

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1 Pengertian

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (Amru Sofian, 2012). *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Mochtar, 1998 dalam Siti, dkk 2013)

2.1.2 Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari ibu
Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin / panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, Plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM). Gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).
2. Etiologi yang berasal dari janin
fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil,

kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi. (Nurarif & Hardhi, 2015).

2.1.3 Patofisiologi

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 (Sugeng, 2010).

Adanya beberapa hambatan ada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa, rupture sentralis dan lateralis, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama), pre-eklamsi, distokksia service dan mall presentasi janin, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio caesarea* (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan yang akan menyebabkan pasien mengalami mobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah deficit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan

prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. Setelah semua proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi

2.1.4 Resiko kelahiran Sectio Caesarea

Melahirkan dengan cara *Sectio caesarea* sudah populer. Namun demikian, demikian, secara obyektif kita perlu menimbang untung dan ruginya adapun resiko *Sectio caesarea* adalah :

1. Resiko jangka pendek

- a. Terjadi infeksi

Infeksi luka akibat persalinan *Sectio caesarea* beda dengan luka persalinan normal . luka persalinan normal sedikit dan mudah terlihat, sedangkan luka Cesar lebih besar dan berlapis-lapis. Ada sekitar 7 lapisan mulai dari kulit perut sampai dinding Rahim, yang setelah operasi selesai, masing-masing lapisan dijahit tersendiri. Jadi bisa ada 3 sampai 5 lapis jahitan. Apabila penyembuhan tidak sempurna, kuman akan lebih mudah menginfeksi sehingga luka menjadi lebih parah. Bukan tidak mungkin dilakukan penjahitan ulang.

Kesterilan yang tidak terjaga akan mengundang bakteri penyebab infeksi. Apabila infeksi ini tak tertangani, besar kemungkinan akan menjalar ke organ tubuh lain, bahkan organ-organ penting seperti otak, hati dan sebagainya bisa terkena

infeksi yang berakibat kematian. Disamping itu infeksi juga dapat terjadi pada Rahim. Infeksi Rahim terjadi jika ibu sudah kena infeksi sebelumnya, misalnya mengalami pecah ketuban. Ketika dilakukan operasi, Rahim pun terinfeksi. Apa lagi jika antibiotik yang digunakan dalam operasi tidak cukup kuat. Infeksi bisa dihindari dengan selalu memberikan informasi yang akurat kepada dokter sebelum keputusan tindakan cesar diambil.

b. Kemungkinan terjadi keloid

Keloid atau jaringan parut muncul pada organ tertentu karena pertumbuhan berlebihan. Sel-sel pembentuk organ tersebut. Ukuran sel meningkat dan terjadilah tonjolan jaringan parut. Perempuan yang punya kecenderungan keloid tiap mengalami luka niscaya mengalami keloid pada sayatan bekas operasinya. Keloid hanya terjadi pada wanita yang memiliki jenis penyakit tertentu. Cara mengatasinya adalah dengan memberikan informasi tentang segala penyakit yang ibu derita sebelum kepastian tindakan *Sectio caesarea* dilakukan. Jika memang harus menjalani *Sectio caesarea* padahal ibu punya potensi penyakit demikian tentu dokter akan memiliki jalan keluar, misalnya diberikan obat-obatan tertentu melalui infus atau langsung diminum sebelum atau sesudah *Sectio caesarea*.

c. Perdarahan berlebihan

Resiko lainnya adalah perdarahan. Memang perdarahan tak bisa dihindari dalam proses persalinan. Misalnya plasenta lengket tak mau lepas. Bukan tak mungkin setelah plasenta terlepas akan menyebabkan perdarahan. Darah yang hilang lewat *Sectio caesarea* sebih sedikit dibandingkan lewat persalinan normal. Namun dengan tekhnik pembedahan dewasa ini perdarahan bisa ditekan sedemikian rupa sehingga sangat minim sekali. Darah yang keluar saat *Sectio caesarea* adalah darah yang memang semestinya keluar dalam persalinan normal. Keracunan darah pada *Sectio caesarea* dapat terjadi karena sebelumnya ibu sudah mengalami infeksi.. ibu yang di awal kahamilan mengalami infeksi Rahim bagian bawah, berarti air ketubannya sudah mengandung kuman. Apabila ketuban pecah dan didiamkan, kuman akan aktif sehingga vagina berbau busuk karena bernanah. Selanjutnya, kuman masuk ke pembuluh darah sehingga operasi berlangsung, dan menyebar ke seluruh tubuh.

2. Resiko jangka panjang

Resiko jangka panjang dari *Setio caesarea* adalah pembatasan kehamilan. Dulu, perempuan yang pernah menjalani *Setio caesarea* hanya boleh melahirkan 3 kali. Kini, dengan tekhnik operasi yang lebih baik, ibu memang boleh melahirkan lebih dari itu, bahkan smapai 4 kali. Akan tetapi tentu bagi keluarga zaman sekarang

pembatasan itu tidak terlalu bermasalah karena setiap keluarga memang dituntut membatasi jumlah kelahiran sesuai program KB nasional. (Indiarti dan Wahyudi, 2014).

2.1.5 Jenis operasi *Setio Caesarea*

1. Jenis operasi *Setiocaesarea* :

Setio caesarea abdomen

Setio caesarea transperitonealis

2. *Setio caesarea vaginalis* :

Menurut arah sayatan pada Rahim, *Setiocaesarea* dapat dilakukan sebagai berikut :

- a. Sayatan memanjang (longitudinal) menurut kronig
- b. Sayatan melintang (transversal) menurut *kerr*
- c. Sayatan huruf T (T-Incision)

3. *Setiocaesarea* klasik (Corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah Rahim (low cervical transfersal) kira-kira sepanjang 10 cm tetapi saat ini tehnik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlenketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

4. *Setiocaesarea ismika* (profunda)

dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah Rahim (low servical transfersal) kira-kira sepanjang 10 cm.

2.1.6 Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Klasifikasi *Sectio Caesarea* menurut (Hary Oxorn dan Wiilliam R. Forte, 2010).

1. Segmen bawah : Insisi melintang

Karena cara ini memungkinkan kelahiran per abdomen yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun rongga Rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmen bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetric.

2. Segmen bawah : Insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

3. *Sectio Caesarea* klasik

Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis.

Pada masa modern ini hamper sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan *Sectio Caesarea* klasik. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah.

4. *Sectio Caesarea Extraperitoneal*

pembedahan *Extraperitoneal* dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode *Sectio Caesarea Extraperitoneal*, seperti metode Waters, Latzko, dan Norton, T. teknik pada prosedur ini relative lebih sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam vacuum peritoneal dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan kasus-kasus tertentu.

5. *Histerektomi Caesarea*

Pembedahan ini merupakan *Sectio Caesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika mmungkinan histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi, karena pembedahan subtoral lebih mmudah dan dapatt dikerjakan lebih cepat, maka pemmbedahan subtoral menjadi prosedur pilihan jika terdapat perdarahan hebat dan pasien terjadi syok, atau jika pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini lanjutan pembedahan adalah menyelesaikannya secepat mungkin.

2.1.7 Indikasi Sectio Caesarea

1. Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primiparatua disertai ada kelainan letak, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan pannggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung-DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2. Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Jitowiyono, 2010).

2.1.8 Kontraindikasi Sectio Sesarea

Sectio sesarea tidak boleh dikerjakan kalau ada keadaan berikut ini :

1. Kalau janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil. Dalam keadaan ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi berbahaya yang tidakdiperlukan.
2. Kalau jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk *caesarea extraperitoneal* tidak tersedia.

3. Kalau dokter bedahnya tidak berpengalaman. Kalau keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau kalau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai

2.1.9 Risiko bedah *Sectio Caesarea*

Resiko atau efek samping melahirkan *Sectio Caesarea* mencakup :

1. Masalah yang muncul akibat bius yang digunakan dalam pembedahan dan obat-obatan penghilang nyeri sesudah bedah *Setiocaesarea*.
2. Peningkatan insidensi infeksi dan kebutuhan akan antibiotic.
3. Perdarahan yang lebih berat dan peningkatan resiko perdarahan yang dapat menimbulkan anemia atau memerlukan transfusi darah.
4. Rawat inap yang lebih lama, yang meningkatkan biaya persalinan.
5. Nyeri pascabedah yang berlangsung berminggu-minggu atau berbulan-bulan dan membuat sulit merawat diri sendiri, merawat bayi, ataupun kakak-kakaknya.
6. Resiko timbulnya masalah dari jaringan parut atau perlekatan diidalam perut.
7. Kemungkinan cederanya organ-organ lain (usus besar atau kandung kemih) dan resiko pembentukan bekuan darah dikaki dan daerah panggul.
8. Peningkatan resiko masalah pernapasan dan temperatur untuk bayi baru lahir.

9. Tingkat kemandulan yang lebih tinggi disbanding pada wanita dengan melahirkan lewat vagina.
10. Peningkatan resiko plasenta previa atau plasenta yang tertahan pada kehamilan berikutnya.
11. Peningkatan kemungkinan harus dilakukannya bedahh Caesar pada kehamilan berikut. (Penny, dkk 2008).

2.1.10 Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul dari tindakan *Sectio Caesarea* adalah komplikasi pembiusan, perdarahan pasca operasi *Sectio Caesarea*, syok perdarahan, obstruksi usus, gangguan pembekuan darah, dan cedera organ abdomen seperti usus, ureter, kandung kemih, pembuluh darah. Pada *Sectio Caesarea* juga bisa terjadi infeksi sampai sepsis apalagi pada kasus dengan ketuban pecah dini. Dapat juga terjadi komplikasi pada bekas luka operasi (Anggi, 2011).

Hal yang sangat mempengaruhi atau komplikasi pasca operasi yaitu infeksi jahitan pasca *Sectio Caesarea*, infeksi ini terjadi karena banyak factor, seperti infeksi intrauteri, adanya penyakit penyerta yang berhubungan dengan infeksi misalnya, abses tuboofaria, apendiksitis akut/perforasi. Diabetes mellitus, gula darah tidak terkontrol, kondisi imunokompromised misalnya, infeksi HIV, Tuberkulosis atau sedang mengkonsumsi kortikosteroid jangka panjang, gisi buruk, termasuk anemia berat, sterilitas kamar operasi dan atau alat tidak terjaga, alergi pada materi benang yang digunakan dan kuman resisten terhadap

antibiotic. Akibat infeksi ini luka bekas *Sectio Caesarea* akan terbuka dalam minggu pertama pasca operasi. Terbukanya luka bisa hanya kulit dan subkulit saja, bisa juga sampai fascia yang disebut dengan bust abdomen. Umumnya, luka akan bernanah atau ada eksudat dan berbahaya jika dibiarkan karena kuman tersebut dapat menyebar melalui aliran darah. Luka yang terbuka akibat infeksi itu harus dirawat, dibersihkan dan dilakukan kultur dari cairan luka tersebut. (Valleria, 2012).

2.1.11 Pemeriksaan Penunjang

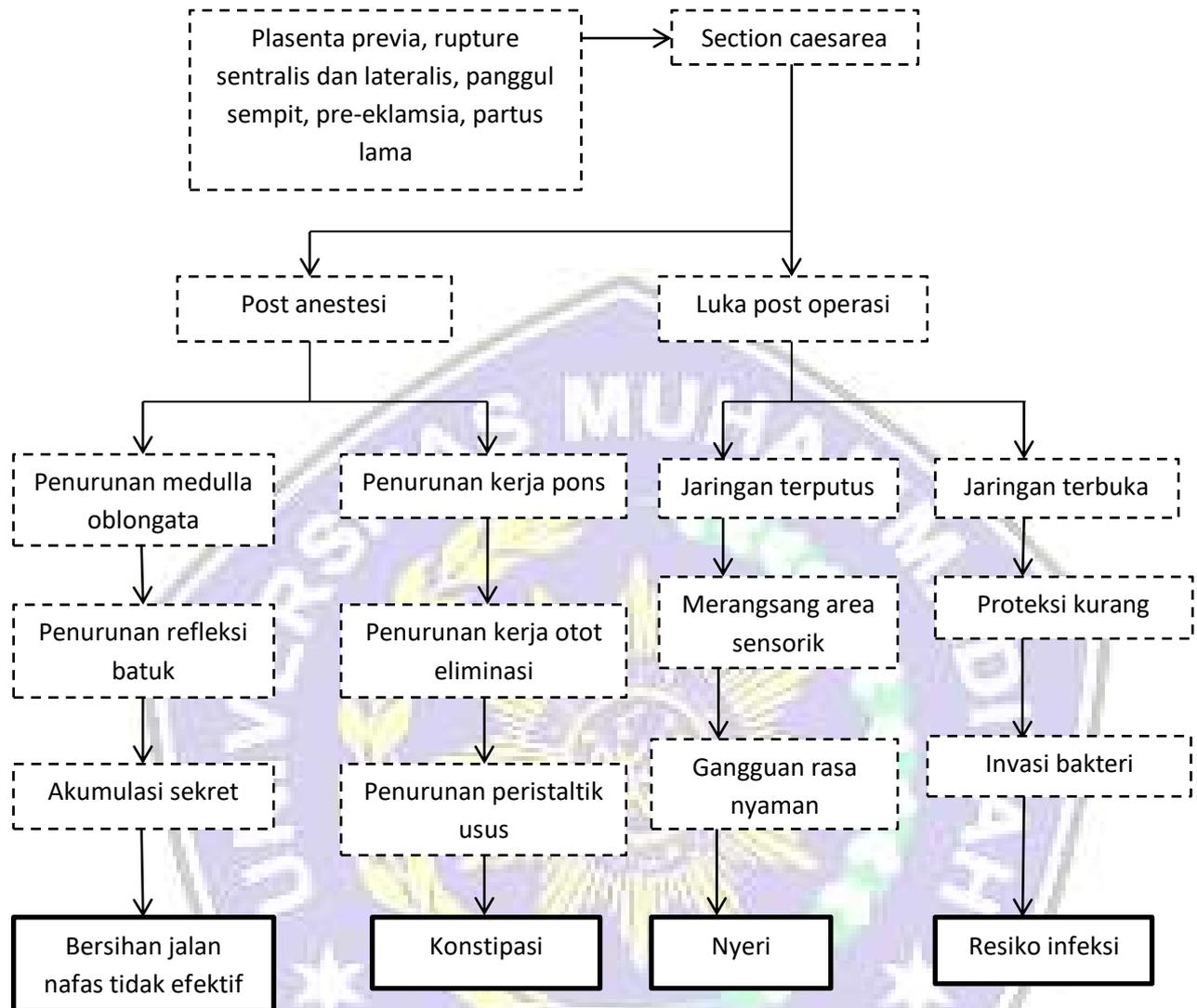
1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/Hematokrit
6. Golongan Darah
7. Urinalis
8. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
10. Ultrasound sesuai pesanan. (Tucker,Susan martin,1998. Dalam buku Aplikasi Nanda 2015).

2.1.12 Perawatan Post op Sectio Caesarea

Ibu yang mengalami komplikasi obstetric atau medis memerlukan observasi ketat setelah resiko *Setiocaesarea*. Bangsal persalinan adalah tempat untuk memulihkan dan perawatan. Fasilitas perawatan intensif atau ketergantungan tinggi harus siap tersedia dirumah sakit yang sama. Perawatan umum untuk semua ibu meliputi :

1. Kaji tanda-tanda vital dengan interval diats (15 menit). Pastikan kondisinya stabil.
2. Lihat tinggi fundus uteri (TFU), adanya perdarahan dari luka dan jumlah lokea.
3. Pertahankan keseimbangan cairan.
4. Pastikan analgesa yang adekuat.
5. Penggunaan analgesa epidural secara kontinu sangat berguna
6. Tangani kebutuhan khusus dengan indikasi langsung untuk *Sectio Caesarea*, misalnya kondisi medis deperti diabetes.
7. Anjurkan fisioterapi dada dan ambulasi dini jika tidak ada koontraindikasi.
8. Sebelum pemulangan harus diberikan kesempatan yang sesuai dengan keadaan dan jawab pertanyaan-pertanyaan pasien.
9. Jadwalkan kesempatan untuk melakukan pengkajian ulang pasca melahirkan guna memastikan penyembuhn total, mendiskusikan kehamilan berikutnya dan memastikan tindak lanjut perawatan untuk kondisi medisnya. (Fraser, 2012)

2.1.13 Pathway



Gambar 2.1 *Pathway Sectio Caesarea*

2.2 Konsep nyeri

2.2.1 Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul terkait akibat adanya kerusakan jaringan actual maupun potensial, atau digambarkan kondisi terjadinya kerusakan sedemikian rupa (*International Association Study of Pain*): Awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Nanda, 2013).

International Association for the Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Potter & Perry, 2005 Dalam Mohamad, 2012).

2.2.2 Penyebab Nyeri

Menurut (Asmadi, 2009) penyebab nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua penyebab yaitu :

1. Penyebab fisik

a. Trauma (mekanik, termis, kimiawi, elektrik)

Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung saraf mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan atau luka.

Trauma termis menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, dingin. Trauma kimiawi

terjadi karena tersentuh zat asam atau basa. Trauma elektrik

menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.

- b. Neoplasma menyebabkan nyeri karena terjadi tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri.
- c. Peradangan menimbulkan nyeri karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri.

2. Penyebab psikologis

Nyeri disebabkan karena faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Nyeri karena faktor ini disebut *psychogenic pain*.

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut prasetyo (2010), factor-faktor yang dapat mempengaruhi persepsi dan reaksi nyeri antara lain :

1. Usia

Usia merupakan variable yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri. Anak-anak kecil yang belum dapat

mengucapkan kata-kata juga mengalami kesulitan dalam mengucapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tuanya ataupun kepada perawat. Sebagian anak terkadang tidak mau untuk mengungkapkan keberadaan nyeri yang dialami, mereka takut akan tindakan perawat yang harus mereka terima nantinya.

Pada pasien lansia seorang perawat melakukan pengkajian rinci ketika seorang lansia melaporkan adanya nyeri. Seringkali lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu. Terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung, nyeri dada dapat timbul karena gejala arthritis pada spinal dan gejala gangguan abdomen.

2. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam respon terhadap nyeri. Hanya berbeda budaya yang menganggap bahwa seorang laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri.

3. Kebudayaan

Perawat seringkali berasumsi bahwa cara respon pada setiap individu dalam masalah nyeri adalah sama, sehingga mereka mencoba menngira bagaimana pasien respon terhadap nyeri . suatu ketidakmampuan dalam mengontrol nyeri, akibatnya

pemberian terapi bisa jadi tidak cocok untuk klien berkebangsaan meksiko-amerika. Seorang klien berkebangsaan meksiko-amerika yang menangis keras tidak selalu mempersepsikan pengalaman nyeri sebagai suatu yang berat dan mengharapkan perawat melakukan intervensi

4. Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Nyeri yang dirasakan mungkin terasa ringan, sedang atau bisa jadi merupakan nyeri yang hebat. Dalam kaitannya dengan kualitas nyeri, masing-masing individu juga bervariasi, ada yang melaporkan nyeri sebagai tertusuk, nyeri tumpul, berdenyut, terbakar, dan lain-lain, sebagai contoh individu yang tertusuk jarum akan melaporkan nyeri yang berbeda dengan individu yang terkena luka bakar.

5. Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri. Konsep inilah yang mendasari berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (*guide imagery*), dan masase.

6. Ansietas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyerinya.

7. Dukungan keluarga dan social

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain, atau teman terdekat. Walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

2.2.4 Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri umumnya dibagi 2, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

1. Nyeri akut

merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi 6 bulan, dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

2. Nyeri kronis

Merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis dan psikomatik.

Perbedaan nyeri akut dan kronis :

a. Nyeri akut

- 1) Pengalaman : suatu kejadian
- 2) Sumber : sebab eksternal atau penyakit dari dalam
- 3) Serangan : mendadak
- 4) Waktu sampai 6 bulan
- 5) Pernyataan nyeri : daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti
- 6) Gejala-gejala klinis : pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas
- 7) Pola : terbatas
- 8) Perjalanan : biasanya berkurang setelah beberapa saat

b. Nyeri kronis

- 1) Pengalaman : suatu situasi, status eksistensi
- 2) Sumber : tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
- 3) Serangan : bisa mendadak, berkembang dan terselubung
- 4) Waktu lebih dari 6 bulan sampai bertahun-tahun
- 5) Pernyataan nyeri : daerah nyeri sulit dibedakan sehingga sulit dievaluasi
- 6) Gejala-gejala klinis : pola respons yang bervariasi sedikit gejala-gejala (adaptasi)
- 7) Pola : berlangsung terus dapat bervariasi
- 8) Perjalanan : penderitaan meningkat setelah beberapa saat

Selain klasifikasi nyeri diatas, terdapat jenis nyeri yang spesifik, diantaranya nyeri somatis, nyeri verisal, nyeri menjalar,(referensi pain), nyeri psikogenik, nyeri phantom dari ekstermitas, nyeri neurologis, dan lain-lain.

Nyeri somatik dan nyeri verisal ini umumnya bersumber dari kulit dan jaringan bawah kulit (supervisial) pada otot dan tulang.

2.2.5 Respon Terhadap nyeri

Respon tubuh terhadap nyeri adalah sebuah proses kompleks dan bukan sebuah kerja spesifik. Respon tubuh terhadap nyeri memiliki aspek fisiologis dan psikososial. Pada awalnya, sistem saraf simpatik berespon, menyebabkan respon melawan atau menghindar. Apabila nyeri terus berlanjut, tubuh beradaptasi ketika system saraf parasimpatik mengambil alih, membalik banyak respons fisiologis awal. Adaptasi terhadap nyeri ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari mengalami nyeri.

Reseptor nyeri actual sangat sedikit beradaptasi dan terus mentransmisikan pesan nyeri. Seseorang dapat belajar tentang nyeri melalui aktifitas kognitif dan perilaku, seperti pengalihan, imajinasi, dan banyak tidur. Individu dapat berespon terhadap nyeri dengan mencari intervensi fisik untuk mengatasi nyeri seperti, analgetic, pijat dan olahraga.

Sebuah reflek proprioseptif juga terjadi dengan stimulus reseptor nyeri. Impuls berjalan menelusuri serabut nyeri sensori ke medula spinalis. Di medula spinalis impuls bersinapsis dengan neuron motoric dan impuls berjalan kembali melalui keserabut motoric otot didekat tempat nyeri. Kemudian otot berkontraksi dalam upaya protektif, misalnya saat seseorang menyentuh kompor panas, secara reflex tangan ditarik dari kompor panas bukan sebelumnya orang tersebut menyadari adanya nyeri.

2.2.6 Karakteristik nyeri

Karakteristik nyeri dapat dilihat atau diukur berdasarkan lokasi nyeri, durasi nyeri (menit, jam, hari atau bulan), irama/periodenya (terus menerus, hilang timbul, periode bertambah atau berkurangnya intensitas) dan kualitas (nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau supervisial, atau bahkan seperti digencet).

Karakteristik dapat juga dilihat nyeri berdasarkan metode PQRST, P *Provocate*, Q *Quality*, R *Region*, S *Scale*, T *Time*.

1. P *Provocate*, tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada penderita, dalam hal ini perlu dipertimbangkan bagian-bagian tubuh mana yang mengalami cidera termasuk menghubungkan antara nyeri yang diderita dengan factor psikologisnya, karena bisa terjadi terjadinya nyeri hebat karena dari factor psikologis bukan dari lukanya.

2. *Q Quality*, kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendiskripsikan nyeri dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti di gencet.
3. *R Region*, untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian/daerahh yang dirasakan tidak nyaman. Untuk melokalisasi lebih spesifik maka sebaiknya tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan daerah yang nyerinya minimal sampai kearah nyeri yang sangat. Nammun hal ini akan sulit dilakukan apabila nyeri yang dirasakan bersifat menyebar atau difuse.
4. *S Scale*, tingkat keparahhan merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggukan skala nyeri yang sifatnya kuantitas.
5. *T Time*, tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama menderita, seberapa sering untuk kambuh, dan lain-lain.

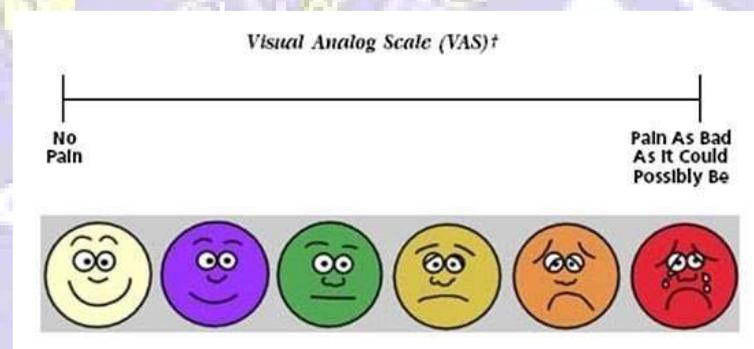
2.2.7 Pengukuran Nyeri

1. Visual Analog Scale (VAS)

Visual Analog Scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala liner ini menggambarkan

secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter.

Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pertanyaan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala bisa dibuat vertical atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reduksi rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.



Gambar 2.2 Skala Nyeri *Visual Analog Scale* (VAS)

2. *Verbal Rating Scale* (VRS)

Ujung ekstrim juga digunakan pada skala ini. Sama seperti VAS atau skala reduksi nyeri. Skala numeric verbal ini lebih bermanfaat pada periode pasca bedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala

verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama skali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

Verbal Rating Scale

0 = NO PAIN

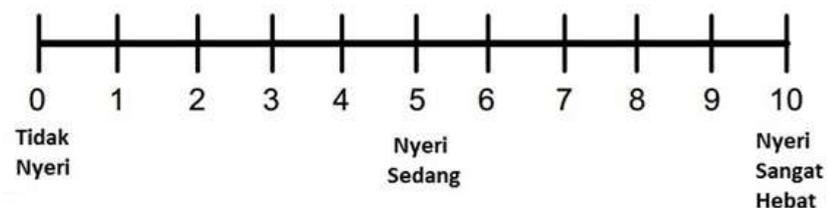
0 = NO PAIN

10 Worst Possible Pain 100 = Worst Possible Pain

Gambar 2.3 Skala Nyeri *Verbal Rating Scale*

3. *Numeric Rating Scale (NRS)*

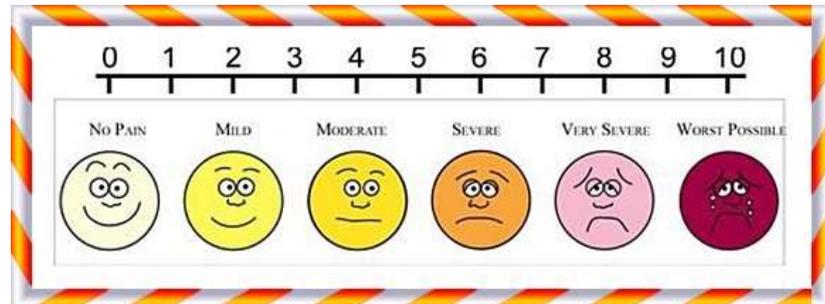
Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitive terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesic.



Gambar 2.4 Skala Nyeri *Numeric Rating Scale (NRS)*

4. Wong Baker Pain Rating Scale

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka



Gambar 2.5 Skala Nyeri Wong Baker Pain Rating Scale

2.2.8 Klasifikasi pengalaman nyeri

Fase nyeri pasien adalah antisipatori, sensasi, atau akibat (*aftermath*). Dengan mengetahui fase nyeri dapat memahami gejala yang pasien alami dan jenis terapi yang memiliki kemungkinan paling besar untuk mengatasi nyeri.

1. Fase Antisepatori (terjadi sebelum nyeri diterima)

Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Peran perawat dapat memberikan informasi pada pasien.

2. Fase sensasi (terjadi saat nyeri terasa)

Pasien bereaksi terhadap nyeri dengan cara yang berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri merupakan titik yaitu terdapat suatu ketidakinginan untuk menerima nyeri dengan tingkat keparahan yang lebih tinggi dan durasi yang lebih lama. Toleransi bergantung pada sikap, motivasi, dan nilai yang diyakini

seseorang. Pasien dengan tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri mampu menahan nyeri tanpa bantuan (Potter dan Perry, 2012).

3. Fase akibat (terjadi ketika nyeri berkurang dan berhenti)

Pada fase ini pasien masih membutuhkan kontrol dari perawat, karena nyeri bersifat krisis, sehingga dimungkinkan pasien mengalami gejala sisa. Perawat berperan dalam membantu memperoleh kontrol diri untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri berulang (Potter dan Perry, 2012).

2.2.9 Teori nyeri persalinan

Menurut (Maryunani, 2010) terdapat beberapa teori yang menjelaskan tentang nyeri. Beberapa pakar kebidanan telah menggunakan beberapa teori nyeri berikut ini untuk menjelaskan teori nyeri dalam persalinan.

Teori tersebut antara lain :

1. *Specificity theory*

Teori ini menyatakan bahwa reseptor nyeri tertentu distimulasi oleh tipe stimulus sensori spesifik yang mengirimkan impuls ke otak. Teori ini menguraikan dasar fisiologis adanya nyeri tetapi tidak menjelaskan komponen-komponen fisiologis dari nyeri maupun derajat toleransi nyeri.

2. *Pattern Theory*

Teori ini berusaha untuk memasukkan faktor-faktor yang tidak dijelaskan oleh *Specificity theory*. Teori ini menyatakan bahwa nyeri berasal dari tanduk dorsal spinal cord. Pola impuls saraf

tertentu diproduksi dan menghasilkan stimulus reseptor kuat yang dikodekan dalam system saraf pusat (SSP) dan menandakan nyeri. Seperti *Specificity theory*, *pattern theory* tidak menjelaskan faktor-faktor psikologis nyeri.

3. *Gate Control Theory*

Salah satu teori nyeri yang paling dapat diterima dan dipercaya adalah *gate control theory* yang diajukan oleh melzakda wall pada tahun 1965. Para pakar dibidang kebidanan juga menganut *gate control theory* ini untuk menjelaskan nyeri dalam persalinan. Dasar pemikiran pertama *gate control theory* adalah bahwa keberadaan dan intensitas pengalaman nyeri tergantung pada transmisi tetentu pada impuls-impuls saraf. Kedua, mekanisme gate/pintu sepanjang system saraff mengontrol/mengendalikan transmisi nyeri. Akhirnya, jika gate terbuka, impuls yang menyebabkan sensasi nyeri dapat mencapai tiingkat kesadaran. Jika gate tertutup, impuls tidak mencapai tingkat kesadaran dan sensasi nyeri tidak dialami.

Terdapat tiga tipe utama keterlibatan neurologis yang mempengaruhi apakah gate terbuka atau tertutup yaitu :

- a. Tipe pertama menyangkut aktifitas daam serat-serat (fibers) saraf besar dan kecil yang mempengaruhi sensasi nyeri. Impuls nyeri melalui serat – serat yang berdiameter menutup gate pada impuls yang melalui serat-serat kecil. Tekhnik yang menggunakan stimulasi kutaneous pada kulit, yang

mempunyai banyak serat berdiameter besar, bisa membantu menutup gate pada tranmisi impuls yang menimbulkan nyeri, dengan cara demikian meringankan/menghilangkan sensari nyeri. Intervensi/tindakan yang menerapkan teori ini meliputi massage/pijat, kompres panas dan dingin, sentuhan, akupresur/*acupressure*, dan *transcutaneous electric nerve stimulation* (TENS).

- b. Bentuk keterlibatan neurologis kedua adalah impuls-impuls berasal dari brainstem yang mempengaruhi sensasi nyeri. Monitor formasi retikuler dalam brainstem mengatur input sensori. Jika seseorang menerima jumlah stimulasi yang adekuat atau berlebihan, brainstem tidak menghambat impuls nyeri, gate terbuka, dan impuls nyeri ditransmisikan. Intervensi/tindakan-tindakan yang menerapkan bagian gate control theory ini adalah yang berhubungan beberapa cara input sensori ini, seperti tehnik distraksi, guided imagery, dan visualisasi.
- c. Tipe keterlibatan neurologis ketiga adalah aktivitas atau impuls neurologis dalam korteks serebri atau thalamus, pikiran, emosi, dan ingatan seorang bisa mengaktifkan impuls-impuls tertentu dalam korteks serebri yang mencetuskan impuls nyeri, yang ditransmisikan ke tingkat kesadaran. Pengalaman masa lalu yang berhubungan dengann nyeri mempengaruhi bagaimana klien berespon terhadap

nyeri saat ini. Untuk alasan inilah sangat penting untuk menyelidiki pengalaman klien sebelumnya dan mengajarkan pada klien apa yang diharapkan dari situasi saat ini. Intervensi/tindakan yang menerapkan bagian gate control theory ini meliputi menggunakan dan mengajarkan berbagai macam teknik relaksasi, mengajarkan klien tentang harapan-harapan apa tentang nyeri yang berhubungan dengan penyakit tertentu, mengupayakan klien untuk merasakan ia mempunyai beberapa pengontrolan pada minum obat-obatan untuk pereda nyeri dan memberikan obat-obatan dengan tepat misalnya sebagai pencegahan, sebelum nyeri timbul begitu hebat dimana klien takut bahwa ia tidak akan mendapat pereda nyeri.

d. *Endogenous opiate theory*

Suatu teori pereda nyeri yang relative baru dikembangkan oleh Avron Goldstein, dimana ia menemukan bahwa terdapat substansi seperti opiate yang terjadi secara alami didalam tubuh. Substansi ini disebut *Endorphine*, yang berasal dari kata *endogenous* dan *morphine*, Goldstein mencari reseptor *morphine* dan *heroin*. Menemukan bahwa reseptor dalam otak cocok dengan hanya molekul-molekul seperti *morphine* dan *heroin*. Ia bertanya pada dirinya sendiri mengapa reseptor-reseptor ini terletak di otak, pada saat opiate tidak ditemukan secara alami di area ini. Setelah melalui

penelitian yang seksama, jawabannya adalah bahwa otak menghasilkan opiate otak alami. Suatu ulasan tentang cara-cara endorphine mempengaruhi nyeri yang dirasakan pada saat persalinan dan kelahiran adalah sebagai berikut :

Endorphine mempengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri. Endorphine kemungkinan bertindak sebagai neurotransmitter maupun neuromodulator yang menghambat transmisi dari pesan nyeri. Jadi, adanya endorphine pada sinaps sel-sel saraf menyebabkan status penurunan dalam sensasi nyeri. Kegagalan melepaskan endorphine memungkinkan nyeri terjadi. Opiate, seperti morphine atau endorphine (kadang-kadang disebut enkephalin), kemungkinan menghambat transmisi pesan nyeri dengan mengaitkan tempat reseptor opiate pada saraf-saraf otak dan tulang belakang.

Kadar endorphine berbeda dari satu individu ke individu lain, hal ini menjelaskan mengapa beberapa orang lebih merasa nyeri daripada yang lainnya. Orang-orang dengan kadar endorphine tinggi sudah jelas akan merasa kurang nyeri. Juga, telah ditemukan, misalnya orang-orang dengan kadar endorphine rendah sebelum pembedahan /operasi memerlukan lebih banyak analgesia setelah operasi daripada orang-orang dengan kadar endorphine yang lebih tinggi. Perbedaan-perbedaan dalam kadar endorphine bisa diwarisi

dan dengan demikian bisa menjelaskan perbedaan-perbedaan kultural dalam sensitivitas nyeri.

Situasi-situasi tertentu seperti stress dan kehamilan menyebabkan status peningkatan dalam kadar endorphine. Oleh karena itu, kadar endorphine bervariasi pada individu dari satu situasi ke situasi lainnya. Selama kehamilan dan persalinan, baik ibu maupun janinnya bisa mengalami penurunan sensitivitas terhadap nyeri karena adanya peningkatan kadar endorphine. Pada saat nyeri persalinan dirasakan, terdapat reseptor opiate pada otak dan tulang belakang dan menentukan bahwa susunan saraf pusat (SSP) melepaskan zat seperti morfin (endorphine dan encephalin). Endogenous opiate menjepit untuk reseptor opiate dan mengganggu persepsi nyeri.

Berbagai macam tindakan pengurangan rasa nyeri menggunakan teori sistem endorphine ini. Misalnya, akupresur dan akupunktur yang merangsang pengeluaran endogenous opiates, berbagai macam pendidikan kesehatan klien atau stimulus kulit, seperti masaje/masase/pijat, dapat menyebabkan peningkatan endorphine, yang pada gilirannya dapat meredakan nyeri.

2.3 Konsep asuhan keperawatan

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. (Nursalam, 2009). Pengkajian merupakan proses yang kontinu dilakukan setiap tahap proses keperawatan. Semua tahap proses keperawatan tergantung pada pengumpulan data (informasi) yang lengkap dan akurat. (Padila, 2015).

1. Identitas umum

Identitas umum meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk rumah sakit, sumber informasi, diterima dari, dan cara dating.

2. Riwayat perawatan

a. Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa dirasakan klien postpartum adalah nyeri seperti ditusuk-tusuk, panas, perih, mules, dan sakit pada jahitan perineum (Mohamed & Saied, 2012).

b. Riwayat penyakit sekarang

Kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba/perlahan, lokasi, obat yang diminum, dan cara penanggulangan. (Suratun, 2008).

c. Riwayat penyakit keluarga

Meliputi penyakit yang pernah diderita keluarga baik penyakit kronis, keturunan, maupun menular. (Potter & Perry, 2009).

d. Riwayat seksualitas/reproduksi

Kebanyakan klien enggan diajak untuk berhubungan dengan pasangan. Frekuensi untuk melakukan hubungan juga berkurang, karena pasien masih merasakan sakit pada area bekas operasi.

- 1) Usia menarche, siklus haid, lama haid, haid terakhir.
- 2) Masalah dalam mentruasi, apakah ibu pernah pap smear.
- 3) Penggunaan kontrasepsi sebelumnya (IUD, suntik, implant, oral)
- 4) Riwayat reproduksi

3. Pengkajian psikososial

Pengkajian factor emosional, perilaku, dan social pada masa pascapartum memungkinkan perawat mengidentifikasi kebutuhan ibu dan keluarga terhadap dukungan, penyuluhan, dan bimbingan antisipasi, respons mereka terhadap pengalaman kehamilan dan persalinan dan perawatan pascapartum dan faktor-faktor yang memengaruhi pengembalian tanggung jawab menjadi orang tua baru. Perawat juga mengkaji pengetahuan dan kemampuan ibu yang terkait dengan perawatan diri, perawatan bayi baru lahir, dan pemeliharaan kesehatan serta perasaan tentang diri dan gambaran dirinya.

4. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Suhu tubuh diukur setiap 4 sampai 8 jam selama beberapa hari pasca partum karena demam biasanya merupakan gejala awal infeksi. Suhu tubuh 38°C mungkin disebabkan oleh dehidrasi atau karena awitan laktasi dalam 2 sampai 4 hari. Demam yang menetap atau berulang diatas angka ini pada 24 jam pertama dapat menandakan adanya infeksi.

Brakikardi merupakan perubahan fisiologis normal selama 6 sampai 10 hari pascapartum dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/ menit. Frekuensi diatas 100 kali/menit (takikardi) dapat menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan. Nadi yang cepat dan dangkal yang dihubungkan dengan hipotensi menunjukkan hemoragi, syok, atau emboli.

Tekanan darah umumnya tetap dalam batasan normal selama kehamilan. Wanita pascapartum dapat mengalami hipotensi ortostik karena diuresis dan diaphoresis, yang menyebabkan pergeseran volume cairan kardiovaskuler. Hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensii akibat kehamilan, yang dapat muncul pertama kali pada masa pascapartum. Kejang eklamsia dilaporkan terjadi sampai lebih dari 10 hari pascapartum (Cunningham, et al , 1993 dalam Sharon J, dkk 2011). Nadi dan

tekanan darah diukur setiap 4 sampai 8 jam, kecuali jika ada penyimpangan dari nilai normal sehingga perlu diukur lebih sering

b. Pernafasan

Menurut sholikah (2011) klien post operasi Secticaesarea terjadi peningkatan pernafasan, lihat adanya tarikan dinding dada, frekuensi pernapasan, irama nafas serta kedalaman bernapas.

c. Kepala dan muka

Amati kesimetrisan muka, amati ada atau tidaknya hiperpigmentasi pada wajah ibu (*cloasmagrandanum*), amati warna dari keadaan rambut, kaji kerontokan dan kebersihan rambut, kaji pembengkakan pada muka.

d. Mata

Amati ada atau tidaknya peradangan pada kelopak mata, kesimetrisan kanan dan kiri, amati keadaan konjungtiva (konjungtivitis atau anemis), sclera (ikterik atau indikasi hiperbilirubin atau gangguan pada hepar), pupil (isokor kanan dan kiri (normal), reflek pupil terhadap cahaya miosis atau mengecil, ada atau tidaknya nyeri tekan atau peningkatan tekanan intraokuler pada kedua bola mata.

e. Hidung

Amati keadaan septum apakah tepat di tengah, kaji adanya masa abnormal dalam hidung dan adanya skret, kaji adanya nyeri tekan pada hidung.

f. Telinga

Amati kesimetrisan, warna dengan daerah sekitar, ada atau tidaknya luka, kebersihan telinga amati ada *tidaknya serumen* dan *otitis media*

g. Mulut

Amati bibir apa ada kelainan kogenital (bibir sumbing), warna, kesimetrisan, sianosis atau tidak, pembengkakan, lesi, amati adanya stomatitis pada mulut, amati jumlah dan bentuk gigi, warna dan kebersihan gigi.

h. Leher

Amati adanya luka, kesimetrisan dan masa abnormal, kaji adanya distensi vena jugularis, dan adanya pembesaran kelenjar tiroid.

i. Paru-paru

Kesimetrisan bentuk/postur dada, gerakann nafas (frekuensi irama, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/penonjolan, kaji pergerrakan dada, massa dan lesi, nyeri, tractile fremitus apakah normal kanan dan kiri, perkusi (normalnya berbunyi sonor), kaji bunyi (normalnya kanan dan kiri terdengar vesiikuler).

j. Cardiovaskuler

Terjadi peningkatan frekuensi nadi, irama tidak teratur, serta peningkatan tekanan darah.

k. Payudara

Pengkajian payudara selama masa pascapartum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan serta palpasi konsistensi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Pada 1 sampai 2 hari pertama pascapartum, payudara tidak banyak berubah kecil kecuali sekresi kolostrum yang banyak. Pada ibu menyusui, saat ASI mulai diproduksi, payudara menjadi lebih besar, keras, dan hangat dan mungkin terasa berbenjol-benjol atau bernodul. Wanita sering mengalami ketidaknyamanan dengan awitan awal laktasi. Pada wanita yang tidak menyusui, perubahan ini kurang menonjol dan menghilang dalam beberapa hari. Banyak wanita mengalami pembengkakan nyata seiring dengan awitan menyusui. Payudara menjadi lebih besar dan teraba keras dan tegang, dengan kulit tegang dan mengkilap serta terlihatnya pembesaran vena berwarna biru. Payudara dapat terasa sangat nyeri dan teraba panas saat disentuh.

l. Abdomen

Apakah kembung, asites, terdapat nyeri tekan, lokasi massa, lingkaran abdomen, bisung usus, tampak linea nigra atau alba, striae livida atau albican, terdapat bekas luka operasi *Sectio caesarea*. (Anggraini, 2010) mengkaji luka jahitan post *Sectio caesarea* yang meliputi kondisi luka (melintang atau membujur, kering atau basah, adanya nanah atau tidak), dan

mengkaji kondisi jahitan (jahitan menutup atau tidak, terdapat tanda-tanda infeksi serta warna kemerahan pada sekitar area jahitan luka post *Sectio caesarea* atau tidak).

m. Ekstermitas bawah

Pengkajian pascapartum pada ekstermitas bawah meliputi inspeksi ukuran, bentuk, kesimetrisan, warna, edema, dan varises. Suhu dan pembengkakan dirasakan dengan palpasi.

Tanda-tanda tromboflebitis adalah bengkak unilateral, kemerahan, panas, dan nyeri tekan, biasanya terjadi pada betis. Trombosis pada vena femoralis menyebabkan nyeri dan nyeri tekan pada bagian distal paha dan daerah popliteal.

Tanda homan, munculnya nyeri betis saat gerakan dorsofleksi

n. Genetalia

Melihat kebersihan dari genetalia pasien, adanya lesi atau nodul dan mengkaji keadaan lochea. Lochea yang berbau menunjukkan tanda-tanda risiko infeksi. (Handayani, 2011)

5. Nutrisi

Ibu yang menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca bersalin, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup, mengonsumsi kapsul vitamin A (200.000) unit, agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui asinanya (Saifuddin, 2001 dalam Siti, dkk 2013). Makanan bergizi terdapat pada sayur

hijau, lauk pauk dan buahh. Konsumsi sayur hijau seperti bayam, sawi, kol dan sayur hijau lainnya menjadi sumber makanan bergizi. Untuk lauk pauk dapat memilih daging ayam, ikan, telur, dan sejenisnya.

Ibu post *Sectio Caesarea* harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas karena gas perut kadang-kadang menimbulkan masalah sesudah *Sectio Caesarea*. Jika ada gas dalam perut, ibu akan merasakan nyeri yang menusuk. Gerak fisik dan bangun dari tempat tidur, pernapasan dalam, dan bergoyang dikursi dapat membantu mencegah dan menghilangkan gas. (Simkin dkk, 2007 dalam Siti dkk, 2013).

6. Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan BAB dan BAK meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, bau serta masalah eliminasi (Anggraini, 2010). Pada klien post SC biasanya 2-3 hari mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) hal ini dikarenakan ketakutan akan rasa sakit pada daerah sekitar post operasi, takut jahitan terbuka karena mengejan. (handayani, 2011).

7. Pemeriksaan laboratorium

Untuk mengkaji apakah ada anemia, pemeriksaan hitung darah lengkap, hematokrit atau haemoglobin dilakukan dalam 2 sampai 48 jam setelah persalinan. Karena banyaknya adaptasi fisiologis

saat wanita kembali ke keadaan sebelum hamil, nilai darah berubah setelah melahirkan. Dengan rata-rata kehilangan darah 400-500 ml, penurunan 1g kadar haemoglobin atau 30% nilai hemmatokrit masih dalam kisaran yang diharapkan. Penurunan nilai yang lebih besar disebabkan oleh perdarahan hebat saat melahirkan, hemoragi, atau anemia prenatal.

Selama 10 hari pertama pascapartum, jumlah sel darah putih dapat meningkat sampai 20.000/mm³ sebelum akhirnya kembali ke nilai normal (Bond, 1993 dalam Sharon J dkk, 2011). Karena komponen selular leukosit ini mirip dengan komponen selular selama infeksi, peningkatan ini dapat menutupi proses infeksi kecuali jika jumlah sel darah putih lebih tinggi dari jumlah fisiologis.

2.3.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan digunakan sebagai landasan untuk pemilihan intervensi guna mencapai hasil yang menjadi tanggung jawab perawat.

Diagnosa keperawatan perlu dirumuskan setelah melakukan analisa data dari hasil pengkajian untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang melibatkan klien beserta keluarganya. Dengan demikian asuhan keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan yakni memenuhi kebutuhan fisik, emosi atau psikologis, tumbuh kembang, pengetahuan atau intelektual, social dan spiritual yang didapatkan Dari pengkajian. (Wilkins & Williams, 2015).

masalah keperawatan yang actual/potensial sering muncul pada ibu post partum setelah kelahiran sesar berdasarkan definisi dan klasifikasi (Nurarif & Hardhi, 2015) diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik pembedahan.
2. Ketidakefektifan bersihan jalann nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dari kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum
4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
5. Gangguan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
7. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
8. Deficit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengann kelelahan postpartum
9. Konstipasi berhubungan dengan efek anestesi
10. Resiko syok (hipofolemik) berhubungan dengan kekurangan cairan dan elektrolit
11. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan kurangnya informasi tentang pennanganan post partum

2.3.3 Perencanaan

Menurut nursalam (2009) rencana keperawatan dapat diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan. Rencana keperawatan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Intervensi yang mungkin muncul berkaitan dengan pemenuhan kenyamanan bebas dari rasa nyaman nyeri pada ibu postpartum dengan tindakan *Sectio Caesarea* menurut (Bulechek, Gloria M, dkk 2013) :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1. nyeri berhubungan dengan agen injuri fisik pembedahan. Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial yang digambarkan sebagai kerusakan (international Association For the Study of Paint), Awitan yang tiba-tiba atau lambat	<p><i>Pain lever</i> <i>Pain control</i> <i>Comfort level</i></p> <p>a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>c. Menyatakan rasa nyaman</p>	<p>a. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi</p> <p>b. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif.</p> <p>c. Gunakan strategi komunikasi</p>

<p>dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Agen cedera biologis (infeksi, iskemia, neoplasma) b. Agen cedera fisik (abses, amputasi, luka bakar, terpotong, mengangkut berat, prosedur bedah, trauma, olahraga berlebihan) c. Agens cedera kimiawi (luka bakar, kapsaisin, metilen, klorida, agens mustard) 	<p>setelah nyeri berkurang</p>	<p>terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (tidur, nafsu makan, penertian, perasaan, hubungan, performa kerja dan tanggung jawab peran) e. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab, berapa lama nyeri akan dirasakan danantisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur. f. Kurangi atau eliminasi faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri (ketakutan, kelelahan, keadaan monoton dan kurang pengetahuan) g. Gali penggunaan metode yang dipakai saat ini untuk
--	--------------------------------	---

		<p>menurunkan nyeri</p> <p>h. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan cepat</p> <p>i. Ajarkan metode nonfarmakologi untuk menurunkann nyeri</p> <p>j. Pilih untuk implementasikan tindakan yang beragam (farmakologi, nonfarmakologi, interpersonal) untuk memfasilitasi peurunan nyeri</p> <p>k. Kendalikann faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (suhu ruangan, pencahayaan, suara bising)</p> <p>l. Berikan individu penurunan nyeri yang optimal dengan peresepan analgesic</p> <p>m. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk mmbantu penurunan nyeri</p>
--	--	---

		<p>n. Libatkan kkeluarga dalam modalitas penurunan nyeri, jika memungkinkan</p> <p>o. Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang sspesifik</p>
--	--	--

2.3.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan atau implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik (Iyer et al., 1996 dalam buku Nursalam 2008). Implementasi dapat dilakukan seluruhnya oleh perawat, ibu sendiri, keluarga atau tenaga kesehatan yang lain (Saleha, 2009). Menurut asmadi (2008), implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi 3 kategori :

1. *Independent*, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.
2. *Interdependent*, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan lainnya.
3. *Dependent*, berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada waktu kegiatan sedang dilakukan, intermitten dan terminal. Evaluasi yang dilakukan pada saat kegiatan berjalan atau segera setelah implementasi meningkatkan kemampuan perawat dan memodifikasi intervensi. Evaluasi intermitten dilakukan dilakukan pada interval khusus misalnya seminggu sekali, dilakukan untuk mengetahui kemajuan terhadap pencapaian tujuan dan meningkatkan kemampuan perawat untuk memperbaiki setiap kekurangan dan memodifikasi rencana keperawatan agar sesuai dengan kebutuhan. Evaluasi terminal, menunjukkan keadaan pasien pada waktu pulang. Hal tersebut mencakup status pencapaian tujuan dan evaluasi terhadap kemampuan klien untuk perawatan diri sendiri sehubungan dengan perawatan lanjutan. (Wilkins & Williams, 2015).

Perumusan evaluasi formatif meliputi 4 komponen yang dikenal istilah SOAP, yaitu :

S : Subjektif (data berupa keluhan informan)

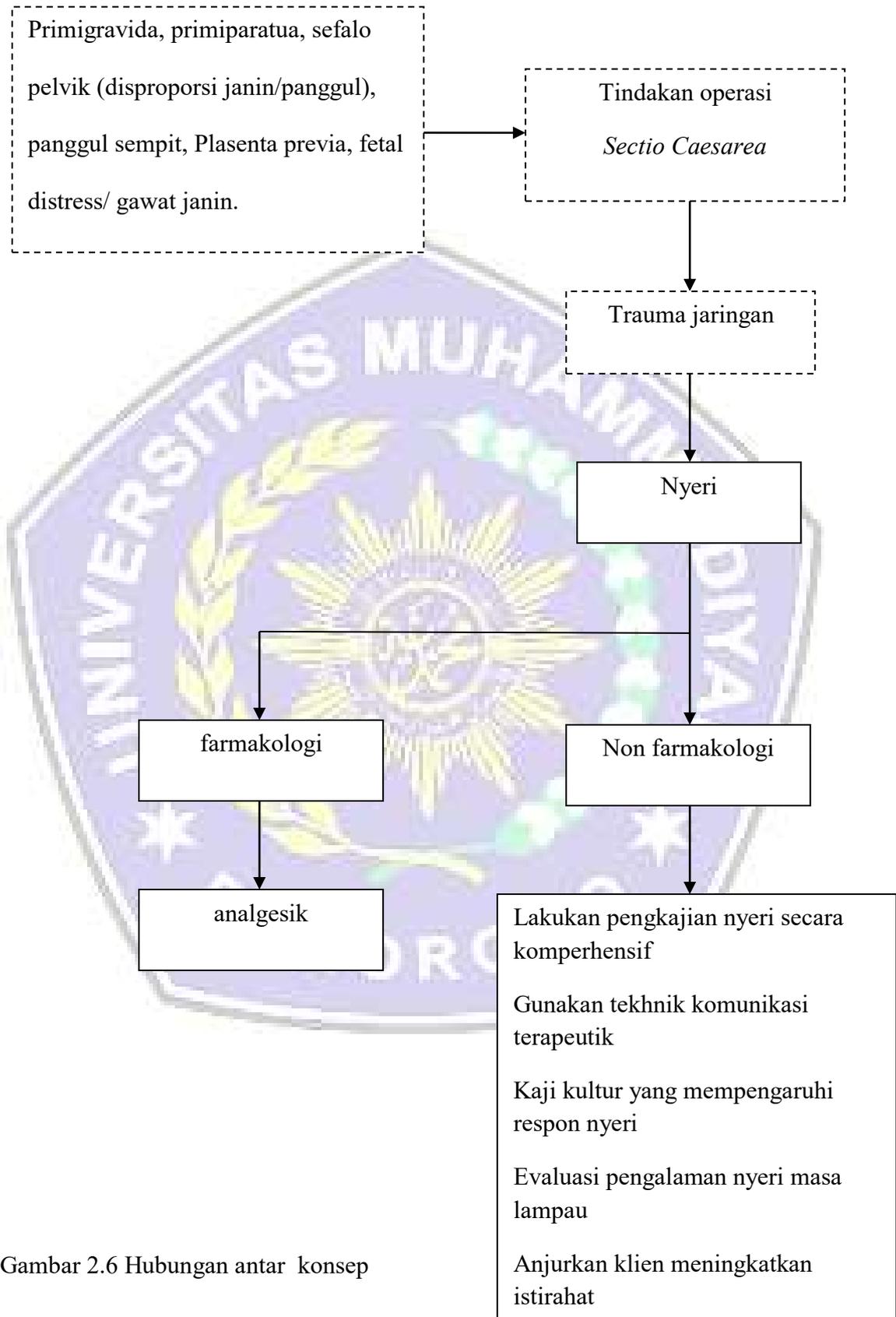
O : Objektif (data hasil pemeriksaan)

A : Analisis data (pembanding data dengan teori)

P : Perencanaan

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan.

2.3.6 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.6 Hubungan antar konsep