

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Seksio Sesarea

1. Definisi seksio sesarea

Seksio sesarea adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuka dinding abdomen dan dinding rahim untuk melahirkan janin dengan berat janin diatas 500 gram dan usia janin > 28 minggu, kemudian dilakukan dengan cara pembedahan pada dinding abdomen (*laparotomy*) dan uterus (*histerektomi*) dengan tujuan untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Tindakan persalinan secara seksio sesarea dilakukan untuk mencegah kematian janin dan ibu karena adanya suatu komplikasi yang akan terjadi pada persalinan secara pervaginam (Ramandanty, 2019).

2. Jenis-jenis seksio sesarea

Menurut Ramandanty (2019), terdapat beberapa jenis tindakan seksio sesarea yaitu :

a. Seksio sesarea klasik

Seksio sesarea 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.

b. Seksio sesarea *transperitonel profunda*

Seksio sesarea *transperitonel profunda* disebut juga *low cervical* yaitu sayatan vertikal pada segmen rahim bawah. 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. Seksio sesarea *histerektomi*

Seksio sesarea *histerektomi* adalah suatu pembedahan yang dilakukan setelah janin dilahirkan dengan seksio sesarea, kemudian dilanjutkan dengan pengangkatan Rahim.

d. Seksio sesarea *ekstraperitoneal*

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

3. Indikasi dan kontraindikasi seksio sesarea

a. Indikasi

Menurut Ainuhikma (2018), terdapat beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan seksio sesarea yaitu :

1) Indikasi mutlak

a) Indikasi ibu

(1) Panggul sempit absolut

(2) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi

(3) Tumor-tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi

(4) Stenosis serviks/vagina

(5) Plasenta previna

- (6) Disproporsi sefalopelvik
- (7) Reptura uteri membakat
- b) Indikasi janin
 - (1) Kelainan letak
 - (2) Gawat janin
 - (3) Prolapsus plasenta
 - (4) Perkembangan bayi yang terlambat
 - (5) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia
- 2) Indikasi relatif
 - a) Riwayat seksio sesarea sebelumnya
 - b) Presentasi bokong
 - c) Distosia
 - d) Fetal distress
 - e) Preeklamsi berat, penyakit kardiovaskular dan diabetes
 - f) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu
 - g) Gemelli, seksio sesarea dianjurkan : bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu, bila terjadi interlock distosia oleh karena tumor
 - h) IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*)

b. Kontraindikasi

Menurut Geraldly (2020), adapun kontraindikasi untuk dilakukan tindakan seksio sesarea seperti berikut :

- 1) Janin mati
- 2) *Shock*
- 3) Anemia berat

- 4) Kelainan kongenital berat
- 5) Infeksi piogenik pada dinding abdomen
- 6) Fasilitas yang kurang memadai dalam operasi seksio sesarea

Pelaksanaan persalinan seksio sesarea tanpa didasari indikasi medis adalah tidak etis, kecuali jika telah melalui tahapan konseling. Pasien memiliki hak otonomi untuk meminta dilakukan persalinan seksio sesarea, bila pasien sadar dan tanpa tekanan dalam memutuskan untuk dilakukan persalinan seksio sesarea. Tetapi indikasi medis yang tentu harus jelas, ibu seharusnya menjalani persalinan normal. Namun, masih banyak persepsi yang belum menemukan titik tengah tentang persalinan, walaupun persalinan seksio sesarea merupakan pilihan jika terdapat kedaruratan dalam persalinan.

4. Patofisiologi

Seksio sesarea 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 kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan seksio sesarea ibu akan mengalami adaptasi *postpartum* dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi *part of entry* bagi kuman. Oleh karena itu, perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril (Chania, 2018).

Nyeri adalah masalah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi yang

bisa bersifat regional dan umum. Namun, anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu, sehingga bayi lahir dalam keadaan *upnea* yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup (Chania, 2018).

Anestesi juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mortalitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan manumpuk dan reflek batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa *endotracheal*. Selain itu, motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Chania, 2018).

5. Komplikasi

Komplikasi utama persalinan seksio sesarea adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilangsungkannya operasi, komplikasi anestesi, perdarahan, infeksi dan *tromboemboli*. Kematian ibu lebih besar pada persalinan seksio sesarea dibandingkan persalinan pervaginam (Ainuhikma, 2018).

Takipneu dapat terjadi sesaat pada bayi baru lahir lebih sering terjadi pada persalinan seksio sesarea, dan kejadian trauma persalinan pun tidak dapat

disingkirkan. Risiko jangka panjang yang dapat terjadi adalah terjadinya plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta dan ruptur uteri (Ainuhikma,2018).

Komplikasi pasca operasi seksio sesarea meningkatkan morbiditas ibu secara drastis dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Penyebab utamanya adalah endometriitis, perdarahan, infeksi luka operasi meningkat dan dapat menyebabkan fasitis nekrotikans (Ainuhikma, 2018).

6. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemantauan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Cek darah lengkap
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/Hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalis
- h. Amniosentesis terhadap menuritas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- j. Ultrasound

B. Masalah Nyeri Akut pada Pasien dengan *Post* Seksio Sesarea

1. Definisi nyeri *post* seksio sesarea

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Nyeri *post* seksio sesarea disebabkan akibat adanya insisi dan jaringan yang rusak. Sensasi nyeri yang dirasakan tergantung pada persepsinya, dan persepsi setiap pasien terhadap nyeri berbeda-beda tergantung nilai ambang batas nyerinya (Primantika dkk., 2023). Tindakan seksio sesarea dapat mengakibatkan timbulnya rasa nyeri yang memengaruhi aktivitas motorik dan emosional sebagai respons terhadap kerusakan jaringan yang melibatkan saraf sensorik. Nyeri dirasakan oleh 88,2% ibu *post* seksio sesarea dengan skala ringan (1-3) 58,8%, skala sedang (4-6) 35,3%, dan skala berat (7-10) 5,9%. Nyeri biasanya terjadi pada 6 sampai 12 jam setelah operasi dan akan menurun pada hari ke-3 (Rahmayani & Tobing, 2023).

2. Data mayor dan minor nyeri akut

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), data mayor dan minor masalah keperawatan nyeri akut adalah :

- a. Data Mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mengeluh nyeri
 - 2) Objektif
 - a) Tampak meringis
 - b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
 - c) Gelisah
 - d) Frekuensi nadi meningkat
 - e) Sulit tidur
- b. Data minor
 - 1) Subjektif : tidak ada

- 2) Objektif
 - a) Tekanan darah meningkat
 - b) Pola napas berubah
 - c) Nafsu makan berubah
 - d) Proses berpikir terganggu
 - e) Menarik diri
 - f) Berfokus pada diri sendiri
 - g) *Diaphoresis*

3. Faktor penyebab nyeri akut

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), faktor penyebab masalah keperawatan nyeri akut adalah :

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

4. Penatalaksanaan nyeri akut

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), intervensi untuk mengatasi nyeri akut adalah manajemen nyeri yang dapat dilakukan adalah :

Observasi

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.
- b. Identifikasi skala nyeri.
- c. Identifikasi respons nyeri non verbal.
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- e. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.

f. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

Terapeutik

- a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur
- d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian analgetik

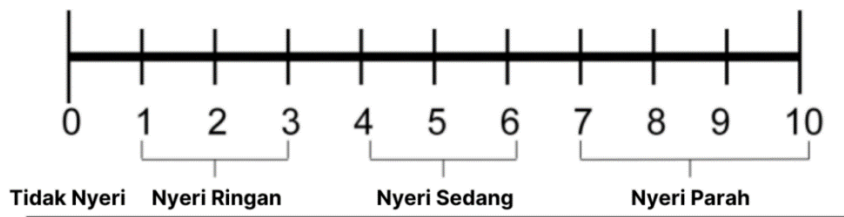
Penatalaksanaan nyeri dapat menggunakan metode farmakologi dan nonfarmakologi. Secara farmakologi yaitu mengkonsumsi obat yang memberikan efek analgesic, Tindakan ini efektif dalam mengatasi nyeri karena nyeri akan mereda seiring dengan laju penyembuhan jaringan yang rusak atau sakit. Penanganan nonfarmakologi dengan memberikan relaksasi *guided imagery*.

5. Cara pengukuran intensitas nyeri

Penilaian intensitas nyeri menurut Kasih & Hamdani (2023), dapat diukur menggunakan skala sebagai berikut :

a. Skala deskriptif

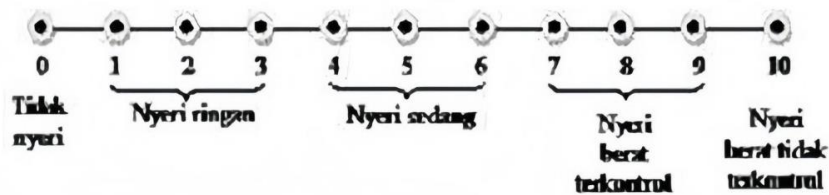
Skala deskriptif merupakan cara yang lebih objektif untuk mengukur tingkat keparahan nyeri. *Verbal Descriptor Skala (VDS)* adalah skala garis yang terdiri dari tiga kata sampai lima kata yang disusun sama dengan spasi di sepanjang baris. Deskriptor ini diberi tanda dari “tidak ada rasa nyeri” hingga “rasa nyeri yang tak tertahankan”.



Gambar 1 Skala Deskriptif

b. Skala numerik

Numerical Rating Scales (NRS) lebih banyak digunakan sebagai alat untuk mendeskripsikan sebuah kata. Untuk menilai intensitas nyeri pasien menggunakan skala 0-10. Jika yang digunakan untuk menilai rasa nyeri, disarankan menggunakan skala 10 cm.



Gambar 2 Skala Numerik

c. Skala analog visual

Visual Analog Scale (VAS) merupakan suatu garis lurus horizontal dengan Panjang 10 cm, yang digunakan untuk mengetahui intensitas nyeri dan

mendeskripsikan secara verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk ke suatu titik yang ada di sepanjang garis skala untuk menunjukkan dimana letak nyeri terjadi.



Gambar 3 Skala Analog Visual

d. Skala nyeri wajah

Skala nyeri wajah merupakan pengkajian tingkat nyeri pada responden menggunakan skala yang terdiri dari enam bentuk ekspresi wajah berupa kartun yang dimiliki wajah tersenyum yang artinya tidak ada rasa nyeri, kemudian wajah kurang bahagia, wajah sedih, sangat sedih sampai gambar wajah ketakutan.



Gambar 4 Skala Nyeri Wajah

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien *Post Seksio Sesarea*

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan suatu komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari pasien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Arif Muttaqin, 2020). Berdasarkan format asuhan postnatal yang dikembangkan oleh tim dosen keperawatan maternitas Poltekkes Kemenkes Denpasar, berikut beberapa hal yang perlu dikaji pada ibu *postpartum* seksio sesarea dengan nyeri akut :

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor *medical record*, tanggal dirawat.

b. Keluhan utama

Menurut Wulandari (2026), keluhan utama merupakan inti awal dalam proses asuhan keperawatan yang digunakan sebagai dasar bagi perawat untuk melakukan pengkajian lebih lanjut terhadap kondisi pasien. Keluhan utama disampaikan secara singkat berdasarkan persepsi subjektif pasien terhadap kondisi atau masalah kesehatan yang dirasakan.

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut :

- 1) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien berupa :
 - a) Apa yang menyebabkan gejala nyeri?
 - b) Apa saja yang mampu mengurangi dan memperberat nyeri?
 - c) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?
- 2) Q (kualitas dan kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri dirasakan oleh pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien berupa :
 - a) Bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?
 - b) Sejauh mana nyeri yang dirasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?
- 3) R (*regional* atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien berupa :
 - a) Dimana gejala nyeri terasa?
 - b) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat?
- 4) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh pasien, pertanyaan yang ditujukan berupa :
 - a) Seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10?
- 5) T (*timing* atau waktu) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien berupa :
 - a) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?
 - b) Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap?
 - c) Berapa lama nyeri berlangsung?

d) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap?

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi seksio sesarea.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan riwayat penyakit yang pernah diderita atau dialami oleh pasien khususnya, penyakit kronis, penyakit menular, dan penyakit menahun seperti penyakit hipertensi, jantung, DM, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Hal ini mengenai apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, seperti jantung, penyakit hipertensi, penyakit diabetes, serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis dan penyakit kelamin yang mungkin penyakit tersebut diturunkan pada pasien.

4) Riwayat *obstetric*

Riwayat *obstetric* berisi tentang riwayat kehamilan, riwayat persalinan, maupun riwayat *abortus* yang dinyatakan dengan kode GAPAH (*gravidarum, aterm, premature, abortus, hidup*), berapa kali ibu mengalami kehamilan, siapa penolong saat persalinan, cara tindakan persalinan yang dilakukan, penyembuhan luka persalinan, kelainan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak. Riwayat menarche, siklus haid, dan ada atau tidaknya nyeri haid serta gangguan haid lainnya.

5) Riwayat kontrasepsi

Yang perlu dikaji pada riwayat kontrasepsi adalah ibu pernah ikut program kontrasepsi atau tidak, jenis kontrasepsi yang digunakan sebelumnya dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

6) Pola fungsional kesehatan

a) Pola manajemen kesehatan dan persepsi

Tentang status kesehatan pasien, persepsi sehat sakit bagi pasien, manajemen terhadap kesehatan, pemeriksaan diri, dan perilaku dalam menghadapi masalah kesehatan.

b) Pola nutrisi-metabolik

Tentang pola makan dan minum, jenis makanan, frekuensi, porsi serta makanan pantangan. Pola nutrisi dapat mempengaruhi produksi ASI pada ibu nifas. Nutrisi yang baik dapat mempercepat proses penyembuhan post seksio sesarea.

c) Pola eliminasi

Pola buang air kecil dan besar. Meliputi frekuensi, konsistensi bau dan warna, serta kebiasaan saat buang air ataupun kendala.

d) Pola aktivitas latihan

Aktivitas pasien setiap hari yang perlu dikaji pada pola ini yaitu pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi seperti misalnya, seberapa sering, apakah ada kesulitan, dengan bantuan atau sendiri. Ambulasi dilakukan secara bertahap

setelah 6 jam pertama dapat dilakukan ambulasi dengan miring kanan dan miring kiri, kemudian dilakukan posisi setengah duduk atau semi *fowler*.

e) Pola istirahat-tidur

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan tidur siang. Pasien seksio sesarea biasanya merasakan perubahan pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran bayi dan nyeri yang dirasakan akibat luka pembedahan.

f) Pola persepsi-kognitif

Biasanya ibu yang tidak mampu untuk menyusui bayi akan menghadapi kecemasan tingkat sedang panik dan akan mengalami penyempitan persepsi yang dapat mengurangi fungsi kerja indra.

g) Pola hubungan-peran

Peran pasien terhadap keluarga, kepuasan atau ketidakpuasan menjalankan peran, struktur dan dukungan keluarga, proses pengambilan keputusan, hubungan dengan orang lain.

h) Pola seksual-reproduksi

Masalah pada seksual-reproduksi, menstruasi, jumlah anak, pengetahuan yang berhubungan dengan kebersihan reproduksi.

i) Pola toleransi stress-koping

Tentang penyebab, tingkat, respon stress, strategi koping yang biasa dilakukan untuk mengatasi stress.

j) Pola keyakinan-nilai

Latar belakang budaya, tujuan hidup pasien, keyakinan yang dianut, serta adat budaya yang berkaitan dengan kesehatan.

7) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh mulai dari ujung kepala hingga kaki (*head to toe*).

a) Kepala

Meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi.

b) Mata

Pemeriksaan mata meliputi : kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman pengelihatannya

c) Hidung

Pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, ada perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan napas.

d) Telinga

Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga.

e) Leher

Pada leher dilakukan pemeriksaan mengenai ada atau tidak pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

f) Dada

Paru

Inspeksi: pernapasan meningkat, regular atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit pasien yang berhubungan dengan paru.

Auskultasi: suara napas normal, tidak ada *wheezing* atau suara napas tambahan lainnya seperti stridor dan *ronchi*.

Perkusi: suara ketok sonor, tidak ada erdup atau suara tambahan lainnya.

Palpasi: pergerakan sama atau simetris, fremitus raba sama.

Jantung

Inspeksi: tidak tampak iktus jantung.

Auskultasi: suara S1 dan S2 tunggal, tidak ad amur-mur.

Palpasi: nadi meningkat, iktus tidak teraba.

g) Payudara

Pemeriksaan payudara dilakukan dengan inspeksi adanya warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak. Pada hari ke-3 *postpartum*, payudara tampak membesar karena vaskularisasi dan *engorgement* (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari ke I-III), teraba keras dan nyeri, ada hiperpigmentasi areola mammae serta penonjolan dari papilla mammae. Hal ini menandai permukaan sekresi air susu dan apabila areola mammae dipijat, keluarlah cairan kolostrum. Pada payudara yang tidak disusui, akan mengalami *engorgement* (bengkak) yang akan berkurang dalam 2-3 hari. Pada ibu yang tidak menyusui, payudara akan mengecil pada 1-2 hari. Palpasi dilakukan untuk menilai apakah terdapat benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan atau tidak.

h) Abdomen

Pemeriksaan abdomen dilakukan inspeksi dengan melihat luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan atau tidak, apakah terdapat striae dan linea, asukultasi dilakukan dengan mendengar peristaltik usus dengan nilai normalnya 5-35 kali permenit, palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak.

i) Genitalia

Pemeriksaan genitalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lochea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.

j) Anus

Pemeriksaan anus dilakukan untuk mengetahui terdapat hemoroid atau tidak.

k) Integumen

Pemeriksaan integumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi.

l) Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas meliputi: CRT, varises, oedema, nyeri tekan atau panas pada betis, dan tanda homan.

m) Diagnosa medis

Kondisi medis atau penyakit yang dialami oleh pasien

n) Terapi obat

Terapi obat yang diberikan kepada pasien

o) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan darah, yaitu hemoglobin dan hematokrit.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pengkajian terkini terhadap respon aktual dan potensial terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan yang dialami pasien (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Diagnosa keperawatan ditegakkan dengan menggunakan pola PES yang meliputi *Problem* (P) yaitu

masalah yang ditangani, Etiologi (E) sebagai faktor penyebab atau faktor yang berhubungan, dan *Sign and Symptom* (S) sebagai tanda dan gejala pada data mayor dan minor.

Diagnosis ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada pasien. Metode penulisan diagnosis ini dilakukan pada diagnosis keperawatan adalah mengidentifikasi respon pasien secara individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Terdapat langkah-langkah dalam perumusan diagnosa keperawatan, yaitu:

a) Analisa data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya pikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan. Analisis data dimulai dari pengelompokan data yang diperoleh dari anamnesa, pengamatan dan pemeriksaan fisik lalu hasil yang didapat dibandingkan dengan standar (kondisi normal), sehingga dapat diketahui permasalahan kesehatan yang dialami pasien dan dapat dirumuskan masalah kesehatan. Saat melakukan analisis data untuk perumusan diagnosa keperawatan diperlukan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori, sehingga mampu merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat (Hasina et.al., 2023).

b) Analisa masalah

Analisa masalah adalah proses sistematis dan berbasis standar nasional, yang menghubungkan data hasil pengkajian pasien dengan kriteria hasil berdasarkan diagnosis yang ditegakkan.

c) Rumusan diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan menggunakan format *problem, etiology, sign and symptom* (PES) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), masalah yang muncul pada ibu *post* seksio sesarea adalah nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersifat protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Tabel 1
Analisis Data Keperawatan Nyeri Akut dengan Terapi Relaksasi
***Guided Imagery* pada Ibu Post Seksio Sesarea**

| Data Fokus | Proses Terjadinya Masalah Keperawatan | Masalah Keperawatan |
|---|--|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| Data Mayor Data Subjektif: 1. Mengeluh nyeri | Tindakan pembedahan (seksio sesarea) ↓ Insisi pada dinding abdomen dan uterus ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ | Nyeri Akut (D. 0077) |
| Data Objektif: 2. Tampak meringis 3. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 4. Gelisah 5. Frekuensi nadi meningkat | | |

| 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|
| <p>6. Sulit tidur</p> <p>Data Minor Data Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis | <p>Stimulasi reseptor nyeri</p> <p>↓</p> <p>Impuls ke sistem saraf pusat</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p> | |

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018)

3. Rencana keperawatan

Perencanaan adalah tahap dalam proses keperawatan yang dilakukan dengan cermat dan sistematis, melibatkan pengambilan keputusan serta pemecahan masalah. Pada tahap ini, perawat menggunakan data hasil pengkajian klien dan diagnosis yang telah dibuat sebagai panduan untuk menetapkan tujuan klien dan merancang intervensi keperawatan yang diperlukan guna mencegah, mengurangi, atau mengatasi masalah kesehatan yang dialami klien (Patriyani, 2021).

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan pada perawatan yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Setiap intervensi keperawatan pada standar terdiri dari tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan (observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2
Intervensi Keperawatan Nyeri Akut dengan Teknik Relaksasi
***Guided Imagery* pada Ibu Post Seksio Sesarea**

| Diagnosis Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 |
| <p>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 minor, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diafoseris.</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 6. Frekuensi nadi membaik (5) 7. Tekanan darah membaik (5) | <p>Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, |

| 1 | 2 | 3 |
|--|---|--|
| | | <p>teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>11. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>12. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>13. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>14. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>15. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>16. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>17. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>18. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> |
| <hr/> | | |
| <p>Intervensi Pendukung Perawatan Pasca Seksio Sesarea (I.14567)</p> | | |
| <p>Observasi</p> | | |
| <p>1. Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan</p> <p>2. Monitor tanda-tanda vital ibu</p> <p>3. Monitor respon fisiologis (mis. perubahan uterus, tinggi fundus uteri dan lokia)</p> | | |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| | | 4. Monitor kondisi luka dan balutan Terapeutik 5. Diskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian pasien terkait pembedahan 6. Pindahkan pasien ke ruang rawat nifas 7. Motivasi mobilisasi dini 6 jam <i>post</i> operasi 8. Fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi 9. Berikan dukungan menyusui yang memadai, jika memungkinkan Edukasi 10. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi. 11. Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan napas dalam 12. Anjurkan ibu cara menyusui, jika memungkinkan 13. Anjurkan ibu mengkonsumsi nutrisi tinggi kalori tinggi protein |

Sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi/pelaksanaan keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan berdasarkan intervensi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hadinata dkk., 2022).

Implementasi keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea dengan masalah nyeri akut merupakan pelaksanaan tindakan yang telah direncanakan untuk menurunkan intensitas nyeri akibat insisi pembedahan pada dinding abdomen dan uterus. Implementasi dilakukan melalui observasi karakteristik nyeri, pemantauan tanda-tanda vital, pemberian edukasi mengenai manajemen nyeri, fasilitasi posisi nyaman, pelaksanaan teknik relaksasi *guided imagery*, serta kolaborasi pemberian terapi analgetik sesuai program medis. Tindakan tersebut bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan pasien, mendukung mobilisasi dini, mempercepat proses pemulihan, serta membantu ibu dalam menjalankan peran barunya sebagai ibu setelah persalinan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah aktivitas berkelanjutan yang direncanakan secara terarah, ketika pasien dan tenaga kesehatan menentukan perkembangan kondisi pasien menuju pencapaian tujuan atau hasil keefektifan asuhan keperawatan mulai dari diagnosis keperawatan, rencana keperawatan hingga proses implementasi keperawatan (Adinda, 2019).

Evaluasi keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea dilakukan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan dalam mengatasi nyeri akut pasca operasi. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah tindakan melalui pengukuran intensitas nyeri, observasi ekspresi wajah, kemampuan mobilisasi, kualitas istirahat tidur, serta respon pasien terhadap teknik relaksasi *guided imagery* dan terapi analgetik yang diberikan. Keberhasilan tindakan ditunjukkan dengan menurunnya skala nyeri,

berkurangnya ekspresi meringis, meningkatnya kemampuan bergerak, dan meningkatnya kenyamanan pasien selama masa perawatan.

Menurut Adinda (2019), hasil dari evaluasi asuhan keperawatan adalah :

- a. Masalah teratasi/tujuan tercapai : terdapat perubahan kondisi pasien dari standar dan kriteria hasil yang diharapkan.
- b. Masalah teratasi sebagian/tujuan tercapai sebagian : terdapat sebagian perubahan kondisi pasien dari standar dan kriteria hasil yang diharapkan.
- c. Masalah tidak teratasi/tujuan tidak tercapai : tidak terdapat perbaikan dan perubahan pada kondisi pasien, atau menimbulkan masalah baru.

Penentuan pencapaian asuhan keperawatan dilakukan dengan membandingkan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dengan SOAP.

- a. S (*Subjektive*) : data yang diperoleh dari ungkapan kata-kata pasien setelah implementasi keperawatan dilakukan.
- b. O (*Objektive*) : pengamatan data yang dilakukan perawat setelah implementasi keperawatan dilakukan berupa hasil penilaian dan pengukuran.
- c. A (*Assessment*) : penentuan pencapaian masalah teratasi, masalah teratasi sebagian atau masalah tidak teratasi dengan data *subjective* dan *objective* yang diperoleh.
- d. P (*Planning*) : rencana keperawatan selanjutnya yang akan dilaksanakan sesuai hasil evaluasi yang diperoleh.

D. Konsep *Guided Imagery*

1. Definisi *guided imagery*

Guided imagery adalah metode relaksasi berimajinasi atau membayangkan tempat dan peristiwa yang berhubungan dengan perasaan yang menyenangkan untuk mengurangi stress agar mendapatkan pengaruh fisik, emosional dan spiritual, dengan cara meminta pasien untuk perlahan menutup mata dan memfokuskan nafas, pasien diminta untuk rileks, mengosongkan pikiran dan mengisi pikiran dengan hal-hal atau kejadian yang menurut pasien menyenangkan dan dapat membuat pasien merasa tenang (Amir & Rantesigi, 2021). *Guided imagery* adalah intervensi yang dapat membangkitkan khayalan dengan melibatkan seluruh indra melalui proses kognitif, dengan cara memodifikasi objek, lokasi, kejadian, atau keadaan untuk meningkatkan ketenangan, kenyamanan, dan mengurangi rasa sakit. Visualisasi positif mampu meredam respons stress dengan mempengaruhi sistem psikoneuroimunologi tubuh, sehingga mengurangi persepsi rasa sakit (Bachtiar, 2022).

Guided imagery merupakan suatu teknik yang digunakan untuk menurunkan kecemasan dan mengurangi nyeri yang bisa diterapkan pada pasien sebelum atau sesudah operasi, terapi ini memfokuskan pada pengalihan pikiran negative menjadi pikiran positif pasien, sehingga membuat pasien menjadi merasa lebih tenang dan rileks. Hal ini terjadi karena efek yang dirasakan secara langsung dari tubuh, yaitu produksi *endorphin* menjadi meningkat ketika pikiran merasa tenang dan rileks (Legi, 2019).

2. Teknik *guided imagery*

Menurut Cole (2021), teknik *guided imagery* meliputi :

a. *Guided Walking Imagery*

Teknik ini ditemukan oleh para psikolog. Dalam teknik ini pasien diminta untuk membayangkan pemandangan alam seperti lautan, pegunungan, padang rumput, dan taman.

b. *Autogenic abstraction*

Teknik ini pasien diminta untuk memikirkan suatu hal yang mengganggu atau pikiran negatif yang ada dalam pikirannya, kemudian pasien mengungkapkan secara lisan maupun tulisan tanpa adanya Batasan. Jika berhasil, akan terlihat emosional pada raut wajah pasien.

c. *Convert sensitization*

Teknik ini didasarkan pada teori pengetahuan yang menyimpulkan bahwa proses imajinasi dapat diubah berdasarkan prinsip yang sama dalam perubahan perilaku yang dialami.

d. *Convert behavior rehearsal*

Pada teknik ini perawat mengajak pasien untuk membayangkan perilaku yang diinginkan.

Terapi ini diberikan kepada pasien dengan cara, perawat meminta pasien untuk menutup matanya dengan perlahan dan memfokuskan nafas. Pasien diminta untuk tetap tenang dan rileks, mengosongkan pikiran dan mengisi pikiran dengan hal-hal atau kejadian yang menurut pasien menyenangkan dan dapat membuat tenang (Safitri & Agustin, 2020). *Guided imagery* efektif diberikan 6-12 jam *post* seksio sesarea, dilakukan 15-20 menit selama 3 hari.

Berikut ini merupakan standar operasional prosedur melakukan terapi relaksasi *guided imagery* menurut Cole (2021), adalah :

- a. Membina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien
- b. Menjelaskan prosedur, tujuan, posisi, waktu dan peran perawat.
- c. Posisikan pasien senyaman mungkin
- d. Perawat berada di dekat pasien, usahakan tidak mengganggu pasien
- e. Mulai untuk melakukan bimbingan kepada pasien, lakukan dengan baik dan benar
- f. Kemudian perawat memfokuskan pikiran pasien dengan cara perawat meminta pasien memikirkan bahwa seolah-olah pergi ke sebuah tempat yang begitu sejuk dan merasa senang di tempat tersebut
- g. Anjurkan pasien untuk nafas pelan dan dalam untuk menghirup kesejukan udara yang dirasakan
- h. Anjurkan pasien menikmati berada ditempat tersebut
- i. Ketika pasien sudah mulai rileks, pasien hanya fokus pada momen itu saja
- j. Jika pasien menunjukkan tanda kegelisahan atau ketidaknyamanan, perawat harus menghentikan bimbingan dan melanjutkannya lagi ketika pasien sudah siap kembali
- k. Relaksasi berlangsung selama 15-20 menit. Biasanya pasien akan merasa lebih rileks setelah memejamkan mata untuk membantunya agar merasa lebih tenang
- l. Mencatat hal-hal yang dijelaskan oleh pasien kedalam lembar kerja keperawatan yang digunakan untuk latihan selanjutnya.

3. Fisiologi *guided imagery*

Guided imagery memberikan sensasi yang rileks sehingga membuat tubuh menjadi nyaman dan dapat menurunkan otot yang tegang, sehingga nyeri dapat berkurang. Pasien dengan kondisi tubuh yang tenang dan rileks maka secara otomatis dapat membuat tubuh mengeluarkan hormon *endorphin*. Hormon ini merupakan hormon yang diproduksi oleh system saraf pusat, hormon ini dapat membuat seseorang merasa senang dan dapat beristirahat dengan tenang (Antoro & Amatiria, 2018).

4. Manfaat *guided imagery*

Manfaat *guided imagery* adalah untuk membantu mengatasi nyeri, kecemasan dan stress, yang nanti pikiran pasien akan dipusatkan ke suatu hal atau kejadian yang menyenangkan. Banyak sekali manfaat dari *guided imagery* menurut Handayani & Rahmayati (2018), antara lain :

- a. *Guided imagery* bisa digunakan untuk metode mengurangi tingkat kecemasan dan nyeri yang sedang dialami pasien
- b. Memberikan rasa nyaman pada pasien
- c. Menurunkan tekanan darah tinggi dan gula darah
- d. Mengurangi pusing karena sakit kepala
- e. Mempercepat proses penyembuhan luka dan tulang
- f. Memperlancar masalah pernafasan
- g. Tidak ada efek samping sama sekali bagi pasien
- h. Mengurangi biaya rumah sakit yang dikeluarkan

5. Tujuan *guided imagery*

Tujuan penerapan *guided imagery* pada ibu *post* seksio sesarea menurut Darmadi dkk. (2020), sebagai berikut :

- a. Menjaga kesehatan tubuh agar tetap rileks dengan cara melakukan komunikasi dari dalam tubuh yang melibatkan seluruh indera, sehingga terbentuk keseimbangan antara pikiran, tubuh, dan jiwa.
- b. Mempercepat proses penyembuhan yang efektif dan mencegah tubuh dari berbagai macam penyakit seperti stress
- c. Mengurangi stress dan memberikan perasaan yang tenang dan nyaman
- d. Mencegah pasien terkena depresi

6. Indikasi *guided imagery*

Indikasi dari *guided imagery* adalah semua pasien yang sedang mengalami masalah gangguan pikiran negatif atau pikiran yang menyimpang dan menyebabkan perubahan perilaku pada pasien. Contohnya: *over generalization*, stress, kecemasan, depresi, hipokondria, dan lain-lain. (Felix et al., 2018)