

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Seksio Sesaria**

##### **1. Definisi Seksio Sesaria**

Seksio Sesaria merupakan prosedur persalinan yang bertujuan untuk mengeluarkan janin atau bayi melalui pembedahan dengan membuat sayatan pada perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerotomi). Persalinan dengan metode Seksio Sesaria dilakukan jika proses persalinan secara spontan dapat beresiko bagi ibu atau bayinya (Amita et al., 2018).

Seksio Sesaria juga dikatakan sebagai prosedur pembedahan untuk mengeluarkan janin dengan memotong dinding perut dan dinding rahim, seksio sesaria hanya dilakukan jika berat janin lebih dari 500 gram dan rahim tidak mengalami kerusakan (Hidayah, 2019).

##### **2. Indikasi Seksio Sesaria**

Indikasi dilakukannya operasi seksio sesaria apabila Jika timbul komplikasi selama persalinan pervaginam, seperti masalah pada jalan lahir, kemampuan ibu dalam mengejan, atau posisi janin saat melahirkan, operasi caesar mungkin diperlukan. Kondisi berikut yang memerlukan tindakan operasi seksio sesaria:

###### **1) Prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung**

Prolaps tali pusat merupakan kondisi dimana tali pusat turun keluar dari posisi normalnya dan keluar dari leher rahim yang menutupi jalan lahir. Tali pusat akan tertekan oleh bagian terbawah janin dan dapat mengakibatkan hipoksia pada janin.

## 2) *Ruptur Uteri Imminent* (RUI)

*Ruptur uteri imminent* adalah kondisi ketika dinding rahim mengalami robekan akibat cedera yang terjadi karena persalinan yang abnormal atau persalinan yang macet (*obstucted labor*). Robekan pada rahim akan menimbulkan gangguan pada aliran darah uteroplasenta yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia pada janin.

## 3) *Hemoragia Antepartum* (HAP) atau Perdarahan Antepartum

Menurut (Sarwono, 2005) perdarahan antepartum merupakan perdarahan dari jalan lahir yang terjadi setelah 22 minggu kehamilan. Secara umum, perdarahan antepartum dibedakan menjadi dua, yaitu :

### a) Plasenta Previa

Letak plasenta yang tidak normal yaitu di segmen bawah rahim, menutupi sebagian atau seluruh ostium internal rahim, yang merupakan bukaan jalan lahir bayi; kondisi ini dikenal sebagai plasenta previa. Ketika plasenta berada “di depan” janin yang akan dilahirkan, istilah “plasenta previa” menggambarkan dengan sempurna.

### b) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah proses dimana plasenta terpisah dari dinding rahim sebelum melahirkan, hal ini biasanya terjadi pada trimester ketiga kehamilan, meskipun bisa terjadi kapan saja (Sarwono, 2005). Tanda dan gejala solusio plasenta antara lain nyeri perut yang berkepanjangan, nyeri tekan rahim ringan hingga berat, rahim tegang seperti papan, pendarahan vagina, dan tidak adanya bunyi jantung janin.

#### 4) Malpresentasi

Presentasi janin merupakan bagian anatomi janin yang masuk dan keluar terlebih dahulu saluran masuk panggul, hal yang sering terjadi yaitu kepala janin sudah muncul yang disebut sebagai presentasi kepala. Setelah terjadi pelebaran serviks dan ubun-ubun janin, jika kepala fleksi, gambaran anatomi kepala janin tepat di depan ubun-ubun posterior, juga dikenal sebagai verteks janin. Verteks janin sebenarnya merupakan suatu area bukan sekedar titik, pada bagian anterior dibatasi oleh ubun-ubun anterior dan di bagian posterior oleh ubun-ubun posterior. Wanita dalam persalinan aktif akan mengalaminya janin dalam presentasi verteks. Keadaan dimana bagian presentasi janin berada selain verteks dianggap malpresentasi, termasuk presentasi sungsang, berbaring melintang dan miring dengan presentasi bahu, presentasi wajah dan alis, dan presentasi majemuk (tangan atau lengan) (Piliod & Caughey, 2017).

#### 5) Preeklampsia/Eklampsia

Hipertensi, edema, dan proteinuria adalah gejala preeklampsia, suatu kondisi yang berkembang selama kehamilan dan biasanya muncul pada trimester ketiga. Hipertensi biasanya muncul sebelum gejala lainnya muncul. Diagnosis preeklampsia dapat ditegakkan apabila tekanan diastolik meningkat 15 mmHg atau lebih dari 90 mmHg, dan tekanan sistolik meningkat 30 mmHg atau lebih dari 140 mmHg di atas kisaran normal. Kejang dan koma kemungkinan merupakan gejala preeklampsia pada ibu hamil, ibu baru, dan ibu nifas (Sarwono, 2005). Terdapat bukti bahwa pada kondisi preeklampsia atau eklampsia janin dapat mengalami hipoksia. Persalinan dengan metode seksio sesaria dilakukan segera apabila pada

kala I mengalami gawat janin, pada kala II dilakukan ekstraksi dengan cunam atau vakum, jika kondisi untuk persalinan pervaginam terpenuhi.

### **3. Kontraindikasi Persalinan Dengan Prosedur Seksio Sesaria**

Kontraindikasi dilakukan seksio sesaria adalah tidak adanya indikasi yang tepat untuk melakukan seksio sesaria. Adapun secara lebih rinci kontraindikasi seksio sesaria yaitu kelainan bawaan, syok pada ibu, anemia berat, dan kematian bayi.

## **B. Konsep Dasar Nyeri Akut Pada Ibu Post Seksio Sesaria**

### **1. Pengertian Nyeri Akut**

Mubarak (2015) berpendapat bahwa pengalaman nyeri sangat subjektif, tidak ada standar obyektif untuk mengukur atau menilainya. Segala jenis ketidaknyamanan, mulai dari nyeri ringan hingga kram parah, dapat digambarkan sebagai nyeri.

### **2. Fisiologis Nyeri**

Hubungan antara nyeri, reseptor, dan rangsangan kuat. Nosisseptor adalah jenis reseptor nyeri spesifik yang tersebar di seluruh kulit dan mukosa. Nosisseptor banyak terdapat di kandung empedu, vicera, sendi, dinding arteri, dan ujung saraf sangat bebas dengan sedikit atau tanpa mielin. Menanggapi rangsangan eksternal, reseptor rasa sakit dapat diaktifkan. Untuk mengkompensasi kekurangan oksigen, tubuh melepaskan stimulan seperti bradikinin, histamin, prostaglandin, dan berbagai asam.

### **3. Penyebab Nyeri**

Penyebab nyeri akut (PPNI, 2018) :

- 1) Agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia)

Nyeri Inflamasi adalah nyeri nosiseptif yang ditandai dengan gejala nyeri spontan yang terjadi akibat sensitasi nosiseptor oleh proses inflamasi. Mediator inflamasi (seperti histamin, serotonin, prostaglandin dan bradikin) prostaglandin memegang peranan penting dalam proses nyeri inflamasi, oleh karena itu pengobatan nyeri inflamasi memerlukan pemberian obat antiinflamasi.

- 2) Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik, seperti abses, amputasi, luka, angkat berat, trauma, prosedur pembedahan, dan latihan fisik berlebihan.

### **4. Klasifikasi Nyeri**

Nyeri akut dan nyeri kronis adalah dua jenis nyeri utama. Ketegangan pada otot merupakan ciri khas nyeri akut, yang datang secara tiba-tiba, hilang dengan cepat, dan tidak berlangsung lebih dari enam bulan. Nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis adalah semua bentuk nyeri kronis yang berkembang secara bertahap dan biasanya berlangsung lebih dari enam bulan.

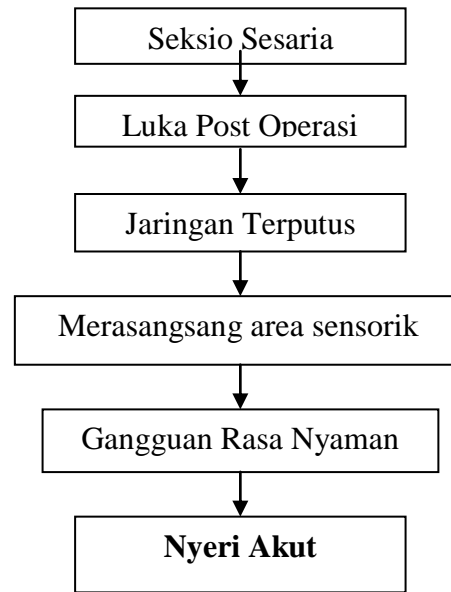
### **5. Patofisiologi Nyeri Akut Pada Ibu Post Seksio Sesaria**

Seksio sesaria merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi jaringan lunak, placenta previ pada ibu, sedangkan pada janin adalah gawat janin, janin besar dan letak lintang. Setelah

dilakukan dilakukan operasi seksio sesaria ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan sehingga muncul masalah keperawatan defisiensi pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan air susu ibu (ASI) yang keluar hanya sedikit.

Luka dari insisi akan menjadi port de entris bagi kuman sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi. Nyeri adalah masalah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Pelepasan bahan kimia algesik oleh sel-sel rusak, yang berkumpul disekitarnya dan dapat menimbulkan rasa sakit, terjadi sebagai respons terhadap kerusakan jaringan atau ancaman kerusakan jaringan, seperti pada saat pembedahan. Nosiseptor saraf eferen utama yang menerima rangsangan nyeri dapat dipengaruhi oleh bahan kimia endogen yang dilepaskan akibat cedera atau kerusakan jaringan. Bradikin, serotonin, histamin, ion kalium, asetilkolin, dan enzim proteolitik adalah senyawa yang bertanggung jawab untuk menginduksi rasa sakit. Zat tambahan seperti prostaglandin dan zat P, akan memperkuat ujung terminal serabut nyeri, sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut.

## 6. Pathway



Gambar 1. Pathway Nyeri Akut Pada Ibu Post Seksio Sesaria

## 7. Pengukuran Skala Nyeri

Menurut Mubarak (2015) terdapat beberapa instrument pengkajian nyeri yang sering digunakan adalah sebagai berikut :

### 1) *Numeric Rating Scale (NRS)*

*Numerical Rating Scale (NRS)* dapat digunakan berdasarkan subjektivitas pasien, biasanya menunjukkan tingkat nyeri yang dialami oleh pasien. *Numerical Rating Scale (NRS)* garis dengan angka dari 0 sampai 10, dimana 0 berarti tidak ada rasa sakit dan 10 berarti rasa sakit yang menyiksa.

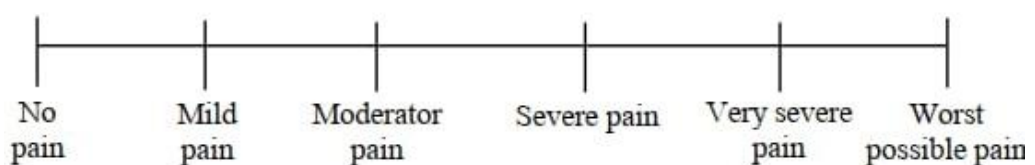


Gambar 2. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Pengukuran skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* lebih baik dibandingkan dengan *Verbal Rating Scale* terutama untuk menilai nyeri akut.

## 2) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Contoh skala ordinal, *Verbal Rating Scale (VRS)* menggunakan empat atau enam kata sifat untuk menunjukkan tingkat ketidaknyamanan. Membaca kata dari kiri ke kanan menunjukkan tingkat ketidaknyamanan:



Gambar 3. *Verbal Rating Scale*

Keterangan :

- Tidak Nyeri (*Avoid pain*)
- Nyeri Ringan (*Mild pain*)
- Nyeri Sedang (*Moderator pain*)
- Nyeri Berat (*Severe pain*)

Nyeri Sangat Berat (*Very severe pain*)

Nyeri Paling Berat (*Worst possible pain*)

Pasien diminta untuk memilih kata yang menunjukkan tingkat nyeri yang mereka alami sebagai cara untuk mengukur skala nyeri ini.

### 3) *Wong Baker Face Pain Rating Scale*

Pemeriksa menggunakan metode ini untuk mengukur tingkat nyeri yang dialami pasien anak. Menutup mata, memunculkan kerutan di sekitar mulut dan hidung, mengangkat tulang pipi, mengerucutkan bibir, dan menurunkan alis adalah ekspresi wajah yang berhubungan dengan rasa sakit.



Gambar 4. *Wong-Baker FACES*

Keterangan :

Wajah 0 : tidak ada rasa sakit sama sekali

Wajah 2 : sedikit nyeri

Wajah 4 : lebih nyeri dan agak mengganggu aktifitas

Wajah 6 : jauh lebih nyeri dan mengganggu aktifitas

Wajah 8 : sangat nyeri dan sangat mengganggu aktifitas

Wajah 10 : sangat nyeri tak tertahankan sampai-sampai menangis.

## **8. Manajemen Nyeri Akut Pada Ibu Post Seksio Sesar**

### **a) Terapi Nyeri Farmakologi**

Menyuntikkan analgesik melalui infus intravena, inhalasi pernapasan, atau memblokir saraf yang mentransmisikan rasa sakit merupakan metode farmakologis dalam manajemen nyeri yang bertujuan untuk menghilangkan atau mengurangi rasa sakit. Obat-obatan digunakan dalam manajemen nyeri farmakologis untuk mengurangi rasa sakit. Tindakan tersebut tidak menyakiti atau menimbulkan efek negatif pada ibu atau bayinya adalah syarat paling penting untuk tindakan ini. Obat-obatan digunakan dalam manajemen nyeri farmakologis untuk mengurangi rasa sakit.

### **b) Terapi Nyeri Non-Farmakologi**

Beberapa hal yang dapat dilakukan ialah:

#### 1) Distraksi

Distraksi dimana memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri.

#### 2) Pijat/*massage*

Pijat merupakan metode penyembuhan nyeri yang paling kuno, menggunakan refleks lembut manusia untuk meremas, menggosok, atau menahan bagian tubuh yang terasa nyeri.

#### 3) Terapi hangat dan dingin meningkatkan reseptor non-rasa sakit, sedangkan terapi dingin dapat mengurangi prostaglandin sehingga reseptor rasa nyeri menjadi lebih sensitif. Terapi hangat dapat meningkatkan aliran darah sehingga membantu penyembuhan dan mengurangi rasa nyeri.

#### 4) Relaksasi pernafasan merupakan teknik yang dapat menurunkan intensitas nyeri dan meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi dalam darah. Perawat

mengajarkan pasien teknik pernafasan, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan nafas secara perlahan (Smeltzer & Bare, 2013).

### **C. Konsep Dasar Terapi Pijat**

#### **1. Pengertian Terapi Pijat Kaki dan Tangan**

Pijat merupakan suatu bentuk manipulasi dimana tangan memberikan tekanan pada jaringan lunak tubuh, biasanya otot, tendon, dan ligamen tanpa mengubah posisi sendi. Tujuan terapi pijat adalah untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengendurkan otot, mengurangi rasa sakit, meregangkan otot, dan meningkatkan jumlah oksigen dalam tubuh.

#### **2. Patofisiologi Terapi Pijat Kaki dan Tangan Menurunkan Nyeri Luka**

##### **Post Seksio Sesaria**

Terapi pijat kaki merupakan suatu teknik dengan menggunakan kekuatan mekanik ke jaringan yang dapat meningkatkan mobilitas beberapa struktur, termasuk jaringan subkutan dan otot. Selain mengurangi pembengkakan dan meningkatkan aliran getah bening serta aliran balik vena, terapi pijat kaki dan tangan ini juga dapat menggerakkan kulit, tendon, dan serat otot. Pasien dapat merasakan lebih sedikit nyeri post operasi seksio sesaria dan pemulihan lebih cepat dengan bantuan terapi pijat kaki dan tangan yang dapat meningkatkan relaksasi otot. Pijat kaki dapat meringankan rasa sakit dan nyeri dengan meningkatkan pelepasan bahan kimia serotonin dan dopamin yang diproses oleh otak lebih cepat daripada rasa sakit yang dirasakan. Akibat dari berkurangnya aktivitas saraf simpatis, tubuh mengalami sensasi menenangkan akibat efek pijatan terhadap pelepasan endorfin (Masadah, Cembun, & Sulaeman R, 2020).

Beberapa teknik yang digunakan dalam pijat kaki antara lain *effleurage*, *pressesage*, *tapotement*, *fricon*, dan *vibrasi*. Lapisan dermatom, yang menampung reseptor tekanan dan sentuhan, serta serabut saraf kaki (serabut A-beta) keduanya dirangsang oleh gerakan ini. Terdapat sekitar tujuh ribu ujung saraf di telapak kaki. Reseptor berkomunikasi dengan otak melalui transmisi impuls saraf. Untuk menutup gerbang tersebut sistem kendali akan bekerja dengan memblokir interneuron rangsang, yang pada gilirannya menghambat fungsi sel T. Otak tidak menerima sinyal apa pun tentang rasa sakit karena tidak disalurkan ke sistem saraf pusat menurut Suryatim pratiwi & Handayani (2021).

Menurut Andarmoyo (2013) pijat pada kaki dan tangan diyakini dapat “menutup gerbang” yaitu mencegah rangsangan nyeri mencapai pusat yang lebih tinggi di sistem saraf pusat sehingga dapat meredakan nyeri. Rangsangan nyeri dan perasaan positif, yang ditimbulkan oleh sentuhan penuh kasih dan empati meningkatkan efek pereda nyeri dari pijatan.

### **3. Intruksi Kerja Pijat Kaki dan Tangan**

Intruksi kerja pijat kaki dan tangan menurut Ainun (2021), antara lain :

- a. Identifikasi klien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir).
- b. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur.
- c. Persiapan alat
  - 1) Minyak zaitun
  - 2) Handuk
- a. Cara kerja
  - 1) Mencuci tangan

- 2) Pastikan posisi tempat berbaring terasa nyaman. Ambil minyak zaitun yang akan digunakan, tuang minyak zaitun pada telapak tangan kemudian oleskan pada area yang akan dipijat.
- 3) Lakukan proses pemanasan dengan memijat ringan dengan menggunakan minyak zaitun.
- 4) Gunakan teknik merambatkan ibu jari untuk memijat. Mulailah dari pangkal ibu jari, telunjuk, jari tengah, jari manis dan kelingking.
- 5) Perlahan-lahan terapkan teknik menarik jari-jari, dimulai dari ibu jari dan seterusnya secara bergiliran.
- 6) Pijat telapak tangan bagian atas atau pangkal ibu jari.
- 7) Pijat dengan teknik merambatkan ibu jari dibagian telapak tangan membuat beberapa baris pijat.
- 8) Pada kaki pijat perlahan-lahan dengan menerapkan teknik menarik jari-jari, dimulai dari ibu jari dengan seterusnya secara bergiliran.
- 9) Pijat telapak kaki bagian atas atau pangkal ibu jari, tekan menggunakan ibu jari dengan menggunakan teknik merambat.
- 10) Lanjutkan dengan merambatkan ibu jari di bagian telapak kaki bawah membuat beberapa baris pijatan.

b. Evaluasi

- 1) Evaluasi hasil yang dicapai (penurunan skala nyeri)
- 2) Beri reinforcement positif pada klien.
- 3) Kontrak pertemuan selanjutnya.

c. Dokumentasi

- 1) Tanggal atau jam dilakukan tindakan.

- 2) Nama tindakan
- 3) Respon klien selama tindakan
- 4) Nama dan paraf perawat

#### **D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

##### **1. Pengkajian**

Langkah pertama dalam memberikan asuhan keperawatan adalah melakukan pengkajian keperawatan, yang mencakup pengumpulan informasi tentang kesehatan klien dari berbagai sumber untuk memberikan diagnosis yang akurat. Tujuan pengkajian keperawatan adalah menentukan kebutuhan klien dan kemudian memberikan asuhan keperawatan yang sesuai. Sangat penting untuk melakukan pengkajian yang menyeluruh dan terorganisir berdasarkan fakta atau kondisi klien saat ini untuk merumuskan diagnosis keperawatan dan menyesuaikan asuhan keperawatan dengan respons individu (Budiono, 2016).

Data obyektif dan subyektif (seperti tanda-tanda vital, wawancara dengan pasien atau keluarga mereka, pemeriksaan fisik, dan tinjauan rekam medis yang merinci riwayat kesehatan pasien) dikumpulkan selama pengkajian (PPNI, 2016).

##### **a. Identitas**

Informasi seperti nama pasien, umur, alamat, nomor MRP, keyakinan, profesi, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan suku atau kebangsaan merupakan bagian dari proses identifikasi. Nama pihak yang bertanggung jawab: Informasi seperti nama, umur, alamat, profesi, hubungan ibu-anak, dan suku atau kebangsaan.

b. Alasan dirawat

1) Keluhan Utama

Seringkali ibu post seksio sesaria mengalami nyeri pada abdomen hingga simpisis pubis karena luka akibat operasi. Karakteristik nyeri dikaji dengan menggunakan P, Q, R, S, T dengan menggunakan skala 0-10. 0 : nyeri tidak di rasakan, 1-3 : nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-10 nyeri berat.

a) P (Paliativ) : Penyebab nyeri

b) Q (Quality) : Nyeri seperti di tusuk, di potong

c) R (Regional) : Area yang terasa nyeri

d) S (Severty) : Skala untuk mengukur intensitas nyeri

e) T (Time) : Waktu atau berapa lama rasa sakit berlangsung

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Riwayat kesehatan pasien, termasuk gejala di masa lalu dan saat ini, perawatan (baik di dalam maupun di luar rumah sakit), dan pilihan gaya hidup, dapat memberikan gambaran tentang pengalaman perawatan kesehatan mereka secara keseluruhan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi ini diperlukan untuk menilai kemungkinan adanya riwayat kondisi akut atau kronis yang dapat berdampak, antara lain: penyakit kardiovaskular, diabetes melitus, tekanan darah tinggi, dan asma.

e. Riwayat obstetric

1) Riwayat Menstruasi :

a) Menarche, timbulnya gejala menstruasi lainnya serta frekuensi, lamanya, dan keluhan yang dirasakan saat menstruasi

- 2) Riwayat Pernikahan, dikaji untuk mengetahui keadaan rumah tangga pasien.
- 3) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu : usia kehamilan, faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan, riwayat kelahiran (jenis, pertolongan dan komplikasi), komplikasi nifas (infeksi, perdarahan, dan laserasi), dan jumlah anak.
- 4) Riwayat Keluarga Berencana (KB) : penerimaan metode KB dan lamanya penggunaan

f. Pola kebutuhan dasar (Bio-Psiko-Sosial-Kultural-Spiritual)

Aspek fundamental keperawatan manusia berikut ini dikemukakan oleh Henderson dalam Potter & Perry 2006 sebagai berikut :

- 1) Bernapas : kaji adanya tanda-tanda gangguan pernapasan.
- 2) Pola Nutrisi (makan dan minum) : Tanyakan frekuensi makan dan minuman yang dikonsumsi pasien perhari.
- 3) Pola Eleminasi : Evaluasi adanya inkontinensia, bantuan yang diperlukan untuk buang air besar, pola buang air besar, frekuensi, dan konsistensi.
- 4) Gerak dan Aktivitas  

Uraikan rutinitas aktivitas sehari-hari pasien. Penting untuk mengkaji dampak aktivitas terhadap kesehatan dalam pola ini. Apakah ibu berjalan, misalnya seberapa sering, apakah ada tantangan, dengan bantuan atau mandiri.
- 5) Pola istirahat-tidur : Evaluasi durasi tidur, pemanfaatan penutup, tingkat penerangan, dan kerentanan terhadap gangguan pendengaran untuk menilai pola tidu-istirahat.

- 6) Berpakaian : Evaluasi kemampuan pasien dalam berpakaian secara mandiri dan kebersihan serta kerapian pakaiannya.
- 7) Rasa nyaman : Evaluasi pengalaman nyeri pasien menggunakan metode seperti PQRST dan tentukan strategi untuk mengurangi nyeri. Kaji keadaan emosi pasien, termasuk kecemasan dan depresi, yang dapat memengaruhi kenyamanan mereka.
- 8) Kebersihan diri : Evaluasi kemampuan pasien untuk melakukan tugas kebersihan pribadi secara mandiri atau menentukan apakah mereka masih memerlukan bantuan.
- 9) Menghindari bahaya dari lingkungan : mengevaluasi kemampuan pasien untuk menghindari bahaya, kerentanan terhadap bahaya, dan tindakan yang diambil untuk mencegah cedera.
- 10) Pola komunikasi/hubungan dengan orang lain : kaji bagaimana komunikasi dan interaksi di lingkungan sekitar dan dengan siapa sering berinteraksi serta bagaimana ketergantungan terhadap orang lain.
- 11) Ibadah : Kaji keyakinan agama pasien atau kepercayaan terhadap kekuatan yang lebih tinggi.
- 12) Produktivitas : Evaluasi efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas sehari-hari, mengidentifikasi hambatan atau tantangan apa pun.
- 13) Rekreasi : Harap berikan informasi mengenai lokasi dan jadwal spesifik yang tersedia untuk kegiatan rekreasi, serta batasan atau batasan apa pun dalam melakukan rekreasi.
- 14) Kebutuhan belajar : Evaluasi pemahaman dan pengetahuan ibu mengenai perawatan nifas, perawatan luka sayatan operasi caesar, perawatan

payudara, kebersihan vulva, nutrisi, kesehatan seksual, dan pertimbangan penting lainnya setelah melahirkan. Evaluasi pemahaman ibu mengenai perawatan bayi, meliputi teknik memandikan, perawatan tali pusat, dan cara menyusui yang benar.

g. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan Umum : Penilaian kondisi umum dilakukan untuk mengetahui kualitas tanggapan seseorang terhadap lingkungan dan orang lain, apakah menguntungkan, di bawah standar, atau kurang baik. Skala Koma Glasgow: Respon mata 4, Respon verbal 5, Respon motorik 6.
- 2) Tingkat kesadaran : Hal ini dilakukan untuk menilai keadaan kognitif pasien, khususnya untuk menentukan apakah pasien dalam keadaan waspada dan berorientasi mental (compos mentis), mengantuk atau mengantuk (somnia), dalam keadaan kesadaran berkurang (stupor), atau kurang minat atau motivasi (apatis).
- 3) Tanda – tanda vital :
  - a) Tekanan darah harus dipantau dan harus berada dalam kisaran 90/70 mmHg hingga 140/90 mmHg.
  - b) Denyut nadi, yang memerlukan pemantauan, biasanya berada dalam kisaran 60-100 denyut permenit.
  - c) Suhu, yang perlu dipantau mempunyai kisaran normal 36,5-37,5 °C.
  - d) Respirasi, suatu aktivitas yang memerlukan pemantauan, biasanya terjadi dengan kecepatan 16-20 napas per menit.

4) Pemeriksaan antropometri

- a) Ibu yang berisiko rendah sebaiknya memperhatikan tinggi badannya jika melebihi 145 cm
- b) Berat badan yang memerlukan pemantauan biasanya meningkat sekitar 9-12 kg selama kehamilan.
- c) Lingkar lengan atas yang perlu dipantau dianggap normal bila melebihi 23,3 cm, jika jumlahnya dibawah ambang batas standar, maka tergolong kekurangan energi kronis (KEK).

5) Pemeriksaan PQRST

Skala 0-10. 0 : nyeri tidak di rasakan, 1-3 : nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-10 : nyeri berat.

P (Paliativ) : Sumber rasa sakit

Q (Quality) : Mengalami rasa sakit seperti ditusuk atau disayat

R (Regional) : Menunjukkan lokasi spesifik nyeri

S (Severty) : Penilaian keparahan nyeri

T (Time) : Durasi nyeri

6) Head To Toe :

a) Kepala dan leher

Periksa warna kulit ibu untuk mencari tanda-tanda edema, chloasma, dan pucat. Periksa mata untuk mengetahui apakah konjungtiva pucat dan apakah sklera berwarna putih normal. Pastikan bibir dalam keadaan lembab dan tidak ada rongga di mulut. Temukan pembesaran kelenjar getah bening, pembengkakan tiroid, dan pelebaran vena jugularis dengan melakukan pemeriksaan menyeluruh pada leher.

b) Dada

Pemeriksaan sekresi kolostrum, hiperpigmentasi areola, puting menonjol, kesulitan bernapas, dan payudara simetris dilakukan pada bagian dada.

c) Abdomen

Observasi ada atau tidaknya distensi abdomen, observasi luka operasi apakah terdapat perdarahan atau tidak, bising usus, apakah ada nyeri tekan atau tidak.

d) Genetalia

Kaji kebersihan genetalia, keadaan lochea (normal atau abnormal).

e) Perineum dan anus

Kaji REEDA (red, eodem, ekimosis, discharge, lost of approximate), adanya hemoroid atau tidak.

f) Extremitas

Gunakan palu refleks untuk menguji refleks patela dan mengetahui ada atau tidaknya edema, varises dan *Capillary Refill Time* (CRT).

h. Data Penunjang

1) Laboratorium : pemeriksaan hemoglobin dan hematocrit 12-24 jam post partum.

## 2. Analisis Data

Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

### 3. **Diagnosis Keperawatan**

Mengevaluasi secara klinis reaksi klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan saat ini dan masa depan adalah inti dari diagnosis keperawatan. Salah satu tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk menentukan bagaimana klien, keluarga, dan komunitas bereaksi terhadap masalah kesehatan (PPNI, 2016). Penetapan diagnosis keperawatan nyeri akut pada pasien post seksio sesaria apabila 80% dari tanda dan gejala mayor dan minor ditemukan pada pasien maka susunan penulisan diagnosis keperawatan.

**Tabel 1**  
**Diagnosis Keperawatan**

Tanda dan Gejala	Penyebab	Masalah keperawatan
Subjektif :	1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).	<b>Nyeri akut</b>
1. Mengeluh nyeri.		Kategori : Psikologis
Objektif :	2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan).	Sub kategori : Nyeri dan Kenyamanan
1. Tampak meringis.		Definisi : Pengalaman
2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri).	3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan	sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga
3. Gelisah.		
4. Frekuensi nadi meningkat.		
5. Sulit tidur.		
6. Tekanan darah meningkat.		
7. Pola napas berubah.		

8. Nafsu makan berubah.	berat yang berlangsung
9. Proses berpikir terganggu.	kurang dari 3 bulan.
10. Menarik diri.	
11. Berfokus pada diri sendiri.	
Diaforesis.	

(Sumber : PPNI, Tim Pokja SDKI DPP 2016)

### 3. Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk meningkatkan, mencegah, atau memulihkan kesehatan individu, keluarga, atau komunitas, perawat menggunakan berbagai pendekatan terapeutik yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis mereka. Pendekatan ini secara kolektif dikenal sebagai intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

**Tabel 2**  
**Rencana Tindakan Keperawatan**

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana
1	2	3
Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Tingkat Nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5) 2. Keluhan nyeri menurun (5) 3. Meringis menurun(5) 4. Sikap protektif menurun (5) 5. Gelisah menurun (5) 6. Kesulitan tidur menurun (5) 7. Pola tidur membaik (5)	<b>Intervensi Utama</b> Manajemen Nyeri  <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang

1	2	3
		<p>nyeri.</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik.</p>
		<p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terap musik, <i>biofeedback</i>, <b>terapi pijat (pijat kaki dan tangan)</b>, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p>
		<p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p>

1	2	3
		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> </ol>
		<p><b>Kolaborasi</b></p>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>.</li> </ol>
		<p><b>Intervensi Pendukung</b> Terapi Pemijatan</p>
		<p><b>Observasi</b></p>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (mis. penurunan trombosit, gangguan integritas kulit, <i>deep vein thrombosis</i>, area lesi, kemerahan atau radang, tumor, dan hipersensitivitas terhadap sentuhan).</li> <li>2. Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan.</li> <li>3. Monitor respon terhadap pemijatan.</li> </ol>
		<p><b>Terapeutik</b></p>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan.</li> <li>2. Pilih area tubuh yang akan dipijat.</li> <li>3. Cuci tangan dengan air</li> </ol>

1	2	3
		hangat.
		4. Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi.
		5. Buka area yang akan dipijat, <i>sesuai kebutuhan</i> .
		6. Tutup area yang tidak terpajan (mis. dengan selimut, seprai, handuk mandi).
		7. Gunakan <i>lotion</i> atau minyak untuk mengurangi gesekan (perhatikan kontraindikasi penggunaan <i>lotion</i> atau minyak tertentu pada tiap individu).
		8. Lakukan pemijatan secara perlahan.
		9. Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat.
		<b>Edukasi</b>
		1. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi.
		2. Anjurkan rileks selama pemijatan.
		3. Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan.

(Sumber: PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. 2018)

#### 4. Implementasi Keperawatan

"Implementasi keperawatan" adalah istilah yang mengacu pada tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan kesehatan pasien, dimulai dengan mengatasi masalah yang ada dan berusaha untuk mencapai kondisi

kesehatan yang optimal bagi pasien. Selama proses penerapan, strategi penerapan keperawatan, aktivitas komunikasi, kebutuhan klien, dan komponen lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan harus menjadi fokus utama (Dinarti and Mulyanti, 2017).

Implementasi yang dapat dilakukan pada ibu post seksio sesaria dengan nyeri akut adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi pijat kaki dan tangan), mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab nyeri, periode nyeri, pemicu nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengidenifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (mis. penurunan trombosit, gangguan integritas kulit, *deep vein thrombosis* area lesi, kemerahan atau radang, tumor dan hipersensitivitas terhadap sentuhan).

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Data subyektif (S) mengacu pada keluhan pasien dalam bentuk apapun, data objektif (O) mengacu pada informasi yang dikumpulkan dari pemeriksaan perawat, analisis masalah (A) mengacu pada kompilasi kedua jenis data tersebut, dan perencanaan (P) mengacu pada implementasi aktual dari rekomendasi analisis (PPNI,2013).

**Tabel 3**

**Evaluasi Penelitian Implementasi Terapi Pemijatan Kaki dan Tangan Pada Ibu Post Seksio Sesaria Dengan Nyeri Akut**

<b>No</b>	<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).	<p>Subjektif (S) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang.</li><li>b. Klien mengatakan gelisah yang dialami berkurang.</li><li>c. Klien mengatakan kesulitan tidur yang dialami berkurang.</li><li>d. Klien mengatakan kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat.</li></ul> <p>Objektif (O) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Meringis menurun.</li><li>b. Sikap protektif menurun.</li><li>c. Pola tidur membaik.</li></ul> <p>Assesment (A) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Tujuan tercapai apabila respon klien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil.</li><li>b. Tujuan belum tercapai apabila respon klien tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan.</li></ul> <p>Planning (P) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Pertahankan kondisi klien apabila tujuan tercapai.</li><li>b. Lanjutkan intervensi apabila terdapat tujuan yang belum mampu dicapai oleh klien</li></ul>