

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Pengertian *Post Sectio Caesarea*

Section caesarea merupakan tindakan operasi dalam menolong persalinan melalui insisi (irisan) pada dinding abdomen (laparotomi) dan uterus (histerektomi) untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang disebabkan oleh bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervagina (Juliathi dkk, 2021).

2. Indikasi *Sectio Caesarea*

Adapun hal-hal yang dapat menjadi pertimbangan untuk dilakukan bedah sesar, yaitu :

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Indikasi yang berasal dari ibu yaitu riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, plasenta previa terutama pada primigravida, kesempitan panggul atau *cefalopelvic disproporsi* (CPD), kurang adekuatnya stimulus sehingga menyebabkan kegagalan melahirkan secara normal, stenosis serviks atau vagina, ruptur uteri membakat, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, solusio plasenta tingkat I-II, pre-eklampsia berat (PEB), atas permintaan ingin *sectio caesarea* elektif, kehamilan yang disertai penyakit jantung, diabetes melitus (DM), gangguan perjalanan persalinan seperti kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya, ketuban pecah dini (KPD), bekas *sectio caesarea* sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir.

b. Indikasi yang berasal dari janin

Indikasi yang berasal dari janin yaitu *fetal distress* atau gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil dan kegagalan persalinan vakum dan forceps ekstraksi (Juliathi, 2021)

3. Kontra Indikasi *Sectio Caesarea*

Dalam praktik kebidanan modern, tidak ada kontraindikasi tegas terhadap *sectio caesarea* (SC), namun jarang dilakukan dalam kasus janin mati atau *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD), terlalu premature bertahan hidup, ada infeksi pada dinding abdomen, anemia berat yang belum teratasi, kelainan kongenital, kurangnya fasilitas (Yusuf, 2023).

4. Jenis *Sectio Caesarea*

Menurut (Juliathi, 2021), menyatakan bentuk pembedahan *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi, yaitu :

a. *Sectio caesarea* klasik

Sectio caesarea klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini. Pembedahan jenis ini sudah sangat jarang dilakukan saat ini karena berisiko terhadap terjadinya komplikasi.

b. *Sectio caesarea* transperitonel

Sectio caesarea transperitonel profunda disebut juga low cervical yaitu sayatan vertikal pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan

dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. **Sectio caesarea histerektomi**

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

d. **Sectio caesarea ekstraperitoneal**

Sectio caesarea ekstraperitoneal, yaitu sectio caesarea berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan sectio caesarea. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan 11 insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

5. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Komplikasi yang dapat terjadi jika dilakukan tindakan *sectio caesarea* (SC), yaitu terdiri dari komplikasi jangka pendek dan jangka panjang.

a. Komplikasi jangka pendek, terjadi setelah dilakukannya tindakan *sectio caesarea*, seperti :

- 1) Kematian ibu, tindakan SC dapat menyebabkan kematian sang ibu yang biasanya disebabkan karena sepsis dan akibat dari komplikasi anestesi.
- 2) Tromboembolism, dapat terjadi akibat ada indikasi dari bedah sesar itu sendiri yaitu obesitas maternal yang menyebabkan thromboembolism.
- 3) Perdarahan, biasanya terjadi akibat adanya laserasi pada pembuluh darah uterus yang disebabkan insisi yang kurang tepat pada uterus.
- 4) Infeksi, salah satu komplikasi tersering pada saat tindakan bedah sesar, akibat penggunaan antibiotik profilaksis yang kurang tepat.

- 5) Cedera bedah insidental, trauma pada kantong kemih sering terjadi setelah tindakan bedah sesar, karena posisinya terletak dekat dengan uterus.
 - 6) Masa rawat inap lebih lama, karena ada hal-hal yang perlu dievaluasi pasca *sectio caesarea* sehingga dapat meningkatkan biaya persalinan.
 - 7) Histerektomi, tindakan ini biasanya dilakukan apabila terjadi perdarahan uterus-menerus yang tidak dapat ditangani meskipun sudah diberikan oksitosin.
 - 8) Nyeri akut, setelah efek anestesi habis, biasanya ibu akan merasakan nyeri yang luar biasa pasca tindakan *sectio caesarea*. Biasanya ditangani dengan anti nyeri golongan narkotik tetapi perlu diperhatikan disini untuk pemberian narkotik dapat berefek pada psikologis sang ibu.
- b. Komplikasi jangka panjang, merupakan komplikasi yang akan dirasakan dari setelah tindakan SC sampai dengan beberapa bulan pasca persalinan. Komplikasi tersebut seperti:
- 1) Nyeri kronik, nyeri intensitas tinggi pasca operasi adalah kondisi sering dalam wanita yang menjalani SC, menunjukkan pentingnya penilaian nyeri untuk implementasi tindakan kuratif dan preventif untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah terjadinya nyeri kronik.
 - 2) Infertilitas, wanita yang mengalami SC dapat mengalami gangguan pembentukan scar (parut luka), sehingga cenderung mengalami infertilitas pasca persalinan dengan SC.
 - 3) Kematian neonatal, meskipun tindakan SC biasanya dilakukan untuk menyelamatkan sang bayi, tapi dalam beberapa kasus dapat menyebabkan kematian pada bayi.

- 4) Transient takipnea, bayi yang dilahirkan melalui SC dapat mengalami gangguan pernapasan sesaat setelah kelahiran. Hal ini biasanya terjadi akibat kegagalan paru sang bayi saat menghirup nafas pertamanya.
- 5) Trauma, bayi yang dilahirkan melalui SC juga berisiko mendapatkan trauma, biasanya berasal dari insisi operasi.
- 6) Rupture uteri, lebih berisiko terjadi pada ibu dengan riwayat persalinan SC dibanding dengan persalinan pervaginam (Juliathi, 2021).

B. Masalah Nyeri Akut Pada Ibu *Post Sectio Caesarea*

1. Definisi Nyeri Akut Pada Ibu *Post Sectio Caesarea*

Nyeri adalah perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Keluhan yang paling sering diungkapkan pasien setelah dilakukan tindakan pembedahan, setiap individu membutuhkan rasa nyaman dan dipersepsikan berbeda pada setiap individu (Rahayu dkk, 2023)

Respon terhadap sensasi nyeri beragam atau tidak bisa disamakan satu dengan yang lain. Banyak ibu yang mengeluhkan rasa nyeri dibekas jahitan, keluhan ini sebetulnya wajar karena tubuh tengah mengalami luka dan penyembuhan luka tersebut tergolong panjang dan dalam. Pada operasi *sectio caesarea* ada tujuh lapisan perut yang harus disayat dan kemudian dijahit. Rasa nyeri di daerah sayatan yang membuat sangat terganggu dan merasa tidak nyaman. Nyeri pada pasien post *sectio caesarea* merupakan nyeri yang disebabkan karena adanya prosedur operasi yang termasuk ke dalam nyeri akut (Rahayu dkk, 2023).

Nyeri post *sectio caesarea* akan menimbulkan reaksi fisik dan psikologi pada ibu postpartum seperti gangguan mobilisasi, *bounding attachment* (ikatan

kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu, Inisiasi Menyusu Dini (IMD) tidak terpenuhi dengan baik serta kesulitan dalam perawatan bayi, sehingga diperlukan cara untuk mengontrol rasa nyeri agar dapat beradaptasi dengan nyeri post *sectio caesarea* dan mempercepat masa nifas (Rahayu dkk, 2023).

2. Klasifikasi Nyeri

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) nyeri dapat dibedakan menjadi dua, antara lain :

a. Nyeri Akut

Nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. Nyeri pada pasien post *sectio caesarea* termasuk dalam kategori nyeri akut.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

3. Faktor Penyebab Nyeri Akut

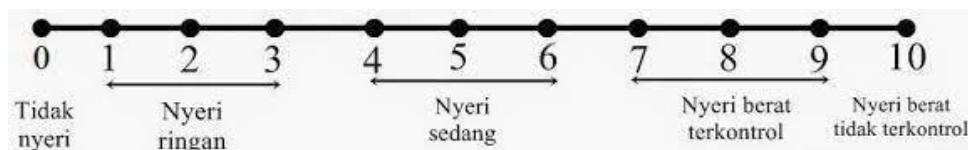
Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) nyeri dapat disebabkan oleh hal-hal berikut :

- a. Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimia (terbakar, bahan kimia iritan)

- c. Agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

4. Pengukuran Intensitas Nyeri

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scale / NRS*) digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Pasien diberitahu bahwa 0 menyatakan “tidak ada nyeri sama sekali” dan 10 menyatakan “nyeri paling parah yang mereka dapat bayangkan”. Skala biasanya digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. *Numerical Rating Scale (NRS)* ini dapat membuat responden lebih mudah untuk menggambarkan derajat nyeri karena dijelaskan setiap karakteristik nyeri pada masing-masing skala nyeri yang dirasakan.



Gambar 1 *Numerical Rating Scale (NRS)*

Sumber : Kemenkes, 2022

Keterangan :

- 0: Tidak nyeri
- 1-3: Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi.
- 4-6: Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis,menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Memiliki karateristik adanya peningkatan frekuensi pernafasan , tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil.

- d. 7-9: Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi. Memiliki karakteristik muka klien pucat, kekakuan otot, kelelahan dan keletihan
- e. 10: Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

5. Penatalaksanaan Nyeri

Terdapat 2 (dua) jenis penatalaksanaan nyeri, yakni sebagai berikut (Andarmoyo, 2017):

a. Metode farmakologis

Metode farmakologi adalah metode yang dilakukan sebagai upaya untuk meredakan nyeri dengan memberikan obat-obatan analgesik yang disuntikkan melalui infus intravena, inhalasi pernapasan atau dengan blokade saraf yang menghantarkan rasa sakit.

b. Metode non-farmakologis

Pemberian intervensi dengan farmakologi cenderung dilakukan agar dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol rasa nyeri yang dirasakannya, sehingga tetap diperlukan kombinasi dengan metode non-farmakologi supaya rasa nyeri yang diderita berangsur reda. Metode ini dinilai sederhana, murah, dan tidak menimbulkan efek yang membahayakan. Adapun beberapa contoh terapi dengan non-farmakologi yaitu:

1) Bimbingan antisipasi

Metode ini dilaksanakan melalui pemberian pemahaman pada pasien terhadap nyeri yang dirasakannya. Perawat memberikan pemahaman berupa kejadian, durasi nyeri, lokasi nyeri, kualitas, penyebab dan upaya untuk mengatasinya. Upaya ini dilaksanakan karena nyeri berakibat pada timbulnya kecemasan. Rasa cemas dapat muncul dikarenakan pemahaman pasien yang kurang terhadap rasa nyerinya.

2) Kompres panas dan dingin

Metode ini dilakukan dengan pemberian kompres pada lokasi yang merasakan nyeri. Kompres panas yang diberikan memberikan efek pelebaran pada pembuluh darah yang dapat membantu dalam memperbaiki sirkulasi darah pasien. Sementara, pemberian kompres dingin dapat menurunkan prostaglandin yang dapat memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subskutan lainnya yang menghambat peradangan. Walaupun begitum kompres panas dinilai lebih memberikan keuntungan agar dapat melancarkan sirkulasi darah yang berpeluang meredakan rasa nyeri dan mempercepat penyembuhan.

3) Distraksi

Metode ini merupakan tindakan yang fokus pada pengalihan perhatian pasien kepada hal-hal di luar rasa nyerinya. Pemberian tindakan distraksi ini membuat fokus pasien menjadi teralihkan dan dapat menurunkan persepsi pasien terhadap rasa nyerinya. Metode yang dapat dilakukan untuk penerapan distraksi yaitu dengan visual, audio, dan intelektual.

4) Relaksasi

Metode ini mampu meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik ini dilakukan dengan napas abdomen dengan cara lambat dan berirama. Pasien memejamkan matanya, lalu bernapas dengan nyaman secara perlahan, merasakan setiap hirupan dan hembusan napas. Relaksasi mampu membantu pasien dalam meredakan nyeri yang dirasakannya.

5) Imajinasi terbimbing

Metode ini harus diterapkan dengan berkonstruksi yang cukup. Apabila menerapkan metode ini, maka perlu dipastikan bahwa lingkungan di sekitar dapat mendukung agar tidak mengganggu konsentrasi pasien.

6) Aromaterapi

Penghirupan minyak beraroma sensial mampu meredakan nyeri. Rasa nyeri menjadi teralihkan dengan kehadiran aromaterapi yang diberikan kepada pasien.

7) Pijatan/*massage*

Pemberian pijatan akan dengan lembut membantu ibu merasa lebih nyaman, rileks, dan segar pasca operasi. Hal ini dikarenakan kulit yang tersentuh saat dipijat adalah organ tubuh yang dapat mendatangkan efek baik untuk tubuh dan juga pikiran seseorang. Pijatan yang dilakukan akan membantu melepas senyawa endorfin dalam tubuh sebagai pereda sakit yang alami.

C. Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber dan untuk mengevaluasi dan

mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnose keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Prastiwi dkk, 2023).

Pengumpulan data dilakukan dengan mengkaji kebutuhan dasar manusia yang meliputi, respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensory, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial serta keamanan dan proteksi. Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (mis. tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

a. Identitas

Pengkajian identitas pasien meliputi : nama, umur, alamat, nomor rekam medis, agama, pekerjaan, suku/bangsa, status pernikahan, pendidikan. Identitas penanggung jawab : Nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan ibu, suku/bangsa.

b. Riwayat kesehatan pasien

1) Keluhan utama

Karakteristik nyeri dikaji dengan menggunakan P, Q, R, S, T dengan menggunakan skala nyeri 0-10 :

a) P (*Provokatif*): Faktor yang mempengaruhi gawat dan ringannya nyeri

- b) Q (*Quality*): Nyeri seperti apa yang dirasakan (tajam, tumpul, atau seperti tersayat)
- c) R (*Regiona*): Dimana rasa nyeri di rasakan (area nyeri)
- d) S (*Scale*): Skala nyeri
- e) T (*Time*): Berapa lama nyeri berlangsung
- c. Riwayat kesehatan masa lalu

Untuk mengetahui tentang pengalaman perawatan kesehatan pasien mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat rawat inap, rawat jalan, kebiasaan dan gaya hidup.

- d. Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis, seperti : penyakit jantung, DM, hipertensi dan asma yang dapat mempengaruhi.

- e. Riwayat obstetrik

- 1) Riwayat menstruasi : umur *menarche*, siklus menstruasi, lamanya, banyak ataupun karakteristik darah yang keluar, keluhan yang dirasakan saat menstruasi, dan mengetahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).
- 2) Riwayat pernikahan : jumlah pernikahan dan lamanya pernikahan
- 3) Riwayat kelahiran, persalinan dan nifas yang lalu : riwayat kehamilan sebelumnya (umur kehamilan dan faktor penyulit), riwayat persalinan sebelumnya (jenis, penolong, dan penyulit), komplikasi post partum (laserasi, infeksi dan perdarahan), jumlah anak yang dimiliki.
- 4) Riwayat Keluarga Berencana (KB) : jenis aseptor KB dan lamanya menggunakan KB.

- f. Pola kebutuhan dasar (Bio-Psiko-Sosial-Kultural-Spiritual)
- 1) Pola manajemen kesehatan dan persepsi: persepsi sehat dan sakit bagi pasien, pengetahuan status kesehatan pasien saat ini, perlindungan terhadap kesehatan (kunjungan ke pusat pelayanan kesehatan, manajemen stres), pemeriksaan diri sendiri (riwayat medis keluarga, pengobatan yang sudah dilakukan), perilaku untuk mengatasi masalah kesehatan.
 - 2) Pola nutrisi-metabolik: mengalami anoreksia yaitu gangguan makan yang ditandai dengan berat badan yang sangat rendah.
 - 3) Pola eliminasi: mengalami peningkatan intensitas untuk berkemih.
 - 4) Pola aktivitas-latihan: menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini yang perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Apakah ibu melakukan ambulasi misalnya, seberapa sering, apakah ada kesulitan, dengan bantuan atau sendiri.
 - 5) Pola istirahat-tidur: mengalami sulit tidur atau gangguan tidur, jam tidur pasien berkurang, dan kebiasaan tidur siang pasien terganggu.
 - 6) Pola persepsi-kognitif: menggambarkan tentang pengindraan (pengelihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba).
 - 7) Pola konsep diri-persepsi diri: merasa bingung, khawatir dengan akibat dari kondisi yang akan dihadapi (proses persalinan), dan sulit berkonsentrasi.
 - 8) Pola hubungan-peran: menggambarkan peran pasien terhadap keluarga, kepuasan atau ketidakpuasan menjalankan peran, struktur dan dukungan keluarga, proses pengambilan keputusan, hubungan dengan orang lain.
 - 9) Pola seksual-reproduksi: masalah pada seksual-reproduksi, menstruasi, jumlah anak, pengetahuan yang berhubungan dengan kebersihan reproduksi.

10) Pola toleransi stress-koping: menggambarkan tentang penyebab, tingkat, respon stress, strategi koping yang biasa dilakukan untuk mengatasi stress.

11) Pola keyakinan-nilai : menggambarkan tentang latar belakang budaya, tujuan hidup pasien, keyakinan yang dianut, serta adat dan budaya yang berkaitan dengan budaya kesehatan.

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum: Tingkat kesadaran, jumlah GCS, tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh), berat badan, tinggi badan, dan lingkar lengan atas (LILA).

a) Kepala: amati wajah pasien (pucat atau tidak), adanya/tidaknya cloasma.

b) Mata: sclera (putih atau kuning), konjungtiva (anemis atau tidak anemis).

c) Leher: adanya pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, adanya pembesaran kelenjar limpa atau tidak.

d) Dada: payudara (warna areola (menggelpap atau tidak), puting (menonjol atau tidak), pengeluaran ASI (lancar atau tidak), pergerakan dada (simetris atau tidak simetris) ada atau tidaknya penggunaan otot bantu pernafasan, auskultasi bunyi pernafasan (vesikuler atau adanya bunyi nafas abnormal).

e) Abdomen: adanya linea atau striae, kontraksi, ada atau tidaknya luka bekas operasi, dan bising usus.

f) Genetalia: kaji kebersihan, pengeluaran (karakteristik), hasil VT, hemoroid.

g) Ekstremitas: adanya odema, varises, CRT, dan refleks patella.

h) Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan tripel eliminasi (sifilis, hepatitis B, dan HIV non-reaktif), HB (normal 12,5%), dan pemeriksaan USG.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Proses penegakan diagnosis merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (problem), yang merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan, dan indikator diagnostic yang terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan factor risiko. Pada diagnosis actual, indikator diagnostic hanya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala.

Perumusan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada studi kasus ini masalah keperawatan nyeri akut, sebagai berikut:

Tabel 1
Diagnosis Keperawatan Nyeri Akut pada Ibu *Post Sectio Caesarea*

Nyeri Akut		
Kategori : Psikologis		
Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan		
Definisi :		
Penyebab :		
1. Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)		
2. Agen pencedera kimia (terbakar, bahan kimia iritan)		
3. Agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)		
Gejala dan Tanda	Mayor	Minor
1	2	3
Data Subjektif	Mengeluh nyeri	Tidak tersedia
Data Objektif	1) Tampak meringis	1) Tekanan darah meningkat 2) Pola napas berubah 3) Nafsu makan berubah

1	2	3
	2) Bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)	4) Proses berpikir terganggu
	3) Gelisah	5) Menarik diri
	4) Frekuensi nadi meningkat	6) Berfokus pada diri sendiri
	5) Sulit tidur	7) Diaforesis

Diagnosis keperawatan yang diangkat pada penelitian ini adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post sc*) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Rencana Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang telah dirumuskan dilanjutkan dengan menyusun rencana tindakan keperawatan. Luaran (*outcome*) keperawatan hasil akhir dari intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Luaran keperawatan merupakan perubahan kondisi secara spesifik dan terukur sebagai respon dari asuhan keperawatan yang telah diberikan. Luaran keperawatan terdiri dari dua jenis, yaitu luaran negatif dan luaran positif. Komponen utama dari luaran keperawatan, yaitu label (berisi kata kunci untuk memperoleh informasi terkait luaran keperawatan), ekspektasi (penilaian terhadap hasil yang diharapkan, yaitu meningkat, menurun, dan membaik), kriteria hasil (karakteristik yang dapat diamati atau diukur sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan merupakan segala perlakuan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan atas pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran

keperawatan yang diharapkan. Intervensi keperawatan terdiri dari tiga komponen, yaitu label, definisi, dan tindakan. Label berfungsi sebagai kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan tersebut. Komponen definisi berisikan penjelasan mengenai label dari intervensi keperawatan. Komponen tindakan merupakan aktivitas yang dikerjakan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2
Intervensi Asuhan Keperawatan pada Ibu *Post Sectio Caesarea* dengan Nyeri Akut

Diagnosis Keperawatan	Tujuan/kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post sc) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), Gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam 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 7) Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri <i>Observasi</i> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Monitor efek samping

Diagnosis Keperawatan	Tujuan/kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
		penggunaan analgetik <i>Terapeutik</i> 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: massage) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur <i>Edukasi</i> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat 5) Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Diagnosis Keperawatan	Tujuan/kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
		<i>Kolaborasi</i>
		1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dikerjakan oleh perawat untuk membantu pasien dalam mencari status kesehatan yang optimal. Implementasi keperawatan serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Tujuan dari implementasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup kesehatan dan memfasilitasi coping (Mustamu dkk, 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu tindakan untuk menilai seberapa jauh dari diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, dan implementasi keperawatan sudah berhasil dicapai. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kesalahan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan, dan implementasi. Melalui tahap evaluasi ini perubahan respon klien akan dapat dideteksi. Tujuan evaluasi keperawatan adalah agar pasien mendapatkan pelayanan yang lebih efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhannya sehingga status kesehatan pasien meningkat (Mustamu dkk, 2023).

Evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu subjektif (pernyataan atau keluhan dari pasien), objektif (data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga), *asesment* (kesimpulan dari objektif dan subjektif), *planning* (rencana lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan analisis) (Nurlina, 2024). Pada evaluasi diuraikan bahwa nyeri akut teratasi sesuai dengan asuhan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 x 24 jam maka keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik dan tekanan darah membaik.

D. Intervensi Teknik *Slow Stroke Back Massage* dengan Nyeri Akut pada Ibu *Post Sectio Caesarea*

1. Pengertian *Slow Stroke Back Massage*

Slow Stroke Back Massage adalah tindakan massage pada punggung dengan pijatan yang lembut dan berirama. *Slow Stroke Back Massage* didefinisikan menjadi stimulasi kulit yang diterapkan guna meredakan nyeri yang dilakukan melalui pemberian dorongan pelepasan hormon endorfin yang dapat memblokir transmisi stimulus nyeri. Cara lain yang diterapkan yakni melalui aktivasi transmisi serabut saraf sensoris A-beta yang lebih cepat sebagai neurotransmitter, sehingga menyebabkan penurunan pada transmisi nyeri yang ditranspor melalui serabut C dan A-delta dengan diameter kecil sekaligus menutup gerbang sinaps untuk transmisi impuls nyeri (Fitri, dkk., 2018).

2. Manfaat *Slow Stroke Back Massage*

a. Efek biomekanik

Pijatan memberikan tekanan mekanis pada jaringan otot yang mengakibatkan adhesi jaringan berkurang. Efek biomekaniknya yakni menurunkan kekuatan otot yang meminimalisir persepsi rasa nyeri

b. Efek fisiologis

Pemberian pijatan juga dapat membantu dalam meningkatkan peredaran darah dan memperlancar alirannya. Adanya peningkatan aliran darah dengan oksigen menuju jaringan. Pijatan dapat membuat sirkulasi oksigen dan zat gizi serta sisa metabolisme mengalami peningkatan

c. Efek neurologis

Pijatan memberikan efek terhadap berkurangnya rasa nyeri. Teori *gate control* mengungkapkan stimulasi kutaneus mampu mengaktivasi serabut saraf sensoris A-beta yang lebih besar dan delta-A dengan diameter kecil sehingga mengakibatkan tertutupnya transmisi impuls nyeri oleh gerbang sinaps

3. Indikasi *Slow Stroke Back Massage*

Pijatan ini dapat diberikan pada orang-orang dengan keluhan seperti insomnia, nyeri, ansietas, serta kekakuan punggung dan bahu.

4. Kontraindikasi *Slow Stroke Back Massage*

Kontraindikasi pijatan ini yakni tidak direkomendasikan pada pasien dengan keadaan luka bakar, luka terbuka pada punggung, fraktur tulang rusuk, daerah kemerahan pada kulit. Pijatan pada punggung tidak bisa diberikan pada pasien yang melewati operasi bagian punggung atau fraktur tulang rusuk.

5. Teknik *Slow Stroke Back Massage*

Teknik *slow stroke back massage* merupakan salah satu bentuk terapi *massage* punggung yang dapat mengatasi masalah nyeri dengan cara memijat dengan lembut secara perlahan selama 3 – 10 menit.

a. Persiapan alat dan bahan

Alat yang diperlukan yakni berupa handuk atau selimut untuk menjaga privasi pasien dan aplikasi pada kulit berupa *lotion* atau minyak agar dapat mencegah friksi ketika memberikan pijatan, handuk atau tissue untuk membersihkan punggung pasien setelah diberikan pijatan.

b. Persiapan pasien

Persiapan yang dilakukan berupa pengaturan tempat dan posisi untuk pasien yakni posisi pronasi atau *side lying* dengan punggung yang menghadap ke perawat. Selanjutnya, pakaian pasien dibuka di daerah punggungnya dengan tetap menjaga privasi pasien. Ada beberapa hal yang perlu diidentifikasi, seperti: pengkajian keadaan kulit, apakah ada kemerahan atau inflamasi, luka terbuka, luka bakar, dan fraktur tulang rusuk.

c. Persiapan lingkungan

Persiapan yang dilakukan yakni berupa pengaturan tempat dan posisi yang mencakup pencahayaan, suara, dan suhu ruang.

d. Persiapan perawat

Perawat memberikan penjelasan terkait tujuan dilaksanakannya terapi pada pasien dan mencuci tangan sebelum melakukan implementasi.

Berikut merupakan langkah – langkah prosedur *Slow Stroke Back Massage* :

- 1) Menganjurkan ibu untuk memposisikan dirinya senyaman mungkin, bisa dengan duduk atau berbaring miring punggung membelakangi pasien.

- 2) Membantu ibu untuk melepaskan pakian dan menutupi area yang tidak di massage.
- 3) Mengaplikasikan *lotion/minyak* pada bagian punggung ibu yang akan di massage. Dimulai dengan kedua telapak tangan diatas punggung pasien dan memberikan pijatan yang lembut pada punggung pasien dilakukan selama 3 menit.
- 4) Gerakkan selanjutnya memberikan pijatan dengan kedua tangan disertai dengan ibu jari memutar dari arah iliaka hingga punggung dilakukan selama 5–7 menit.
- 5) Membersihkan *lotion* dengan menggunakan handuk, lalu membantu pasien menggunakan pakaian dan kembali ke posisi yang nyaman untuk pasien.



Gambar 2 Teknik *Slow Stroke Back Massage*