

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP *SECTION CAESAREA*

2.1.1 Definisi

Istilah persalinan *section caesarea* berasal dari bahasa latin *cedere* yang artinya memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetric, istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu (Sitorus, 2021).

Sectio caesarea adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu (laparatomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi (Lestari, 2020). Tindakan *sectio caesarea* dilakukan karena ibu tidak dapat melahirkan proses normal melewati vagina karena ada gangguan berkaitan dengan kesehatan ibu dan bayi, berberapa syarat operasi yaitu rahim harus utuh, berat janin tidak boleh dibawah 500gram (Haryani et al., 2021).

2.1.2 Etiologi

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Penyebab yang menjadikan dilakukannya persalinan *sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat satu sampai dua, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, diabetes melitus (Putri Amanda, 2020).

b. Etiologi yang berasal dari janin

Penyebab yang menjadikan dilakukannya persalinan *sectio caesarea* yang berasal dari janin antara lain terjadi gawat janin, mal presentasi, mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Putri Amanda, 2020).

2.1.3 Patofisiologi

Pada proses persalinan ada hambatan dapat menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, seperti : plasenta previa, ruptur sentralis dan lateralis, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama), pre-eklamsi, distoksia service dan mal presentasi janin, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* (SECTIO CAESAREA). Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien.

Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan dan akhirnya harus dilakukan tindakan Sectio caesarea, bahkan sekarang *sectio caesarea* menjadi salah satu pilihan persalinan

2.1.4 Klasifikasi

Berdasarkan arah sayatan pada rahim, *sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut :

- a. Bentuk sayatan memanjang
- b. Bentuk sayatan melintang
- c. Bentuk sayatan huruf T

- 1) *Sectio caesarea* klasik

Caranya dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

- 2) *Sectio caesarea* ismika

Caranya dengan membuat sayatan melintang konfak pada segmen bawah Rahim kira-kira sepanjang 10 cm.

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi pada *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

a. Infeksi Puerperal

- 1) Ringan dimana suhunya naik dalam beberapa hari
- 2) Sedang dimana suhunya lebih tinggi
- 3) Berat dengan peritonitis, sepsis dan illeus paralitik.

b. Perdarahan karena :

Terdapat pembuluh darah banyak yang terputus dan terbuka, atonia uteri, perdarahan pada placentar bed

c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatan

2.1.6 Faktor Risiko Infeksi

Dilihat dari dampak kesehatan yang ditimbulkan seperti infeksi. Bahaya infeksi setelah operasi persalinan masih tetap mengancam sehingga perawatan setelah operasi memerlukan perhatian untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian. Infeksi luka operasi (ILO) merupakan satu masalah utama dalam praktek pembedahan. Infeksi menghambat proses penyembuhan luka sehingga menyebabkan angka morbiditas dan mortalitas bertambah besar. Penyembuhan luka adalah proses penggantian dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak (Pujiana et al., 2022).

Pada ibu nifas mengalami infeksi luka post *sectio caesarea* dan tidak segera ditangani akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada jaringan epidermis maupun dermis, gangguan pada sistem persyarafan, dan kerusakan pada jaringan seluler (Hasanah and Wardayanti, 2015).

2.1.7 Luka Post Operasi

Luka merupakan suatu keadaan yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan. Penyebabnya bisa karena trauma, operasi, iSectorio Caesareahemia, dan tekanan. Luka operasi merupakan luka akut yang terjadi pada daerah kulit serta penyembuhan sesuai waktu yang diperkirakan serta dapat disembuhkan dengan baik bila terjadi komplikasi. Luka operasi terjadi akibat insisi pada kulit abdomen dan uterus yang dibuat untuk melahirkan bayi. Sehingga ibu memerlukan pengawasan intensif untuk mengurangi komplikasi akibat pembedahan (Ulpawati et al., 2021).



Gambar 2.1 Luka Sectio Caesarea

Ada dua jenis sayatan operasi yang dikenal dengan yang pertama sayatan melintang, pembedahan dilakukan dibagian bawah rahim (SBR). Sayatan melintang dimulai dari ujung atau pinggir selangkangan (simphysis) di atas batas rambut kemaluan sepanjang sekitar 10-14 cm. keuntungannya adalah parut pada rahim kuat sehingga cukup kecil resiko menderita rupture uteri (robek rahim) di kemudian hari. Hal ini karna pada masa nifas, segmen bawah rahim tidak banyak mengalami kontraksi sehingga luka operasi dapat sembuh lebih. Dilakukan insisi (irisasi/sayatan) pada korpus uteri (tubuh rahim) sepanjang 10-12 cm, sehingga sayatan yang terbentuk adalah garis vertical (Eka kartiksari, 2022).

Kedua yaitu sayatan memanjang (bedah caesar klasik), meliputi sebuah pengirisan memanjang dibagian tengah yang memberikan suatu ruang yang lebih besar untuk mengeluarkan bayi. Namun, jenis ini kini jarang dilakukan karena jenis ini labil, rentan terhadap komplikasi. Dilakukan insisi pada segmen

bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung 3 kanan dan kiri agak melengkung ke atas untuk menghindari terbukannya cabang-cabang pembuluh darah. Sehingga garis yang terbentuk adalah horizontal (Eka kartiksari, 2022).

2.1.8 Perawatan Post Operasi

Masalah utama yang harus dihadapi setelah pembedahan yaitu penyembuhan luka. Perawatan luka yang tepat adalah salah satu faktor eksternal yang sangat mendukung dan berpengaruh terhadap proses penyembuhan luka. Penerapan tehnik perawatan luka yang tepat tersebut dilakukan baik pada saat pasien masih berada di ruang operasi maupun setelah pasien dipindahkan atau di rawat di bangsal perawatan (Ulpawati et al., 2021).

Perawatan luka pada umumnya dilakukan dengan mengganti balutan tiap hari dan membersihkan luka memakai cairan anti septik kemudian dibiarkan kering. Pada perkembangannya perawatan luka menunjukkan bahwa lingkungan yang lembab lebih baik dari pada lingkungan kering. Dalam penelitian (Ulpawati et al., 2021) mengatakan bahwa laju epitelisasi yang di tutup oleh poly etylen dua kali lebih cepat dari pada luka yang di biarkan kering.

Luka perlu ditutup dengan kasa steril, sehingga sisa darah dapat diserap oleh kasa. Dengan menutup luka itu kita mencegah terjadinya kontaminasi (kemsukan kuman), tersenggol, dan memberi kepercayaan pada pasien bahwa lukanya diperhatikan oleh perawat. Sehabis operasi, luka yang timbul langsung ditutup dengan kasa steril selagi dikamar bedah dan biasanya tidak perlu diganti sampai diangkat jahitannya, kecuali bila terjadi perdarahan sampai darahnya menembus diatas kasa, barulah diganti dengan kasa steril. Pada saat mengganti kasa yang lama perlu diperhatikan tehnik aseptis supaya tidak terjadi infeksi. Jahitan luka dibuka setengahnya pada hari kelima dan sisanya dibuka pada hari keenam atau ketujuh.

Berdasarkan jurnal menurut Lahal *et al*, (2018) menunjukkan ada tujuh factor yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka post op *Sectio Caesarea*

diantaranya yaitu nutrisi, mobilitas, kebersihan luka, usia, anemia, obesitas, diabetes melitus (Pujiana et al., 2022).

2.2 KONSEP NYERI

2.2.1 Definisi

Nyeri yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan dan muncul terkait akibat adanya kerusakan jaringan aktual, potensial, atau digambarkan kondisi terjadinya kerusakan sedemikian rupa (Putri Amanda, 2020). Nyeri diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain sehingga individu merasa tersiksa dan menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis dan lain lain. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan (Ainuhikma, 2018).

Nyeri post operasi adalah suatu reaksi yang kompleks pada jaringan yang terluka pada proses pembedahaan yang dapat dirasakan setelah adanya prosedur operasi. Lokasi pembedahaan mempunyai efek yang sangat penting yang hanya dapat dirasakan oleh pasien yang mengalami nyeri postoperasi

2.2.2 Etiologi

Etiologi nyeri dapat diklasifikasikan kedalam dua penyebab yaitu :

a. Penyebab fisik

1) Trauma (mekanik, termis, kimiawi, elektrik)

Pada trauma mekanik nyeri adanya ujung saraf mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan atau luka. Sedangkan pada trauma termis nyeri adanya ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, dingin. Dan pada trauma kimiawi terjadi akibat tersentuh zat asam atau basa. Trauma elektrik menimbulkan nyeri akibat pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.

2) Neoplasma menyebabkan nyeri terjadi akibat tekanan atau kerusakan

jaringan yang mengandung reseptor nyeri

- 3) Peradangan menimbulkan nyeri akibat kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

b. Penyebab psikologis

Nyeri diakibatkan karena faktor psikologis yaitu nyeri dirasakan karena adanya trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Nyeri karena faktor ini disebut psychogenic pain.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala nyeri akut menurut SDKI dapat dilihat pada table 1 dan table 2 dibawah ini.

Tabel 2.1 Tanda Dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh Nyeri	1. Tampak meringis 2. Berisiko protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur

Sumber : SDKI 2018

Tabel 2.2 Tanda Dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis

Sumber : SDKI 2018

2.2.4 Karakteristik

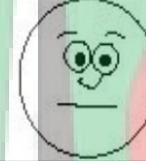
Karakteristik dapat juga dilihat nyeri berdasarkan metode PQRST, *P provoke*, *Q Quality*, *R Region*, *S Sectio Caesareaale*, *T Time*.

- a. *P provoke*, tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada penderita.
- b. *Q Quality*, kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan klien.
- c. *R Region*, untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman.
- d. *S Sectio Caesareaale*, tingkat keparahan merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita
- e. *T Time*, tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi, dan rangkaian nyeri.

2.2.5 Penilaian dan pengukuran

a. *Face Pain Rating Sectio Caesareaale* (Wong dan Baker)

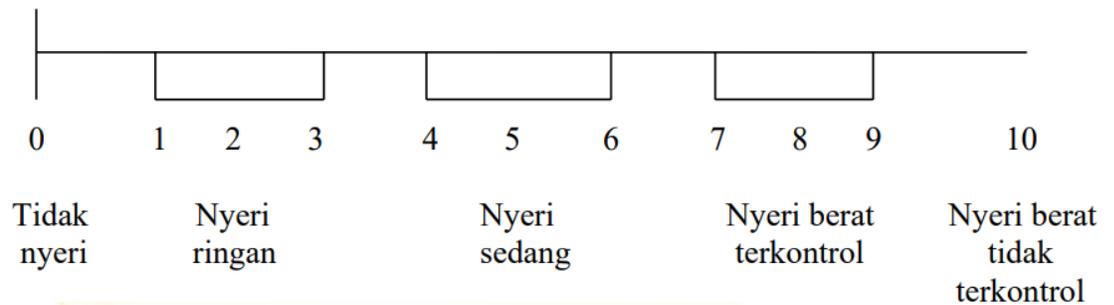
Skala penilaian bergambar ekspresi wajah dari ekspresi senyum atau gembira sampai ekspresi menangis yang menunjukkan nyeri yang sangat hebat. Pasien dapat menentukan sendiri gambaran ekspresi dari skala untuk menggambarkan intensitas nyeri yang dialami. Menurut Wong dan Baker (2011), pengukuran skala nyeri menggunakan *Face Pain Rating Sectio Caesareaale* yaitu terdiri dari enam wajah kartun mulai dari wajah yang tersenyum untuk “tidak ada nyeri” hingga wajah yang menangis untuk “nyeri berat”.

					
0	2	4	6	8	10
tidak sakit	Sedikit sakit	Agak mengganggu	Mengganggu aktivitas	Sangat mengganggu	Tak tertahankan

Gambar 2.2 *Face Pain Rating Sectio Caesareaale* (Wong dan Baker)

b. *Numerical Rating Sectio Caesareaales* (NRS)

Skala penilaian numerik *Numerical Rating Sectio Caesareaales* (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala nol hingga sepuluh (AHCPR, 2012). Skala Numeric Rating Sectio Caesareaale (NRS), pasien diminta menyebutkan intensitas nyerinya saat ini dalam skala mulai dari batas terendah “0” yang berarti tidak nyeri dan “10” di batas tertinggi yang berarti “nyeri terburuk yang dapat terbayangkan”. Skor 1-3 menunjukkan nyeri ringan, 4-6 menunjukkan nyeri sedang, dan 7-10 menunjukkan nyeri berat (Annisa, 2021)



Gambar 2.3 Numerical Rating Sectio Caesareaales (NRS)

2.2.6 Manajemen Nyeri

a. Manajemen Farmakologi

Beberapa agens farmakologis digunakan untuk menangani nyeri. Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Ada 3 jenis analgesik diantaranya : non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgesik narkotik atau opiat, dan obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesik. NSAID umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang. Biasanya terapi pada nyeri pascaoperasi ringan sampai sedang dimulai dengan menggunakan terapi NSAID. Nonsteroid bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. Tidak seperti opiat, NSAID tidak menyebabkan sedasi atau depresi pernapasan dan tidak mengganggu fungsi berkemih atau defekasi. Analgesik opiat atau narkotik umumnya digunakan untuk nyeri yang sedang sampai berat seperti nyeri pascaoperasi dan maligna. Sedangkan adjuvan atau koanalgesik seperti sedatif, anti cemas, dan relaksan otot akan meningkatkan kontrol nyeri dan menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri

b. Manajemen Non-Farmakologi

Beberapa hal yang dapat dilakukan ialah :

1) Distraksi

Distraksi dimana memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri.

2) Hypnosis-diri

Hypnosis-diri dengan membantu merubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. (Edelman & Mandel, 2004).

3) Stimulus Kutaneus

Dimana stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri massase, mandi air hangat, kompres panas atau dingin (Mander,2004).

4) Massase

Yaitu terapi nyeri yang paling primitive dan menggunakan refleksi lembut manusia untuk menahan, menggosok, atau meremas bagian tubuh yang nyeri.

5) Terapi hangat dan dingin

Terapi hangat dan dingin bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor). Terapi dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri. Penggunaan panas dapat meningkatkan aliran darah yang dapat mempercepat penyembuhan dan penurunan nyeri.

6) Relaksasi pernafasan

Klien dianjurkan untuk memejamkan mata atau memandang fokus pada satu objek, lalu melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan satu sampai empat (dalam hati). Anjurkan klien untuk berkonsentrasi pada sensasi pernafasan dan terhadap gambar atau pemandangan yang memberi ketenangan, lanjutkan teknik ini hingga terbentuk pola pernafasan ritmik Relaksasi pernafasan adalah suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan pada klien bagaimana cara melakukan pernafasan, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan.

2.3 KONSEP TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

2.3.1 Definisi

Relaksasi adalah salah satu teknik di dalam terapi perilaku. Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi dalam strategi penanggulangan nyeri disamping metode TENS (Trancutaneous Electric Nerve Stimulation), placebo, dan distraksi (Mintarsih, Sri dan Nabhani, 2016:214). Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Teknik relaksasi terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama (Ni Putu Desya, 2018).

Relaksasi napas dalam adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi (Pujiarto, 2018). Teknik relaksasi napas dalam adalah mengajari dan memberikan contoh-contoh pada pasien untuk menghirup dan mengeluarkan napas secara dalam (maksimal) dan pelan-pelan. Terapi relaksasi napas dalam merupakan suatu tindakan asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana melakukan teknik napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan cara menghembuskan napas secara perlahan. Teknik relaksasi napas dalam dapat mengurangi intensitas nyeri, meningkatkan ventilasi paru, dan meningkatkan oksigenasi darah (Asman et al., 2019).

2.3.2 Manfaat

Teknik relaksasi napas dalam dapat memberikan berbagai manfaat. Menurut Potter & Perry (2006), menjelaskan efek relaksasi napas dalam antara lain terjadinya penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera dan periode kewaspadaan yang santai. Keuntungan teknik relaksasi napas dalam antara lain dapat dilakukan setiap saat, kapan saja dan dimana saja,

caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien tanpa suatu media serta merilekskan otototot yang tegang. Sedangkan kerugian relaksasi napas dalam antara lain tidak dapat dilakukan pada pasien yang menderita penyakit jantung dan pernapasan (Ni Putu Desya, 2018).

2.3.3 Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

SPO (Standard Procedure Operational)

Teknik Relaksasi Nafas Dalam

a. Pengertian

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan

b. Tujuan

Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri

c. Indikasi :

- 1) Pasien yang mengalami stres
- 2) Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif
- 3) Pasien yang mengalami kecemasan
- 4) Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia

d. Pelaksanaan

PRA INTERAKSI

- 1) Membaca status klien
- 2) Mencuci tangan

INTERAKSI

Orientasi

- 1) Salam : Memberi salam sesuai waktu
- 2) Memperkenalkan diri.

- 3) Validasi kondisi klien saat ini.
- 4) Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya
- 5) Menjaga privasi klien
- 6) Kontrak
Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan

KERJA

- 1) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas
- 2) Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
- 3) Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman
- 4) Anjurkan klien untuk menutup mata dan konsentrasi
- 5) Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan
- 6) Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara melalui mulut dengan cara seperti meniup balon
- 7) Demonstrasikan menarik nafas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, dan menghembuskan napas selama 8 detik
- 8) Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
- 9) Monitor respon klien selama dilakukannya prosedur
- 10) Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
- 11) Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
- 12) Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam

waktu 5-10 menit

TERMINASI

- 1) Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini
- 2) Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan.
- 3) Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam
- 4) Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya

DOKUMENTASI

- 1) Mencatat waktu pelaksanaan tindakan
- 2) Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan

2.3.4 Mekanisme Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi adalah cara yang paling efektif dalam menurunkan nyeri pada Sectio Caesarea operasi. Teknik relaksasi merupakan tehnik penanganan nyeri non farmakologi yang dapat membantu memperlancar sirkulasi darah sehingga suplai oksigen meningkat dan dapat membantu mengurangi tingkat nyeri serta mempercepat proses penyembuhan luka pada pasien post operasi (Kusyati, 2012).

Teknik relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui tiga mekanisme (Annisa, 2021) yaitu :

- a. Dengan merelaksasikan otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan insisi (trauma) jaringan saat pembedahan
- b. Relaksasi otot skelet akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri
- c. Teknik relaksasi napas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin

Dalam penelitiannya (Safitri et al., 2020) dalam keadaan tertentu tubuh mampu mengeluarkan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Zat-zat tersebut memiliki sifat mirip morfin dengan efek analgetik yang membentuk

suatu “sistem penekan nyeri”. Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu keadaan yang mampu merangsang tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen sehingga terbentuk sistem penekan nyeri yang akhirnya akan menyebabkan penurunan intensitas nyeri. Hal inilah yang menyebabkan adanya perbedaan penurunan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi napas dalam, dimana setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam terjadi penurunan intensitas nyeri.

Teori relaksasi napas dalam ini menjelaskan bahwa pada spinal cord, sel-sel reseptor yang menerima stimulasi nyeri perifer di hambat oleh stimulasi dari serabut-serabut saraf yang lain. Stimulasi yang menyenangkan dari luar juga dapat merangsang sekresi endorfin, maka nyeri yang dirasakan menjadi berkurang. Periode relaksasi napas dalam yang teratur dapat membantu untuk melawan ketegangan otot dan kelelahan yang terjadi akibat meningkatkan nyeri (ANNISA, 2021).

Dalam penelitiannya (Ni Putu Desya, 2018) mengatakan bahwa penurunan nyeri oleh teknik relaksasi napas dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatis secara stimulan, maka ini menyebabkan terjadinya kadar hormon kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stres seseorang sehingga dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat pasien merasa tenang untuk mengatur ritme pernapasan menjadi teratur. Hal ini akan mendorong terjadinya peningkatan kadar PCO₂ dan akan menurunkan kadar pH sehingga terjadi peningkatan kadar oksigen dalam darah.

2.4 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

Pendekatan Proses Keperawatan Proses keperawatan yaitu merupakan rangkaian tindak asuh keperawatan yang harus dilakukan perawat secara sistematis, sinambung, terencana dan profesional. Mulai dari mengidentifikasi masalah kesehatan, merencanakan tindakan, mengurangi dan mencegah terjadinya masalah baru, melaksanakan tindakan keperawatan hingga mengevaluasi hasil dari tindakan tersebut. Proses keperawatan terdiri dari 5 tahapan dan berhubungan : pengkajian diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Ainuhikma, 2018).

2.4.1 Fokus Pengkajian

a. Biodata

Berisi tentang identitas klien yang meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medik, diagnosa medis, alamat. Serta dikaji juga identitas penanggung jawab klien secara lengkap.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan yang paling menonjol dan yang paling dirasakan oleh klien dengan post partum seksio sesarea. Pada saat dilakukan pengkajian pada umumnya klien mengeluh nyeri luka operasi di daerah abdomen.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Kaji apa yang menyebabkan klien mengalami gangguan nyeri. Hal tersebut dapat diuraikan dengan metode PQRST. Klien mengeluh nyeri di bagian abdomen, nyeri dirasakan terus menerus seperti disayat benda tajam, nyeri bertambah saat bergerak atau batuk.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin dan abortus

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah terdapat anggota keluarga yang mengidap penyakit menular dan diturunkan, seperti penyakit diabetes melitus, hipertensi, dan lain - lain

5) Riwayat Genikologi dan Obstetrik

a) Riwayat Genikologi

1) Riwayat Menstruasi

Umur pertama mengalami haid, lama haid, banyaknya perdarahan, siklus, HPHT, taksiran persalinan, dan usia kehamilan.

2) Riwayat Perkawinan

Umur klien dan suami pada waktu nikah, lama menikah, berapa kali menikah.

3) Riwayat Kontrasepsi

Mengenai jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan, masalah yang dihadapi dengan menggunakan kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang direncanakan setelah persalinan sekarang

b) Riwayat Obstetrik

1) Riwayat Kehamilan Sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama hamil, gerakan anak pertama, dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya

2) Riwayat Persalinan Sekarang

Merupakan persalinan seberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR Sectio Caesareaore dalam 1 menit dan 5 menit pertama.

3) Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya

banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi pundus uteri setinggi pusat

c. Pengkajian Pola Fungsional

1) Pola Nutrisi

Meliputi frekuensi, jenis, porsi, jumlah makan dan minum, serta keluhan pada pola makan dan minum

2) Pola Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan BAB dan BAK meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, bau serta masalah eliminasi

3) Pola Istirahat Tidur

Kaji kebiasaan tidur, jumlah jam tidur siang dan malam dan masalah yang dialami saat tidur. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8jam

4) Pola Personal Hygiene

Pemenuhan personal hygiene terganggu seperti mandi, cuci rambut, gosok gigi, gunting kuku. Karena adanya luka operasi pada abdomen ditambah kondisi klien yang lemah

5) Pola Aktivitas

Pada pasien post sectio caesarea didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan umum pada pasien post operasi sectio caesarea 30 menit pertama kesadaran samnolen, 30 menit kemudian pasien sadar penuh dengan kesadaran composmentis. Pasien tampak lemas.

2) Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah normal atau menurun $< 120/90$ mmHg, nadi meningkat > 80 kali permenit, suhu meningkat $37,5$ °C dan respirasi meningkat (takipnue, dispneu, napas dangkal).

3) Pemeriksaan Head to Toe

- a) Kepala : perlu dikaji untuk mengetahui bentuk kepala dan kebersihan rambut
- b) Mata : perlu dikaji untuk mengetahui pupil dan tanda anemia
- c) Hidung : perlu dikaji untuk mengetahui adanya polip atau tidak
- d) Telinga : perlu dikaji untuk mengetahui ada serumen atau tidak
- e) Mulut : perlu dikaji untuk mengetahui keadaan mulut dan kebersihan mulut.
- f) Leher : perlu dikaji untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tiroid
- g) Dada : mengetahui kesimetrisan, massa, lesi, dan suara paru, dan keadaan jantung.
- h) Payudara : perlu dikaji untuk mengetahui adanya pembesaran atau tidak, puting susu menonjol atau tidak
- i) Abdomen : perlu dikaji untuk mengetahui luka post operasi dan DRA (Diastasis Rektus Abdominis). Pemeriksaan diastasis rectie yaitu tujuannya untuk mengetahui apakah pelebaran otot perut normal atau tidak.
- j) Ektermitas : perlu dikaji untuk mengetahui terdapat edema, varises, dan reflek pattela, nyeri tekan, atau panas pada betis
- k) Genitalia : perlu dikaji untuk mengetahui kebersihan pada genetalia. Adanya perdarahan pada vagina.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada ibu Post SECTIO CAESAREA sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri
- b. Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasive
- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, imobilitas, tirah baring, kelemahan dibuktikan

dengan merasa lemah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, ketidakefektifan refleks oksitosin, ketidakadekuatan refleks menghisap bayi, dibuktikan dengan bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, Asi tidak menetes/memancar, bayi menghisap tidak terus menerus

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri

a. Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Frekuensi nadi membaik
- 5) Pola napas membaik
- 6) Tekanan darah membaik

b. Intervensi Keperawatan (SIKI)

Manajemen nyeri

Observasi :

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

Terapeutik :

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin,)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi

meredakan nyeri

Edukasi :

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasive

a. Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam, di harapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Kebersihan badan meningkat
- 3) Demam menurun
- 4) Kemerahan menurun
- 5) Nyeri menurun
- 6) Bengkak menurun
- 7) Gangguan kognitif meningkat
- 8) Kultur area luka membaik

b. Intervensi Keperawatan (SIKI)

Pencegahan infeksi

Observasi :

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik :

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi :

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etika batuk
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, imobilitas, tirah baring, kelemahan dibuktikan dengan merasa lemah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

a. Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam, di harapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Saturasi oksigen meningkat
- 3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- 4) Kecepatan berjalan meningkat
- 5) Jarak berjalan

b. Intervensi Keperawatan (SIKI)

Manajemen energy

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 :

- 1) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)
- 2) Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- 4) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi :

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, ketidakefektifan refleks oksitosin, ketidakadekuatan refleks menghisap bayi, dibuktikan dengan bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, Asi tidak menetes/memancar, bayi menghisap tidak terus menerus.

a. Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, di harapkan menyusui membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
- 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat
- 3) Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat
- 4) Berat badan bayi meningkat
- 5) Tetesan/pancaran Asi meningkat

- 6) Suplai Asi adekuat meningkat
- 7) Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat
- 8) Kepercayaan diri ibu meningkat
- 9) Bayi tidur setelah menyusui
- 10) Hisapan bayi meningkat
- 11) Lecet pada puting menurun
- 12) Kelelahan maternal menurun
- 13) Kecemasan maternal menurun
- 14) Bayi rewel menurun
- 15) Bayi menangis setelah menyusui menurun

b. Intervensi Keperawatan (SIKI)

Edukasi Menyusui

Observasi :

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik :

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya
- 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- 5) Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat

Edukasi :

- 1) Berikan konseling menyusui
- 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- 3) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar
- 4) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
- 5) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis, memerah Asi, pijat

payudara, pijat oksitosin)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun oleh perawat untuk mengatasi masalah pasien. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang sudah disetujui, dengan teknik yang cermat dan efisien pada situasi yang tepat dan selalu memperhatikan keamanan fisik dan psikologis. Setelah selesai implementasi, dilakukan dokumentasi yang meliputi intervensi yang sudah dilakukan dan bagaimana respon dari pasien (Bararah & Jauhar, 2013). Instruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu klien memenuhi kriteria hasil (Sulistyawati, 2019).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Klien keluar dari siklus proses keperawatan apabila kriteria hasil telah dicapai. Klien akan masuk kembali dalam siklus apabila kriteria hasil belum tercapai. (Sulistyawati, 2019)

