

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teoritis Medis

2.1.1 Definisi

Sectio Caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan. Sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Anjarsari, 2019).

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Martowirjo, 2018). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sagita, 2019).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Ramandanty (2019), klasifikasi bentuk pembedahan *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

1) *Sectio Caesarea* Klasik

Sectio Caesarea Klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

2) *Sectio Caesarea* Transperitonel Profunda

Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda disebut juga low cervical yaitu sayatan vertikal pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

3) *Sectio Caesarea* Histerektomi

Sectio Caesarea Histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *Sectio Caesarea*, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim.

4) *Sectio Caesarea* Ekstraperitoneal

Sectio Caesarea Ekstraperitoneal, yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *Sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum

Sedangkan menurut Sagita (2019), klasifikasi *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

1) *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Sectio caesarea transperitonealis profunda dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang.

Keunggulan pembedahan ini :

(a) Perdarahan luka insisi tidak seberapa banyak

(b) Bahaya peritonitis tidak besar

(c) Perut uterus umumnya kuat sehingga bahaya ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena pada nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

2) *Sectio Caesarea* korporal / klasik

Pada *Sectio Caesarea* korporal / klasik ini di buat kepada korpus uteri, pembedahan ini yang agak mudah dilakukan, hanya di selenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan *Sectio Caesarea* transperitonealis profunda. Insisi memanjang pada segmen uterus.

3) *Sectio Caesarea* ekstra peritoneal

Sectio caesarea ekstra peritoneal dahulu dilakukan untuk mengurangi bahaya injeksi peroral akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan ini sekarang tidak banyak lagi dilakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uteri berat.

4) *Sectio Caesarea* hysterectomy

Setelah *Sectio Caesarea*, dilakukan hysterectomy dengan indikasi :

- (a) Atonia uteri
- (b) *Plasenta accrete*
- (c) Myoma uteri
- (d) Infeksi intra uteri berat

2.1.3 Etiologi

Menurut Martowirjo (2018), etiologi dari pasien *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

- 1) Etiologi yang berasal dari ibu
 - (a) Plasenta Previa Sentralis dan Lateralis (posterior) dan totalis.
 - (b) Panggul sempit.
 - (c) Disporasi sefalo-pelvik : ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan panggul.
 - (d) Partus lama (prolonged labor)
 - (e) Ruptur uteri mengancam
 - (f) Partus tak maju (obstructed labor)
 - (g) Distosia serviks
 - (h) Pre-eklamsia dan hipertensi
 - (i) Disfungsi uterus
 - (j) Distosia jaringan lunak.
- 2) Etiologi yang berasal dari janin
 - (a) Letak lintang.
 - (b) Letak bokong.
 - (c) Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil.
 - (d) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara-cara lain tidak berhasil.
 - (e) Gemeli menurut Eastman, sectio caesarea di anjurkan :
 - (1) Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (Shoulder Presentation).
 - (2) Bila terjadi interlok (locking of the twins).
 - (3) Distosia oleh karena tumor.
 - (4) Gawat janin.

(f) Kelainan uterus :

(1) Uterus arkuatus

(2) Uterus septus

(3) Uterus duplekus

(4) Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuk kepala janin ke pintu atas panggul.

Sedangkan menurut Sagita (2019), indikasi ibu dilakukan *Sectio Caesarea* adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distres dan janin besar melebihi 4.000 gram> Dari beberapa faktor *Sectio Caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio sebagai berikut :

- 1) CPD (Chepalo Pelvik Dispropotion) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara normal. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan normal sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.
- 2) PEB (Pre-Eklamsi Berat) adalah kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternatal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini

amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

- 3) KDP (Ketuban Pecah Dini) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.
- 4) Bayi kembar, tak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *Sectio Caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.
- 5) Faktor hambatan jalan lahir, adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.
- 6) Kelainan Letak Janin
 - (a) Kelainan pada letak kepala
 - (1) Letak kepala tengadah, bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.
 - (2) Presentasi muka, letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %. Presentasi dahi, posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada

penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

- (b) Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Martowirjo (2018), manifestasi klinis pada klien dengan post *Section Caesarea* antara lain :

- 1) Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- 2) Terpasang kateter, urin jernih dan pucat.
- 3) Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- 4) Bising usus tidak ada.
- 5) Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- 6) Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- 7) Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak

2.1.5 Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang

parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea* (Ramadanty, 2018).

Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Dalam proses operasi, dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi. Efek anestesi juga dapat menimbulkan otot relaksasi dan menyebabkan konstipasi. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rangsangan pada area sensorik sehingga menyebabkan adanya rasa nyeri sehingga timbullah masalah keperawatan nyeri (Nanda Nic Noc, 2015).

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Martowirjo (2018), pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada ibu *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

- 1) Hitung darah lengkap.

- 2) Golongan darah (ABO), dan pencocokan silang, tes Coombs Nb.
- 3) Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa.
- 4) Pelvimetri : menentukan CPD.
- 5) Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II.
- 6) Ultrasonografi : melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.
- 7) Amniosintesis : Mengkaji maturitas paru janin.
- 8) Tes stres kontraksi atau non-stres : mengkaji respons janin
- 9) terhadap gerakan/stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal.
- 10) Penentuan elektronik selanjutnya : memastikan status janin/aktivitas uterus.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Ramadanty (2019), penatalaksanaan *Section Caesarea* adalah sebagai berikut :

1) Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

2) Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatulensi lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman

dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

3) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

4) Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

5) Pemberian Obat-Obatan

Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi.

6) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

Obat yang dapat di berikan melalui supositoria obat yang diberikan ketoprofen sup 2x/24 jam, melalui oral obat yang dapat diberikan tramadol atau

paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

7) Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit C.

8) Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

9) Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

10) Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

2.1.8 Komplikasi

Menurut NANDA NIC-NOC (2015) *Sectio Caesarea* komplikasi pada pasien *Sectio Caesarea* adalah :

1) Komplikasi pada ibu

Infeksi puerperalis, bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama

khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Perdarahan, bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang cabang arteri uterina ikut terbuka atau karena atonia uteri. Komplikasi lain seperti luka kandung kencing dan embolisme paru. suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa ruptur uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea*.

2) Komplikasi-komplikasi lain

Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih, dan embolisme paru.

3) Komplikasi baru

Komplikasi yang kemudian tampak ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea* Klasik.

2.2 Tinjauan Teoritis Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada ibu post operasi *Sectio Caesarea* menurut Sagita (2019) adalah sebagai berikut :

1) Identitas Klien

Meliputi : nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, status pernikahan, tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi, dan diagnosa medis.

2) Keluhan Utama

Keluhan utama pada post operasi *Sectio Caesarea* biasanya adalah nyeri dibagian abdomen akibat luka jahitan setelah operasi, pusing dan sakit pinggang.

3) Riwayat Kesehatan

(a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *Sectio Caesarea* seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, vasa previa), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (multiple pregnancy), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien. Riwayat pada saat sebelum inpartus di dapatkan cairan yang keluar pervaginam secara spontan kemudian tidak di ikuti tanda-tanda persalinan.

(b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Didapatkan data klien pernah riwayat *Sectio Caesarea* sebelumnya, panggul sempit, serta letak bayi sungsang. Meliputi penyakit yang lain dapat juga mempengaruhi penyakit sekarang, seperti danya penyakit Diabetes Melitus, jantung, hipertensi, hepatitis, abortus dan penyakit kelamin.

(c) Riwayat Perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

(d) Riwayat Obsterti

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas post operasi *Sectio Caesarea* yang lalu.

(e) Riwayat Persalinan Sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak

(f) Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

(g) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah penyakit turunan dalam keluarga seperti jantung, Hipertensi, TBC, Diabetes Melitus, penyakit kelamin, abortus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien

4) Pola Fungsi Kesehatan

(a) Pola Aktivitas

Aktivitas klien terbatas, dibantu oleh orang lain untuk memenuhi keperluannya karena klien mudah letih, klien hanya bisa beraktivitas ringan seperti : duduk ditempat tidur, menyusui

(b) Pola Eliminasi

Klien dengan pos partum biasanya sering terjadi adanya perasaan sering/susah kencing akibat terjadinya odema dari trigono, akibat tersebut

menimbulkan infeksi uretra sehingga menyebabkan konstipasi karena takut untuk BAB

(c) Pola Istirahat dan Tidur

Klien pada masa nifas sering terjadi perubahan pola istirahat dan tidur akibat adanya kehadiran sang bayi dan nyeri jahitan

(d) Pola Hubungan dan Peran

Klien akan menjadi ibu dan istri yang baik untuk suaminya

(e) Pola Penanggulangan Stress

Klien merasa cemas karena tidak bisa mengurus bayinya sendiri

(f) Pola Sensori Kognitis

Klien merasakan nyeri pada primeum karena adanya luka janhitan akibat *Sectio Caesarea*

(g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa dirinya tidak seindah sebelum hamil, semenjak melahirkan klien menalami perubahan pada ideal diri

(h) Pola Reproduksi dan Sosial

Terjadi perubahan seksual atau fungsi seksualitas akibat adanya proses persalinan dan nyeri ekas jahitan luka *Sectio Caesarea*

5) Pemeriksaan Fisik

(a) Tanda - Tanda Vital

Apabila terjadi perdarahan pada post partum tekana darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh turun

(b) Kepala

1) Rambut

Bagaimana bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut, dan apakah ada benjolan

2) Mata

Terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sclera kuning

3) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga

4) Hidung

Adanya polip atau tidak dan apabila pada post partum kadangkadang ditemukan pernapasan cuping hidung

5) Mulut dan Gigi

Mulut bersih / kotor, mukosa bibir kering / lembab

(c) Leher

Saat dipalpasi ditemukan ada / tidak pembesaran kelenjar tiroid, karna adanya proses penerangan yang salah

(d) Thorax

1) Payudara

Simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada payudara, areola hitam kecoklatan, puting susu menonjol, air susu lancer dan banyak keluar

2) Paru-Paru

Inspeksi : Simetris / tidak kiri dan kanan, ada / tidak terlihat pembengkakan.

Palpasi : Ada / tidak nyeri tekan, ada / tidak teraba massa

Perkusi : Redup / sonor

Auskultasi : Suara nafas Vesikuler / ronkhi / wheezing

3) Jantung

Inspeksi : Ictus cordis teraba / tidak

Palpasi : Ictus cordis teraba / tidak

Perkusi : Redup / tympani

Auskultasi : Bunyi jantung lup dup

(e) Abdomen

Inspeksi : Terdapat luka jahitan post op ditutupi verban, adanya striegravidarum

Palpasi : Nyeri tekan pada luka, konsistensi uterus lembek / keras

Perkusi : Redup

Auskultasi : Bising usus

(f) Genetalia

Pengeluaran darah bercampur lender, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekomium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak

(g) Ekstremita

Pemeriksaan odema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarkan uterus, karena pre eklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2015) diagnosa keperawatan yang timbul pada ibu post operasi *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

- 1) Nyeri berhubungan dengan terputusnya jaringan pada luka insisi ditandai dengan adanya laporan verbal atau non verbal menunjukkan kerusakan, skala nyeri diatas normal, posisi untuk mengurangi nyeri, tingkah laku berhati-hati, gangguan tidur, muka topeng, fokus pada diri sendiri, perubahan napas, nadi, tingkah laku ekspresif (gelisah, meringis, dan lemah).
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan merasa lemah
- 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik dibuktikan dengan tidak mampu mandi/berpakaian secara mandiri
- 4) Kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan perdarahan ditandai dengan adanya penurunan tekanan darah, peningkatan pernapasan, peningkatan denyut nadi, adanya keringat dingin berlebihan, ekstremitas dan wajah teraba dingin, serta adanya oliguria/anuria
- 5) Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi
- 6) Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif, paparan lingkungan patogen

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Nanda NIC-NOC 2016

No	Diagnosa Keperawatan	NOC (<i>Nursing Outcome Classification</i>)	NIC (<i>Nursing Intervention Classification</i>)
1	Nyeri berhubungan dengan terputusnya jaringan pada luka insisi ditandai dengan adanya laporan verbal atau non verbal menunjukkan kerusakan, skala nyeri diatas normal, posisi untuk mengurangi nyeri, tingkah laku berhati-hati, gangguan tidur, muka topeng, fokus pada diri sendiri, perubahan napas, nadi, tingkah laku ekspresif (gelisah, meringis, dan lemah).	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan indicator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5) Tanda vital dalam rentang normal (TD : 100-120/80 mmHg, HR : 60-100x/i, RR : 16-24 x/i, T : 36,5 - 37,5 °C) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 7) Kurangi faktor presipitasi nyeri 8) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 9) Ajarkan tentang tehnik non farmakologi yaitu <i>Biologic Nurturing Baby Led Feeding</i> untuk mengurangi rasa nyeri post operasi

			10) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2015).

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti yaitu berfokus pada masalah keperawatan nyeri dengan melakukan terapi *Biologic Nurturing Baby Led Feeding*. Saat melakukan *Biologic Nurturing Baby Led Feeding* tindakan lain yang akan dilakukan seperti memonitor skala nyeri dan melakukan pengurukan tanda-tanda vital klien.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2015), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

1) Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif disebut juga sebagai evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif ini penulis menilai klien mengenai perubahan rasa nyeri dan skala nyeri yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan *Biologic Nurturing Baby Led Feeding*.

2) Evaluasi Sumatif

Evaluasi somatif disebut juga evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Subjektif, Objektif, *Assesment*, Perencanaan). Pada evaluasi somatif ini penulis menilai tujuan akhir dari penerapan terapi *Biologic Nurturing Baby Led Feeding* yang penulis lakukan yaitu ada atau tidaknya perubahan rasa nyeri dan skala nyeri setelah dilakukan tindakan *Biologic Nurturing Baby Led Feeding* tersebut.

Pada tahap ini penulis melakukan penilaian secara subjektif melalui ungkapan klien dan secara objektif. Evaluasi yang dilakukan sesuai dengan kriteria hasil.

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- 5) Tanda vital dalam rentang normal

2.3 Tinjauan Teoritis Nyeri

2.3.1 Definisi

Nyeri adalah kondisi yang menyebabkan suatu ketidaknyamanan. Rasa ketidaknyamanan dapat disebabkan oleh terjadinya kerusakan saraf sensori atau juga diawali rangsangan aktivitas sel T ke korteks serebri dan menimbulkan persepsi nyeri (Wijaya, 2017).

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual ataupun potensial. Nyeri merupakan

alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan dan yang paling banyak dikeluhkan (Kusumaningrum, 2017).

Nyeri adalah sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain. Nyeri bersifat universal, berbeda persepsi dan bersifat individual. Nyeri merupakan mekanisme fisiologis bertujuan untuk melindungi diri dan disebabkan oleh stimulus tertentu (Anjarsari, 2019).

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Menurut Martowirjo (2018), klasifikasi nyeri adalah sebagai berikut :

1) Berdasarkan sumbernya

- (a) Cutaneus/ superfisial, yaitu nyeri yang mengenai kulit/ jaringan subkutan, biasanya bersifat burning (seperti terbakar).
- (b) Deep somatik/nyeri dalam, yaitu nyeri yang muncul dari ligament, pembuluh darah, tendon dan syaraf, nyeri menyebar dan lebih lama daripada cutaneus. (contoh : sprain sendi)
- (c) Visceral (pada organ dalam), stimulasi reseptor nyeri dalam rongga abdomen, kranium, dan thorak. Biasanya terjadi karena spasme otot, iskemia, regangan jaringan

2) Berdasarkan Durasi

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis.

- (a) Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

(b) Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis

2.3.3 Stimulus Nyeri

Menurut Anjarsari (2019), seorang dapat mentoleransi, menahan nyeri (pain tolerance) atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (pain threshold). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, antaranya :

- 1) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- 2) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- 3) Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.
- 4) Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteria koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
- 5) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

2.3.4 Manajemen Nyeri

Menurut Anziarni (2019), strategi dalam penatalaksanaan nyeri mencakup baik pendekatan farmakologi dan non-farmakologi. Pendekatan ini diseleksi berdasarkan kebutuhan dan tujuan pasien secara individu.

1) Manajemen Nyeri Non-Farmakologis

Manajemen nyeri non farmakologis sangatlah banyak, seperti stimulus nyeri, teknik distraksi, biofeed back atau umpan balik hayati, mengurangi persepsi

nyeri, secara herbal, teknik relaksasi. Teknik relaksasi juga memiliki banyak jenis dan sesuai seperti teknik relaksasi napas dalam, teknik relaksasi benson, teknik relaksasi slow deep breathing, teknik relaksasi otot progresif, teknik relaksasi autogenik, dan lain sebagainya. Untuk ibu post operasi *Sectio Caesarea* dapat dilakukan manajemen nyeri berupa *biologic nurturing baby led feeding*.

2) Manajemen Nyeri Farmakologis

Analgesic merupakan metode penanganan nyeri yang paling umum dan sangat efektif dalam manajemen nyeri farmakologis. Ada tiga tipe analgesic, yaitu :

- (a) Non-opioid mencakup asetaminofen dan obat antiinflammatory drug/NSAID
- (b) Opioid : secara tradisional dikenal dengan narkotik
- (c) Tambahan / pelengkap / koanalgesik (adjuvants) :

2.3.5 Skala Nyeri

Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan teknik (*PQRST*) : P (*Paliatif/Profokatif* = yang menyebabkan timbulnya masalah), Q (*Quality* = kualitas nyeri yang dirasakan), R (*Regio* = lokasi nyeri), S (*Severity* = keparahan), T (*Time* = waktu), (Wijaya, 2017).

Jenis Skala nyeri menurut Nursalam (2016), adalah sebagai berikut :

1) Skala McGill Pain Questionnaire

Skala McGill Pain Questionnaire Terdiri dari empat bagian yaitu gambar nyeri, indeks nyeri (PRI), pertanyaan pertanyaan mengenai nyeri terdahulu dan lokasinya, dan indeks intensitas nyeri yang dialami saat ini. Terdiri dari 78 kata sifat/ajektif, yang dibagi ke dalam 20 kelompok. Setiap set mengandung sekitar 6 kata yang menggambarkan kualitas nyeri yang makin meningkat. Kelompok 1

sampai 10 menggambarkan kualitas sensorik nyeri (misalnya, waktu/temporal, lokasi/spatial, suhu/thermal). Kelompok 11 sampai 15 menggambarkan kualitas efektif nyeri (misalnya stres, takut, sifat-sifat otonom). Kelompok 16 menggambarkan dimensi evaluasi dan kelompok 17 sampai 20 untuk keterangan lain-lain dan mencakup kata-kata spesifik untuk kondisi tertentu. Penilaian menggunakan angka diberikan untuk setiap kata sifat dan kemudian dengan menjumlahkan semua angka berdasarkan pilihan kata pasien maka akan diperoleh angka total.

Tabel 2.2 Skala McGill Pain Questionnaire

Rasa	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Berat
Cekat-Cekot	0)	1)	2)	3)
Menyentak	0)	1)	2)	3)
Menikam (seperti pisau)	0)	1)	2)	3)
Tajam (seperti silet)	0)	1)	2)	3)
Keram	0)	1)	2)	3)
Menggigit	0)	1)	2)	3)
Terbakar	0)	1)	2)	3)
Ngilu	0)	1)	2)	3)
Berat/pegal	0)	1)	2)	3)
Nyeri sentuh	0)	1)	2)	3)
Mencabik-cabik	0)	1)	2)	3)
Melelahkan	0)	1)	2)	3)
Memualkan	0)	1)	2)	3)
Menghukum Kejam	0)	1)	2)	3)

2) Skala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Untuk pasien bayi 0-1 tahun, digunakan skala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Karena sistem neurologi belum berkembang sempurna saat bayi dilahirkan. Sebagian besar perkembangan otak, mielinisasi sistem saraf pusat dan perifer, terjadi selama tahun pertama kehidupan. Beberapa refleks primitif sudah ada pada saat dilahirkan, termasuk refleks menarik diri ketika mendapat stimulus nyeri. Bayi baru lahir seringkali memerlukan stimulus yang kuat untuk menghasilkan respons dan kemudian dia akan merespons dengan cara menangis dan menggerakkan seluruh tubuh. Kemampuan melokalisasi tempat stimulus dan untuk menghasilkan respons spesifik motorik anak-anak berkembang seiring dengan tingkat mielinisasi

Tabel 2.3 Skala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Keterangan	Assesment Nyeri
Ekspresi wajah 0 – Otot relaks 1 – Meringis	Wajah tenang, ekspresi netral Otot wajah tegang, alis berkerut (ekspresi wajah negatif)
Tangisan 0 – Tidak menangis 1 – Merengek 2 – Menangis keras	Tenang, tidak menangis Mengerang lemah intermiten Menangis kencang, melengking terus menerus (catatan: menangis tanpa suara diberi skor bila bayi diintubasi)
Pola napas 0 – Relaks 1 – Perubahan napas	Bernapas biasa Terikan ireguler, lebih cepat dibanding biasa, menahan napas, tersedak
Tungkai 0 – Relaks 1 – Fleksi /Ekstensi	Tidak ada kekakuan otot, gerakan tungkai biasa Tegang kaku
Tingkat kesadaran 0 – Tidur / bangun 1 - Gelisah	Tenang tidur lelap atau bangun Sadar atau gelisah

Interpretasi:

Skor 0 tidak perlu intervensi

Skor 1-3 intervensi non-farmakologis

Skor 4- 5 terapi analgetik non-opioid

Skor 6-7 terapi opioid

3) Skala Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)

Untuk derajat nyeri yang lama dirasakan, seperti nyeri pasca bedah, skala pengukuran berdasarkan tingkah laku yang digunakan antara lain Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS). Pengamatan ini terdiri dari pengamatan terhadap 6 jenis tingkah laku (menangis, ekspresi fasial, ekspresi verbal, posisi tubuh, posisi sentuh dan posisi tungkai) pada anak 1 – 5 tahun

Tabel 2.4 Skala Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)

Parameter	Keterangan	Point
Menangis	Tidak Menangis	1
	Merengek	2
	Menangis	2
	Menjerit	3
Fasial	Tersenyum	0
	Tenang	1
	Meringis	2
Verbal	Positif	0
	Tidak ada	1
	Keluhan non nyeri	1
	Keluhan nyeri	2
	Keluhan nyeri dan non nyeri	2
Sikap Tubuh	Netral	1

	Terus menerus merubah posisi	2
	Kaku	2
	Menggigil	2
	Duduk Tegak	2
	Tidak mau berubah posisi	2
Menyentuh bagian yang nyeri	Tidak menyentuh bagian yang nyeri	1
	Meraih bagian yang nyeri	2
	Menyentuh dan memegang erat bagian yang nyeri	2
	Tangan tidak mau berubah posisi	2
Tungkai bawah	Netral	1
	Menendang sambil menjerit	2
	Kaku dan ditarik	2
	Berdiri	2
	Tidak mau mengubah posisi	2

Skor nyeri CHEOPS adalah jumlah nilai dari keenam parameter.

Skor minimum : 4, skor maksimum : 13

4) Skala FLACC Behavioral Tool

Pada anak usia <3 tahun atau anak dengan gangguan kognitif atau untuk pasien pasien anak yang tidak dapat dinilai dengan skala lain, digunakan FLACC Behavioral Tool. FLACC singkatan dari Face, Legs, Activity, Cry, and Consolability

Tabel 2.5 Skala FLACC Behavioral Tool

Keterangan	0	1	2
Face = wajah	Tidak ada perubahan	Menyeringai, berkerut,	Menyeringai lebih sering, tangan

	ekspresi (senyum)	menarik diri, tidak tertarik	mengepal, menggigil, gemetar
Legs = tungkai	Posisi normal atau relaksasi	Tidak nyaman, gelisah, tegang	Mengejang/ tungkai dinaikkan ke atas
Activity= aktivitas	Posisi nyaman dan normal, gerakan ringan	Menggeliat, tegang, badan bolak balik, bergerak pelan, terjaga dari tidur	Posisi badan melengkung, kaku atau menghentak tiba tiba, tegang, menggesekkan badan
Cry = tangisan	Tidak menangis/merintih (posisi terjaga atau tertidur pulas)	Mengerang, merengek, kadangkala menangis, rewel	Menangis keras menjerit, mengerang, terisak, menangis rewel setiap saat
Consolability	Tenang, relaks, ingin bermain	Minta dipeluk, rewel	Tidak nyaman dan tidak ada kontak mata

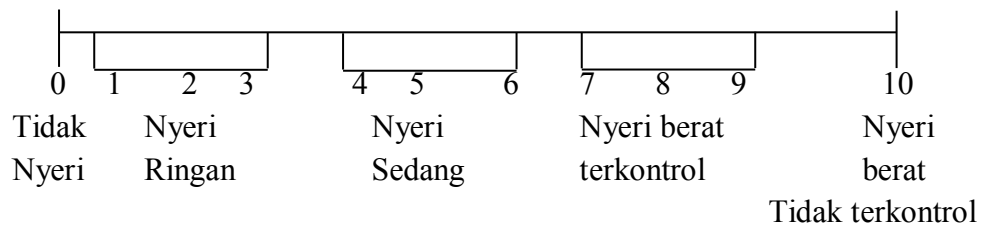
Interpretasi:

Skor total dari lima parameter di atas menentukan tingkat keparahan nyeri dengan skala 0-10. Nilai 10 menunjukkan tingkat nyeri yang hebat.

5) Skala Pendiskripsi Verbal (Verbal Descriptor Scale/VDS)

VDS merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendiskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendiskripsi ini dirangking dari tidak terasa nyeri sampai sangat nyeri (nyeri yang tak tertahankan). pengukur menunjukkan kepada pasien skala tersebut dan memintanya untuk memilih intensitas nyeri yang dirasakannya. Instrumen VDS ini memungkinkan pasien memilih sebuah kategori untuk mendiskripsikan nyeri.

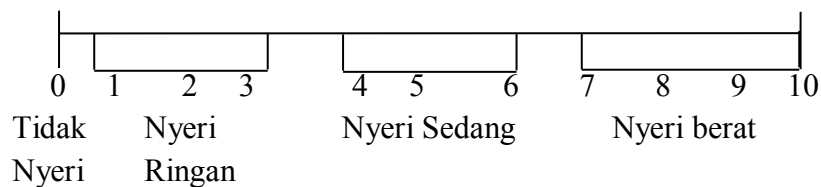
Gambar 2.1 Verbal Descriptor Scale/VDS



6) Skala penilaian Numerik (Numerical Rating Scale/NRS)

NRS lebih digunakan sebagai pengganti atau pendamping VDS. Dalam hal ini klien memberikan penilaian nyeri dengan menggunakan skala 0 sampai 10. Skala paling efektif digunakan dalam mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Penggunaan skala NRS biasanya dipakai patokan 10 cm untuk menilai nyeri pasien. Nyeri yang dinilai pasien akan dikategorikan menjadi tidak nyeri(0),nyeri ringan (1-3) secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, (4-6) secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik, (7-9) secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi, dan (10) pasien sudah tidak mamu lagi berkomunikasi, memukul.

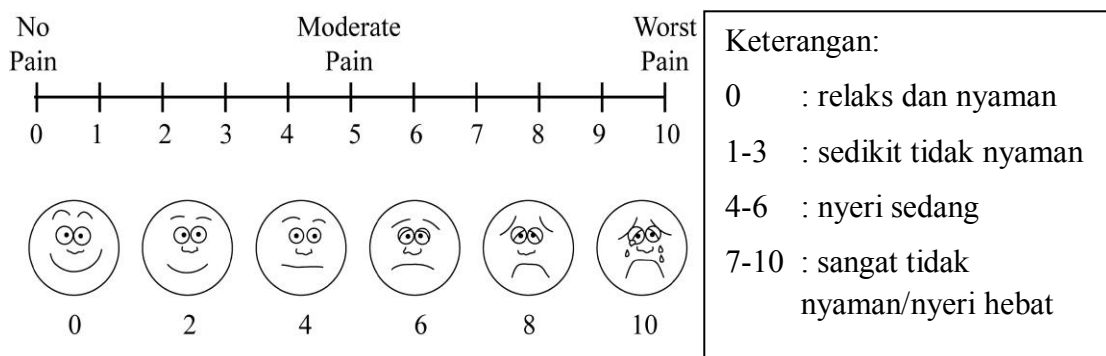
Gambar 2.2 Numerical Ratting Scale/NRS



7) Skala Analog Visual (Visual Analog Scale/VAS)

VAS adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang klien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Skala Analog Visual (Visual Analog Scale/VAS) pengukur tingkat nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian angka yang menurut mereka paling tepat dapat menjelaskan tingkat nyeri yang dirasakan pada satu aktu.

Gambar 2.3 Visual Analog Scale



2.4 Tinjauan Teoritis *Biologic Nurturing Baby Led Feeding*

2.4.1 Definisi

Biologic Nurturing Baby Led Feeding adalah salah satu manajemen nyeri non-farmakologis yang mampu mengalihkan toleransi nyeri dan ambang batas nyeri yang direkomendasikan bagi ibu nifas post *Sectio Caesarea* untuk lebih dirasakan rileks sehingga menyebabkan nyeri luka jahitan lebih minimal (Susilo, 2018).

Biologic Nurturing Baby Led Feeding adalah terapi nyeri yang dilakukan pada ibu untuk mengalihkan toleransi nyeri saat dan setelah ibu menjalani aktifitas menyusui dan kontak langsung dengan bayi, dengan menyusui ibu mau beradaptasi serta berespons terhadap nyeri dengan lebih baik, sehingga ibu lebih toleran terhadap rasa nyeri yang dialaminya (Cahyanti, 2019).

2.4.2 Posisi *Biologic Nurturing Baby Led Feeding*

Posisi *biologic nurturing baby led feeding*, ibu nifas menyusui dengan posisi rebahan sambil bersandar, dengan sudut kemiringan antara 15°-64° kemudian bayi diletakkan di atas dada, dan dibiarkan melekat dengan sendirinya. Pada cara ini, ibu tidak banyak mengintervensi posisi bayi, kedua tangan ibu bebas, memegang bayi sekedar untuk menjaganya agar tidak terguling, sehingga membuat ibu lebih nyaman, lebih tenang, dan lebih rileks, meminimalisir ketegangan di kepala, leher, pundak dan punggung. Ibu juga tidak perlu terlalu berkonsentrasi untuk memikirkan posisi dan pelekatan yang benar (Susilo, 2018).

Penurunan nyeri pada ibu post Sectio Caesare pasca menyusui dengan *biologic nurturing baby led feeding* juga berkaitan dengan kontak kulit antara ibu dan bayinya yang disebut dengan terapi stimulasi kutaneus. Salah satu pemikiran tentang cara kerja khusus stimulasi kutaneus adalah menyebabkan pelepasan endorfin sehingga memblokir transmisi stimulasi nyeri (Cahyanti, 2019).

Intervensi *biologic nurturing baby led feeding* mampu mengalihkan toleransi nyeri dan ambang batas nyeri saat dan setelah ibu menjalani aktifitas menyusui dan kontak langsung dengan bayi, dengan menyusui ibu mau beradaptasi serta berespons terhadap nyeri dengan lebih baik, sehingga ibu lebih toleran

terhadap rasa nyeri yang dialaminya. Posisi menyusui *biologic nurturing baby led feeding* dapat dijadikan penghambat (menutup) agar impuls saraf tidak dapat berjalan bebas sehingga tidak dapat mentransmisikan impuls atau pesan sensori ke korteks sensorik. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri (Anziarni, 2019).