

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Konsep dasar *post partum* dengan seksio sesarea

a. Definisi *post partum*

Masa *postpartum* (masa nifas) adalah waktu di mana organ reproduksi kembali ke keadaan sebelum kehamilan, yang umumnya memerlukan waktu sekitar enam minggu (42 hari) (Desfanita et al., 2015). Definisi lain menyatakan bahwa *postpartum* merupakan periode adaptasi fisik yang dimulai setelah kelahiran bayi hingga tubuh ibu kembali ke kondisi sebelum hamil, yaitu dalam rentang waktu enam sampai delapan minggu (Fatmawati, 2015).

Postpartum adalah fase setelah keluarnya plasenta dan berlanjut hingga organ reproduksi wanita kembali ke keadaan sebelum kehamilan, masa ini berlangsung selama enam minggu (Wahyuningsih, 2019).

Dari berbagai definisi tersebut, dapat diambil kesimpulan bahwa *postpartum* adalah periode yang terjadi secara ilmiah, yang dapat berlangsung pada kelahiran pertama maupun yang berikutnya, dimulai satu jam setelah plasenta lahir hingga enam minggu, di mana organ reproduksi secara bertahap akan kembali normal seperti sebelumnya. Oleh karena itu, pelayanan kepada wanita di masa *postpartum* harus diadakan untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, sehingga komplikasi dapat dihindari.

b. Definisi seksio sesarea

Seksio sesarea merupakan metode untuk melahirkan bayi dengan melakukan sayatan pada dinding rahim melalui permukaan perut bagian depan. Sayatan ini menjadi jalur bagi bayi untuk keluar dari rahim. Umumnya, dokter

melakukan potongan memanjang dalam arah horizontal yang terletak tepat di atas tulang pubis (Ariani, 2021).

Seksio sesarea diartikan sebagai proses kelahiran janin melalui irisan abdominal pada rahim. Prosedur ini diambil untuk membawa lahir janin dengan berat lebih dari 500 gram melalui sayatan pada dinding rahim yang masih utuh. Terdapat dua tipe utama dari seksio sesarea, yaitu primer dan sekunder. Tipe primer merujuk pada histerotomi yang dilakukan untuk pertama kalinya, sedangkan sekunder mengacu pada keadaan rahim yang telah memiliki satu atau lebih irisan histerotomi sebelumnya (Yuanita & Lilis, 2020).

Ketika memutuskan untuk menjalani persalinan sesar, ada berbagai risiko yang mungkin terjadi. Selain mengalami luka akibat operasi, ibu juga mungkin merasakan trauma, yang dapat berkontribusi pada depresi pasca-persalinan (Ariani, 2021). Dapat pula terjadi komplikasi darurat, seperti perdarahan yang berat dimana histerektomi diperlukan setelah proses melahirkan. Jika ini dilakukan bersamaan dengan seksio sesarea, maka prosedur ini dikenal sebagai histerektomi sesaria. Jika pelaksanaannya dilakukan segera setelah melahirkan, maka dinamakan histerektomi pasca-persalinan (Yuanita & Lilis, 2020).

c. **Etiologi seksio sesarea**

Penyebab dari operasi seksio sesarea (SC) yang berasal dari ibu mencakup panggul yang sempit, plasenta previa pada wanita hamil pertama kali, solusio plasenta, komplikasi selama kehamilan, serta masalah dalam proses persalinan seperti kista ovarium dan mioma uteri. Terdapat beberapa penyebab yang menjadi alasan medis untuk melakukan seksio sesarea (SC), di antaranya:

a) *Cephalo pelvic disproportion (CPD)*

Dimana ukuran panggul ibu tidak sebanding dengan ukuran kepala bayi, yang menjadikan persalinan normal tidak mungkin dilaksanakan.

b) Pre – Eklamsi Berat (PEB)

Keadaan kehamilan yang ditandai oleh peningkatan tekanan darah hingga 160/100 mmHg atau lebih, serta adanya protein dalam urine atau pembengkakan pada kehamilan 20 minggu ke atas.

c) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Pecahnya ketuban yang terjadi sebelum tanda-tanda persalinan muncul dan setelah satu jam tidak ada kontraksi yang terlihat.

d) Hambatan pada jalur persalinan

Keadaan di mana jalur persalinan tidak membolehkan pembukaan, adanya tumor atau kelainan bawaan di dalam jalur lahir, serta tali pusat yang terlalu pendek yang menyulitkan ibu untuk bernapas.

d. **Indikasi seksio sesarea**

Beberapa petunjuk ini tidak bisa dinegosiasikan, sebab persalinan lewat jalan alami bisa berisiko dalam kondisi medis tertentu. (Sung & Mahdy, 2023).

1) Indikasi Ibu untuk operasi sesar

- a) Persalinan sebelumnya dengan pola yang serupa
- b) Permintaan dari ibu
- c) Kelainan pada panggul atau ketidaksesuaian ukuran kepala dan panggul
- d) Cedera di area *perineum* yang terjadi sebelumnya
- e) Operasi sebelumnya untuk memperbaiki panggul atau rektum
- f) Infeksi menular seksual seperti herpes dan HIV
- g) Riwayat penyakit jantung dan masalah pernapasan
- h) Aneurisma otak atau kelainan pembuluh darah

- i) Operasi sesar *perimortem*
- 2) Indikasi Rahim/Anatomi untuk operasi sesar
 - a) Kondisi plasenta yang tidak normal (seperti plasenta previa, plasenta akreta, dan solusio plasenta)
 - b) Operasi uteri klasik yang sudah dilakukan sebelumnya
 - c) Pengangkatan mioma secara utuh yang pernah dilakukan
 - d) Riwayat pembukaan sayatan rahim
 - e) Kanker serviks yang *invasive*
 - f) Trakelektomi yang telah dilakukan sebelumnya
 - g) Massa yang menyebabkan obstruksi pada organ reproduksi
 - h) Operasi yang mengikat serviks secara permanen
- 3) Indikasi janin untuk operasi sesar
 - a) Keadaan janin yang mencurigakan (seperti hasil pemeriksaan *doppler* tali pusat yang tidak normal) atau adanya masalah jantung janin yang terdeteksi
 - b) *Prolapsus* tali pusat
 - c) Persalinan lewat jalan alami yang tidak berhasil
 - d) Presentasi janin yang abnormal
 - e) Janin yang berukuran besar
 - f) *Trombositopenia*
 - g) Riwayat gangguan kelahiran pada bayi baru lahir
- e. **Kontraindikasi seksio sesarea**

Menurut Sung dan Mahdy (2023) tidak terdapat batasan medis yang mutlak yang melarang pelaksanaan operasi seksio sesarea. Tindakan ini umumnya dipilih dalam situasi di mana terdapat risiko kesehatan berat bagi ibu hamil atau janin, seperti kemungkinan kematian atau kondisi yang membahayakan jiwa.

f. Patofisiologi seksio sesarea

Adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang. Kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa dan bayi kembar. Kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, ketuban pecah dini dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah. Kondisi tersebut, perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu seksio sesarea

g. Perawatan pada pasien post seksio sesarea

1) Pengelolaan cairan

Pada pasien yang baru menjalani operasi di 24 jam pertama, disarankan untuk puasa. Oleh karena itu, cairan yang diberikan melalui infus harus melimpah dan mengandung elektrolit yang diperlukan untuk mencegah hipertermia. Umumnya, cairan yang diberikan adalah D5 10% dan RL yang diberikan secara bergantian, dengan kecepatan 20 tetes per menit.

2) Nutrisi

Setelah 6 hingga 10 jam pasca operasi, pasien sudah boleh memulai mengonsumsi sedikit air putih. Jumlah cairan ini dapat ditingkatkan pada hari pertama dan kedua setelah operasi.

3) Rasa Sakit

Di jam-jam pertama pascaoperasi, pasien masih merasakan sakit diarea yang dioperasi. Untuk mengurangi ketidaknyamanan tersebut, pemberian obat

peredai nyeri secara suntik dapat dilakukan. Alternatif lainnya adalah mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

4) Aktivitas Fisik

Mulai dari 6 hingga 10 jam setelah pasien siuman, posisi miring ke kanan dan kiri dapat dilakukan. Latihan pernapasan juga dapat dilakukan oleh pasien sambil berbaring telentang setelah menyadari kesadarannya. Selanjutnya, posisi tidur telentang dapat diubah menjadi setengah duduk atau semi fowler.

5) Pemantauan Rutin

Di sini berkaitan dengan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan lain sesuai dengan jenis operasi yang dilakukan. Pemantauan ini harus dilakukan minimal setiap 4 jam sekali dan dicatat dalam catatan medis pasien.

6) Perawatan luka pasca operasi seksio sesarea (SC)

- a) Ganti pembalut secara rutin paling tidak sekali dalam sehari
- b) Hindari mengangkat benda berat
- c) Pastikan luka tetap bersih
- d) Dilarang berendam
- e) Penuhi kebutuhan gizi, selama tidak ada larangan, pasien dapat mengonsumsi berbagai jenis makanan untuk mendukung pemulihan luka sesar.
- f) Pastikan aliran udara yang baik pada luka. Jangan menutup luka terlalu lama sehingga tidak terpapar udara, agar proses penyembuhan luka dapat berlangsung lebih cepat.

h. **Klasifikasi seksio sesarea**

Jenis-Jenis seksio sesarea (SC) menurut (Yuanita & Lilis, 2020)

- a) Seksio sesarea transperitonealis profunda

Seksio sesarea transperitonialis profunda dilakukan dengan membuat sayatan di area bawah rahim. Sayatan tersebut dapat dilakukan secara horizontal atau vertikal. Berikut adalah beberapa keunggulan dari prosedur ini:

- a) Jumlah pendarahan dari sayatan ini relatif sedikit
- b) Risiko terjadinya peritonitis cukup rendah
- c) Dinding rahim biasanya kuat, sehingga kemungkinan terjadinya ruptur rahim di kemudian hari sangat kecil karena pada masa nifas, bagian bawah rahim tidak mengalami kontraksi yang signifikan, berbeda dengan bagian rahim lainnya, sehingga penyembuhan luka dapat berlangsung dengan baik. Namun, salah satu kelemahan pada prosedur ini yaitu tidak bisa dilakukan ketika terdapat kesulitan dalam membuka atau mengakses bagian bawah rahim dengan aman.
- b) Seksio sesarea klasik atau seksio sesarea corporal

Pada metode seksio sesaria klasik ini, dibuat sayatan di bagian rahim, dan prosedurnya cenderung lebih mudah dilakukan, terutama saat terdapat kendala yang menghalangi pelaksanaan seksio sesarea transperitonialis profunda. Sayatan ini berbentuk memanjang pada segmen rahim. Namun, terdapat beberapa kelemahan, seperti kesulitan dalam mengeluarkan bayi, yang dapat menyebabkan perluasan luka sayat dan berpotensi menimbulkan pendarahan. Sayatan bisa dilakukan secara horizontal (metode *kerr*) atau memanjang (metode *kronig*).

- c) Seksio sesarea ekstra peritoneal

Seksio sesarea ekstra peritoneal merupakan prosedur yang dilaksanakan tanpa membuka peritoneum baik di atas maupun di bawah kandung kemih, kemudian rahim dibedah dengan sayatan di bagian bawah. Sebelumnya, seksio peritoneal dilakukan untuk meminimalkan risiko injeksi perorale, tetapi berkat kemajuan dalam pengobatan terhadap injeksi tersebut, prosedur ini kini sudah

jarang dilakukan. Ruang peritoneum tidak dibuka, dan metode ini biasanya diterapkan pada pasien yang mengalami infeksi rahim yang parah.

d) Seksio sesarea histerektomi

Setelah melakukan seksio sesarea, dapat dilakukan histerektomi dengan indikasi tertentu seperti atonia rahim, plasenta yang menempel dirahim, mioma rahim, dan infeksi rahim yang berat.

i. **Komplikasi seksio sesarea**

Masalah yang timbul setelah pelaksanaan operasi sesar menurut (Safitri et al., 2020) meliputi:

1) Infeksi puerperal

Kondisi dimana ibu setelah melahirkan mengalami infeksi puerperal yang bisa disebabkan oleh Infeksi Luka Operasi (ILO). Infeksi ini dapat terjadi sebelum atau selama persalinan dan berlanjut hingga masa nifas. Kondisi ini memiliki risiko untuk memperlambat penyembuhan luka pasca operasi pada ibu, sehingga berpotensi menghambat mobilisasi setelah melahirkan.

2) Perdarahan

Setelah operasi sesar, pendarahan biasanya mencapai 500 ml tanpa komplikasi atau bisa sampai 1000 ml jika terdapat masalah. Pendarahan ini dapat disebabkan oleh sejumlah faktor, termasuk *atonia uterus*, pembuluh darah yang bocor atau putus, dan terbentuknya hematoma.

3) Komplikasi pada bayi

Ketuban Pecah Dini (KPD) dan kekurangan oksigen dapat menyebabkan masalah bagi janin. Ketuban pecah dini (KPD) dapat menghasilkan kondisi

hipoksia, sedangkan asfiksia bisa terjadi akibat oligohidramnion, dimana volume air ketuban berada di bawah batas normal sekitar 300 cc.

4) Komplikasi lainnya

Ibu hamil berisiko mengalami beberapa komplikasi, seperti meningkatnya jumlah kehilangan darah, *endometriosis*, pembekuan darah vena atau *tromboflebitis*, serta pergeseran posisi rahim yang tidak ideal.

2. Konsep Dasar ERAS

a. Pengertian ERAS

Enhanced Recovery After Caesarean Section atau ERACS merupakan serangkaian perawatan, dari proses penjangkauan preconsepsi, optimisasi antepartum, perawatan intrapartum yang mencakup manajemen anestesi, dan diakhiri dengan perawatan pasien pasca persalinan serta dukungan pasien rawat jalan. Protokol ERACS memiliki tujuan untuk mengoptimalkan hasil pasien berupa kenyamanan dan keselamatan dengan memberikan hasil pemulihan fungsional yang lebih cepat, meminimalisir risiko infeksi nosokomial dan kejadian komplikasi, dan mengurangi lama rawat inap. Dalam pelaksanaannya, ERACS merupakan serangkaian perawatan multidisiplin, sehingga memungkinkan adanya kerjasama antar bidang ilmu kedokteran (Razak 2023).

b. Tujuan ERAS

ERACS bertujuan untuk memberikan rasa nyaman pasien dengan pengalaman service excellent serta mempercepat perawatan & proses pemulihan pasien dengan mengutamakan keselamatan pasien (Tika et al. 2022). Tujuan utama program *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) meliputi:

1. Mempercepat pemulihan pasca operasi
2. Mengurangi stres fisiologis akibat pembedahan

3. Menurunkan komplikasi pasca operasi
4. Mengurangi ketergantungan terhadap opioid
5. Meningkatkan kenyamanan dan kepuasan pasien
6. Mengoptimalkan efisiensi biaya perawatan
7. Mendorong praktik keperawatan berbasis bukti

c. Prinsip dasar ERAS

ERACS merupakan adaptasi dari protokol ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) yang dirancang khusus untuk operasi sektio sesarea. Tujuannya adalah untuk mempercepat pemulihan ibu, mengurangi nyeri, memperpendek lama rawat inap, dan meningkatkan pengalaman melahirkan yang positif.

1. Edukasi Pra-operatif

Memberikan informasi yang jelas kepada ibu tentang proses operasi, manajemen nyeri, mobilisasi dini, dan menyusui dini. Mengurangi kecemasan dan meningkatkan kerja sama pasien.

2. Optimalisasi Nutrisi dan Puasa Pendek

Puasa tidak lebih dari 6 jam untuk makanan padat dan 2 jam untuk cairan jernih. Pemberian minuman tinggi karbohidrat 2 jam sebelum operasi untuk mencegah resistensi insulin dan mempercepat pemulihan.

3. Anestesi Regional dengan Teknik Multimodal

Menggunakan spinal anesthesia dan teknik multimodal analgesia (non-opioid). Meningkatkan kontrol nyeri dan mengurangi efek samping opioid (mual, muntah, konstipasi).

4. Mobilisasi Dini

Ibu dianjurkan duduk dan berjalan dalam 6–12 jam pasca operasi.

Mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam dan mempercepat fungsi gastrointestinal.

5. Early Oral Intake (Makan dan Minum Lebih Cepat)

Tidak perlu menunggu flatus; pasien dapat minum dalam 2 jam dan makan ringan dalam 6 jam pasca SC. Mendukung pemulihan metabolik dan meningkatkan kenyamanan pasien.

6. Manajemen Nyeri Tanpa Opioid

Penggunaan analgesik multimodal seperti parasetamol dan NSAID. Menghindari penggunaan opioid kecuali bila sangat diperlukan.

7. Inisiasi Menyusui Dini dan Bonding

Bayi didorong untuk melakukan IMD (inisiasi menyusui dini) setelah ibu stabil. Meningkatkan hormon oksitosin, mengurangi nyeri, dan memperkuat ikatan ibu-anak.

d. Manfaat ERAS dalam praktik bedah secara umum

Program *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) merupakan pendekatan multimodal berbasis bukti yang dirancang untuk mengurangi stres bedah, mempercepat pemulihan, dan meningkatkan hasil klinis pasien. Berbeda dengan pendekatan konvensional, ERAS menekankan kolaborasi multidisiplin serta optimalisasi pra, intra, dan pasca bedah secara menyeluruh (Ljungqvist et al., 2017).

1. Mempercepat Waktu Pemulihan Pasien

Salah satu manfaat utama dari penerapan ERAS adalah mempercepat pemulihan pasien setelah operasi. Berbagai intervensi dalam protokol ERAS, seperti mobilisasi dini dan pemberian nutrisi enteral lebih awal, telah terbukti mempercepat pemulihan fungsi fisiologis seperti fungsi gastrointestinal, mobilitas, dan kemampuan beraktivitas. Studi oleh Gustafsson et al. (2020) menunjukkan bahwa penerapan ERAS secara konsisten dapat mengurangi lama rawat inap rata-rata hingga 30–50% dibandingkan dengan perawatan konvensional.

2. Mengurangi Lama Rawat Inap di Rumah Sakit

ERAS secara signifikan menurunkan durasi rawat inap pascaoperasi. Hal ini disebabkan oleh penerapan mobilisasi dini, kontrol nyeri multimodal, dan pendekatan non-opioid yang mempercepat stabilitas kondisi pasien. Penelitian sistematis oleh Tan et al. (2022) mencatat bahwa pasien yang mengikuti protokol ERAS keluar dari rumah sakit 1–3 hari lebih awal dibandingkan pasien dengan pendekatan tradisional.

3. Menurunkan Risiko Komplikasi Pascaoperasi

Dengan meminimalkan faktor-faktor yang dapat memperpanjang inflamasi sistemik dan menekan stres metabolik, ERAS berkontribusi besar dalam menurunkan komplikasi pascaoperasi. Misalnya, dengan mobilisasi dini dan penghindaran penggunaan opioid berlebihan, pasien lebih terhindar dari risiko pneumonia, ileus, dan infeksi luka operasi (Greco et al., 2019). Penanganan nyeri yang efektif juga mengurangi tekanan fisiologis yang dapat memicu komplikasi.

4. Efisiensi Biaya Perawatan Kesehatan

Meskipun implementasi awal ERAS membutuhkan pelatihan tim dan penyesuaian protokol rumah sakit, namun dalam jangka panjang, program ini terbukti lebih hemat biaya. Penurunan komplikasi, lama rawat inap, serta pengurangan penggunaan obat-obatan dan alat bantu pascaoperasi menyebabkan penghematan biaya yang signifikan (Kehlet & Wilmore, 2018). Studi di Eropa menunjukkan bahwa efisiensi biaya ERAS mencapai penghematan rata-rata USD 800–3000 per pasien.

5. Meningkatkan Kepuasan Pasien dan Kualitas Hidup Pascaoperasi

Pasien yang menjalani ERAS merasakan pemulihan lebih cepat, nyeri yang lebih ringan, serta lebih mampu kembali beraktivitas dibandingkan pasien dengan perawatan standar. Keterlibatan aktif pasien dalam proses persiapan operasi dan rehabilitasi juga meningkatkan rasa kontrol serta kepuasan secara keseluruhan. Penelitian oleh Thiele et al. (2021) menemukan bahwa pasien pada kelompok ERAS melaporkan tingkat kepuasan yang lebih tinggi, terutama terkait kontrol nyeri dan waktu pemulihan.

6. Mendorong Pendekatan Tim Multidisiplin dan Kolaboratif

ERAS memperkuat kerja sama antara dokter bedah, ahli anestesi, perawat, ahli gizi, dan fisioterapis. Ini menjadi salah satu kunci keberhasilan ERAS, di mana seluruh lini pelayanan fokus pada protokol yang sama untuk meningkatkan hasil pasien. Pendekatan ini mendorong praktik berbasis bukti, mempercepat pengambilan keputusan, dan menciptakan kesinambungan perawatan dari pra hingga pascaoperasi (Ljungqvist et al., 2017).

1) Komponen ERAS (pra, intra, dan pasca-operasi)

Terdapat 3 elemen dalam penerapan ERACS, yaitu persiapan preoperatif, perawatan intraoperatif, dan perawatan post operatif.

Persiapan Pre operatif

a. Antenatal Care

Edukasi dan konseling serta pengambilan keputusan bersama merupakan hal yang diperlukan untuk keberhasilan program ERACS. Edukasi dan konseling yang diberikan mencakup informasi-informasi mengenai prosedur dan apa yang diharapkan selama pembedahan, rencana manajemen nyeri, tujuan pemberian makan, dan mobilisasi dini. Informasi lain yang diberikan kepada pasien yaitu informasi gizi ibu hamil, menyusui, lama perawatan, dan kriteria untuk dipulangkan. Pasien juga dilakukan PCR Swab terlebih dahulu dan dapat berkonsultasi dengan spesialis lain sesuai indikasi.

b. Ruang Rawat Inap

1. Puasa dilakukan sebelum dilakukannya induksi anestesi. Lama puasa yang direkomendasikan adalah 6 hingga 8 jam untuk makanan padat, dan 2 jam untuk cairan oral. Asupan minuman berkalori tinggi pada 2 jam sebelum operasi dapat mengurangi rasa haus, lapar, dan kecemasan sebelum operasi.
2. Pasien mandi dengan sabun antiseptik (terutama daerah operasi yang akan diinsisi).
3. Berikan ranitidin atau omeprazole kapsul 2 jam sebelum tindakan.
4. Berikan antibiotik profilaksis sesuai DPJP 30-60 menit sebelum tindakan. Di rekomendasikan menggunakan antibiotik spektrum luas dosis tunggal.
5. Melakukan skrining anemia pada pasien dan memberikan suplementasi zat besi pada ibu hamil.

Perawatan Intraoperatif

1. Diatur suhu kamar operasi di 22-23°C selama bayi masih di kama rooperasi. Lakukan *active warming system* dengan penggunaan penghangat infus/cairan hangat untuk mencegah hipotermia pasien. Pada wanita dengan persalinan saesar sering terjadi hipotensi akibat vasodilatasi perifer. Oleh karena itu, digunakan fenilefrin sebagai vasopressor pilihan untuk pengelolaan hipotensi ibu akibat anestesi neuraksial. Infus fenilefrin digunakan dengan dosis awal 50 mcg/menit dengan kristaloid 2L. Sebagai alternatif dapat digunakan infus norepinefrin dosis rendah.
2. Pasien diberikan anestesi spinal dengan Bupivaca inespinal 0,5% dosis rendah, Fentanyl dan morfin (menggunakan jarum 27G dengan introduser). Yakinkan ujung jarum berada di ruang subarahnoid, lakukan barbotage 1-2 kali saat memasukkan obat LA.
3. Pasien diberikan analgesik non-opioid analgesia, paracetamol bolus IV dan NSAID segera setelah bayi lahir. Pertimbangkan infiltrasi luka anestesi lokal (kontinu) atau blok regional (blok bidang transversus abdominis (TAP), blok quadratus lumborum (QLB).
4. Pasien diberikan uterotonika optimal dengan dosis rendah secara efektif untuk mencapai kontraksi uterus yang adekuat dan meminimalkan efek samping. Infus oksitosin dosis rendah 15-18 IU/jam diberikan sebagai profilaksis perdarahan postpartum. Dosis rendah mengurangi terjadinya efek samping seperti hipotensi dan iskemia miokard.
5. Sebelum tindakan operasi dimulai, DPJP obgyn menginfuskan *Delayed Cord Clamping* ke DPJP anak, rencana 30 sampai 60 detik dan perawat bayi menyiapkan handuk besar hangat.

6. Dilakukan *Delayed Cord Clamping* setelah bayi lahir pada bayi bugar dan aterm dengan cara perawat anak menghitung dan mengumumkan waktu DCC per 15detik selama 60 detik.
7. DPJP obgyn dan anak dapat memutuskan klem talipusat bila setelah 20 detik bayi tidak responsif dan memerlukan VTP
8. Setelah klem talipusat, bayi ditransfer ke DPJP anak dan resusitasi dilanjutkan dan Lamanya *delayed clamping* dicatat distatus anak.
9. Dilakukan insiasi menyusui dini pada ibu pada kondisi stabil dan bayi bugar selama 30–60 menit. Skin to skin dini dapat bermanfaat meningkatkan kecepatan dan durasi menyusui, serta dapat menurunkan kecemasan ibu dan depresi postpartum.

Perawatan post operatif

1. Berikan cairan jernih dalam 0-30 menit post operatif bila kondisi baik dan tidak ada mual muntah.
2. Berikan multi modal analgesia (Opiod Sparing: Paracetamol dan NSAID). Morfin merupakan gold standard pengendalian nyeri selama dan pasca operasi sesar. Direkomendasikan menggunakan analgetik kombinasi dengan mekanisme kerja yang berbeda.
3. Dilakukan mobilisasi dini mulai diruang perawatan. Mobilisasi dini dapat meningkatkan fungsi dan oksigenasi jaringan pulmoner, meningkatkan resistensi insulin, dan mengurangi risiko terjadinya trombo emboli, serta memperpendek durasi rawat inap.
 - Mobilisasi Level 1: duduk bersandar di tempat tidur selama 15 s.d 30 menit
 - Mobilisasi Level 2: duduk di sisi tempat tidur dengan kaki menjuntai selama 5 s.d 15 menit

- Mobilisasi Level 3: Mobilisasi berdiri
 - Mobilisasi Level 4: Mobilisasi berjalan
4. Pelepasan kateter urin dini. Lepas kateter paling lambat 6 jam pasca tindakan untuk mengurangi risiko terjadinya infeksi saluran kemih.
 5. Bila terjadi *break through pain* diberikan tambahan terapi berupa opioid intravena, misalnya petidin.
 6. Pasien diberikan asupan oral dini. Asupan oral secara dini dapat mendorong kembalinya fungsi usus dan ambulasi dini, menurunkan risiko sepsis, mengurangi waktu menyusui, dan memperpendek lama rawat inap. Jadi, berikan makanan bebas 4 jam pasca tindakan

3. Konsep Dasar Nyeri Akut

a. Definisi Nyeri Akut

Sesuai dengan organisasi yang meneliti nyeri, yakni *International Association for the Study of Pain* (IASP), nyeri diartikan sebagai sensasi tidak nyaman yang dirasakan melalui indra, emosi, dan sistem kognisi akibat kerusakan jaringan yang nyata.

Pengalaman nyeri sebagai sensasi diuraikan sebagai suatu kondisi yang terjadi akibat kerusakan yang tercermin dari berbagai tingkat intensitas, dimulai dari yang rendah hingga yang parah, dengan hasil yang dapat diperkirakan. Nyeri setelah operasi adalah rasa sakit yang tajam yang mungkin muncul setelah seseorang mengalami trauma, menjalani operasi, atau mengalami peradangan, seperti sakit kepala, sakit gigi, proses persalinan, setelah operasi, dan banyak situasi lain. Nyeri yang tajam dapat disertai dengan gejala seperti peningkatan keringat, tekanan darah yang tinggi, detak jantung yang cepat, serta dilatasi pupil. Gejala tersebut akan memunculkan respons emosional seperti meringis.

b. Penyebab nyeri post seksio sesarea

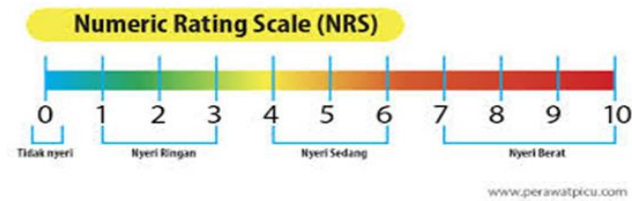
Penyebab nyeri post operasi seksio sesarea dikarenakan adanya kerusakan pada jaringan, pembuluh darah dan saraf di daerah abdomen akibat dari tindakan insisi dinding abdomen hingga uterus yang akan merangsang pengeluaran histamin, bradikinin, dan prostaglandin sebagai reseptor nyeri. Rangsangan pada reseptor nyeri ini akan diteruskan ke dorsal spinal hingga impuls nyeri mencapai medulla spinalis, thalamus akan mentransmisikan informasi ke susunan saraf pusat di otak, sistem limbik, korteks dan sematosensori untuk mempersepsikan nyeri (Sugito et al., 2022).

c. Pengukuran Derajat Nyeri

Menurut Suwondo et al. (2017), terdapat beberapa metode untuk menilai tingkat ketidaknyamanan, salah satunya adalah:

1) *Numerical Rating Scale* (NRS)

Walaupun sensitif terhadap faktor dosis, jenis kelamin, dan perbedaan ras, serta dianggap mudah dan jelas, skala penilaian nyeri verbal (NRS) memiliki kekurangan dalam jumlah kata yang cukup untuk mendeskripsikan rasa sakit dan dianggap memiliki jarak yang serupa antara istilah yang menunjukkan pengurangan rasa sakit. Namun, *Numerical Rating Scale* (NRS) masih dianggap lebih efektif dibanding *Visual Analog Scale* (VAS), terutama dalam menilai nyeri akut. Dengan menggunakan skala angka dari 0 hingga 10, pasien menyatakan tingkat nyeri yang mereka alami, di mana angka 0 menunjukkan tidak adanya rasa sakit, angka 5 mewakili nyeri sedang, dan angka 10 menunjukkan nyeri berat. Ini digunakan untuk memantau berbagai perubahan pada skala nyeri serta untuk mengevaluasi reaksi pasien terhadap dampak terapi yang diberikan.



Gambar 1 *Numeric Rating Scale (NRS)*

d. Patofisiologi nyeri sost seksio sesarea

Pembedahan seksio sesarea menyebabkan gangguan pada jaringan dan unit dasar tubuh, yang bisa memicu pelepasan zat-zat penginduksi nyeri seperti *bradykinin*, asam laktat, dan *prostaglandin*. Zat tersebut dapat menurunkan ambang rasa sakit serta merangsang reseptor nyeri. Selama prosedur bedah, jaringan saraf bisa terputus, dan ini mengakibatkan area tersebut menjadi sangat sensitif terhadap tekanan serta norepinefrin, terutama pada area proksimal yang terluka. Pasien kemungkinan akan merasakan nyeri lebih intens setelah operasi ketika pengaruh anestesi mulai memudar (Waall 1998, dalam Widyantoko, 2010).

Ketika pasien mengalami nyeri, mereka mungkin enggan melakukan aktivitas, bahkan yang paling sederhana seperti batuk, bernapas dalam, mengubah posisi, bergerak, atau melaksanakan latihan yang diperlukan, yang dapat memperlambat proses pemulihan. Masalah pascaoperasi Seksio Sesarea bisa diminimalkan jika pasien mampu mengelola rasa sakit. Berbagai teknik non-farmakologis untuk mengatasi nyeri seperti pengaturan posisi tubuh, visualisasi terpadu, distraksi, atau relaksasi, termasuk pijat, perlu dipertimbangkan bila obat analgesik kurang efektif atau efeknya telah berakhir (Potter & Perry, 2005)

e. Penatalaksanaan Nyeri Akut

Pengelolaan nyeri dapat dilakukan melalui dua metode utama, yaitu penggunaan obat-obatan dan cara non-obat. Metode farmakologi menggunakan obat untuk mengurangi rasa sakit, sementara pendekatan non-farmakologi meliputi teknik-teknik yang tidak bergantung pada obat untuk mencapai hasil yang serupa. Salah satu cara untuk mengalihkan perhatian pasien dari nyeri adalah dengan menggunakan distraksi. Mengajak pasien untuk bergerak dan melaksanakan aktivitas fisik ringan dikenal sebagai mobilisasi dini (Smeltzer & Bar, 2002).

Mobilisasi dini membuat pasien terfokus pada kegiatan yang mereka lakukan. Teknik ini membantu mengurangi aktivitas mediator kimia dalam proses peradangan, yang dapat memperburuk respons terhadap nyeri, serta menurunkan kemungkinan nyeri mencapai sistem saraf pusat. Mobilisasi yang dilakukan segera setelah operasi dapat mengurangi atau bahkan menghilangkan spasma otot, meningkatkan rentang gerakan sendi, dan memperbaiki sirkulasi darah sehingga secara keseluruhan dapat menurunkan tingkat nyeri yang dialami oleh pasien (Baradero, et al, 2009). Penurunan intensitas nyeri yang dirasakan pasien setelah melakukan mobilisasi dini disebabkan oleh mekanisme sistem analgesik internal, yang merupakan sistem alami di tubuh manusia untuk menekan rasa sakit (Sherwood, 2009).

f. Hubungan ERAS dengan penurunan nyeri post operasi

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) merupakan pendekatan multimodal berbasis bukti yang dirancang untuk mengurangi stres fisiologis pasca pembedahan dan mempercepat pemulihan pasien. Salah satu komponen penting dari program ini adalah pengelolaan nyeri pasca operasi, yang menjadi

fokus utama dalam keberhasilan pemulihan fungsional pasien, termasuk pada tindakan sektio sesarea.

Beberapa studi menyebutkan bahwa ERAS secara signifikan mampu menurunkan intensitas nyeri akut pasca seksio sesarea dibandingkan dengan metode konvensional. Program ERAS berbeda dengan manajemen nyeri konvensional yang umumnya bersifat reaktif dan sangat bergantung pada opioid. Pendekatan ERAS justru menggunakan strategi multimodal dan pre-emptif, yaitu pemberian analgesik sebelum munculnya nyeri serta mengombinasikan beberapa metode untuk menekan transmisi dan persepsi nyeri secara lebih efektif (Sultan et al., 2020).

Beberapa strategi pengendalian nyeri dalam protokol ERAS mencakup penggunaan analgesik non-opioid (seperti NSAID dan paracetamol), anestesi regional (misalnya spinal atau TAP block), serta edukasi pra-operatif yang terstruktur kepada pasien. Dengan mengurangi penggunaan opioid, pasien tidak hanya mengalami nyeri yang lebih ringan, tetapi juga terhindar dari efek samping opioid seperti mual, muntah, konstipasi, dan sedasi berlebihan (Lavand'homme & Sultan, 2022).

Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang menjalani operasi dengan pendekatan ERAS memiliki skor nyeri pasca operasi yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok yang menjalani perawatan konvensional. Selain itu, mereka lebih cepat dapat melakukan mobilisasi, menyusui, dan kembali ke fungsi normal (Wang, Liu, & Chen, 2023).

Lebih jauh lagi, ERAS juga berperan dalam mencegah perkembangan nyeri kronik pasca operasi, karena nyeri yang tertangani sejak awal menghambat

sensitasi sistem saraf pusat dan menurunkan risiko nyeri jangka panjang (Bateman, Kheterpal, & Palanisamy, 2021).

Bollag et al. (2023) menyatakan bahwa penerapan ERAS pada persalinan seksio sesarea terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri, mempercepat mobilisasi, serta meningkatkan pengalaman perawatan secara keseluruhan. Efektivitas ini disebabkan oleh penggunaan strategi analgesia multimodal, yang menggabungkan berbagai agen non-opioid dan teknik anestesi lokal untuk mengontrol nyeri.

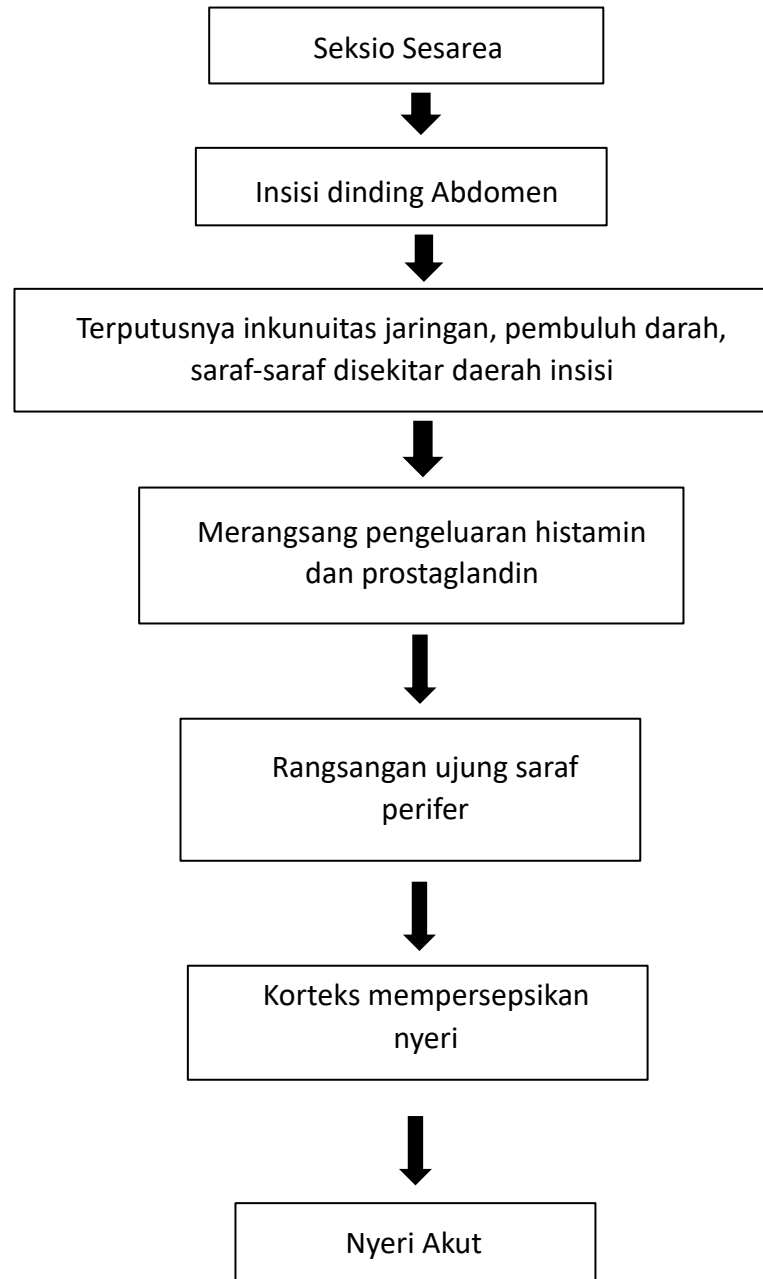
Senada dengan hal tersebut, Mitra dan Prabhakar (2022) dalam tinjauan mereka menyatakan bahwa analgesia multimodal sebagai bagian dari protokol ERAS mampu menurunkan nyeri akut secara signifikan serta meminimalkan kebutuhan penggunaan opioid. Hal ini memberikan keuntungan tambahan karena mengurangi efek samping dari opioid seperti mual, sedasi, dan gangguan pergerakan usus.

Lebih jauh, meta-analisis oleh Tran et al. (2021) menunjukkan bahwa dibandingkan dengan perawatan konvensional, ERAS secara konsisten menghasilkan skor nyeri yang lebih rendah, lama rawat inap yang lebih singkat, serta tingkat kepuasan pasien yang lebih tinggi. Temuan ini memperkuat bukti bahwa pendekatan ERAS bukan hanya mempercepat pemulihan fisik, tetapi juga berperan penting dalam peningkatan kualitas layanan keperawatan secara menyeluruh.

Selain aspek fisiologis, pendekatan edukatif dalam ERAS turut berpengaruh terhadap persepsi nyeri pasien. Edukasi yang diberikan sebelum operasi membantu pasien.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa penerapan metode ERAS memiliki hubungan yang signifikan terhadap penurunan nyeri pasca operasi. Pendekatan ini tidak hanya menekan intensitas nyeri, tetapi juga mempercepat proses pemulihan, meningkatkan kepuasan pasien, serta menurunkan risiko komplikasi jangka panjang.

B. Pathway



C. Konsep Asuhan Keperawatan dengan Nyeri Akut Post Seksio Sesarea

Proses keperawatan merupakan suatu metode yang sistematis dan berbasis ilmiah, diterapkan oleh perawat untuk mencapai atau mempertahankan keadaan biopsikososial serta spiritual yang optimal pada pasien. Metode ini terdiri dari beberapa tahap, seperti identifikasi, pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan yang ditetapkan, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi akhir setelah semua intervensi dilakukan. (Hidayat, 2021)

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Keperawatan merupakan tahap dalam proses keperawatan dimana perawat melakukan investigasi terhadap isu-isu yang dialami pasien, yang mencakup pengumpulan data tentang keadaan kesehatan mereka dengan cara yang terencana, menyeluruh, tepat, dan singkat, serta berkelanjutan (Muttaqin, 2020).

a) Data Pribadi

Data yang diperoleh meliputi informasi dasar seperti nama, umur, keyakinan, latar belakang pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, dan asal etnis. Apabila terdapat kebutuhan untuk melakukan seksio sesarea, tindakan ini dapat dilaksanakan pada semua fase kehamilan, termasuk pada trimester pertama (Aspiani, 2017).

b) Keluhan Utama

Setelah dilakukan evaluasi, masalah utama yang dirasakan oleh pasien pasca operasi meliputi rasa haus yang berlebihan, kelemahan fisik, ketidakmampuan untuk bergerak, serta rasa sakit yang timbul dari bekas luka operasi yang dapat dianalisis dengan metode PQRST.

(1) *Provokasi (P)*, mencakup elemen yang memicu rasa nyeri pada pasien.

- (2) *Quality* (Q), menggambarkan jenis rasa sakit yang diungkapkan oleh pasien, antara lain seperti tertusuk, terbakar, tertekan, nyeri, dan terasa terjepit.
 - (3) *Region* (R), adalah area atau tempat yang mengalami rasa sakit, Riwayat Penyakit Keluarga
 - (4) *Scale* (S), merupakan tingkat keparahan subyektif yang dirasakan oleh penderita dapat dikaji melalui kuantitas nyerinya skala (0-10)
 - (5) *Time* (T), merupakan durasi dan rangkaian nyeri yang penderita rasakan.
- c) Riwayat penyakit saat ini
- Riwayat penyakit saat ini perlu ditinjau, termasuk informasi tentang waktu paska operasi, tingkat kesadaran, kondisi keseluruhan pasien, letak dan ukuran sayatan operasi
- d) Riwayat penyakit dahulu
- Riwayat pasien mempunyai penyakit komplikasi dan catatan bedah sebelumnya
- e) Riwayat penyakit keluarga
- Salah satu faktor penting yang perlu dipertimbangkan adalah dinamika kelompok atau turunan, terutama jika anggota keluarga memiliki penyakit serius seperti tekanan darah tinggi, gula darah, dan *tuberculosis*, yang mungkin berhubungan dengan persyaratan bedah
- f) Riwayat Obstetri
- Untuk mendapatkan pemahaman tentang catatan obstetri pada pasien dengan posisi lintang, informasi berikut harus diperhatikan:

(1) Keadaan haid

Untuk mengetahui karakteristik menstruasi, seperti warna darah (biasanya merah muda atau coklat tua), konsistensi (sering kali encer atau menggumpal), durasi serta tingkat nyeri (sering kali terjadi sebelum atau saat menstruasi), dan keberadaan bau yang tidak biasa, penting untuk menanyakan tentang hari pertama menstruasi dan siklus haid guna memperoleh data yang berguna dalam menilai kondisi sistem reproduksi.

(2) Perkawinan

Lama pernikahan dengan pasangan saat ini dan jumlah pernikahan yang telah dijalani sebelumnya.

(3) Kehamilan

Riwayat persalinan pasien yang mungkin mencakup risiko pada kehamilan ditahap *primigravida* atau *multigravida*.

(4) Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya

Untuk memahami secara menyeluruh mengenai riwayat kehamilan pasien serta kehamilan yang lampau, sangat penting untuk menanyakan tentang proses persalinan, apakah persalinan berjalan normal atau tidak, apakah ada komplikasi, siapa yang memberikan bantuan saat persalinan, serta di mana lokasi persalinan tersebut berlangsung

g) Pola kebiasaan sehari-hari menurut *Virginia Henderson*

(1) Respirasi

Masalah pernapasan seperti ketidakcukupan, obstruksi, dan henti napas sering terjadi pada pasien setelah operasi sesar.

(2) Nutrisi

Setelah prosedur pembedahan, pasien menerima cairan melalui infus selama periode puasa. Setelah enam jam, cairan diberikan secara perlahan dan setelah delapan jam, mereka diberi makanan lembut. Namun, pasien dengan fungsi lumbal yang baik dapat makan seperti biasa dan disarankan untuk meningkatkan asupan cairan.

(3) Eliminasi

Penting untuk mengamati frekuensi, konsistensi, dan warna tinja pada pasien pasca operasi sesar. Untuk urine yang dikeluarkan melalui kateter, jumlah, warna, dan kejernihan urine harus dicatat dengan seksama.

(4) Istirahat atau tidur

Pasien yang telah menjalani operasi sesar mungkin mengalami rasa sakit di area sayatan dan ketidaknyamanan disaluran kemih karena adanya kateter yang bisa mengganggu kualitas tidur mereka.

(5) Mempertahankan temperatur tubuh dan sirkulasi

Pasien setelah operasi seksio sesarea (SC) sering menghadapi masalah dengan suhu tubuh, yang bisa menyentuh lebih dari 37,50°C.

(6) Kebutuhan *personal hygiene*

Setelah operasi seksio sesarea (SC), pasien perlu dimandikan sebelum kateter dicabut, dan proses ini biasanya dilakukan dengan bantuan keluarga.

(7) Aktivitas

Rasa tidak nyaman di area sayatan dapat menghambat aktivitas sehari-hari pasien dan membatasi pergerakan mereka.

(8) Gerak dan keseimbangan tubuh

Aktivitas menjadi berkurang, dan mobilisasi dilakukan secara bertahap karena adanya rasa sakit serta ketidaknyamanan.

(9) Kebutuhan berpakaian

Pasien pasca operasi sesar mungkin kesulitan memenuhi kebutuhan berpakaian mereka dan sering memerlukan bantuan orang lain

(10) Kebutuhan keamanan

Penting untuk menanyakan pasien tentang kebutuhan keamanan mereka agar mereka tetap merasa terlindungi dan aman disekitar orang-orang terdekat. Pasien memiliki kemampuan untuk melindungi diri dari bahaya yang mengancam.

(11) Sosialisasi

Melalui aktivitas sosial yang dilakukan oleh pasien, terlihat bahwa jika seseorang merasakan kesepian atau sedih akibat masalah komunikasi dan perubahan fisik yang mempengaruhi kemampuan beradaptasi dengan lingkungan, mereka cenderung menjadi lebih waspada dan introspektif.

(12) Kebutuhan spiritual

Sesuai dengan keyakinan dan agama masing-masing, diharuskan untuk tidak melaksanakan ibadah selama periode nifas atau keluarnya darah pasca melahirkan. Masa nifas adalah periode 40 hari setelah melahirkan, dimana darah merah akan keluar dan bisa berlangsung hingga 60 hari.

(13) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Setelah operasi, keadaan pasien yang lemah umumnya mengakibatkan ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan akan rekreasi dan bermain.

(14) Kebutuhan belajar

Pertanyaan mengenai bagaimana pasien memenuhi rasa ingin tahunya yang mendorong perkembangan kesehatannya melalui pemanfaatan informasi kesehatan yang tersedia.

(15) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan menyeluruh terhadap tubuh pasien dilakukan untuk menentukan diagnosis penyakit yang diderita dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

(a) Keadaan umum

Mencakup kondisi pasien, kesadaran, suara, kemampuan berbicara, serta tanda-tanda vital yang ada.

(b) Pemeriksaan *head to toe*

(1) Kepala

Mencakup apakah bentuk wajahnya simetris atau tidak, kondisi rambut dan keadaan kulit diwajah.

(2) Wajah

Apakah ada tanda kloasma gravidarum, konjungtiva pucat atau kemerahan, serta adanya pembengkakan.

(3) Leher

Perlu diperiksa apakah ada benjolan di leher, pembesaran vena jugularis dan pembesaran kelenjar tiroid.

(4) Dada dan punggung

Penting untuk mengevaluasi kesimetrisan dada, ada atau tidaknya retraksi intercostae, penundaan pernapasan, suara *wheezing*, *ronchi*, dan bagaimana irama

serta frekuensi pernapasan. Pada bagian jantung, perlu diperiksa bunyi jantung (interval) untuk mengetahui apakah ada bunyi *gal-lop* atau *mur-mur*.

(5) Payudara atau *mammae*

Perlu diteliti apakah puting susu menonjol, apakah areola berwarna gelap, dan ada atau tidaknya kolostrum.

(6) Abdomen

Perlu diperiksa adanya distensi abdomen, keadaan luka operasi, apakah terjadi pendarahan, tinggi fundus uteri, pergerakan usus dan apakah ada nyeri saat ditekan.

(7) Ekstremitas atas dan bawah

- Ekstremitas Atas

Diperiksa kesimetrisan, apakah ujung jari mengalami sianosis, serta ada atau tidaknya edema pada pasien pasca operasi yang biasanya memiliki infus terpasang.

- Ekstremitas bawah

Diperiksa kesimetrisan, ada atau tidaknya edema, bagaimana pergerakannya karena biasanya pasien pasca operasi cenderung ragu untuk menggerakkan kaki, serta evaluasi tanda-tanda hormonal, refleks patella dan apakah ada tanda-tanda *thrombosis* vena.

(8) *Genitalia*

Lakukan pemeriksaan pada *lokhea* dengan memperhatikan warna, jumlah, bau dan ada atau tidak pembengkakan pada vulva serta memeriksa status kateter apakah terpasang dengan benar dan melihat bagaimana kebersihan pasien pascaoperasi yang mungkin kotor akibat adanya sisa darah yang belum dibersihkan.

II. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan adalah suatu evaluasi klinis yang mencerminkan reaksi klien terhadap isu kesehatan atau peristiwa kehidupan yang dialaminya, baik yang sedang terjadi maupun yang mungkin akan terjadi. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengenali reaksi klien secara individu, dalam konteks keluarga dan komunitas terhadap kondisi yang berhubungan dengan kesehatan. Perawat diharapkan untuk memiliki kemampuan perhatian yang luas, baik terhadap pasien yang sakit maupun yang sehat. Respon-respon tersebut adalah reaksi terhadap isu-isu kesehatan serta proses hidup yang dialami oleh pasien. Isu kesehatan merujuk kepada reaksi pasien terhadap keadaan sehat atau sakit, sementara proses hidup mencakup reaksi pasien terhadap kondisi yang berlangsung sepanjang hidupnya, mulai dari tahap pembuahan hingga mendekati akhir hidup dan kematian yang memerlukan diagnosis keperawatan serta bisa diatasi atau diubah melalui intervensi keperawatan.

Karya tulis ilmiah ini berfokus pada diagnosis keperawatan yang terjadi pada ibu yang mengalami nyeri akut setelah menjalani seksio sesarea dengan metode ERACS. Dalam hal ini, diagnosis keperawatan yang disusun adalah: Nyeri Akut (D. 0077) yang berhubungan dengan Agen pencedera fisik (operasi) setelah seksio sesarea, yang dibuktikan oleh gejala mayor berupa keluhan nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, peningkatan frekuensi nadi, dan kesulitan tidur. Gejala minor meliputi peningkatan tekanan darah, pola pernapasan yang meningkat, perubahan nafsu makan, gangguan dalam proses berpikir, menarik diri, fokus pada diri sendiri, serta diaphoresis. Kondisi klinis terkait nyeri akut meliputi kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, dan glaukoma. (PPNI, 2017)

III. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merujuk pada segala tindakan yang akan dilaksanakan oleh perawat dengan didasari oleh pemahaman dari penilaian klinis guna mencapai hasil yang diinginkan. Elemen dari intervensi keperawatan mencakup label, penjelasan, serta tindakan yang meliputi observasi, terapi, pendidikan, dan kolaborasi.

Luaran keperawatan merupakan hasil yang dapat dilihat dan diukur, seperti keadaan, perilaku, atau pandangan pasien, keluarga, atau masyarakat sebagai reaksi terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan mencerminkan status diagnosis keperawatan setelah penerapan intervensi, dengan tiga komponen luaran yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil.

Menurut PPNI (2017) Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) menetapkan bahwa luaran utama untuk diagnosis nyeri akut adalah "tingkat nyeri," yang diberikan kode L.08066 dalam SLKI. Tingkat nyeri menggambarkan pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan pada bagian tubuh yang nyata atau fungsional, dimulai dengan intensitas ringan atau sedang dan bisa bervariasi dari rendah hingga tinggi serta bersifat berkelanjutan. Kriteria hasil yang menunjukkan bahwa tingkat nyeri telah menurun pada diagnosa keperawatan nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencederaan fisik : operasi post op seksio sesarea yang ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah adalah :

Tabel 1
Intervensi keperawatan menurut SIKI

Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Rasional
1	2	3
Setelah dilakukan intervensi keperawatan 4 x 60 menit, maka Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :	Manajemen Nyeri (SIKI I.08238) Observasi 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (contoh: TENS, hypnosis, akupresure, terapi music, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, Teknik	Manajemen Nyeri (SIKI I.08238) Observasi 1. Membantu menentukan jenis nyeri (akut/kronis/neuropatik) dan memilih intervensi yang tepat untuk manajemen nyeri. 2. Memberikan data objektif untuk mengukur tingkat nyeri serta mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah dilakukan. 3. Mengetahui pemicu dan pereda nyeri memungkinkan perawat membantu pasien menghindari pemicu dan memaksimalkan pereda. 4. Persepsi dan kepercayaan pasien mempengaruhi respons terhadap nyeri serta keterlibatan dalam manajemen nyeri.

imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)	Terapeutik
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (contoh: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	1. Metode ini efektif untuk mengurangi persepsi nyeri, meningkatkan relaksasi, dan meminimalkan kebutuhan obat analgetik.
3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	2. Lingkungan yang nyaman dapat mengurangi stres sensorik dan emosional yang dapat memperparah persepsi nyeri.
Edukasi	3. Strategi yang sesuai dengan etiologi nyeri akan lebih efektif dan mengurangi risiko efek samping dari pendekatan yang tidak tepat.
1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Edukasi
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri	1. Membantu pasien memahami kondisi mereka, meningkatkan rasa kontrol, dan mencegah kecemasan yang memperparah nyeri.
3. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	2. Memberikan informasi memungkinkan pasien berpartisipasi aktif dalam mengelola nyeri mereka.
Kolaborasi	3. Memberikan alternatif mandiri kepada pasien dalam mengendalikan
1. Kolaborasi pemberian <i>analgetic</i> jika diperlukan	

	nyeri secara aman dan efektif. Kolaborasi 1. Pemberian analgesik yang tepat secara kolaboratif membantu mengontrol nyeri dengan pendekatan terpadu dan efektif.
Perawatan Pasca Seksio Sesarea (SIKI I. 14567) Observasi 1. Identifikasi Riwayat kehamilan dan persalinan 2. monitor tanda-tanda vital ibu 3. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas, dan lokhea) 4. Monitor kondisi luka dan balutan Terapeutik 1. Diskusikan perasaan, pertanyaa dan perhatian pasien terkait pembedahan 2. Pindahkan pasien ke ruang rawat nifas 3. Motivasi mobilisasi 6 jam	Perawatan Pasca Seksio Sesarea (SIKI I.14567) Observasi 1. Untuk mengetahui faktor risiko atau komplikasi yang dapat memengaruhi pemulihan ibu dan bayi, serta menentukan intervensi yang tepat. 2. Untuk mendeteksi dini adanya komplikasi seperti perdarahan postpartum, infeksi, atau gangguan hemodinamik. 3. Evaluasi kondisi pemulihan uterus dan identifikasi tanda abnormal seperti subinvolusi, retensio plasenta, atau infeksi. 4. Untuk mendeteksi infeksi, perdarahan, atau gangguan penyembuhan pada luka perineum atau luka operasi (jika SC).

4. Fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi	Terapeutik
5. Berikan dukungan menyusui yang memadai, jika memungkinkan	1. Memberikan dukungan emosional dan membantu ibu beradaptasi terhadap perubahan peran dan pengalaman pascapersalinan.
Edukasi	2. Memastikan transisi aman dan nyaman dari ruang pemulihan ke ruang perawatan lanjutan sesuai protokol.
1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi	3. Untuk mencegah trombosis vena dalam, meningkatkan sirkulasi darah, mempercepat pemulihan, dan menurunkan risiko komplikasi postoperatif.
2. Anjurkan latihan ekstermitas, perubahan posisi, batuk, dan napas dalam.	4. Memperkuat ikatan ibu dan bayi (bonding), menstimulasi refleks menyusui, dan membantu stabilisasi suhu serta denyut jantung bayi.
3. Anjurkan ibu cara menyusui, <i>jika memungkinkan</i>	5. Memfasilitasi produksi ASI, meningkatkan keterampilan ibu dalam menyusui, serta mencegah komplikasi seperti bendungan ASI dan mastitis.
4. Anjurkan ibu mengonsumsi nutrisi tinggi kalori tinggi protein (TKTP)	Edukasi
	1. Meningkatkan pemahaman, partisipasi, dan kesiapan keluarga dalam mendukung pemulihan ibu dan perawatan bayi

-
2. Mencegah komplikasi imobilisasi seperti atelektasis paru, tromboemboli, dan konstipasi.
 3. Membantu ibu lebih percaya diri dan mandiri dalam menyusui, serta mendorong keberhasilan pemberian ASI eksklusif.
 4. Mendukung proses penyembuhan luka, produksi ASI, dan pemulihan pascapersalinan secara umum.
-

IV. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan terkait dengan pelaksanaan tindakan keperawatan guna mencapai hasil yang diinginkan.

Implementasi keperawatan adalah tahap keempat dalam proses keperawatan yang merupakan pelaksanaan dari rencana intervensi yang telah disusun sebelumnya. Pada pasien dengan nyeri akut, implementasi keperawatan dilakukan untuk mengurangi intensitas nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta mendukung proses penyembuhan secara holistik. implementasi keperawatan harus bersifat sistematis, terarah, dan sesuai dengan kebutuhan individu pasien. Tindakan implementasi dapat bersifat mandiri, kolaboratif, dan edukatif. Dalam konteks nyeri akut implementasi meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukatif dan kolaborasi.

Implementasi perawatan terdiri dari serangkaian tindakan untuk membantu pasien dalam mengatasi isu-isu kesehatan yang mereka hadapi melalui intervensi.

V. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan yang menetapkan apakah tujuan dari rencana keperawatan telah tercapai. Evaluasi diagnosis keperawatan mencakup data subjektif (S), yang meliputi berbagai pernyataan ketidaknyamanan dari pasien seperti penurunan keluhan nyeri. Sementara itu, data objektif (O) merupakan hasil pemeriksaan yang dipastikan oleh perawat, misalnya penurunan meringis pasien, pengurangan sikap protektif, berkurangnya kecemasan, berkurangnya rasa takut akan cedera berulang, penurunan ketidaknyamanan di area perineum, pengurangan ketegangan otot, serta perbaikan dalam frekuensi denyut nadi, perbaikan pola napas, dan peningkatan tekanan darah. Penilaian permasalahan (A) adalah kumpulan dari data subjektif dan objektif, yang mencakup masalah nyeri akut yang telah teratasi serta masalah nyeri akut yang masih belum teratasi. Terakhir, perencanaan (P) merujuk pada program tindakan yang akan diambil berdasarkan hasil analisis, termasuk intervensi lanjutan yang diberikan seperti kolaborasi dengan farmakologi (Hidayat, 2021)