

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar *Sectio Caesarea***

##### **1. Pengertian**

Persalinan *Sectio caesarea* merupakan proses pembedahan untuk melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut dan dinding rahim. Persalinan dengan metode *Sectio caesarea* dilakukan atas dasar indikasi medis baik dari sisi ibu dan janin, seperti placenta previa, presentasi atau letak abnormal pada janin, serta indikasi lainnya yang dapat membahayakan nyawa ibu maupun janin (Cunningham et al.,2018).

*Seksi cesarea* berasal dari perkataan Latin “*Caedere*” yang artinya memotong. *Seksi Cesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Mochtar, 1998 dalam Maryunani, 2014).

*Sectio Caesarea* (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam. (Juliathi et al., 2021).

##### **2. Jenis-jenis *Sectio Caesarea***

Operasi *Section Caesareia* (SC) secara umum dibedakan menjadi primer dan sekunder. *Sectio caesarea* primer merupakan tindakan yang dilakukan pertama kali, sedangkan *Sectio caesarea* sekunder merupakan tindakan *Sectio caesarea* dengan riwayat *Sectio caesarea* sebelumnya. Berdasarkan urgensinya, *Section Caesarea* (SC) dapat dibedakan menjadi *Sectio caesarea cito* dan elektif. Hanya 1% kehamilan yang memerlukan *Sectio caesarea cito*, yaitu *Sectio caesarea* yang dilakukan setelah proses persalinan dimulai. Sedangkan *Sectio caesarea* selektif adalah tindakan *Sectio caesarea* terencana yang dilakukan sebelum proses persalinan dimulai. (Farrah Fadhilah & Sari, 2021).

Operasi *Sectio caesarea* emergency dibagi kedalam 3 kategori, yaitu :

Kategori 1 : gawat janin atau gawat ibu yang membahayakan nyawa,

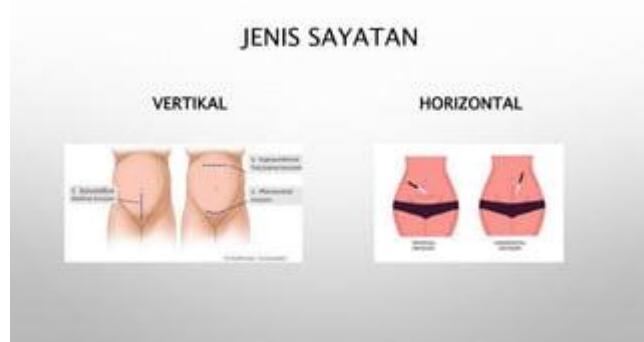
Kategori 2: kegawatan janin atau ibu yang tidak membahayakan nyawa, Kategori 3 : persalinan dibutuhkan tanpa adanya tanda gawat janin atau gawat ibu.

Tingkat urgensi *sectio caesarea* (SC) akan menentukan waktu tindakan harus dilakukan. Persalinan yang termasuk kedalam kategori 1 dan 2 perlu mendapatkan penanganan dengan *Sectio caesarea* secepatnya. Tindakan *Sectio caesarea* harus dilakukan segera setelah diagnosis dibuat, yaitu dalam kurun waktu 30 menit pada kategori 1 dan dalam 75 menit pada kategori 2. (Setijanto, 2020)

*Sectio Caesarea* (SC) hanya memiliki kontra indikasi relative, tetapi tidak ada kontra indikasi absolut. Kontra indikasi *Sectio caesarea* adalah pada 2 keadaan, Keselamatan ibu terancam bila tindakan dilakukan (misalnya, ibu menderita gangguan pulmonal berat) Feitus diketahui memiliki abnormalitas kariotipik atau anomaly kongenital yang dapat menyebabkan kematian segera setelah lahir (misalnya, *anencephaly*), (Setijanto, 2020).

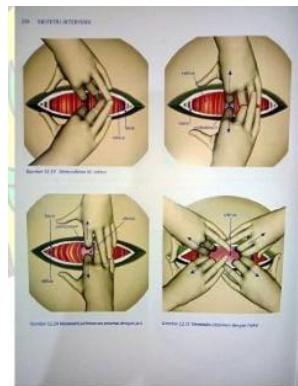
### 3. Anatomi dan Fisiologi *Sectio caesarea*

#### a. Anatomi



Gambar 2.1 Teknik Klasik Dengan Sayatan Vertikal

Sumber: (Wikipedia, 2017)



Gambar 2. 2 Teknik *Transperitonealis Profunda* dengan sayatan melintang

Sumber: (P.J. Dorr V, 2015).

Macam-macam bedah *caesareae*

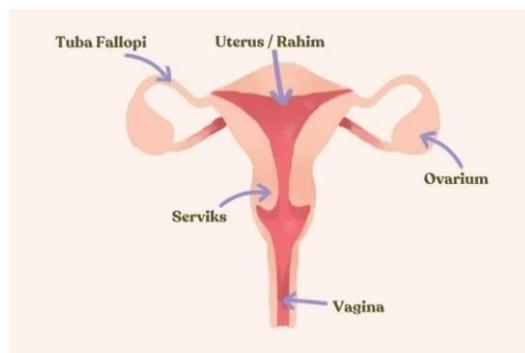
1. Teknik *Sectio caesarea corporal/klasik*

Dilakukan insisi (irisasi/sayatan) pada korps uteri (tubuh Rahim) sepanjang 10-12 cm, sehingga sayatan yang terbentuk adalah garis vertical.

2. Teknik *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Pembedahan ini paling banyak dilakukan. Melakukan insisi pada segmen bawah Rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan dan kiri agak melengkung ke atas untuk menghindari terbukanya cabang-cabang pembuluh darah. Sehingga garis yang terbentuk adalah horizontal.

**b. Fisiologi**



Gambar 2.3 Anatomi Sistem Reproduksi pada Wanita Interna

Sumber: (Arma N et al., 2015)

## 1. Vagina

Vagina merupakan suatu tuba berdinding tipis yang dapat melipat dan mampu meregang secara luas. Mukosa vagina berespon dengan cepat terhadap stimulasi esterogen dan progesteron. sel-sel mukosa tangan terutama selama siklus menstruasi dan selama masa hamil. Cairan vagina berasal dari traktus genitalis atas ataum bawah. Cairan sedikit asam, interaksi antara laktobasilus vagina dan glikogen mempertahankan keasaman. Apabila pH naik diatas lima, insiden infeksi vagina meningkat. Cairan yang terus mengalir dari vagina mempertahankan kebersihan relatif vagina.

## 2. Uterus

Uterus adalah organ berdinding tebal, muskular, pipih, cekung yang tampak mirip buah pir yang terbalik. Uterus normal memiliki bentuk simetris, nyeri bila di tekan, licin dan teraba padat. Uterus terdiri dari tiga bagian, fundus yang merupakan tonjolan bulat di bagian atas dan insersituba fallopi, korpus yang merupakan bagian utama yang mengelilingi cavum uteri, dan istmus, yakni bagian sedikit konstriksi yang menghubungkan korpus dengan serviks dan dikenal sebagai sekmen uterus bagian bawah pada masa hamil. Tiga fungsi uterus adalah siklus menstruasi dengan peremajaan endometrium, kehamilan dan persalinan.

## 3. Tuba Falopi

Sepasang tuba falopi melekat pada fundus uterus. Tuba ini memanjang ke arah lateral, mencapai ujung bebas legamen lebarkan berlekuk-lekuk mengelilingi setiap ovarium. Panjang tuba ini kira-kira 10 cm dengan berdiameter 0,6 cm. Tuba falopi merupakan jalan bagi ovum.

## 4. Ovarium

Sebuah ovarium terletak di setiap sisi uterus, di bawah dan di belakang tuba falopi. Dua ligamen mengikat ovarium pada tempatnya, yakni bagian mesovarium ligamen lebar uterus, yang memisahkan ovarium dari sisi dinding pelvis lateral kira-kira setinggi krista iliaka antero superior, dan ligamentum ovari proprium, yang mengikat

ovarium ke uterus. Dua fungsi ovarium adalah menyelenggarakan ovulasi dan memproduksi hormon.

#### 4. Etiologi

Operasi *Sectio Caesara* dilakukan atas indikasi yaitu :

a. Indikasi dari ibu

Pada primigravida atau kehamilan pertama dengan kelainan posisi, *Cefalo Pelvix Disproportion* (CPD), disproporsi janin dan panggul, riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, kehamilan disertai dengan penyakit (DM, jantung), ketidakseimbangan antara ukuran kepala bayi dan panggul ibu, gangguan perjalanan persalinan (mioma uteri, kista ovarium dan sebagainya), keracunan parah ketika hamil, komplikasi pada saat kehamilan seperti preeklampsia dan eklampsia berat, serta atas keinginan ibu sendiri. (Agustin, 2022)

b. Indikasi dari janin

Gawat janin, kelainan tali pusat seperti terlilit tali pusat, prolapsus tali pusat, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin yaitu bayi yang besar (*giant baby*). Sedangkan faktor dari plasenta meliputi plasenta previa, solutio plasenta, vasa previa dan plasenta accreta, kegagalan persalinan vakum serta bayi kembar. (Samsider Sitorus, 2021).

#### 5. Klasifikasi *sectio caesarea*

Menurut Manuaba (2012), menyatakan bentuk pembedahan *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi, yaitu :

a. *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.

b. *Sectio caesarea transperitoneal*

*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.

c. *Sectio caesarea histerektomi*

*Sectio caesarea histerektomi* adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea*, dilanjutkan dengan pegangkatan rahim.

d. *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 11 insisi dinding dan faisa abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

## 6. Manifestasi klinis *Sectio caesarea*

Berdasarkan Hijratun (2019), manifestasi klinis *sectio caesarea*, antara lain:

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- b. Terpasang kateter, urin berwarna jernih dan pucat.
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- d. Tidak ada bising usus.
- e. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru.
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- g. Aliran lokhia sedang dan bebas bekuan, berlebihan, dan banyak.

## 7. Patofisiologi

Adanya hambatan atau kelainan saat persalinan yang dapat mengakibatkan bayi tidak bisa lahir spontan, seperti ketidakseisaian antara panggul ibu dengan ukuran kepala bayi, pre eklampsia dan eklampsia berat, keracunan kehamilan yang parah, kelainan letak bayi yaitu lintang dan sungsang, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini atau solusio plasenta, leher rahim yang tertutup oleh plasenta atau dikenal dengan plasenta previa, ibu hamil yang berusia lanjut, bayi

kembar, ketuban pecah sebelum waktunya dan bayi yang belum keluar dalam waktu 24 jam, serta kontraksi lemah. (Susanto, 2018)

Operasi *sectio caesaria* ini dilakukan tindakan pembiusan yang dapat mengakibatkan pasien immobilisasi, sedangkan efek dari anastesi dapat menyebabkan konstipasi. Pada dinding abdomen dan rahim pasien dilakukan tindakan insisi atau proses pembedahan sehingga mengakibatkan terputusnya jaringan yang merangsang area sensorik. Hal ini yang menyebabkan gangguan rasa nyaman pada pasien yaitu nyeri. (Yuanita Syaiful, 2020)

Selepas berakhirnya operasi bedah ini, daerah sayatan yang ditutup akan menyebabkan luka *post sectio caesaria*, yang apabila dalam perawatannya tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan risiko infeksi. Pada saat *post partum*, hormon progesterone dan estrogen akan menurun yang dapat menyebabkan kontraksi dan involusi uterus tidak adekuat sehingga terjadi perdarahan dan risiko syok, hemoglobin menurun, kekurangan O<sub>2</sub>, mengakibatkan kelemahan serta dapat menyebabkan defisit perawatan diri (Samsider Sitorus, 2021).

## **8. Pemeriksaan Diagnostik *Sectio caesarea***

Menurut (Indriyani, 2018) Pemantau janin terhadap kesehatan janin:

- a. Pemantauan EKG.
- b. Jumlah Darah lengkap dengan diferensial.
- c. Elektrolit.
- d. Hemoglobin/Hematokrit.
- e. Golongan dan pencocokan silang darah.
- f. Urinalis.
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai undikasi.
- h. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi.
- i. Ultrasound sesuai kebutuhan.

## 9. Komplikasi

Komplikasi *Post Sectio caesarea* menurut Nurjaya (2022) ialah :

- a. Nyeri pada daerah insisi,
- b. Perdarahan primer sebagai akibat kegagalan mencapai homeostatis karena insisi Rahim atau akibat atonia uteri,
- c. Sepsis setelah pembedahan, frekuensi dan komplikasi ini lebih besar bila *sectio caesaria* dilaksanakan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim,
- d. Cidera pada sekeliling usus besar, kandung kemih yang lebar dan ureter,
- e. Infeks akibat luka pasca operasi,
- f. Bengkak pada ekstremitas bawah,
- g. Gangguan laktasi,
- h. Penurunan elastisitas otot perut dan otot dasar panggul.

Sedangkan menurut Anggorowati & Sudiharjani (2018), komplikasi penting yang muncul pada *Sectio Caeisareia* (SC) ialah mencakup perdarahan, infeksi sesudah pembedahan. Penyebab utama triase kematian pada ibu hamil dan nifas yaitu perdarahan 60 %, infeksi 26 %, gestosis 15 %. Masih banyak penyebab kematian ibu antara lain disebabkan oleh keracunan kehamilan/eklamsi (kaki bengkak dan darah tinggi) sebanyak 24 %, dan infeksi 11%. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode awal karena merupakan masa kritis bagi ibu. Di perkirakan bahwa 60 % kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 40 % kematian masa nifas terjadi 24 jam pertama.

Persalinan bedah besar (*sectio caesarea*) memiliki resiko 5 kali lebih besar untuk terjadi komplikasi dibandingkan persalinan normal dengan faktor yang paling dominan adalah faktor anastesi, pengeluaran darah oleh ibu selama proses operasi, komplikasi penyulit, endometritis (radang endometrium), tromboplebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah) dan pemulihan bentuk dan letak rahim menjadi tidak sempurna. Dampak daripada *sectio caesarea* ini adalah terjadinya infeksi pada ibu seperti infeksi Rahim, infeksi kandung kemih, infeksi usus dan infeksi pada luka bekas operasi. Jika infeksi ini dibiarkan berlarut maka akan menyebabkan kematian pada ibu. (Ramadhanti et al., 2022)

## 10. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan *post sectio caesaria* menurut Samsider Sitorus (2021), yaitu:

a. Perawatan awal

1) Letakkan pasien pada posisi pemulihan (*recovery*)

Pantau keadaan umum pasien, monitor tanda-tanda vital tiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit sekali untuk 1 jam selanjutnya. Pada jam selanjutnya, pantau tingkat kesadaran pasien setiap 15 menit hingga sadar.

2) Pemberian cairan Pasca operasi *sectio caesaria*

Pasien akan puasa dalam 6 jam pertama. Oleh karena itu dalam pemberian cairan intravena ke pasien harus tercukupi yang mengandung zat elektrolit supaya tidak mengalami hipotermia, dehidrasi ataupun komplikasi pada organ tubuh lainnya. Biasanya cairan intravena yang diberikan adalah D5 10 %, NaCl, dan Ringer Laktat secara selang-seling dengan jumlah tetesan tergantung kebutuhan pasien. Jika kadar hemoglobin rendah maka pasien diberikan transfusi darah sesuai dengan kebutuhan pasien.

b. Pastikan jalan nafas pasien bersih dan cukup ventilasi.

1) Diit

Biasanya pemberian cairan intravena dihentikan setelah pasien kentut, selanjutnya diawali dengan memberikan minuman dan makanan melalui mulut. Minuman diberikan dalam jumlah yang sedikit pada 6-8 jam setelah operasi *sectio caesaria* yaitu air putih dan teh.

2) Kateterisasi

Penuhnya bladder dapat mengakibatkan rasa nyeri dan tidak nyaman pada pasien, hal ini dapat menghambat involusi uteri dan menyebabkan perdarahan. Biasanya selama 24 sampai 48 jam atau bisa lebih, kateter terpasang bergantung pada jenis operasi dan kondisi pasien.

3) Pemberian terapi obat

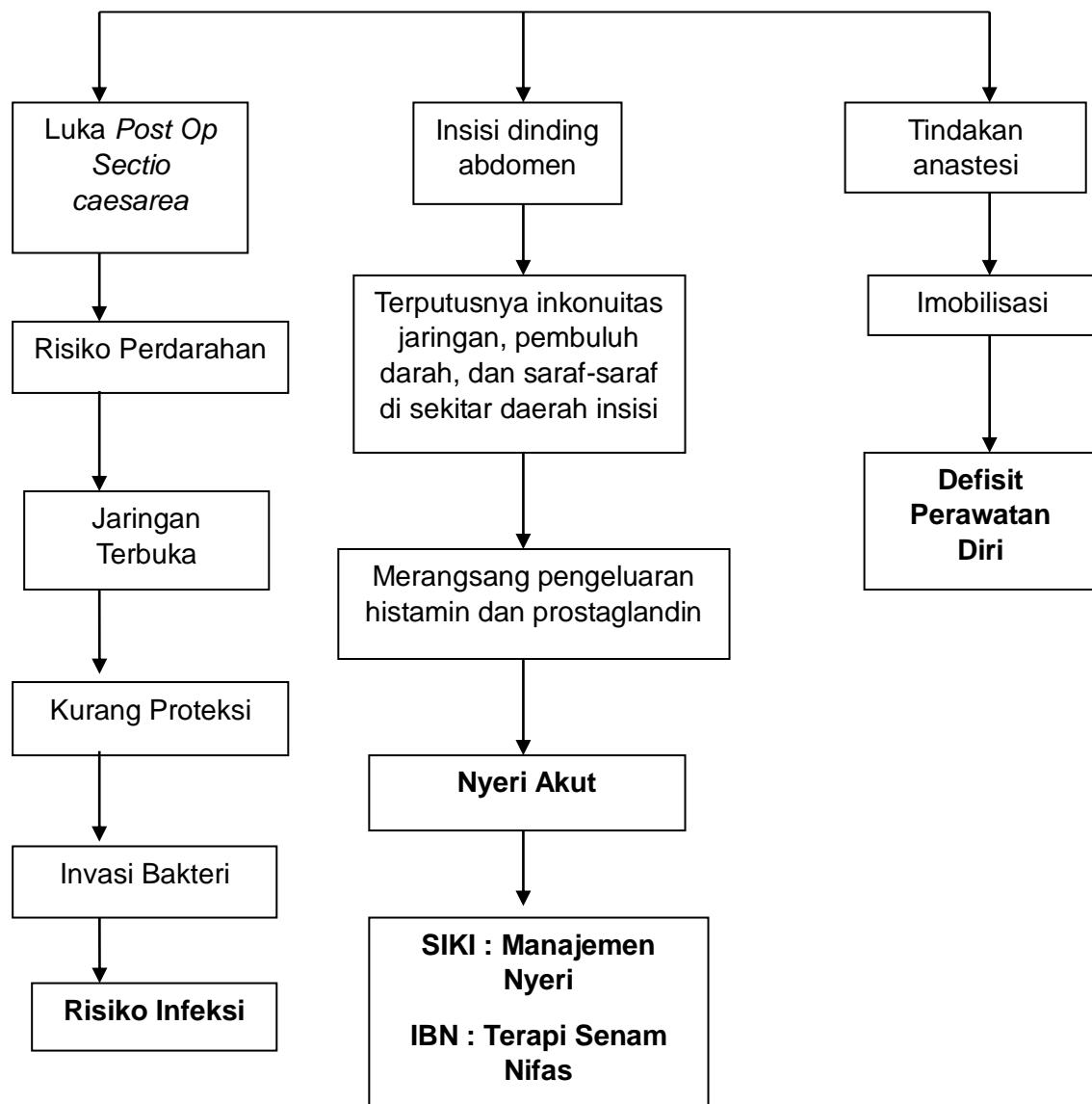
a) Antibiotik,

b) Analgesik,

c) Suppositoria

## 11. Pathway

### *Sectio Caesaria*



Sumber : Samsideir Sitorus, 2021 ; Susanto, 2018 ; SDKI, 2017

## B. Terapi Senam Nifas

Masa nifas adalah periode pemulihan setelah melahirkan. Masa nifas biasanya berlangsung selama 6-8 minggu.

Senam nifas adalah latihan fisik yang dirancang khusus untuk membantu ibu-ibu yang baru melahirkan kembali sehat dan bugar.

Syarat Senam Nifas :

- 1 Kondisi kesehatan Ibu setelah melahirkan ini telah stabil tanpa kelainan.
- 2 Memperoleh panduan dari dokter/bidan sebelum memulai senam nifas. Panduan ini disesuaikan dengan kondisi tubuh Ibu setelah melahirkan.
- 3 Dimulai paling cepat setelah 6 jam persalinan normal dan 8 jam setelah persalinan *post Sectio caesarea*. Senam ini dapat dimulai di tempat persalinan, dan dilanjutkan secara rutin di rumah.
- 4 Gerakan senam yang dipilih tidak terlalu berat bagi Ibu, dan kemungkinannya sangat minim untuk menyebabkan cedera.

Senam nifas memiliki banyak manfaat, antara lain:

1. Mempercepat pemulihan fisik: Senam nifas membantu memperkuat otot-otot yang melemah selama kehamilan dan persalinan, serta membantu mengembalikan bentuk tubuh.
2. Meningkatkan kesehatan mental: Senam nifas dapat membantu mengurangi stres, kecemasan, dan depresi *postpartum*.
3. Meningkatkan kualitas tidur: Senam nifas dapat membantu ibu tidur lebih nyenyak.
4. Meningkatkan energi: Senam nifas dapat membantu ibu merasa lebih berenergi.
5. Mencegah komplikasi: Senam nifas dapat membantu mencegah komplikasi *postpartum*, seperti inkontinensia urin dan prolaps organ panggul.
6. Mengurangi rasa sakit : Proses persalinan dengan cara normal dan *caesar* meninggalkan luka dan rasa nyeri yang cukup mengganggu dan menguras tenaga. Bahkan beberapa ibu merasakan sakit pasca melahirkan hingga beberapa hari setelahnya. Gerakan-gerakan senam nifas bisa membantu ibu dalam mengurangi rasa sakit setelah persalinan ini sehingga pemulihan bisa lebih cepat dilakukan.

Jenis-jenis Senam Nifas:

- 1 Senam nifas ringan: Senam nifas ringan dapat dilakukan segera setelah melahirkan, bahkan saat masih di rumah sakit. Senam ini fokus pada gerakan peregangan dan penguatan otot-otot dasar panggul.
- 2 Senam nifas sedang: Senam nifas sedang dapat dilakukan setelah 2-3 minggu pasca persalinan. Senam ini fokus pada gerakan yang lebih intens untuk memperkuat otot-otot perut, punggung, dan kaki.
- 3 Senam nifas aerobik: Senam nifas aerobik dapat dilakukan setelah 4-6 minggu pascapersalinan. Senam ini fokus pada gerakan yang meningkatkan kebugaran kardiovaskular.

Tips Melakukan Senam Nifas:

- 1 Dengarkan tubuh: Berhentilah jika merasa sakit atau tidak nyaman.
- 2 Mulai dengan perlahan: Tingkatkan intensitas dan durasi senam secara bertahap.
- 3 Lakukan pemanasan dan pendinginan: Lakukan peregangan ringan sebelum dan setelah senam.
- 4 Minum banyak air: Minumlah air sebelum, selama, dan setelah senam.
- 5 Berhentilah jika mengalami komplikasi: Segera hentikan senam nifas dan konsultasikan dengan dokter jika mengalami komplikasi postpartum, seperti perdarahan, nyeri hebat, atau infeksi.(IHC RS Pertamina,2024)

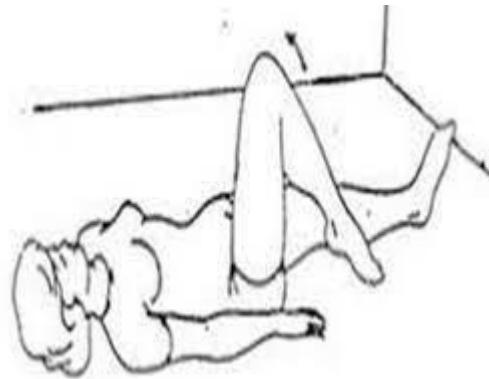
Gerakan Senam Nifas :

- 1 Pertama, Tekuk kaki 20 kali secara bergantian kaki kiri dan kanan



Gambar 2.4 Teknik Menukuk Kaki kiri dan kanan.

2 Kedua, Miring kanan 20 kali



Gambar 2.5 Teknik Memiringkan Kaki ke Kanan.

3 Ketiga, Miring kiri 20



lanjutan



Gambar 2.6 Teknik Memiringkan Kaki ke Kiri.

Dilakukan 3 kali dalam sehari, selama 40 hari masa nifas.( RS Sufina Aziz)

### C. Konsep Dasar Nyeri

#### 1) Pengertian

Nyeri merupakan suatu bentuk ketidaknyamanan secara individual. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan Kesehatan. Menurut internasional *association for the study of pain* (Asosiasi Internasional untuk penelitian nyeri), nyeri adalah sensor tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang potensial atau actual. Nyeri banyak terjadi bersamaan dengan proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostic atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibandingkan penyakit manapun. Nyeri sering timbul sebagai manifestasi klinis pada

suatu proses patologis, Dimana nyeri tersebut memprovokasi saraf-saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distress, atau penderitaan. Definisi keperawatan tentang nyeri adalah apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan individu yang mengalaminya, yang ada kapanpun individu mengatakannya. (Dewi Nurhanifah, 2022).

## 2) Penyebab Nyeri

Menurut Dewi Nurhanifah (2022) ada beberapa penyebab nyeri yaitu :

### a. Trauma

- 1) Mekanik, yaitu rasa nyeri timbul akibat ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan. Misalnya akibat benturan, gesekan, dan luka.
- 2) Termal, yaitu nyeri timbul karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas dan dingin. Misal karena api dan air.
- 3) Kimia, yaitu timbul karena kontak dengan zat kimia yang bersifat asam atau basa kuat.
- 4) Elektrik, yaitu timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar.

b. Peradangan, yakni nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan, misalnya abses.

- c. Gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah.
- d. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- e. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

## 3) Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua :

### a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang dirasakan kurang dari enam bulan dan menghilang setelah keadaan pulih pada area jaringan yang rusak dan ditandai dengan peningkatan tegangan otot.

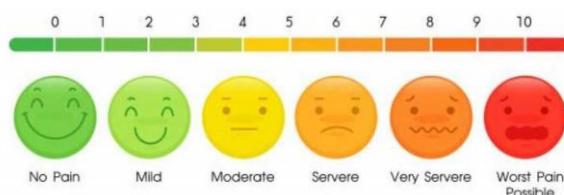
b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan dan akan berlanjut walaupun klien diberi pengobatan atau penyakit tampak sembuh (Dewi Nurhanifah, 2022).

4) Cara Mengukur Intensitas Nyeri

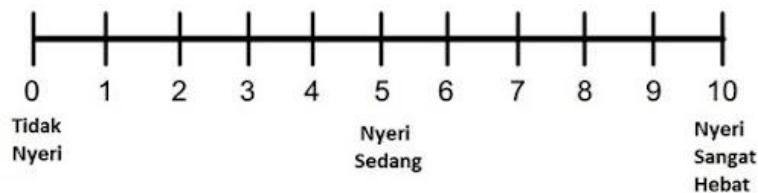
Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri.

Skala *Wong Baker FACES Rating Scale* yang ditujukan untuk klien yang tidak mampu menyatakan intensitas nyerinya melalui skala angka. Termasuk anak-anak yang tidak mampu berkomunikasi secara verbal dan klien yang mengalami kognisi berkomunikasi (Mubarak, 2015).



Gambar 2.7 Skala Wajah Wong Baker

Dianggap sederhana dan mudah mengerti, sensitif terhadap dosis jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik (Mubarak, 2015).



Gambar 2.8 Skala *Numeric Rating Scale*

Keterangan:

- (0) : Tidak nyeri
- Nyeri ringan
- (1) : Nyeri sangat ringan
- (2) : Nyeri tidak nyaman
- (3) : Nyeri hebat ditoleransi
- Nyeri sedang
- (4) : Nyeri menyusahkan
- (5) : Nyeri sangat menyusahkan
- (6) : Nyeri hebat
- Nyeri berat
- (7) : Nyeri sangat hebat
- (8) : Nyeri sangat menyiksa
- (9) : Nyeri tak tertahan
- (10) : Nyeri tak diungkapkan

#### **D. Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Post Sectio Caesareae***

##### 1. Pengkajian

###### a. Identitas pasien

Biodata pasien terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan, alamat dan data penanggungjawab pasien.

###### b. Keluhan utama

Keluhan paling utama yang dirasakan pasien *post partum* adalah nyeri seperti ditusuk-tusuk, perih, mules, panas dan sakit pada jahitan perineum. Biasanya ibu mengeluh sakit pada luka jahitan, perdarahan nyeri pada luka jahitan, dan takut bergerak.

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Kapan timbulnya masalah, apa penyebabnya apabila ibu merasakan nyeri pada luka jahitan perineum. Kaji nyeri menggunakan metode PQRST.

P (*Propokatif*) : Pencetus nyeri, Faktor-faktor yang merangsang nyeri? Apa yang membuat nyeri bertambah buruk?, Apa yang mengurangi nyeri?

Q (*Quality*) : Kualitas nyeri, Nyeri dirasakan seperti apa? Apakah nyeri dirasakan tajam, tumpul, ditekan dengan berat, atau berdenyut seperti diiris?

R (*Region*) : Lokasi nyeri, Dimana nyeri tersebut? Apakah nyeri menyebar atau menetap pada satu tempat?

S (*Severity*) : Intensitas nyeri, Apakah nyeri ringan sedang atau berat? Seberapa lama nyeri?

T (*Time*) : waktu, Berapa lama nyeri dirasakan? Apakah nyeri terus-menerus atau kadang-kadang?

2. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien pernah dirawat sebelumnya atau pernah bersalin di Rumah Sakit dan dirawat.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit menurun dari keluarga seperti penyakit jantung, diabetes melitus, asma, hipertensi dan tidak mempunyai penyakit menular seperti hepatitis B, TBC, cacar, HIV/AIDS dan lain-lain.

d. Riwayat obstetrik

1. Riwayat menstruasi

Kaji saat pertama kali pasien haid pada saat umur berapa, saat haid berapa hari dan siklus haid apakah normal atau abnormal, hari pertama haid terakhir (HTHP).

2. Riwayat perkawinan

Kaji pernah kawin berapa kali, lama usia perkawinan, usia saat kawin.

3. Riwayat kehamilan

Hamil ke berapa, usia kehamilan cukup bulan, berapa kali mengandung, keluhan saat hamil, obat-obatan yang dikonsumsi selama hamil, imunisasi hamil.

4. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan yang dilakukan pasien, kajian muncul keluhan, keluhan yang dirasakan mules-mules atau keluar air-air, keluar darah bercampur lendir, lama persalinan, jam bayi lahir.

5. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lain

Riwayat kehamilan dan persalinan terdahulu sebelum persalinan anak yang sekarang.

6. Riwayat KB

Kontrasepsi yang digunakan, efek samping selama penggunaan kontrasepsi tersebut, selanjutnya setelah bersalin ingin memakai kontrasepsi apa.

e. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

Menunjukkan kondisi pasien secara umum akibat penyakit atau keadaan yang dirasakan pasien. Perhatikan ekspresi wajah klien dengan nyeri apakah tampak meringis, posisi menghindari nyeri, gelisah, sulit tidur, menarik diri dan berfokus pada diri sendiri diaphoresis.

2. Tanda-tanda Vital

Cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Lihat saat nyeri muncul apakah frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, pola napas berubah menandakan adanya gejala syok.

3. *Head to toe*

Kepala dan wajah : Amati bagaimana raut wajah ibu ketika nyeri dirasakan saat ibu melakukan perpindahan posisi tidur atau sewaktu melakukan aktifitas lainnya.

Mata : Inspeksi konjungtiva yang anemis menunjukkan adanya anemia kerena perdarahan saat persalinan dan lihat apakah ada perubahan pada pupil ibu akibat bersalin.

Payudara : ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan, amati warna *mammae*, ada atau tidaknya pembengkakan *mammae*, *papilla mammae* menonjol/datar/kedalam, bagaimana kolostrum ibu dan perhatikan juga kebersihan *mammae*. Kaji apakah kolostrum sudah keluar atau belum, kaji apakah terasa keras atau tidak, nyeri pada payudara.

Abdomen : apa ada nyeri tekan yang dirasakan ibu, lokasi massa, lingkar abdomen, bising usus, kontraksi uterus, abdomen ibu lunak/keras/kenyal.

Genitalia dan perineum : Periksa jahitan luka perineum meliputi kondisi luka, kering atau basah adanya nanah atau tidak, dan bagaimana kondisi jahitan (membuka atau menutup) adanya tandatanda infeksi serta warna kemerahan pada area jahitan luka perineum. Amati juga kebersihan dari genitalia ibu, adanya lesi atau nodul, kaji juga keadaan *lochia* ibu. Kaji luka dengan REEDA: (Redness/ kemerahan, Edema, Ecchymosis/ekimosis, Discharge/ keluaran, dan Approximate/ perlekatan) pada luka episiotomi.

*Lochia* : Kaji jumlah, warna, konsistensi dan bau *lochia* pada ibu *post partum*. Perubahan warna harus sesuai. Misalnya ibu *post partum* hari ke tujuh harus memiliki *lochia* yang sudah berwarna merah muda atau keputihan. Jika warna *lochia* masih merah maka ibu mengalami komplikasi *post partum*. *Lochia* yang berbau busuk yang dinamakan *Lochia purulenta* menunjukkan adanya infeksi disaluran reproduksi dan harus segera ditangani.

Anus : Kebersihan anus, ada atau tidaknya pembesaran hemoroid.

#### f. Pola fungsional kesehatan

##### 1. Pola Nutrisi

Ibu yang menyusui harus dianjurkan untuk mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, setidaknya 40 hari pasca persalinan ibu minum pil zat besi untuk menambah zat gizi ibu, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup, disarankan ibu mengonsumsi kapsul vitamin A 200.000 unit, agar mampu memberikan vitamin A kepada bayinya lewat ASI serta makan

sayuran untuk memenuhi kebutuhan vitamin dan serat yang dibutuhkan bayinya

2. Pola Eliminasi

Pada klien sering ditemukan ibu mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) kondisi tersebut dikarenakan ibu masih takutakan rasa sakit pada daerah jahitan atau khawatir jahitannya bias robek.

3. Pola aktivitas dan latihan

Kegiatan yang dilakukan saat dirumah seperti bersih-bersih rumah, memasak, mencuci, senam hamil, dan lain-lain dan saat dirumah sakit seperti menyusui bayinya.

4. Pola tidur dan istirahat

Kebiasaan tidur dirumah jam tidur, lama tidur malam dan siang.

5. Keluhan ketidaknyamanan

Keluhan seperti nyeri dan ketidaknyamanan akibat adanya luka perineum, kaji nyeri dengan menggunakan PQRST (*propokatif, quality, region, severity, time*).

g. Pemeriksaan penunjang

Pada pemeriksaan ini tujuannya untuk mengetahui apakah ada anemia, pemeriksaan darah lengkap, hematokrit atau hemoglobin yang dilakukan 2 hingga 48 jam pasca persalinan. Biasanya ibu mengalami perubahan pada nilai darah setelah melahirkan hal tersebut dikarenakan adaptasi fisiologis ibu, dengan rata-rata kehilangan darah 400-500ml, dengan penurunan 1 kg kadar hemoglobin atau 30% nilai hematokrit masih dalam kisaran yang diharapkan, jika terjadi penurunan nilai darah yang besar disebabkan perdarahan hebat saat ibu melahirkan, hemoragi, atau anemia prenatal.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah tahap kedua dalam proses keperawatan setelah dilakukannya pengkajian dan pengumpulan data. Berdasarkan PPNI (2016) antara lain:

1. Ketidaknyamanan pasca partum (D.0075)
2. Nyeri akut ( D.0077)
3. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
4. Gangguan citra tubuh (D.0083)
5. Kesiapan peningkatan nutrisi (D.0026)

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Budiono, 2016). Penyusunan intervensi keperawatan menggunakan pendekatan menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) berdasarkan PPNI (2018):

**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan**

No	Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	<p><b>1. Ketidaknyamanan pasca partum (D.0075)</b></p> <p>Defenisi : Perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x 24 jam diharapkan status kenyamanan pascapartum meningkat dengan kriteria hasil (L.07061) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyaman meningkat dari 1 menjadi 5.</li> <li>2. Meringis menurun dari 5 menjadi 1.</li> <li>3. Luka episiotomy menurun dari 5 menjadi 1.</li> <li>4. Kontraksi uterus menurun dari 5 menjadi 1.</li> </ol>	<p>Intervensi Utama</p> <p><b>Terapi Relaksasi (I.09326)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan Tingkat energi, ketidakmampuan berkontraksi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif.</li> <li>2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan Teknik sebelumnya</li> <li>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan</li> </ol>

		<p>5. Payudara bengkak menurun dari 5 menjadi 1.</p> <p>5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p>
		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur Teknik relaksasi</li> <li>3. Gunakan pakaian longgar</li> <li>4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetic atau tindakan medis lain, jika sesuai</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia.</li> <li>2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih anjurkan mengambil posisi nyaman</li> </ol>

			<p>3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih</p> <p>5. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi.</p>
2.	<p><b>Nyeri akut ( D.0077)</b></p> <p>Defenisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x 24 jam diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil (L.08066):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun dari 1 menjadi 5.</li> <li>2. Meringis menurun dari 1 menjadi 5.</li> <li>3. Sikap protektif meningkat dari 5 menjadi 1.</li> <li>4. Gelisah menurun dari 1 menjadi 5.</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun dari 1 menjadi 5.</li> <li>6. Frekuensi nadi meningkat dari 5 menjadi 1.</li> </ol>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p>Obserasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi epons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meperingat nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementar yang</li> </ol>

		<p>sudah diberikan.</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetic</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>2. Control lingkungan yang meperberat rasa nyeri.</li> <li>3. Fasilitas istirahat dan tidur.</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat</li> <li>5. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk</li> </ol>
--	--	--

			<p>mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</li> </ol>
3.	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</b></p> <p>Defenisi : keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat dengan kriteria hasil(L.05042) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat dari 1 menjadi 5</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat dari 1 menjadi 5</li> <li>3. Rentang gerak sendi (ROM) meningkat dari 1 menjadi 5</li> </ol>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>2. Identifikasi toleransi melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor kondisi umum dan tanda-tanda vital selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pegangan tempat tidur).</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis : dudukditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kusi)</li> </ol>
4.	<p><b>Gangguan citra tubuh (D.0083)</b></p> <p>Defenisi : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x 24 jam diharapkan citra tubuh membaik dengan kriteria hasil (L.09067):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melihat bagian tubuh membaik dari 1 menjadi 5.</li> <li>2. Menyentuh bagian tubuh membaik dari 1 menjadi 5.</li> <li>3. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh mebaik dari 1 menjadi 5.</li> <li>4. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik dari 1 menjadi 5.</li> </ol>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>Promosi citra tubuh (I.09305)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</li> <li>2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh</li> <li>3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</li> <li>4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>5. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</li> </ol>

		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</li> <li>2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</li> <li>3. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan</li> <li>4. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh</li> <li>5. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistik</li> <li>6. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</li> <li>2. Anjurkan mengungkapkan Gambaran diri terhadap citra tubuh</li> <li>3. Anjurkan menggunakan alat bantu</li> <li>4. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung</li> </ol>
--	--	---

			<p>5. Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>6. Latih peningkatan penampilan diri</p> <p>7. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok</p>
5.	<p><b>Kesiapan peningkatan nutrisi (D.0026)</b></p> <p>Defenisi : Pola asupan nutrisi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme dan dapat ditingkatkan.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil (L03030):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat dari 1 menjadi 5</li> <li>2. Berat badan membaik dari 1 menjadi 5</li> <li>3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik dari 1 menjadi 5</li> </ol>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>Edukasi nutrisi (I.12395)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perksa status gizi, status alergi, program diet, kebutuhan dan kemampuan pemenuhan kebutuhan gizi</li> <li>2. Identifikasi kemampuan dan waktu yang tepat menerima informasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapkan materi dan media seperti jenis-jenis nutrisi, table makanan penukar, cara mengelola, cara menakar makanan</li> <li>2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan</li> </ol>

		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pada pasien dan keluarga alergi makanan yang dibutuhkan pasien</li> <li>2. Ajarkan cara melaksanakan diet sesuai program</li> <li>3. Jelaskan hal-hal yang dilakukan sebelum memberikan makanan</li> <li>4. Demonstrasikan cara membersihkan mulut</li> <li>5. Demonstrasikan cara mengatur posisi saat makan</li> <li>6. Ajarkan pasien/keluarga memonitor asupan kalori dan makanan</li> <li>7. Ajarkan pasien dan keluarga memantau kondisi kekurangan nutrisi</li> <li>8. Anjurkan mendemonstrasikan cara memberi makan, menghitung kalori, menyiapkan makanan sesuai program diet.</li> </ol>
--	--	--

#### 4. Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Implementasi dilakukan untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menjadi status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan pasien, strategi implementasi keperawatan serta kegiatan komunikasi. Pada tahap ini pasien dan perawat bekerja sama dalam menjalankan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan (Mustamu, dkk., 2023).

#### 5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan suatu proses sistematis dan terencana yang dilakukan perawat pada akhir tahap perawatan untuk membandingkan hasil kesehatan pada pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dengan tujuan untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan dan menentukan apakah implementasi yang telah dilakukan efektif dalam meningkatkan kondisi kesehatan pasien (Mustamu, dkk., 2023).