, serta kerja sama tim multidisiplin, adalah kunci dalam mengelola nyeri dan meningkatkan hasil kesehatan pasien.

Tabel 2 1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Nyeri Akut (D. 0077) b.d ↳ Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) ↳ Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) ↳ Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) d.d gejala & tanda Mayor : ↳ Mengeluh nyeri ↳ Tampak meringis ↳ Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) ↳ Gelisah ↳ Frekwensi nadi meningkat ↳ Sulit tidur Minor : ↳ Tekanan darah meningkat ↳ Pola nafas berubah ↳ Nafsu makan berubah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamam ...maka tingkat nyeri menurun (L.0024) dengan kriteria hasil : ↳ Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat ↳ Keluhan nyeri menurun ↳ Meringis menurun ↳ Sikap protektif waspada menurun ↳ Sikap protektif menghindari nyeri menurun ↳ Gelisah menurun ↳ Kesulitan tidur menurun ↳ Menarik diri menurun ↳ Berfokus pada diri sendiri menurun ↳ Diaforesis menurun ↳ Perasaan depresi atau tertekan menurun ↳ Anoreksia menurun ↳ Ketegangan otot	Manajemen Nyeri Observasi ↳ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri ↳ Identifikasi skala nyeri ↳ Identifikasi respons nyeri non- verbal ↳ Identifikasi faktor yang memperberat rasa nyeri ↳ Identifikasi pengetahuan tentang nyeri ↳ Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri ↳ Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup ↳ Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan ↳ Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik ↳ Berikan terapi komplementer untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis,

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
<ul style="list-style-type: none"> └ Proses berpikir terganggu └ Menarik diri └ Berfokus pada diri sendiri └ Diaforesis 	<ul style="list-style-type: none"> menurun └ Frekwensi nadi membaik └ Pola nafas membaik └ Tekanan darah membaik └ Proses berfikir membaik └ Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat └ Penggunaan analgetik menurun 	<p>akupressure, terapi musik, biofeedback, terapi pijatan, aroma terapi, tehnik imajinasi terbimbing kompres hanga/dingin)</p> <ul style="list-style-type: none"> └ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri └ Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> └ Ajarkan terapi komplementer untuk mengurangi rasa nyeri (mis. relaksasi, pijat, distraksi, terapi bermain) └ Informasikan penggunaan analgetik <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> └ Pemberian analgetik <p>Konsul tim nyeri</p>
<p>Risiko Infeksi (D.0142) d.d Faktor Risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> └ Penyakit kronis (DM,Obesitas). └ Efek Prosedur Invasif └ Malnutrisi └ Peningkatan paparan Organisme pathogen lingkungan └ Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan peristaltic 2. Kerusakan integritas kulit 3. Perubahan sekresi PH 4. Penurunan kerja siliaris 5. Ketuban pecah lama 6. Ketuban pecah sebelum waktunya 7. Merokok 8. Statis cairan tubuh. └ Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan Hb 2. Imunosupresi 3. Leukopenia 4. Supresi respon inflamasi 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....maka tingkat infeksi (L.0076) menurun, dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> └ Selera makan meningkat └ Kognitif meningkat └ Kemarahan menurun └ Vesikel menurun └ Cairan berbau busuk └ Sputum berwarna hijau menurun └ Drainase purulent menurun └ Piuria menurun └ Demam menurun └ Periode Malaise menurun └ Periode Menggigil menurun └ Nyeri menurun └ Lethargi menurun └ Kultur darah membaik └ Kultur sputum membaik └ Kultur area luka membaik 	<p>Pencegahan Infeksi Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> └ Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> └ Batasi jumlah pengunjung └ Berikan perawatan kulit pada area edema └ Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien └ Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> └ Ajarkan tanda dan gejala infeksi └ Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar └ Ajarkan cara menghindari infeksi └ Anjurkan meningkatkan masukan asupan nutrisi dan cairan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> └ Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu <p>Pengontrolan infeksi Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> └ Identifikasi pasien yang

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
<p>5. Vaksinasi tidak adekuat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ┘ Kultur urine membaik ┘ Kultur feses membaik ┘ Hasil sel darah putih membaik 	<p>mengalami penyakit infeksi menular</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ┘ Terapkan kewaspadaan universal (mis. cuci tangan aseptik, gunakan APD) ┘ Tempatkan pada ruang isolasi bertekanan positif untuk pasien yang mengalami penurunan imunitas ┘ Tempatkan pada ruang isolasi bertekanan negatif untuk pasien dengan risiko penyebaran infeksi via droplet atau udara ┘ Sterilisasi dan disinfeksi alat-alat, furnitur, lantai sesuai kebutuhan ┘ Gunakan hepafilter pada area khusus (mis. kamar operasi) ┘ Berikan tanda khusus untuk pasien dengan penyakit menular <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ┘ Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar <p>Ajarkan etika batuk dan atau bersin</p>
<p>Defisit Perawatan Diri (D. 0109) b.d</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gangguan musculoskeletal <input type="checkbox"/> Gangguan neuromuskuler <input type="checkbox"/> Kelemahan <input type="checkbox"/> Gangguan psikosis dan/atau psikotik <input type="checkbox"/> Penurunan motivasi / minat d.d gejala & tanda Mayor : <input type="checkbox"/> Menolak melakukan perawatan diri <input type="checkbox"/> Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri <input type="checkbox"/> Minat melakukan perawatan diri kurang <p>Minor :</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamamaka perawatan diri (L.0109) meningkat, dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kemampuan perawatan diri (mandi) meningkat <input type="checkbox"/> Kemampuan menggunakan pakaian membaik <input type="checkbox"/> Kemampuan makan membaik <input type="checkbox"/> Kemampuan ke toilet (BAK/BAB) membaik <input type="checkbox"/> Verbalisasi 	<p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia <input type="checkbox"/> Monitor tingkat kemandirian <input type="checkbox"/> Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) <input type="checkbox"/> Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi dan sabun mandi) <input type="checkbox"/> Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri <input type="checkbox"/> Dukung untuk menerima

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Tidak tersedia	keinginan melakukan perawatan diri meningkat □ Minat melakukan perawatan diri meningkat	keadaan ketergantungan □ Dukung kemandirian, bantu bila tidak mampu melakukan □ Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi □ Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
Gangguan Mobilitas Fisik D. 0054) b.d Penyebab: ┘ Kerusakan integritas struktur tulang ┘ Perubahan metabolisme ┘ Ketidakbugaran fisik ┘ Penurunan kendali otot ┘ Penurunan massa otot ┘ Penurunan kekuatan otot ┘ Keterlambatan perkembangan ┘ Kekakuan sendi ┘ Kontraktur ┘ Malnutrisi ┘ Gangguan muskuluskeletal ┘ Gangguan neuromuskular ┘ Indeks massa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia ┘ Efek agen farmakologis ┘ Program pembatasan gerak ┘ Nyeri ┘ Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik ┘ Kecemasan ┘ Gangguan kognitif ┘ Keengganan melakukan pergerakan ┘ Gangguan ensori persepsi d.d gejala dan tanda Mayor: ┘ Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas ┘ Kekuatan otot menurun	Setelah dilakukan Intervensi keperawatan selamajam Mobilitas fisik (L. 0028) meningkat dengan Kriteria Hasil: ┘ Pergerakan ekstremitas meningkat ┘ Kekuatan otot meningkat ┘ ROM meningkat ┘ Nyeri menurun ┘ Kecemasan menurun ┘ Kaku sendi menurun ┘ Gerakan tidak terkoordinir menurun ┘ Gerakan terbatas menurun ┘ Kelemahan fisik membaik	Latihan Rentang Gerak Observasi ┘ Identifikasi indikasi dilakukan latihan ┘ Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi ┘ Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri saat bergerak Terapeutik ┘ Gunakan pakaian yang longgar ┘ Cegah terjadinya trauma saat latihan rentang gerak dilakukan ┘ Bantu mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi ┘ Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi ┘ Anjurkan pasien untuk melakukan rentang gerak aktif pasif secara sistematis ┘ anjurkan pasien untuk duduk ditempat tidur atau kursi jika perlu Edukasi ┘ Ajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan ┘ Informasikan tujuan dari latihan Kolaborasi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
↓ Rentang gerak (ROM) menurun Minor: ↓ Nyeri saat bergerak ↓ Enggan melakukan pergerakan ↓ Merasa cemas saat bergerak ↓ Sendi kaku ↓ Gerakan tidak terkoordinasi ↓ Gerakan terbatas Fisik lemah		Kolaborasi dengan fisioterapis

c. Analisis Keperawatan

Analisis keperawatan untuk pasien *post sectio caesarea* mencakup beberapa aspek penting (Cholifah & Rinata, 2021):

1. **Observasi dan Deteksi Komplikasi:** Pasca operasi *sectio caesarea*, ada kebutuhan untuk memonitor kondisi pasien secara cermat untuk mendeteksi komplikasi lebih awal. Observasi fokus pada trias komplikasi, yang meliputi:
 - a. **Kesadaran Pasien:** Dalam kasus anestesi lumbal, pasien umumnya memiliki kesadaran yang baik tentang proses persalinan. Sedangkan pada anestesi umum, kesadaran pasien dipulihkan menjelang akhir operasi dengan pemberian oksigen.
 - b. **Pemeriksaan Tanda-tanda Vital:** Ini meliputi pengukuran tensi, nadi, temperatur, dan pernapasan. Keseimbangan cairan juga dipantau melalui produksi urin dan penguapan badan, serta pemberian cairan pengganti.

- c. **Pemeriksaan Fisik:** Termasuk pemeriksaan paru untuk kebersihan jalan napas dan edema paru, bising usus untuk fungsi usus, perdarahan lokal pada luka operasi, dan kontraksi rahim untuk mengurangi perdarahan.
- 2. **Pencegahan Infeksi:** Mengingat risiko infeksi akibat alat yang kurang steril dan manipulasi vagina selama operasi, profilaksis antibiotika menjadi sangat penting. Pemberian antibiotika berperan dalam menghindari komplikasi berat seperti sepsis yang bisa berujung pada kematian

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan untuk pasien post sectio caesarea meliputi beberapa tahapan mobilisasi yang bertujuan untuk mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi. Pada 6 jam pertama setelah operasi, fokus utama adalah istirahat dengan tirah baring (Nurfitriani, 2017). Selama periode ini, pasien dapat melakukan mobilisasi dini dengan menggerakkan lengan, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, meregangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki. Kemudian, pada 6-10 jam berikutnya, pasien dianjurkan untuk bergerak dengan miring ke kiri dan ke kanan, yang penting untuk mencegah trombosis dan emboli.

Setelah 24 jam, langkah selanjutnya adalah membantu pasien belajar duduk. Ini merupakan bagian penting dalam proses pemulihan karena meningkatkan kemandirian pasien. Setelah pasien mampu duduk, mereka kemudian didorong untuk belajar berjalan. Langkah ini memungkinkan pasien untuk memulai mobilisasi lebih lanjut dengan melakukan aktivitas ringan. Tujuan

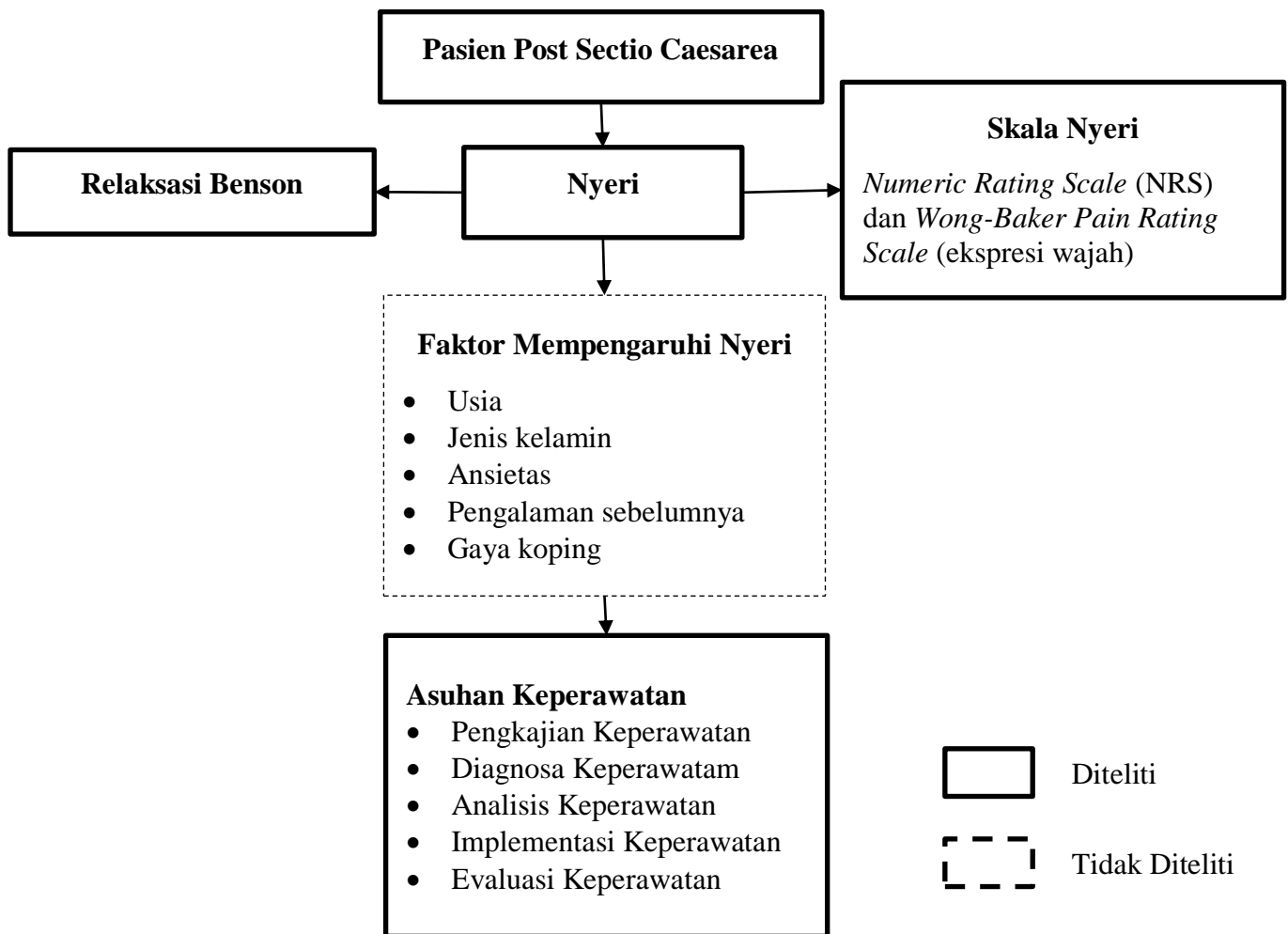
dari tahapan ini adalah untuk mempercepat pemulihan kesehatan pasien dan membantu mereka dalam kembali ke aktivitas normal sehari-hari dengan aman dan efektif

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam proses keperawatan merupakan tahap terakhir yang terbagi menjadi dua jenis: evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif merupakan penilaian yang dilakukan secara berkelanjutan oleh perawat setelah melaksanakan tindakan keperawatan, dengan tujuan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Evaluasi ini berlangsung terus-menerus hingga tujuan asuhan keperawatan tercapai. Di sisi lain, evaluasi sumatif dilakukan setiap hari untuk menilai efektivitas semua tindakan keperawatan yang telah diimplementasikan sesuai dengan diagnosa keperawatan. Evaluasi ini menggunakan format SOAP (Subjek, Objek, Analisis, dan Perencanaan). Dalam evaluasi sumatif, bagian Subjek mencakup respon yang diutarakan oleh pasien, sementara bagian Objek mencatat respon nonverbal dari pasien yang muncul setelah tindakan keperawatan dilakukan. Analisis dalam evaluasi sumatif adalah kesimpulan dari tindakan keperawatan yang dilakukan, menilai apakah masalah keperawatan teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi berdasarkan kriteria hasil yang ditetapkan. Bagian Perencanaan berisi tentang rencana tindakan keperawatan yang akan dijalankan selanjutnya. Terdapat tiga kemungkinan hasil dari evaluasi yang berkaitan dengan pencapaian tujuan tindakan keperawatan. Pertama, tujuan dianggap tercapai jika pasien menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan. Kedua, tujuan dianggap tercapai sebagian jika pasien

menunjukkan perubahan pada sebagian dari kriteria hasil yang ditetapkan. Ketiga, tujuan dianggap tidak tercapai jika pasien menunjukkan sedikit atau bahkan tidak ada perubahan dan kemajuan (Sokhivah, 2021).

2.2. KERANGKA TEORI

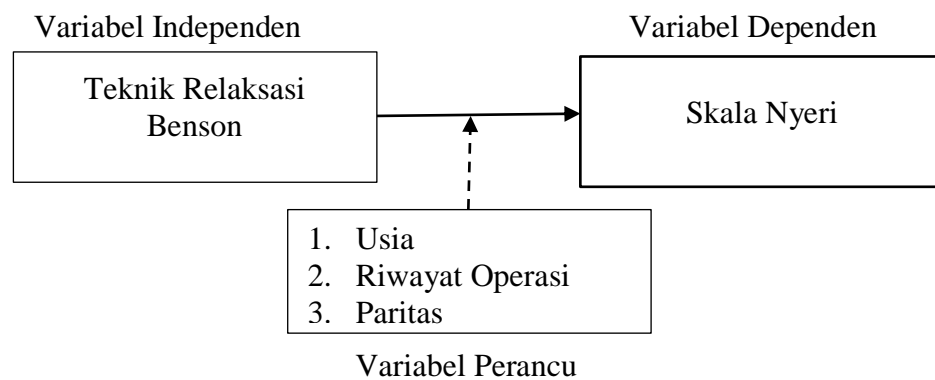


Gambar 2. 7. Kerangka Teori

2.3. KERANGKA KONSEP

Kerangka konseptual merupakan struktur yang menggambarkan hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur selama pelaksanaan

penelitian. Kerangka konsep ini menjelaskan adanya pengaruh atau tidaknya relaksasi Benson terhadap penurunan tingkat nyeri pasien *pasca-sectio caesarea* di RSM Ahmad Dahlan Kediri. Dalam penelitian ini, kerangka konseptual menggambarkan variabel-variabel yang dapat diukur. Berikut adalah variabel-variabel tersebut:



Gambar 2. 8. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

: Variabel yang diteliti
 : Variabel yang tidak diteliti

BAB III

METODE PENELITIAN