BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Teori Penyakit

1. Konsep Nyeri

a. Definisi

Nyeri merupakan salah satu mekanisme pertahanan tubuh yang menandakan adanya masalah dalam tubuh, yang jika tidak ditangani dapat menyebabkan bahaya fisiologis dan psikologis bagi kesehatan dan penyembuhannya. Nyeri adalah suatu pengalaman sensori atau emosional yang tidak menyenangkan, berkaitan dengan adanya lesi jaringan (Metasari & Rahmawati, 2023)

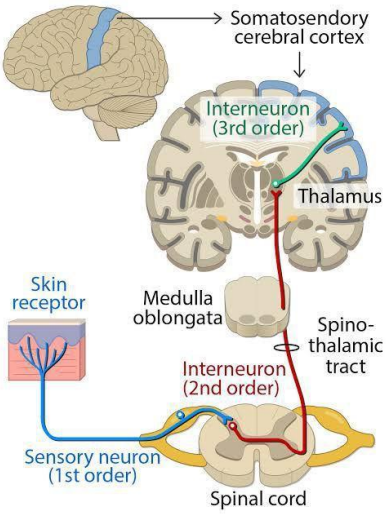
b. Anatomi Fisiologi

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan atau menyerupai pengalaman akibat kerusakan jaringan aktual maupun potensial. Nyeri merupakan pengalaman yang bersifat personal dan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor biologis, psikologis, dan sosial. Dalam proses fisiologisnya, nyeri melibatkan sistem saraf perifer dan sistem saraf pusat yang berfungsi menerima, menghantarkan, memodulasi, serta mempersepsikan rangsangan yang berpotensi menyebabkan kerusakan jaringan (Raja et al., 2020).

Proses awal terjadinya nyeri melibatkan nosiseptor, yaitu reseptor sensorik berambang tinggi pada sistem somatosensorik perifer yang berfungsi mendeteksi dan mengodekan rangsangan berbahaya. Nosiseptor dapat ditemukan pada berbagai jaringan tubuh, seperti kulit, otot, sendi, dan organ viseral. Rangsangan mekanik, termal, maupun kimia yang berpotensi menimbulkan kerusakan jaringan dapat mengaktifkan nosiseptor dan menghasilkan impuls saraf. Impuls tersebut kemudian dihantarkan melalui serabut saraf aferen menuju sistem saraf pusat (IASP, 2020; Armstrong & Herr, 2023).

Penghantaran impuls nyeri dari jaringan perifer menuju sistem saraf pusat terutama melibatkan serabut A-delta dan C. Serabut A-delta merupakan serabut bermielin tipis yang menghantarkan impuls secara relatif cepat dan berhubungan dengan sensasi nyeri yang tajam serta

lebih terlokalisasi. Sementara itu, serabut C merupakan serabut yang tidak bermielin sehingga menghantarkan impuls lebih lambat dan umumnya berhubungan dengan sensasi nyeri yang tumpul, terbakar, atau kurang terlokalisasi. Setelah mencapai medula spinalis, informasi nosiseptif diteruskan melalui jalur asendens menuju struktur otak, termasuk talamus dan korteks serebri, untuk selanjutnya diproses dan dipersepsikan sebagai pengalaman nyeri (Chen et al., 2023).



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Nyeri

Sumber : Chen et al., 2023

Secara fisiologis, proses nyeri terdiri atas empat tahapan utama, yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi merupakan proses perubahan rangsangan berbahaya menjadi impuls saraf melalui aktivasi nosiseptor. Transmisi merupakan proses penghantaran impuls dari lokasi rangsangan melalui sistem saraf perifer dan medula spinalis menuju otak. Modulasi merupakan proses pengaturan atau perubahan sinyal nosiseptif pada sistem saraf, termasuk mekanisme penghambatan melalui jalur modulasi desenden. Selanjutnya, persepsi merupakan proses ketika otak mengintegrasikan dan menginterpretasikan informasi sensorik tersebut sehingga individu menyadari dan mengalami nyeri secara subjektif (Chen et al., 2023).

c. Etiologi

Etiologi nyeri adalah penyebab atau faktor yang menimbulkan terjadinya nyeri. Nyeri dapat terjadi akibat kerusakan jaringan, proses inflamasi, gangguan saraf, maupun kondisi patologis lainnya yang mengaktivasi nosiseptor (reseptor nyeri). Nyeri merupakan mekanisme

protektif tubuh yang berfungsi memberi peringatan terhadap adanya cedera atau gangguan pada jaringan. Secara umum, etiologi nyeri meliputi (Qotiva et al., 2026)

a. Trauma atau kerusakan jaringan

   Trauma fisik seperti luka, fraktur, luka bakar, dan tindakan pembedahan dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang mengaktivasi nosiseptor. Kerusakan jaringan akan memicu pelepasan berbagai mediator kimia yang menimbulkan sensasi nyeri. Pada pasien pascaoperasi, nyeri umumnya termasuk nyeri akut nosiseptif akibat trauma jaringan selama prosedur pembedahan.

b. Proses inflamasi

   Peradangan menyebabkan pelepasan mediator inflamasi seperti prostaglandin, bradikinin, histamin, serotonin, sitokin, dan substansi P. Mediator-mediator tersebut dapat mengaktivasi maupun meningkatkan sensitivitas nosiseptor sehingga nyeri lebih mudah dirasakan.

c. Iskemia jaringan

   Penurunan aliran darah dan oksigen ke jaringan menyebabkan akumulasi metabolit seperti asam laktat yang dapat merangsang reseptor nyeri. Kondisi ini sering ditemukan pada penyakit kardiovaskular, gangguan pembuluh darah perifer, maupun cedera jaringan tertentu.

d. Spasme otot

   Kontraksi otot yang berlangsung terus-menerus dapat mengurangi suplai darah ke jaringan otot sehingga menimbulkan nyeri akibat hipoksia lokal dan penumpukan produk metabolisme.

e. Kerusakan atau gangguan saraf

   Nyeri dapat timbul akibat cedera atau disfungsi sistem saraf perifer maupun sistem saraf pusat. Nyeri jenis ini disebut nyeri neuropatik dan biasanya digambarkan sebagai sensasi terbakar, tertusuk, atau seperti tersengat listrik.

f. Faktor psikologis

   Kecemasan, stres, ketakutan, dan depresi dapat memengaruhi persepsi nyeri. Faktor psikologis tidak secara langsung

menyebabkan kerusakan jaringan, tetapi dapat meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan individu.

Nyeri pada ibu Post *Sectio Caesarea* terutama disebabkan oleh trauma jaringan akibat tindakan pembedahan. Selama prosedur operasi dilakukan insisi pada kulit, jaringan subkutan, fasia, otot abdomen, peritoneum, dan uterus. Kerusakan jaringan tersebut memicu pelepasan mediator inflamasi seperti prostaglandin, histamin, bradikinin, serotonin, sitokin, dan substansi P yang mengaktivasi nosiseptor sehingga timbul sensasi nyeri.

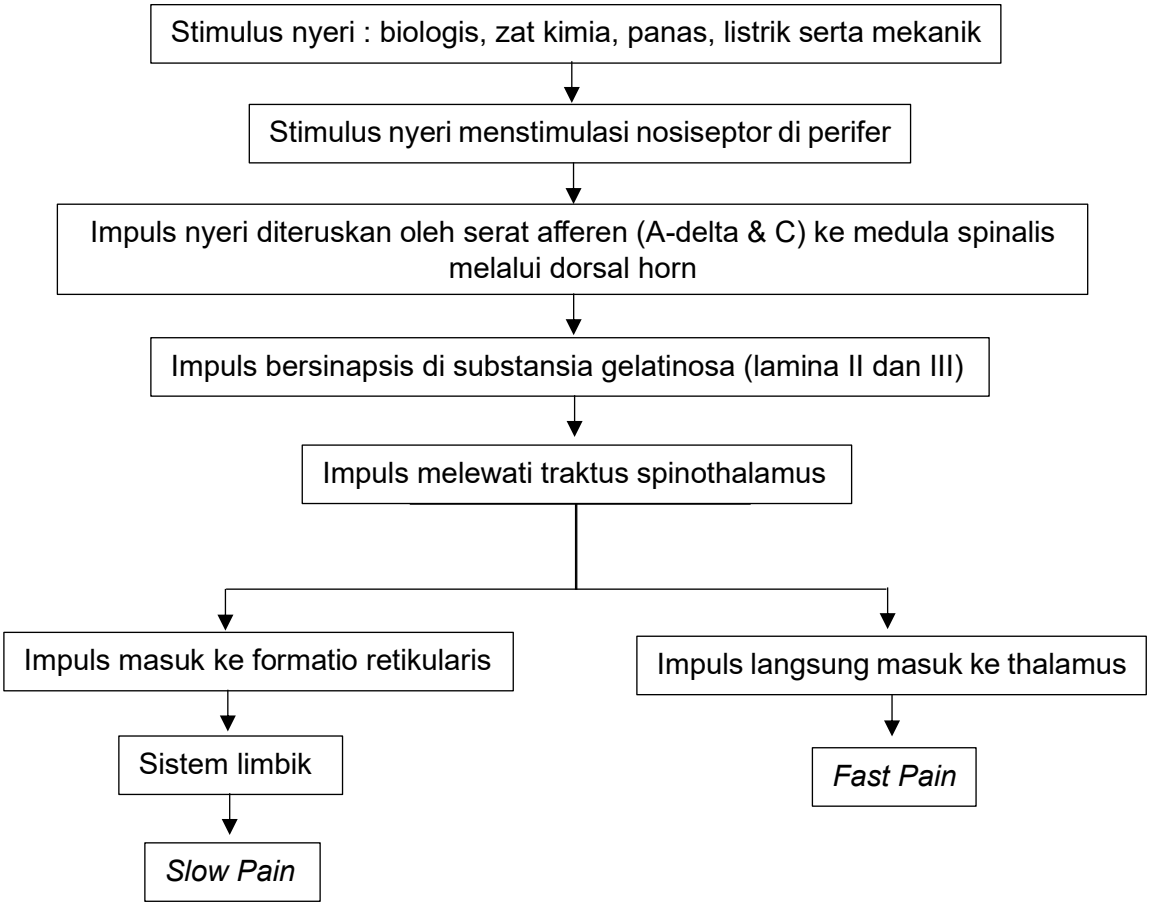
d. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis nyeri dapat berbeda pada setiap individu karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif. Beberapa manifestasi klinis yang dapat ditemukan pada pasien dengan nyeri, khususnya nyeri akut Post sectio caesarea, meliputi:

1) Keluhan nyeri, yaitu pasien melaporkan adanya rasa nyeri pada area tertentu, termasuk lokasi, karakteristik, durasi, serta faktor yang memperberat atau mengurangi nyeri
2) Perubahan ekspresi wajah, seperti meringis, menyeringai, mengerutkan dahi, atau menunjukkan ekspresi tidak nyaman sebagai respons terhadap nyeri
3) Perilaku protektif, seperti memegang, melindungi, atau menghindari sentuhan pada area yang mengalami nyeri, terutama pada daerah luka operasi
4) Pembatasan gerak, yaitu pasien melakukan pergerakan secara perlahan atau menghindari aktivitas tertentu karena gerakan dapat meningkatkan rasa nyeri. Pada pasien Post *Sectio Caesarea*, nyeri dapat meningkat ketika berpindah posisi, bangun dari tempat tidur, berjalan, batuk, atau melakukan aktivitas
5) Perubahan respons fisiologis, yang dapat berupa peningkatan tekanan darah, frekuensi denyut jantung, dan frekuensi pernapasan, serta berkeringat atau perubahan ukuran pupil sebagai respons terhadap aktivasi sistem stres tubuh. Namun, perubahan tanda-tanda vital tidak selalu ditemukan pada setiap pasien dan tidak dapat digunakan sebagai satu-satunya indikator nyeri

6) Perubahan perilaku, seperti gelisah, menangis, mengerang, atau tampak sulit untuk merasa nyaman akibat nyeri
7) Gangguan tidur dan aktivitas, karena nyeri pascaoperasi dapat mengganggu kenyamanan, tidur, mobilitas, serta kemampuan pasien melakukan aktivitas sehari-hari

e. Pathway



Gambar 2.2 Pathway Nyeri
Sumber : Prasetyo (2023)

f. Patofisiologi

Nyeri Post *Sectio Caesarea* terutama terjadi akibat adanya trauma jaringan selama tindakan pembedahan. Insisi pada kulit dan jaringan di bawahnya menyebabkan kerusakan sel dan jaringan yang kemudian memicu respons inflamasi pada daerah pembedahan. Kerusakan jaringan tersebut menyebabkan pelepasan berbagai mediator inflamasi dan zat pro-nosiseptif, seperti prostaglandin, bradikinin, serotonin, histamin, ion hidrogen, ATP, sitokin, dan substansi lainnya. Mediator tersebut berperan dalam mengaktivasi dan meningkatkan sensitivitas nosiseptor pada daerah luka sehingga ambang rangsang nyeri menjadi lebih rendah (Matsuda et al., 2013).

Aktivasi nosiseptor selanjutnya meningkatkan penghantaran impuls melalui serabut saraf A-delta dan C menuju medula spinalis. Impuls tersebut diteruskan melalui jalur asendens menuju otak dan diproses sebagai sensasi nyeri. Respons inflamasi pada daerah luka juga menyebabkan sensitisasi perifer, yaitu peningkatan respons nosiseptor terhadap rangsangan sehingga rangsangan yang sebelumnya tidak terlalu nyeri dapat dirasakan lebih kuat. Pada rangsangan nosiseptif yang berlangsung terus-menerus, dapat terjadi peningkatan eksitabilitas neuron pada tanduk dorsal medula spinalis yang disebut sensitisasi sentral, sehingga respons terhadap rangsangan nyeri dapat semakin meningkat.

Pada Post *Sectio Caesarea*, nyeri terutama berasal dari trauma akibat insisi pembedahan dan proses inflamasi pada jaringan yang mengalami cedera. Nyeri tersebut umumnya termasuk nyeri nosiseptif dan inflamasi akut. Selain nyeri pada daerah insisi, kontraksi uterus setelah persalinan juga dapat berkontribusi terhadap rasa nyeri. Intensitas nyeri dapat meningkat ketika pasien bergerak, batuk, mengubah posisi, atau melakukan aktivitas yang memberikan rangsangan mekanik pada daerah luka operasi.

g. Klasifikasi

Klasifikasi nyeri dapat dibedakan dari beberapa karakteristik seperti durasi, lokasi atau etiologinya, nyeri dibagi menjadi 2 yaitu nyeri akut dan nyeri kronik. Berikut perbedaan antara nyeri kronik dan nyeri akut (Metasari & Rahmawati, 2023)

Tabel 2.1 Klasifikasi Nyeri

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Durasi	Singkat (beberapa detik – 6 bulan)	Lama (> 6 bulan)
Intensitas	Ringan – berat	Ringan – berat
Respon otonom	Konsisten dengan respon stress simpatis, frekuensi jantung meningkat, tekanan darah meningkat, dilatasi otot pupil, otot – otot meregang, motilitas usus turun, saliva berkurang	Sistem tubuh mulai beradaptasi, dapat berupa lokal adaptasi sindrom ataupun general adaptasi sindrom
Letaknya	Superfisial, pada permukaan kulit, bersifat lokal	Dapat bersifat superfisial ataupun dalam, dapat berasal dari organ organ dalam mulai otot dan bagian lain
Awitan	Mendadak	Terus/ menerus atau intermiten
Managemen tata laksana	Obat analgesik sebagai alternatif	Mengobati dan memperbaiki penyebab alternatif utama

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasi dan mekanisme terjadinya. Klasifikasi ini penting untuk membantu tenaga kesehatan menentukan penyebab, karakteristik, dan penatalaksanaan nyeri yang tepat (Sugito *et al*., 2023)

a. Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang muncul secara tiba-tiba akibat kerusakan jaringan, trauma, tindakan pembedahan, atau proses penyakit tertentu, serta berlangsung dalam waktu yang relatif singkat. Nyeri akut umumnya akan berkurang seiring penyembuhan

penyebab yang mendasarinya. Contoh nyeri akut adalah nyeri pasca operasi, nyeri akibat luka bakar, fraktur, dan persalinan.

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung melebihi proses penyembuhan normal, umumnya lebih dari 3 bulan. Nyeri kronis dapat bersifat terus-menerus atau hilang timbul dan sering kali memengaruhi kualitas hidup, aktivitas sehari-hari, serta kondisi psikologis individu.

b. Klasifikasi nyeri berdasarkan mekanisme

1) Nyeri nosiseptif

Nyeri nosiseptif terjadi akibat aktivasi nosiseptor karena adanya kerusakan atau ancaman kerusakan jaringan. Nyeri ini merupakan jenis nyeri yang paling sering ditemukan dan umumnya bersifat tajam, berdenyut, atau seperti tertusuk.

2) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik terjadi akibat kerusakan atau gangguan fungsi sistem saraf perifer maupun sistem saraf pusat. Nyeri biasanya digambarkan sebagai sensasi terbakar, kesemutan, tersengat listrik, atau tertusuk jarum.

h. Pemeriksaan Diagnostik

Intensitas nyeri merupakan gambaran seberapa parah nyeri yang dirasakan seseorang. Pengukuran subyektif nyeri dapat dilakukan oleh beberapa alat seperti nyeri wong bakers untuk anak-anak, skala nyeri numerik, skala nyeri deskriptif, atau skala nyeri visual analog. Pendekatan objektif yang paling mungkin untuk mengukur nyeri adalah dengan menggunakan respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu. (Setyonugroho et al., 2026)

Pengukuran skala nyeri dapat digunakan untuk menilai keparahan nyeri, yaitu sebagai berikut : (Metasari & Rahmawati, 2023)

a. Wong Baker FACES Rating Scale

Alat yang digunakan untuk mengukur tingkat nyeri yang diwakili secara visual oleh ekspresi wajah. Dengan melihat ekspresi wajah pasien secara langsung tanpa menanyakan keluhannya, skala nyeri ini dianggap mudah untuk dilakukan. Donna Wong dan Connie Baker membuat skala kesakitan ini, yang menampilkan berbagai wajah,

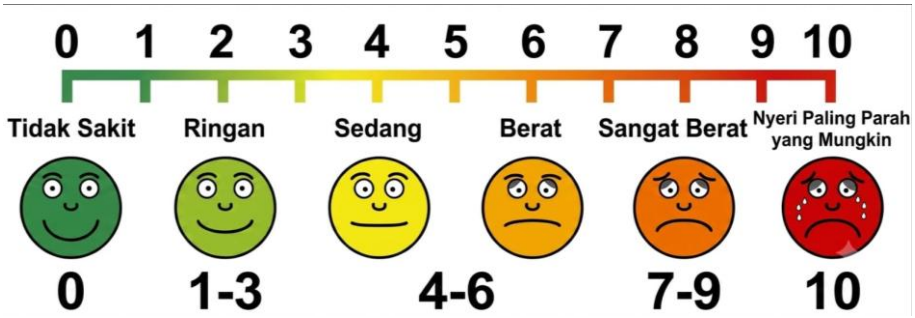
dimulai dengan angka 0 yang menunjukkan “Tidak ada sakit” hingga angka 10 yang menunjukka “Sakit terburuk”. Skala wajah menunjukkan angka untuk setiap ekspresi nyeri, yang memungkinkan untuk mencatat intensitas nyeri.



Gambar 2.3 *Wong Baker FACES Rating Scale*

b. *Visual Analog Scale* (VAS)

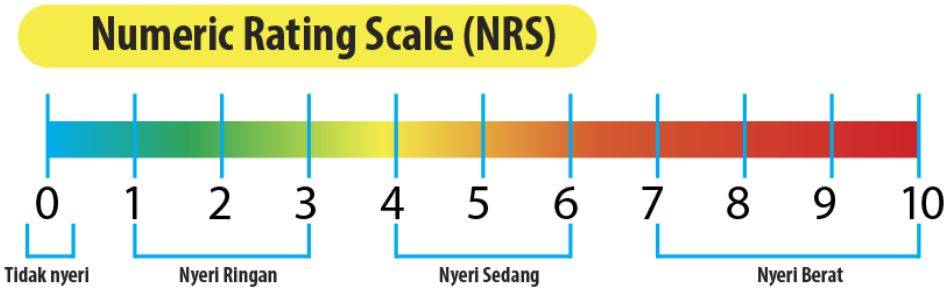
Skala ini berupa garis lurus yang panjangnya biasanya 10cm dengan penggambaran verbal pada masing-masing ujungnya, seperti angka 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri terberat). Nilai VAS 0-4 : nyeri ringan, 5-7 : nyeri sedang, 7-10 : nyeri berat.



Gambar 2.4 *Visual Analog Scale* (VAS)

c. *Numeric Rating Scale* (NRS)

Numeric Rating Scale (NRS) merupakan salah satu instrumen penilaian nyeri yang paling sering digunakan untuk mengukur intensitas nyeri berdasarkan persepsi subjektif pasien. Skala ini sederhana, mudah digunakan, dan dapat diterapkan pada pasien dewasa yang mampu berkomunikasi serta memahami konsep angka. Pada NRS, pasien diminta untuk memberikan nilai terhadap nyeri yang dirasakan pada rentang **0 sampai 10**, di mana angka yang lebih tinggi menunjukkan intensitas nyeri yang lebih berat. Dengan skor 1-3 : nyeri ringan, skor 4-6 : nyeri sedang, dan skor 7-10 : nyeri berat.



Gambar 2.5 *Numeric Rating Scale* (NRS)

d. Skala nyeri dari *FLACC Scale (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)*

Pengkajian nyeri ini digunakan pada pasien secara non verbal, pasien yang tidak dapat melaporkan nyerinya. Rentang nyeri ini yaitu 1-3 : nyeri ringan, 4-6 : nyeri sedang, 7-10 : nyeri berat.

Tabel 2.2 Skala Nyeri *FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)*

Kategori	**Skor**		
	1	**2**	**3**
Face (Muka)	Tidak ada ekspresi/ senyuman tertentu, mencari perhatian	Wajah menyeringai, dahi berkerut, menyendiri	Sering dahi tidak konsisten, rahang menegang, dagu gemetar
Legs (Kaki)	Tidak ada posisi atau relaks	Gelisah, resah dan menegang	Menendang atau kaki disiapkan
Activity (Aktivitas)	Berbaring, posisi normal, mudah bergerak	Menggeliat, menaikkan punggung dan maju, menegang	Menekuk, kaku atau menghentak
Cry (Tangisan)	Tidak menangis	Merintih atau merengek, terkadang mengeluh	Menangis keras, berpekik, atau sedu

			sedah, sering mengeluh
Consolability (kemampuan ditenangkan)	Relaks	Dapat ditenangkan dengan sentuhan/ ucapan	Sulit atau tidak dapat ditenangkan
Total Skor	1-10		

e. *Critical – Care Pain Observation Tool* (*CPOT*)

Critical-Care Pain Observation Tool (*CPOT*) adalah instrumen observasional yang digunakan untuk menilai nyeri pada pasien kritis yang tidak mampu mengungkapkan nyeri secara verbal, seperti pasien yang terpasang ventilator mekanik, mengalami penurunan kesadaran, atau berada di unit perawatan intensif (ICU). CPOT menilai empat indikator perilaku yang berhubungan dengan nyeri, yaitu ekspresi wajah (facial expression), gerakan tubuh (*body movements*), ketegangan otot (*muscle tension*), dan kepatuhan terhadap ventilator atau vokalisasi (*compliance with ventilator/vocalization*). Setiap indikator diberi skor 0–2, sehingga total skor berkisar antara 0–8. Semakin tinggi skor yang diperoleh, semakin tinggi tingkat nyeri yang dialami pasien. Dengan interpretasi skor 1-2 : nyeri ringan, skor 3-5 : nyeri sedang, skor 6-8 : nyeri berat.

Tabel 2.3 *Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)*

Indikator	**Skor**		
	1	**2**	**3**
Ekspresi wajah	Rileks	Tegang	Meringis
Gerakan tubuh	Tidak bergerak/ normal	Gerakan protektif	Gelisah atau berontak
Ketegangan otot	Rileks	Tegang	Sangat tegang atau kaku

Kepatuhan terhadap ventilator/vokalisasi	Toleran terhadap ventilator atau berbicara normal	Batuk tetapi masih toleran terhadap ventilator atau mengeluh	Melawan ventilator atau menangis/ merintih terus menerus

i. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan nyeri merupakan upaya yang dilakukan untuk mengurangi intensitas nyeri, meningkatkan kenyamanan, mempercepat pemulihan, serta mendukung mobilisasi dini dan keberhasilan menyusui pada ibu Post *Sectio Caesarea* (Tetelepta et al., 2024)

a. Penatalaksanaan nyeri farmakologis

1) Paracetamol (*Acetaminophen*)

Parasetamol merupakan analgesik non-opioid yang sering digunakan sebagai terapi lini pertama untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang. Obat ini bekerja dengan menghambat sintesis prostaglandin di sistem saraf pusat sehingga menurunkan persepsi nyeri. Parasetamol relatif aman digunakan pada ibu menyusui dan sering dikombinasikan dengan obat analgesik lain dalam pendekatan multimodal.

2) *Non-steroidal anti- inflammatory drugs* (NSAID)

NSAID seperti ibuprofen, ketorolak, dan diklofenak bekerja dengan menghambat enzim siklooksigenase (COX) sehingga mengurangi pembentukan prostaglandin yang berperan dalam proses inflamasi dan nyeri. NSAID efektif untuk mengurangi nyeri luka operasi dan nyeri akibat kontraksi uterus pasca persalinan.

3) Opioid

Opioid seperti morfin, tramadol, oksikodon, dan fentanyl digunakan untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat yang tidak dapat dikontrol dengan analgesik non-opioid. Penggunaan opioid harus dilakukan secara hati-hati karena dapat menimbulkan efek samping seperti mual, muntah, sedasi, konstipasi, dan depresi pernapasan. Oleh karena itu, opioid saat

ini lebih dianjurkan sebagai terapi tambahan atau untuk nyeri terobosan (*breakthrough pain*).

4) Analgesia regional

Teknik analgesia regional seperti anestesi spinal dengan morfin intratekal, *Transversus Abdominis Plane Block* (TAP Block), dan blok saraf perifer lainnya banyak digunakan untuk mengurangi nyeri pasca *Sectio Caesarea*. Metode ini terbukti efektif menurunkan intensitas nyeri dan kebutuhan opioid pasca operasi.

b. Penatalaksanaan nyeri non farmakologis

1) Teknik relaksasi napas dalam

Teknik relaksasi napas dalam membantu meningkatkan oksigenasi jaringan, mengurangi ketegangan otot, serta menurunkan kecemasan yang dapat memperburuk persepsi nyeri. Relaksasi napas dalam juga membantu mengaktifkan sistem saraf parasimpatis sehingga tubuh menjadi lebih rileks.

2) Distraksi

Distraksi dilakukan dengan mengalihkan perhatian pasien dari sensasi nyeri ke stimulus lain, seperti menonton televisi, membaca, mendengarkan musik, atau berbincang dengan keluarga. Pengalihan perhatian dapat mengurangi fokus pasien terhadap nyeri yang dirasakan.

3) Terapi musik

Terapi musik dapat memberikan efek relaksasi, menurunkan kecemasan, serta membantu menurunkan intensitas nyeri melalui stimulasi sistem limbik dan pelepasan endorfin. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terapi musik efektif digunakan sebagai terapi pendamping pada ibu Post *Sectio Caesarea*.

4) *Guided Imagery*

Guided imagery merupakan teknik relaksasi dengan membimbing pasien membayangkan suasana yang menyenangkan sehingga dapat mengurangi ketegangan emosional dan persepsi nyeri. Teknik ini bekerja melalui mekanisme psikologis yang memengaruhi interpretasi nyeri di otak.

5) Mobilisasi dini

Mobilisasi dini secara bertahap setelah operasi dapat membantu memperlancar sirkulasi darah, meningkatkan fungsi tubuh, mempercepat penyembuhan luka, dan mengurangi kekakuan otot yang dapat memperberat nyeri.

6) *Slow Stroke Back Massage* (SSBM)

Slow Stroke Back Massage merupakan teknik pijatan lembut pada area punggung yang dilakukan dengan gerakan perlahan, ritmis, dan berulang. Intervensi ini bekerja melalui stimulasi serabut saraf A-beta yang dapat menghambat penghantaran impuls nyeri ke otak sesuai *Gate Control Theory*. Selain itu, SSBM dapat meningkatkan pelepasan endorfin, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan relaksasi, dan memberikan rasa nyaman pada pasien. Oleh karena itu, SSBM banyak digunakan sebagai terapi komplementer untuk menurunkan nyeri pada ibu Post *Sectio Caesarea*.

j. Komplikasi

Nyeri merupakan keluhan utama yang sering dialami ibu setelah tindakan *Sectio Caesarea* akibat adanya insisi pada dinding abdomen dan uterus. Apabila tidak ditangani dengan baik, nyeri dapat menimbulkan berbagai dampak fisik maupun psikologis yang menghambat proses pemulihan pasca persalinan. (Murniati & Wulaningsih, 2025)

a. Menghambat mobilisasi dini

Nyeri pasca operasi menyebabkan ibu enggan bergerak, bangun dari tempat tidur, berjalan, maupun melakukan aktivitas sehari-hari. Keterlambatan mobilisasi dini dapat memperlambat penyembuhan luka, meningkatkan risiko trombosis, serta memperpanjang masa perawatan di rumah sakit.

b. Mengganggu pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur

Intensitas nyeri yang tinggi dapat menyebabkan ketidaknyamanan sehingga ibu sulit beristirahat dan mengalami gangguan tidur. Kurangnya istirahat dapat menurunkan energi, memperlambat proses pemulihan, serta meningkatkan kelelahan selama masa nifas.

c. Menghambat aktivitas perawatan diri

Nyeri pada area luka operasi dapat membatasi kemampuan ibu dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti duduk, berdiri, berjalan, mandi, berganti pakaian, maupun memenuhi kebutuhan personal hygiene secara mandiri. Kondisi ini menyebabkan peningkatan ketergantungan terhadap keluarga maupun tenaga kesehatan.

d. Mengganggu proses menyusui

Nyeri pasca operasi dapat membuat ibu kesulitan menemukan posisi menyusui yang nyaman. Ketidaknyamanan saat bergerak dan menggendong bayi dapat menyebabkan frekuensi menyusui berkurang sehingga berpotensi mengganggu keberhasilan pemberian Air Susu Ibu (ASI) pada periode awal postpartum.

e. Menghambat bonding attachment ibu dan bayi

Rasa nyeri yang berlebihan dapat mengurangi kemampuan ibu untuk fokus berinteraksi dengan bayinya. Kondisi ini dapat menghambat proses bonding attachment atau ikatan emosional awal antara ibu dan bayi yang seharusnya mulai terbentuk segera setelah persalinan.

f. Menimbulkan respons stress dan kecemasan

Nyeri yang tidak terkontrol dapat meningkatkan respons stres fisiologis berupa peningkatan denyut nadi, tekanan darah, frekuensi napas, serta ketegangan otot. Selain itu, nyeri juga dapat menimbulkan kecemasan, perasaan tidak nyaman, mudah marah, dan menurunkan kesejahteraan psikologis ibu.

g. Memperlambat proses pemulihan pasca operasi

Nyeri yang berkepanjangan dapat menghambat pemulihan fisik secara keseluruhan karena membatasi aktivitas, mengurangi kualitas tidur, serta meningkatkan kelelahan. Oleh karena itu, manajemen nyeri yang efektif diperlukan untuk mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan kualitas hidup ibu pasca *Sectio Caesarea*.

2. Konsep *Sectio Caesarea*

a. Definisi

Sectio Caesarea adalah salah satu teknik persalinan dengan membuat sayatan pada dinding uterus (histerektomi) melalui dinding depan abdomen (laparatomi). Pengertian lain untuk *Sectio Caesarea* adalah persalinan buatan untuk melahirkan janin melalui suatu insisi pada

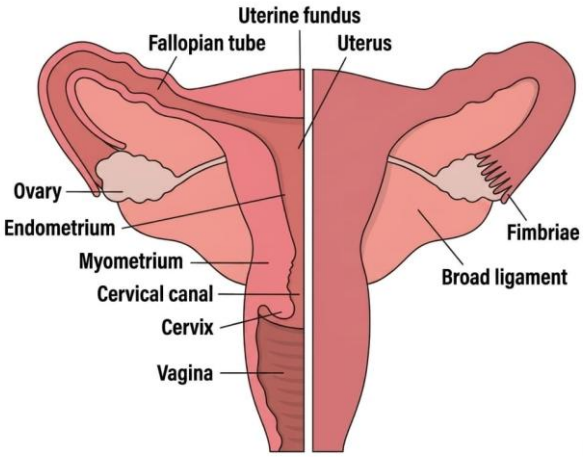
dinding abdomen dan uterus dalam keadaan berat janin diatas 500 gram dan atau usia kehamilan lebih dari 28 minggu (Sugito et al., 2023)

Persalinan *Sectio Caesarea* merupakan prosedur bedah yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan memotong dinding perut dan rahim. Metode SC biasanya dilaksanakan berdasarkan indikasi medis yang berkaitan dengan kondisi ibu dan janin, seperti pecahnya ketuban sebelum waktunya, plasenta previa, atau preeklampsia berat, serta indikasi lain yang dapat membahayakan ibu atau janin. Prosedur *Sectio Caesarea* dengan insisi abdomen uterus akan menyebabkan ibu mengalami nyeri fisik, biologis, dan psikis (Murniati & Wulaningsih, 2025).

b. Anatomi Fisiologi

Sectio Caesarea merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan dinding uterus. Oleh karena itu, pemahaman mengenai anatomi sistem reproduksi wanita, khususnya uterus dan struktur di sekitarnya, sangat penting dalam memahami prosedur *Sectio Caesarea*. Uterus merupakan organ muskular berongga yang terletak di rongga pelvis, berada di antara kandung kemih dan rektum. Selama kehamilan, uterus mengalami perubahan ukuran yang sangat signifikan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin (Sung et al., 2024)

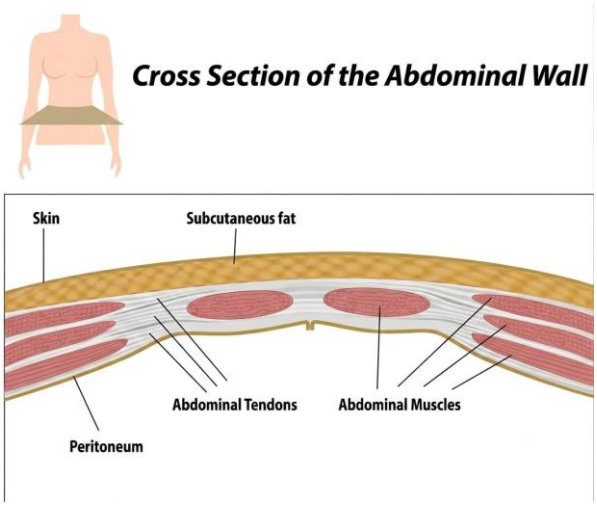
Secara anatomi, uterus terdiri atas fundus uteri, korpus uteri, isthmus uteri, dan serviks. Fundus merupakan bagian paling atas uterus yang terletak di atas muara tuba falopi. Korpus uteri merupakan bagian terbesar yang menjadi tempat implantasi dan pertumbuhan janin selama kehamilan. Isthmus merupakan bagian sempit yang menghubungkan korpus dengan serviks, sedangkan serviks merupakan bagian bawah uterus yang berhubungan langsung dengan vagina. Dinding uterus tersusun atas tiga lapisan, yaitu perimetrium sebagai lapisan terluar, miometrium sebagai lapisan otot polos yang berperan dalam kontraksi uterus, dan endometrium sebagai lapisan terdalam yang menjadi tempat implantasi hasil konsepsi (Tortora & Derrickson, 2023)



Gambar 2.6 Organ Reproduksi Wanita

Sumber : Tortora & Derrickson (2023)

Selain uterus, struktur anatomi yang sangat penting dalam tindakan *Sectio Caesarea* adalah dinding abdomen. Untuk mencapai uterus, dokter harus melewati beberapa lapisan jaringan yang meliputi kulit, jaringan subkutan, fasia, otot rektus abdominis, peritoneum parietal, dan akhirnya dinding uterus. Insisi pada lapisan-lapisan tersebut menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan yang akan memicu respons inflamasi dan menimbulkan nyeri pasca operasi. Oleh karena itu, pemahaman mengenai lapisan dinding abdomen sangat penting dalam menjelaskan munculnya nyeri pada ibu Post *Sectio Caesarea* (Hinkle & Cheever, 2022).



Gambar 2.7 Lapisan Dinding Abdomen

Sumber : Hinkle & Cheever (2022)

Pada prosedur *Sectio Caesarea* modern, insisi uterus umumnya dilakukan pada segmen bawah uterus (*lower uterine segment incision*). Pemilihan lokasi ini bertujuan untuk mengurangi risiko perdarahan, mempercepat penyembuhan luka, dan menurunkan kemungkinan ruptur uterus pada kehamilan berikutnya. Selain itu, kandung kemih yang terletak di bagian anterior uterus perlu didorong ke bawah selama operasi untuk menghindari cedera pada organ tersebut (Sung et al., 2024)

c. Etiologi

Tindakan ini dilakukan apabila persalinan pervaginam tidak memungkinkan atau berisiko bagi ibu maupun janin. Etiologi atau indikasi *Sectio Caesarea* meliputi faktor ibu dan faktor janin (Murniati & Wulaningsih, 2025)

a. Faktor Ibu

1) Gejala plasenta *previa sentralis, lateralis (posterior)* serta totalis

Plasenta *previa* merupakan keadaan dimana plasenta berimplantasi pada segmen bawah uterus sehingga berada dekat atau menutupi jalan lahir (ostium uteri internum). Kondisi seperti ini dapat menyebabkan terhambatnya proses persalinan normal yang dapat meningkatkan risiko terjadinya perdarahan yang mengancam keselamatan ibu maupun janin.

Gejala utama plasenta previa adalah perdarahan pervaginam berwarna merah segar tanpa disertai nyeri, terutama pada trimester ketiga kehamilan. Pada plasenta previa totalis dan sentralis, persalinan normal umumnya tidak dapat dilakukan sehingga tindakan *Sectio Caesarea* menjadi pilihan utama untuk mencegah komplikasi yang berat.

2) CPD (*Cephalopelvic Disproportion*)

Cephalopelvic Disproportion adalah keadaan ketika ukuran kepala janin tidak sebanding dengan ukuran panggul ibu sehingga kepala janin tidak dapat melewati jalan lahir secara normal.Hal ini dapat terjadi karena pangggul ibu terlalu sempit, ukuran kepala janin terlalu besar, kelainan bentuk, dan makrosomia (berat badan janin berlebihan). Kondisi ini menyebabkan proses penurunan kepala janin terhambat sehingga persalinan normal menjadi sulit atau tidak mungkin untuk dilakukan.

3) Terjadi disporsi sefalo-pelvik

Ketidaksesuaian antara dimensi panggul ibu dan ukuran kepala janin. Kondisi ini dapat mencegah bayi turun melalui jalan lahir, yang berpotensi menyebabkan persalinan lebih lama, risiko operasi *caesar* yang lebih tinggi dan risiko komplikasi yang lebih besar pada ibu dan bayi.

4) Mengalami persainan lama (*prolonged labor*)

Persalinan lama adalah proses persalinan yang berlangsung lebih lama dari waktu normal akibat gangguan pada kekuatan kontraksi, jalan lahir atau kondisi janin. Persalinan berlangsung terlalu lama dapat meningkatkan risiko infeksi, dehidrasi, kelelahan ibu, perdarahan postpartum dan gangguan oksigenasi janin. Jika tidak terjadi kemajuan persalinan meskipun telah diberikan penanganan yang adekuat, *Sectio Caesarea* perlu dilakukan.

5) Terjadi ruptur uteri yang mengancam

Ruptur uteri mengancam adalah keadaan ketika dinding uterus mengalami peregangan berlebihan dan berpotensi mengalami robekan selama proses persalinan. Tanda-tanda yang dapat muncul antara lain nyeri abdomen hebat, kontraksi yang tidak teratur, perdarahan, serta tanda gawat janin.

6) Pada persalinan tak maju (*obstructed labor*)

Obstructed labor adalah kondisi ketika persalinan tidak mengalami kemajuan akibat hambatan mekanis meskipun kontraksi uterus adekuat. Apabila kondisi ini dibiarkan, dapat terjadi kelelahan ibu, infeksi, fistula obstetri, ruptur uteri, serta kematian janin.

7) Mengalami distosia serviks

Distosia serviks adalah gangguan pembukaan serviks selama persalinan meskipun kontraksi uterus berlangsung adekuat. Keadaan ini dapat disebabkan oleh serviks yang kaku atau tidak elastis, jaringan parut pada serviks akibat operasi sebelumnya, kelainan natomi serviks, dan spasme serviks. Akibatnya, pembukaan serviks berlangsung sangat lambat atau bahkan terhenti sehingga persalinan tidak dapat berlanjut secara normal.

8) Terdapat *preeklampsia*

Peningkatan tekanan darah dan protein dalam urine setelah dua puluh minggu kehamilan adalah tanda komplikasi kehamilan. *Preeklampsia* dapat menyebabkan komplikasi serius seperti eklampsia, gagagl ginjal, hingga kematian ibu dan janin. Pada kasus *preeklampsia* berat, *Sectio Caesarea* sering dilakukan untuk segera mengakhiri kehamilan dan mencegah komplikasi lebih berat.

9) Mengalami kondisi disfungsi uterus

Disfungsi uterus adalah gangguan kontraksi rahim yang menyebabkan proses persalinan tidak berlangsung efektif. Akibatnya terjadi hambatan pada pembukaan serviks maupun penurunan janin.

10) Mengalami distosia jaringan lunak

Distosia jaringan lunak adalah hambatan persalinan yang disebabkan oleh kelainan pada jaringan lunak jalan lahir sehingga menghalangi keluarnya janin.

b. Faktor janin

1) Terjadi letak lintang

Letak lintang adalah keadaan ketika sumbu panjang tubuh janin melintang terhadap sumbu panjang tubuh ibu. Pada kondisi ini, bagian terendah janin yang berada di pintu atas panggul biasanya adalah bahu, punggung, atau lengan janin.Persalinan pervaginam umumnya tidak dapat berlangsung pada letak lintang karena tidak ada bagian janin yang dapat masuk dan melewati jalan lahir secara efektif. Selain itu, kondisi ini dapat meningkatkan risiko prolaps tali pusat, gawat janin, persalinan macet, serta ruptur uteri apabila persalinan dipaksakan berlangsung secara normal.

2) Terjadi letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan ketika bokong atau kaki janin berada pada bagian terbawah rahim sehingga menjadi bagian yang akan lahir terlebih dahulu, sedangkan kepala janin berada di fundus uteri. Pada persalinan sungsang, terdapat risiko terjadinya cedera lahir, prolaps tali pusat, asfiksia neonatorum, serta terjebaknya kepala janin karena kepala merupakan bagian terbesar tubuh bayi yang lahir terakhir. Risiko tersebut semakin tinggi pada janin besar, panggul sempit, prematuritas, atau primigravida.

3) Mengalami presentasi rangkap apabila reposisi tak tercapai

Presentasi rangkap adalah keadaan ketika bagian utama janin yang memasuki jalan lahir disertai bagian tubuh lain secara bersamaan. Kondisi yang paling sering ditemukan adalah presentasi kepala yang disertai tangan atau lengan janin.

4) Mengalami presentasi dahi serta muka (letak defleksi) apabila reposisi pada cara lain tak tercapai

Kondisi dimana kepala janin berada dalam posisi defleksii atau mendongak, daripada fleksi, sehingga dahi atau muka paling rendah

5) Bayi kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih dalam satu kehamilan. Meskipun tidak semua kehamilan kembar memerlukan *Sectio Caesarea*, beberapa kondisi pada kehamilan kembar dapat menjadi indikasi operasi. Kehamilan kembar memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan kehamilan tunggal, seperti persalinan prematur, perdarahan, asfiksia, dan trauma lahir.

d. Manifestasi Klinis

Manifestasi utama pada ibu Post partum *Sectio Caesarea* adalah nyeri yang mengakibatkan aktifasi saraf simpatis sehingga mengakibatkan terjadinya peningkatan frekuensi dan kekuatan kontraksi jantung yang akan diinterpretasikan pada perubahan respon fisiologi seperti peningkatan tekanan darah dan denyut nadi (Sugito et al., 2023). Manifestasi klinis lain yang juga dapat ditemukan pada ibu Post *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut : (Murniati & Wulaningsih, 2025)

a. Kehilangan darah

Kehilangan darah selama prosedur pembedahan yang diperkirakan mencapai 600-800 mililiter yang merupakan jumlah kehilangan darah normal.

b. Terpasang kateter

Biasanya ibu Post *Sectio Caesarea* terpasang kateter urine untuk memantau keluaran urine, dan hasilnya menunjukkan urine yang berwarna jernih dan pucat, menandakan fungsi ginjal masih berjalan dengan baik.

c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi

   Pada pemeriksaan fisik bagian abdomen, perut terasa lunak saat diraba tanpa adanya tanda-tanda distensi atau pembengkakan, yang menandakan tidak adanya akumulasi cairan atau gas secara berlebihan di rongga perut.

d. Bising usus tidak ada

   Meskipun kondisi fisik cukup stabil, aktivitas usus belum kembali normal, yang ditunjukkan dengan tidak terdengarnya bising usus.

e. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru

   Dari sisi psikologis, ibu dapat mengalami ketidaknyamanan dan kesulitan dalam menghadapi situasi baru, baik karena perubahan fisik maupun beban emosional pada ibu pasca persalinan.

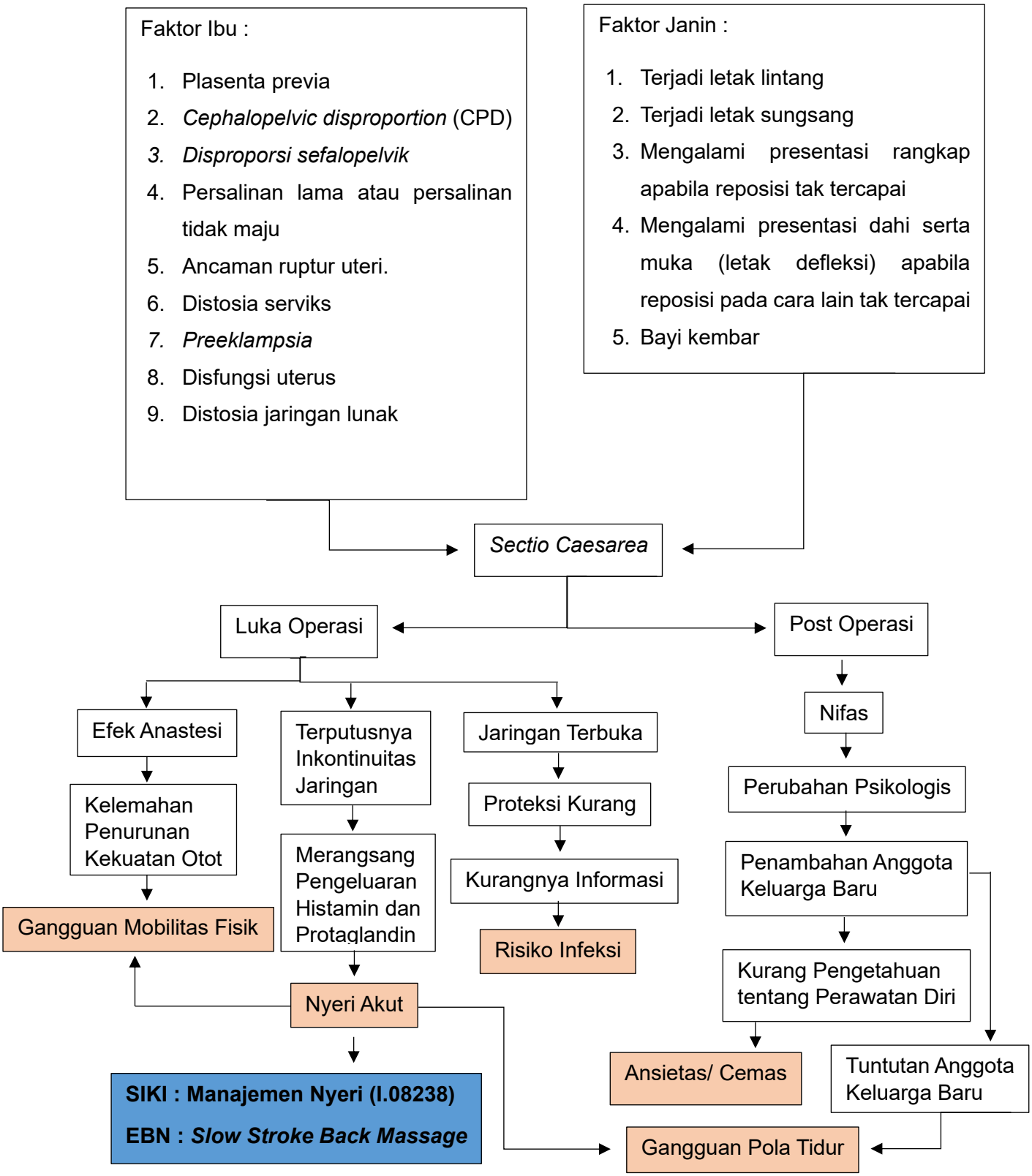
f. Balutan abdomen tampak sedikit noda darah

   Ada area luka operasi, abdomen menunjukkan adanya sedikit noda darah yang kemungkinan berasal dari sisa perdarahan operasi, namun masih dalam batas wajar.

g. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak

   Terdapat aliran lochiadalam jumlah sedang, bebas dari bekuan darah, namun volumenya dapat terlihat berlebihan, yang merupakan bagian dari proses involusi rahim pasca persalinan.

e. Pathway



Gambar 2.5 Pathway *Sectio Caesarea*
Sumber : Hartati et al., (2023)

f. Patofisiologi

Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan dengan membuat insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi) untuk mengeluarkan janin. Tindakan pembedahan ini menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan pada kulit, jaringan subkutan, otot, pembuluh darah, peritoneum, dan uterus. Kerusakan jaringan tersebut akan memicu respons inflamasi sebagai mekanisme pertahanan tubuh terhadap trauma pembedahan

Setelah insisi dilakukan, sel-sel yang mengalami kerusakan akan melepaskan berbagai mediator inflamasi seperti prostaglandin, histamin, bradikinin, serotonin, sitokin, dan substansi P. Pelepasan mediator inflamasi tersebut menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah, peningkatan permeabilitas kapiler, dan aktivasi reseptor nyeri (*nosiseptor*). Aktivasi *nosiseptor* akan menghasilkan impuls nyeri yang dihantarkan melalui serabut saraf perifer menuju medula spinalis, kemudian diteruskan ke talamus dan korteks serebri sehingga pasien merasakan nyeri pada area insisi operasi.

Nyeri pasca *Sectio Caesarea* umumnya mulai dirasakan setelah efek anestesi menghilang. Nyeri yang timbul dapat menyebabkan aktivasi sistem saraf simpatis sehingga meningkatkan frekuensi nadi, tekanan darah, frekuensi pernapasan, serta meningkatkan kebutuhan oksigen tubuh. Apabila nyeri tidak ditangani dengan baik, kondisi ini dapat menghambat mobilisasi dini, mengganggu kualitas tidur, menurunkan nafsu makan, menghambat proses menyusui, serta memperlambat pemulihan pasien.

Pada uterus, proses penyembuhan luka pasca *Sectio Caesarea* juga melibatkan regenerasi jaringan miometrium dan endometrium. Namun, proses penyembuhan yang tidak optimal dapat menyebabkan terbentuknya jaringan parut uterus yang abnormal (*caesarean scar defect* atau *isthmocele*), yang berisiko menimbulkan komplikasi pada kehamilan berikutnya, seperti ruptur uteri, plasenta akreta, dan kehamilan pada bekas luka operasi sesar

Trauma pembedahan pada *Sectio Caesarea* menyebabkan kerusakan jaringan yang memicu respons inflamasi, aktivasi nosiseptor,

munculnya nyeri akut, serta proses penyembuhan luka yang berlangsung melalui fase inflamasi, proliferasi, dan remodeling hingga terbentuk jaringan parut pada dinding abdomen dan uterus.

g. Klasifikasi

Secara umum, tindakan *Sectio Caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi 4, yaitu : (Aspiani, 2021)

a. *Sectio transperitonealis profunda*

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

Kelebihan dari cara ini, antara lain sebagai berikut :

1) Perdarahan luka insisi tidak banyak
2) Penjahitan luka lebih mudah
3) Penutupan luka dengan reperitonial yang baik
4) Bahaya peritonitis tidak besar
5) Tumpang tindih dari peritonial flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritonium
6) Perut pada uterus umumnya kuat, sehingga bahaya ruptur uteri tidak besar di kemudian hari

Kelemahan dari cara ini, antara lain sebagai berikut :

1) Luka dapat menyebar ke kiri, kanan dan bawah, yang dapat menyebabkan putusnya arteri uterina
2) Keluhan pada kandung kemih Post operasi tinggi

b. *Sectio* korporal atau klasik

Insisi dibuat pada korpus uteri, pembedahan ini yang lebih mudah dilakukan, hanya dilakukan apabila ada halangan untuk melakukan *Sectio Caesarea* transperitonealis profunda misalnya, melekat erat uterus pada dinding perut karena *sectio* yang sudah atau insisi segmen bawah uterus mengandung bahaya perdarahan yang banyak.

Kelebihan dari cara ini, antara lain sebagai berikut :

1) Mengeluarkan janin lebih cepat
2) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik
3) Sayatan bisa diperpanjang paroksimal atau distal

Kelemahan dari cara ini, antara lain sebagai berikut :

1) Infeksi mudah menyebar secara *intra abdominal* karena tidak ada reperitonealisasi yang baik
2) Untuk persalinan berikutnya sering terjadi ruptur uteri spontan

c. *Sectio Caesarea* peritoneal

Insisi ini dilakukan tanpa membuka peritonium parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi. Rongga peritoneum tak dibuka, insisi ini dilakukan pada pasien uterin berat. Teknik ini menggunakan sayatan yang dibuat padaa bekas luka lama dan dilakukan dengan membedah lapisan otot dan jaringan tanpa memasuki rongga perut secara langsung.

d. *Sectio Caesarea hysteroctomi*

Teknik histeroktomi ini merupakan prosedur kombinasi antara operai caesar dan pengangkatan rahim yang dilakukan secara bersamaan. Teknik ini dilakukan pada kondisi obstetrik yang mengancam nyawa, seperti perdarahan postpartum yang berlebihan dan tidak terkontrol atau ketika terjadi plasenta akreta, yaitu kondisi ketika plasenta menempel terlalu dalam tidak dapat terlepas dari rahim.

h. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada pasien yang akan menjalani *Sectio Caesarea* bertujuan untuk menilai kondisi ibu dan janin, menentukan indikasi tindakan operasi, mengidentifikasi faktor risiko, serta mempersiapkan pasien agar tindakan pembedahan dapat berlangsung dengan aman. Pemeriksaan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang, dan pemantauan kondisi janin. Pemeriksaan ini juga penting untuk mendeteksi komplikasi yang dapat terjadi selama maupun setelah operasi.

a. Pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan darah lengkap)

Pemeriksaan darah lengkap dilakukan untuk menilai kadar hemoglobin, hematokrit, jumlah leukosit, dan trombosit. Kadar hemoglobin digunakan untuk mengetahui adanya anemia yang dapat meningkatkan risiko perdarahan dan komplikasi pascaoperasi. Jumlah leukosit dapat memberikan gambaran adanya infeksi,

sedangkan jumlah trombosit diperlukan untuk menilai risiko perdarahan dan keamanan tindakan anestesi regional.

b. Pemeriksaan urinalis

Urinalisis dilakukan untuk menilai adanya proteinuria, glukosuria, hematuria, maupun tanda-tanda infeksi saluran kemih. Proteinuria merupakan salah satu indikator penting pada pasien dengan preeklampsia, sedangkan infeksi saluran kemih dapat meningkatkan risiko komplikasi pascaoperasi.

c. *Ultrasonografi* (USG)

Ultrasonografi merupakan pemeriksaan penunjang utama dalam obstetri yang digunakan untuk menilai kondisi janin dan organ reproduksi ibu. USG sangat membantu dalam menentukan indikasi dan perencanaan tindakan *Sectio Caesarea* sehingga dapat mengurangi risiko komplikasi selama operasi.

d. *Kardiotokografi* (CTG)

Kardiotokografi (*Cardiotocography*/CTG) digunakan untuk memantau denyut jantung janin dan aktivitas kontraksi uterus. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi adanya tanda-tanda gawat janin (*fetal distress*) sebelum tindakan operasi dilakukan. Hasil CTG yang abnormal dapat menjadi salah satu indikasi dilakukannya *Sectio Caesarea* segera.

i. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Post operasi *Sectio Caesarea* merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan setelah pasien menjalani pembedahan untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi, mengurangi nyeri, serta meningkatkan kemampuan ibu dalam merawat diri dan bayinya. Perawatan pasca *Sectio Caesarea* meliputi manajemen nyeri, mobilisasi dini, perawatan luka, pemenuhan nutrisi, serta dukungan menyusui (Sugito et al., 2023)

a. Manajemen nyeri

Nyeri merupakan masalah utama yang dialami ibu setelah operasi *Sectio Caesarea* akibat adanya insisi pada dinding abdomen dan uterus. Penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan melalui:

1) Terapi Farmakologis

a) Paracetamol

b) Ketorolac
c) Ibuprofen
d) Analgesik opioid sesuai indikasi medis

2) Terapi Non farmakologis
a) Teknik relaksasi napas dalam
b) Distraksi
c) Terapi musik
d) Aromaterapi
e) Guided imagery
f) Kompres hangat
g) Slow Stroke Back Massage (SSBM)

b. Mobilisasi dini

Mobilisasi dini merupakan salah satu komponen penting dalam perawatan Post *Sectio Caesarea*. Mobilisasi dilakukan secara bertahap setelah kondisi pasien stabil dan efek anestesi mulai berkurang. Awalnya pasien dianjurkan untuk menggerakkan ekstremitas, kemudian belajar miring ke kanan dan kiri, duduk di tepi tempat tidur, berdiri, hingga berjalan secara perlahan. Mobilisasi dini berperan dalam meningkatkan sirkulasi darah, mencegah terjadinya trombosis vena dalam, memperbaiki fungsi pernapasan, merangsang pergerakan usus, serta mempercepat proses penyembuhan luka. Selain itu, mobilisasi dini juga membantu meningkatkan kemandirian ibu dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan merawat bayinya (Metasari & Rahmawati, 2023)

c. Perawatan luka operasi

Perawatan luka operasi dilakukan untuk mempertahankan kebersihan area insisi dan mencegah terjadinya infeksi. Luka operasi harus dijaga tetap bersih dan kering serta dilakukan penggantian balutan sesuai prosedur yang berlaku. Selama proses penyembuhan, tenaga kesehatan perlu melakukan observasi terhadap tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, peningkatan nyeri, keluarnya cairan atau nanah, serta peningkatan suhu tubuh. Perawatan luka yang baik dapat mempercepat proses penyembuhan jaringan dan mengurangi risiko komplikasi pasca operasi (Hartati et al., 2023)

d. Perawatan nutrisi dan cairan

Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan merupakan aspek penting dalam proses pemulihan ibu Post *Sectio Caesarea*. Setelah fungsi gastrointestinal kembali normal, pasien dianjurkan untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang yang kaya protein, vitamin, mineral, dan zat besi. Protein berperan dalam mempercepat proses regenerasi jaringan dan penyembuhan luka, sedangkan zat besi membantu mencegah anemia akibat kehilangan darah selama persalinan. Selain itu, asupan cairan yang cukup diperlukan untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh, memperlancar metabolisme, dan mendukung produksi ASI (Sugito et al., 2023)

e. Dukungan menyusui

Meskipun menjalani persalinan melalui operasi, ibu tetap dianjurkan untuk memulai menyusui sesegera mungkin setelah kondisi stabil. Dukungan menyusui dapat diberikan melalui bantuan dalam menemukan posisi menyusui yang nyaman, edukasi mengenai teknik menyusui yang benar, serta pemberian motivasi kepada ibu. Menyusui secara dini tidak hanya bermanfaat bagi bayi, tetapi juga membantu mempercepat involusi uterus melalui stimulasi pelepasan hormon oksitosin. Selain itu, proses menyusui dapat memperkuat hubungan emosional antara ibu dan bayi (Hartati et al., 2023)

j. Komplikasi

Sectio Caesarea (SC) merupakan prosedur pembedahan mayor yang umumnya aman dan efektif untuk menyelamatkan ibu maupun janin pada kondisi tertentu. Namun, dibandingkan dengan persalinan pervaginam, tindakan ini memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi, baik selama operasi, setelah operasi, maupun pada kehamilan berikutnya. Komplikasi dapat terjadi pada ibu maupun bayi, sehingga diperlukan pemantauan yang ketat selama periode perawatan (Hartati et al., 2023)

1) Perdarahan (*hemorrhage*)

Perdarahan merupakan salah satu komplikasi paling sering dan paling serius pada *Sectio Caesarea*. Kehilangan darah saat operasi SC umumnya lebih besar dibandingkan persalinan normal. Perdarahan dapat disebabkan oleh atonia uteri, trauma pembuluh darah selama pembedahan, plasenta previa, plasenta akreta, maupun gangguan

koagulasi. Apabila tidak ditangani dengan cepat, perdarahan dapat menyebabkan anemia berat, syok hipovolemik, bahkan kematian maternal. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa perdarahan postpartum masih menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu pasca *Sectio Caesarea*.

2) Infeksi pasca operasi

   Infeksi merupakan komplikasi yang sering terjadi setelah *Sectio Caesarea* karena adanya luka insisi pada dinding abdomen dan uterus. Bentuk infeksi yang dapat muncul meliputi infeksi luka operasi, endometritis, infeksi saluran kemih, hingga sepsis. Gejala yang sering ditemukan antara lain demam, nyeri pada area luka, kemerahan, pembengkakan, dan keluarnya cairan purulen dari luka operasi. Risiko infeksi dapat dikurangi melalui pemberian antibiotik profilaksis sebelum tindakan operasi dan penerapan teknik aseptik yang baik selama pembedahan

3) Cedera organ sekitar

   Selama tindakan operasi, terdapat kemungkinan terjadinya cedera pada organ-organ yang berada di sekitar uterus. Organ yang paling sering mengalami cedera adalah kandung kemih, ureter, dan usus. Risiko cedera meningkat pada pasien dengan riwayat operasi abdomen sebelumnya karena adanya perlengketan (adhesi) jaringan. Cedera organ dapat menyebabkan perdarahan, gangguan fungsi organ, serta memperpanjang masa perawatan pasien di rumah sakit.

4) Tromboemboli vena

   Tromboemboli vena merupakan komplikasi yang terjadi akibat terbentuknya bekuan darah pada vena dalam (*Deep Vein Thrombosis*/DVT) yang dapat berkembang menjadi emboli paru apabila bekuan darah terlepas dan menyumbat pembuluh darah paru. Risiko tromboemboli meningkat pada pasien yang mengalami imobilisasi lama setelah operasi, obesitas, usia maternal lanjut, atau memiliki riwayat gangguan koagulasi. Oleh karena itu, mobilisasi dini pasca operasi sangat dianjurkan untuk mencegah komplikasi ini.

5) Komplikasi anastesi

   Anestesi yang digunakan selama *Sectio Caesarea*, baik anestesi spinal maupun anestesi umum, dapat menimbulkan berbagai efek

samping dan komplikasi. Komplikasi yang sering ditemukan meliputi hipotensi, mual, muntah, sakit kepala pasca pungsi spinal, reaksi alergi terhadap obat anestesi, hingga depresi pernapasan pada kasus tertentu. Meskipun jarang terjadi, komplikasi anestesi dapat memperburuk kondisi ibu apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat.

6) Komplikasi penyembuhan luka operasi

   Penyembuhan luka operasi yang tidak optimal dapat menyebabkan dehisensi luka (terbukanya kembali luka operasi), hematoma, seroma, maupun infeksi luka operasi. Kondisi ini dapat memperpanjang masa rawat inap dan meningkatkan biaya perawatan. Faktor-faktor seperti obesitas, diabetes melitus, malnutrisi, dan kebersihan luka yang kurang baik dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi penyembuhan luka.

7) Komplikasi pada bayi

   Selain berdampak pada ibu, *Sectio Caesarea* juga dapat menimbulkan komplikasi pada bayi. Bayi yang lahir melalui *Sectio Caesarea* memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan pernapasan, terutama apabila operasi dilakukan sebelum usia kehamilan 39 minggu. Gangguan yang sering ditemukan adalah *Transient Tachypnea of the Newborn* (TTN), yaitu kondisi ketika bayi mengalami napas cepat akibat keterlambatan pengeluaran cairan paru. Selain itu, dapat terjadi cedera ringan seperti laserasi kulit bayi akibat insisi pembedahan.

8) Adhesi atau perlengkatan jaringan

   Adhesi merupakan pembentukan jaringan parut yang menyebabkan perlengketan antara organ-organ di dalam rongga abdomen. Komplikasi ini dapat muncul beberapa bulan atau tahun setelah operasi. Adhesi dapat menyebabkan nyeri panggul kronis, gangguan fungsi organ, serta menyulitkan tindakan operasi pada kehamilan berikutnya. Risiko adhesi meningkat pada pasien yang menjalani *Sectio Caesarea* berulang.

9) Ruptur uteri pada kehamilan berikutnya

   Bekas luka insisi pada uterus dapat menjadi titik lemah yang berisiko mengalami ruptur atau robekan pada kehamilan dan persalinan berikutnya. Meskipun jarang terjadi, ruptur uteri merupakan komplikasi

serius yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin karena menyebabkan perdarahan masif dan gangguan suplai oksigen janin. Risiko ini lebih tinggi pada ibu dengan riwayat *Sectio Caesarea* berulang.

10) Plasenta previa dan plasenta akreta spektrum

Riwayat *Sectio Caesarea* diketahui meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa dan plasenta akreta pada kehamilan berikutnya. Plasenta previa terjadi ketika plasenta menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir, sedangkan plasenta akreta terjadi ketika plasenta menempel terlalu dalam pada dinding uterus. Kedua kondisi ini dapat menyebabkan perdarahan hebat saat persalinan dan sering kali memerlukan tindakan histerektomi untuk menyelamatkan nyawa ibu. Risiko meningkat seiring bertambahnya jumlah *Sectio Caesarea* yang pernah dialami seorang wanita.

B. Konsep Teori Inovasi Penerapan *Slow Stroke Back Massage*

1. Defenisi

Slow Stroke Back Massage (SSBM) merupakan salah satu terapi non farmakologis yang sering digunakan dalam praktik keperawatan untuk membantu mengurangi nyeri, meningkatkan relaksasi, serta memberikan rasa nyaman kepada pasien. Teknik ini dilakukan dengan memberikan usapan lembut pada area punggung menggunakan telapak tangan secara perlahan, ritmis, teratur, dan berkesinambungan dalam jangka waktu tertentu. SSBM termasuk ke dalam metode stimulasi kutaneus (*cutaneous stimulation*), yaitu stimulasi pada permukaan kulit yang bertujuan memengaruhi sistem saraf sehingga dapat menurunkan persepsi nyeri yang dirasakan pasien (Emilia & Kartikasari, 2024)

Slow Stroke Back Massage dilakukan dengan gerakan mengusap secara lembut dari daerah punggung bawah menuju bahu dan kembali ke posisi semula secara berulang. Gerakan dilakukan perlahan dengan tekanan ringan sehingga memberikan efek menenangkan pada sistem saraf. Selain menghasilkan relaksasi fisik, sentuhan terapeutik yang diberikan juga dapat meningkatkan kenyamanan psikologis pasien karena menimbulkan perasaan diperhatikan, aman, dan tenang. Pada ibu Post *Sectio Caesarea*, SSBM digunakan sebagai terapi komplementer untuk membantu mengurangi nyeri akibat luka insisi operasi. Intervensi ini mudah dilakukan,

tidak memerlukan alat khusus, dan dapat dikombinasikan dengan terapi farmakologis sehingga membantu meningkatkan efektivitas pengelolaan nyeri pascaoperasi (Sunaryanti et al., 2023)

2. Tujuan

Pemberian *Slow Stroke Back Massage* bertujuan untuk membantu pasien mencapai kondisi fisik dan psikologis yang lebih nyaman. Dalam praktik keperawatan modern, pengelolaan nyeri tidak hanya berfokus pada penggunaan obat-obatan, tetapi juga memanfaatkan berbagai intervensi non farmakologis yang aman dan efektif. Salah satu intervensi tersebut adalah SSBM yang terbukti mampu memberikan efek relaksasi dan membantu mengurangi nyeri pada berbagai kondisi klinis. Secara khusus, tujuan pemberian SSBM adalah sebagai berikut : (Oktaviani et al., 2023)

a. Menurunkan intensitas nyeri.
b. Memberikan rasa nyaman.
c. Meningkatkan relaksasi fisik dan psikologis.
d. Mengurangi ketegangan otot.
e. Menurunkan kecemasan dan stres.
f. Meningkatkan kualitas tidur dan istirahat.
g. Meningkatkan sirkulasi darah perifer.
h. Membantu mempercepat proses pemulihan.
i. Mendukung mobilisasi dini pasien.
j. Meningkatkan kesejahteraan pasien secara menyeluruh.

Pada ibu Post *Sectio Caesarea*, tujuan utama SSBM adalah membantu menurunkan nyeri pascaoperasi sehingga ibu dapat melakukan mobilisasi dini, menyusui dengan nyaman, serta mempercepat proses pemulihan selama masa nifas.

3. Manfaat

Slow Stroke Back Massage memberikan berbagai manfaat baik secara fisiologis maupun psikologis. Manfaat tersebut diperoleh melalui efek stimulasi sensorik yang terjadi selama proses *massage*. Ketika kulit menerima rangsangan sentuhan, tubuh akan memberikan respons berupa perubahan aktivitas sistem saraf, sistem hormonal, dan sistem peredaran darah yang berkontribusi terhadap peningkatan kenyamanan pasien (Ardi et al., 2024)

a. Manfaat fisiologis

1. Mengurangi intensitas nyeri.
2. Meningkatkan sirkulasi darah.
3. Meningkatkan suplai oksigen ke jaringan.
4. Mengurangi ketegangan otot.
5. Menurunkan denyut jantung.
6. Menurunkan tekanan darah.
7. Merangsang pelepasan endorfin.
8. Membantu mempercepat penyembuhan.

b. Manfaat psikologis

1. Mengurangi kecemasan.
2. Mengurangi stres.
3. Memberikan rasa nyaman.
4. Menimbulkan perasaan tenang.
5. Meningkatkan kualitas tidur.
6. Meningkatkan kesejahteraan emosional pasien.

4. Mekanisme Kerja

Ketika dilakukan SSBM, kulit menerima stimulasi berupa sentuhan dan usapan lembut yang mengaktifkan serabut saraf berdiameter besar yaitu serabut A-beta. Aktivasi serabut A-beta akan menghambat transmisi impuls nyeri yang dibawa oleh serabut A-delta dan C pada kornu dorsalis medula spinalis. Proses ini dikenal sebagai mekanisme "menutup gerbang nyeri" (*closing the gate*). Akibatnya, jumlah impuls nyeri yang mencapai otak menjadi berkurang sehingga persepsi nyeri menurun (Basahudin et al., 2025)

Selain melalui mekanisme gerbang nyeri, SSBM juga merangsang pelepasan endorfin dan enkefalin. Endorfin merupakan opioid alami tubuh yang berfungsi menghambat penghantaran impuls nyeri serta menghasilkan perasaan nyaman dan rileks. Semakin tinggi kadar endorfin yang dilepaskan, semakin rendah persepsi nyeri yang dirasakan pasien. Pada ibu Post *Sectio Caesarea*, nyeri timbul akibat kerusakan jaringan yang terjadi selama proses pembedahan. Stimulasi yang diberikan melalui SSBM membantu mengurangi persepsi nyeri sehingga pasien menjadi lebih nyaman dan mampu melakukan aktivitas secara bertahap.

5. Prosedur Pelaksanaan

Teknik ini dilakukan dengan memberikan usapan lembut pada area punggung menggunakan telapak tangan secara perlahan, ritmis, teratur, dan berkesinambungan dalam jangka waktu tertentu. SSBM termasuk ke dalam metode stimulasi kutaneus (*cutaneous stimulation*), yaitu stimulasi pada permukaan kulit yang bertujuan memengaruhi sistem saraf sehingga dapat menurunkan persepsi nyeri yang dirasakan pasien. Prosedur *massage* ini terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut :

a. Persiapan

   Alat dan bahan yang diperlukan dalam *Slow Stroke Back Massage* meliputi :

   1) Lembar observasi nyeri (*Numeric Rating Scale*/NRS)
   2) Alat tulis
   3) Baby oil secukupnya
   4) Hand sanitizer atau sarana cuci tangan

b. Fase Orientasi

   1) Memberikan salam terapeutik kepada ibu
   2) Memperkenalkan diri
   3) Menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur dan lama tindakan yang akan dilakukan
   4) Menjelaskan bahwa tindakan berlangsung selama ± 10 – 15 menit
   5) Menjaga privasi pasien
   6) Mengukur intensitas nyeri sebelum dilakukan tindakan menggunakan *Numeric Rating Scale*/NRS

c. Fase Kerja

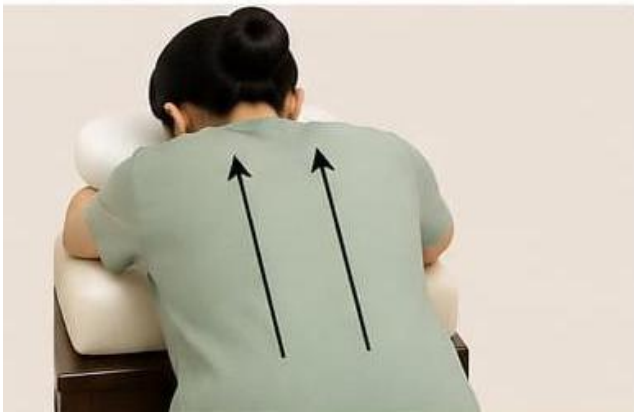
   1) Membantu pasien mengambil posisi duduk yang nyaman. Pasien diminta membungkukkan badan ke arah depan. Posisi ini bertujuan agar otot punggung lebih rileks dan area punggung mudah dijangkau selama tindakan dilakukan. Selanjutnya, terapis memastikan privasi pasien terjaga dan area punggung terbuka dari bahu hingga pinggang.
   2) Mengoleskan baby oil secukupnya pada kedua telapak tangan untuk mengurangi gesekan selama tindakan. Setelah itu, kedua telapak tangan diletakkan pada daerah sakrum atau punggung bagian bawah. Terapis melakukan gerakan melingkar secara

perlahan dan berirama pada area sakrum sebanyak 3–5 kali dengan tekanan ringan. Gerakan ini bertujuan memberikan efek relaksasi awal dan mempersiapkan otot punggung sebelum dilakukan pijatan utama.



Sumber : Ardi et al.,(2024)

3) Meletakkan kedua telapak tangan pada sisi kanan dan kiri tulang belakang bagian bawah. Selanjutnya, kedua tangan digerakkan secara perlahan ke arah atas mengikuti kontur punggung hingga mencapai daerah bahu. Gerakan dilakukan secara kontinu, lembut, dan ritmis menggunakan seluruh permukaan telapak tangan. Tekanan yang diberikan ringan hingga sedang sesuai kenyamanan pasien.



Sumber : Ardi et al.,(2024)

4) Setelah mencapai daerah bahu, terapis melakukan gerakan melingkar kecil menggunakan telapak tangan atau bantalan jari pada area skapula dan bahu kanan serta kiri. Gerakan dilakukan secara perlahan dengan tekanan ringan untuk membantu mengurangi ketegangan otot pada area punggung atas dan bahu. Gerakan diulangi sebanyak 3–5 kali pada masing-masing sisi.



Sumber : Ardi et al.,(2024)

5) Dari daerah bahu, kedua tangan terapis digerakkan perlahan menyusuri sisi luar punggung (lateral) menuju daerah pinggang atau krista iliaka. Gerakan dilakukan secara kontinu tanpa mengangkat tangan dari permukaan kulit pasien. Usapan dilakukan dengan tekanan ringan dan ritmis untuk memberikan efek relaksasi yang berkesinambungan.



Sumber : Ardi et al.,(2024)

6) Mengulangi rangkaian gerakan usapan dari daerah pinggang menuju bahu dan kembali turun melalui sisi lateral punggung sebagai satu kesatuan gerakan. Rangkaian gerakan dilakukan secara perlahan dan berulang selama durasi tindakan. Menjelang akhir tindakan, tekanan usapan secara bertahap dikurangi hingga sangat ringan, kemudian kedua tangan diangkat perlahan dari punggung pasien sebagai tanda bahwa tindakan telah selesai dilakukan.



Sumber : Ardi et al.,(2024)

d. Fase Terminasi
   1) Membantu ibu kembali ke posisi nyaman
   2) Mengukur kembali intensitas nyeri setelah dilakukan tindakan menggunakan *Numeric Rating Scale*/NRS
   3) Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas

   Pada klien dengan *Sectio Caesarea* dapat terjadi pada setiap umur kehamilan yang dapat dilihat pada kehamilan tertentu

b. Keluhan utama

   Pada klien dengan Post operasi keluhan utamanya adalah nyeri pada luka bekas operasi, badannya lemah, tidak berani bergerak dan rasa haus yang berlebihan

c. Riwayat penyakit sekarang

   Pada riwayat penyakit sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi

d. Riwayat penyakit dahulu

   Apakah klien pernah mengalami riwayat tindakan *Sectio Caesarea* sebelumnya

e. Riwayat penyakit keluarga

Peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah diderita salah satu anggota keluarga seperti : TBC, DM dan Hipertensi

f. Riwayat obstetri

1) Keadaan haid

Perlu ditanyakan kapan datangnya menarche siklus haid, hari pertama haid terakhir untuk dapat diketahui yang keluar darah muda atau darah tua, encer atau menggumpal, lamanya nyeri atau tidak, pada sebelum atau sesudah haid, berbau atau tidak, dimana untuk mengetahui gambaran tentang keadaan alat kandungan

2) Perkawinan

Berapa kali kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang

3) Kehamilan

Riwayat kehamilan pada klien dengan partus bisa terdapat pada primi/multigravida

4) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Ditanyakan kelangsungan dari kehamilan dan persalinan serta nifas yang lalu, bagaimana keadaan bayi yang dilahirkan, apakah cukup bulan atau tidak, kelahiran normal atau tidak, siapa yang menolong persalinan dan dimana melahirkannya, sehingga mendapat gambaran yang jelas tentang riwayat kehamilan, persalinan yang lalu

g. Pola kebiasaan sehari-hari menurut Virginia Henderson

1) Respirasi

Pada kasus Post seksio caesarea penyulit yang sering ditemukan adalah obstruksi jalan nafas, respirasi yang tidak adekuat dan respirasi arrest

2) Nutrisi

Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam baru diberikan makanan lunak, tapi bila klien dengan lumbal fungsi langsung diberi makan, minum seperti biasanya, bahkan dianjurkan banyak minum

3) Eliminasi

Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau dan klien dengan Post *Sectio Caesarea*, untuk BAK melalui dawer kateter yang sebelumnya telah terpaang

4) Istirahat/tidur

   Pada klien dengan Post *Sectio Caesarea* mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya dower kateter

5) Mempertahankan temperature tubuh dan sirkulasi

   Pada klien dengan Post op *Sectio Caesarea* mengalami gangguan dalam hal temperature tubuh, suhu tubuh >37,5^{o}C

6) Kebutuhan personal hygiene

   Klien dengan Post op *Sectio Caesarea* pada hari pertama dari kedua sebelum kateter dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dimandikan

7) Aktivitas

   Pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan

8) Gerak dan keseimbangan tubuh

   Aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri dan ketidaknyamanan

9) Kebutuhan berpakaian

   Klien dengan Post op *Sectio Caesarea* mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut

10) Kebutuhan keamanan

    Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan

11) Sosialisasi

    Pada data sosial ini dapat dilihat apakah klien merasa terisolasi atau terpisah karena terganggunya komunikasi, adanya perubahan pada kebiasaan atau perubahan dalam kapasitas fisik untuk menentukan keputusan untuk beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya. Klien mungkin tampak sangat cemas dan ketakutan.

12) Kebutuhan spiritual

Klien yang menganut agama Islam selama keluar darah nifas/ masa nifas tidak diperbolehkan melaksanakan ibadah. Sedangkan darah nifas adalah darah yang keluar dari rahim itu sesudah ia melahirkan anak. Ini berlangsung selama 40 hari dan selama-lamanya 60 hari sesudah melahirkan.

h. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum biasanya lemah

2) Kesadaran

Apatis

3) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : Normal atau menurun <120090 mmHg

Nadi : Nadi meningkat >80x/menit

Suhu : Suhu meningkat >37,5^{o}C

Respirasi : Respirasi meningkat

4) Pemeriksaan *head to toe*

a) Kepala

Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut dan keadaan kulit kepala

b) Wajah

Apakah ada cloasma gravidarum, konjungtiva pucat atau merah, adanya oedema

c) Mata – telinga – hidung

Pada daerah wajah dikaji bentuk wajah, keadaan mata, hidung, telinga, mulut dan gigi

d) Leher

Perlu dikaji apakah terdapat benjolan pada leher, pembesaran vena jugularis dan adanya pembesaran kelenjar tiroid

e) Dada dan punggung

Perlu dikaji kesimetrisan dada, ada tidaknya retraksi intercostae, pernafasan tertinggal, suara wheezing, ronchi, bagaimana irama dan frekuensi pernafasan. Pada jantung dikaji bunyi jantung (interval) adalah bunyi gallop, mur-mur

f) Payudara/*mammae*

Apakah putting menonjol atau tidak, areola menghitam, kolostrum

g) Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan luka operasi adakah perdarahan, berapa tinggi fundus uterinya, bagaimana dengan bising usus, adakah nyeri tekan

h) Ekstremitas atas dan bawah

Ekstremitas atas :

Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya oedem klien dengan Post operasi, biasanya terpasang infus

Ekstremitas bawah :

Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, bagaimana dengan pergerakannya, biasanya klien dengan Post operasi sering takut menggerakkan kakinya, apakah tanda-tanda hormon, refleks patella, adakah tanda-tanda trombosis vena

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadao situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosis keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan Post operasi *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) **(D.0077)**
b. Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko efek prosedur invasif **(D.0142)**
c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan **(D.0056)**
d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi **(D.0080)**
e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akut akibat agen pencedera fisik (insisi pembedahan/prosedur operasi) **(D.0055)**

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI) (PPNI, 2018)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI) (PPNI, 2018)	Intervensi (SIKI) (PPNI, 2018)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) **(D.0077)**	**Tingkat Nyeri (L.08066)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	**Manajemen Nyeri (I.08238)** **Observasi** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Idenfitikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik **Terapeutik**

			10. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

			17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri **Kolaborasi** 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko efek prosedur invasif **(D.0142)**	**Tingkat Infeksi (L.14137)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	**Pencegahan Infeksi (I.14539)** **Observasi** 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik **Terapetik** 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi **Edukasi** 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk

			9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan **Kolaborasi** 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan **(D.0056)**	**Toleransi Aktivitas (L.05047)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan toleransi aktivitas menurun, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan Lelah menurun 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik	**Manajemen Energi (I.05178)** **Observasi** 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas **Terapeutik** 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

			7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan **Edukasi** 9) Anjurkan tirah baring 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan **Kolaborasi** 13) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
4.	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi **(D.0080)**	**Tingkat Ansietas (L.09093)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil :	**Reduksi Ansietas (I.09314)** **Observasi** 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan

		1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) **Terapeutik** 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 9. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 10. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 11. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

			Edukasi 12. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 13. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 14. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu 15. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 16. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 17. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 18. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 19. Latih Teknik relaksasi **Kolaborasi** 20. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
5.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akut akibat agen	**Pola Tidur (L.050545)** Setelah dilakukan intervensi	**Dukungan Tidur (I.05174)** **Observasi**

	pencedera fisik (insisi pembedahan/prosedur operasi) **(D.0055)**	keperawatan, diharapkan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi **Terapeutik** 5. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

			10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga **Edukasi** 11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 16. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang akan dilakukan oleh perawat guna membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan baik sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan pada intervensi keperawatan (PPNI,2017). Implementasi

merupakan tahap pelaksanaan dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu, rencana tindakan keperawatan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor – faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Ekaputri et al., 2024)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan. Pada tahap ini dilakukannya penilaian untuk menentukan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan terlah tercapai. Evaluasi ini juga meliputi penilaian berkelanjutan terhadap kondisi klien. Hasil dari evaluasi perlu didokumentasikan secara akurat dan keseluruhan dalam catatan perawatan agar dapat digunakan sebagai pedoman perawatan selanjutnya dan memenuhi syarat standar dokumentasi keperawatan (Ekaputri et al., 2024 ; Toney & Thayer, 2023)