

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan maupun kesehatan. Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Mubarak et al., 2015).

*Abraham Maslow* membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 5 tingkatan diantaranya kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan fisiologis terdiri atas kebutuhan pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, makanan, eliminasi, istirahat dan tidur, aktifitas, keseimbangan temperatur tubuh dan seksual. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan terdiri atas perlindungan dari udara dingin, panas, kecelakaan, infeksi, bebas dari ketakutan dan kecemasan. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki terdiri atas kebutuhan memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga dan kelompok sosial. Kebutuhan harga diri berupa penilaian tentang dirinya. Kebutuhan aktualisasi diri terdiri atas kebutuhan mengenal diri dengan baik, tidak emosional, punya dedikasi tinggi, kreatif, dan percaya diri (Hidayat & Uliyah, 2015).

Yudiyanta et al., 2015 menjelaskan numerik PQRST untuk evaluasi nyeri sebagai berikut:

- a) P: Paliatif atau penyebab nyeri
- b) Q: *Quality*/kualitas nyeri
- c) R: Regio (daerah) lokasi atau penyebaran nyeri
- d) S: Subjektif deskripsi oleh pasien mengenai tingkat nyerinya

e) T: Temporal atau periode/waktu yang berkaitan dengan nyeri

## 2. Konsep Kebutuhan Rasa Aman Nyaman

Menurut teori Maslow rasa aman adalah kebutuhan yang memotivasi orang untuk mencari ketenangan, kepastian, dan ketertiban dari kondisi lingkungan tempat tinggalnya. Menjadi aman adalah tidak adanya bahaya fisik dan psikologis.

Sementara itu menurut teori kenyamanan *Katharine Kolcaba* kenyamanan merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan esensial seseorang, yaitu transendensi (keadaan sesuatu yang melampaui masalah dan rasa sakit), kelegaan (kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari seseorang), dan ketenangan. Menurut sejumlah teori keperawatan, kebutuhan dasar klien dan alasan untuk memberikan asuhan keperawatan adalah kenyamanan. Sama seperti rasa sakit, kenyamanan adalah konsep subjektif. Setiap orang menafsirkan dan mengalami rasa sakit secara berbeda sesuai dengan faktor fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan budaya. Setiap orang menafsirkan dan mengalami rasa sakit secara berbeda sesuai dengan faktor fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan budaya. Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh cedera jaringan aktual, prospektif, atau dijelaskan dikenal sebagai rasa sakit (Nurcahyaningtias et al., 2024).

## 3. Konsep Dasar Nyeri

### a. Definisi

Nyeri merupakan pengalaman sensorik multidimensi. Fenomena ini dapat berbeda dalam intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, terbakar, tajam), durasi (sementara, intermiten, persisten), dan penyebaran (dangkal atau dalam, lokal atau menyebar). Meskipun rasa sakit adalah sensasi, ia memiliki komponen kognitif dan emosional, yang digambarkan dalam bentuk penderitaan. Nyeri juga berhubungan dengan refleks penghindaran dan perubahan *output* otonom. Nyeri merupakan suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat adanya rangsangan fisik atau dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Ayudita, 2023).

b. Fisiologi Nyeri

Munculnya nyeri sangat berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit mielin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kantong empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa kimiawi, termal, listrik, atau mekanis. Stimulasi oleh zat kimiawi di antaranya seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam seperti adanya asam lambung yang meningkat pada gastritis atau stimulasi yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan.

Selanjutnya, stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut, yaitu serabut A (delta) yang bermielin rapat dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada dorsal *horn*. Dorsal *horn* tersebut terdiri atas beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan. Di antara lapisan dua dan tiga membentuk substantia gelatinosa yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyeberangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal asendens yang paling utama, yaitu jalur spinothalamic tract (STT) atau jalur spinothalamus dan spinoreticular tract (SRT) yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal desendens dari talamus, yang melalui otak tengah dan medula, ke tanduk dorsal sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan *nociceptor* impuls supresif serotonin merupakan neurotransmitter dalam impuls supresif. Sistem supresif lebih

mengaktifkan stimulasi *nociceptor* yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur *nonopioid* merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respons terhadap *naloxone* yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Hidayat & Uliyah, 2021).

c. Penyebab Nyeri

Ada banyak hal yang dapat menyebabkan timbulnya nyeri. Seseorang yang tersiram air panas akan merasakan nyeri yang terbakar, seseorang yang mengalami luka fisik akibat tusukan benda tajam juga dapat mengalami nyeri. Penyebab nyeri dapat dikelompokkan ke dalam dua golongan, yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab fisik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Sedangkan nyeri secara fisik disebabkan akibat trauma baik trauma mekanik, termal, maupun kimia pada nyeri akut, terdapat tiga penyebab utama yaitu:

- 1) Agen pencedera fisiologis yaitu seperti inflamasi, iskemia, neoplasma.
- 2) Agen pencedera kimiawi yaitu seperti, terbakar, bahan kimia iritan.
- 3) Agen pencedera fisik yaitu seperti, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan (Nurhanifah & Sari, 2022).

d. Klasifikasi Nyeri

Menurut SDKI (2017), klasifikasi nyeri berdasarkan durasi yaitu:

1) Nyeri akut

Karakteristik nyeri akut yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Nyeri akut berlangsung kurang dari 6 bulan. Nyeri akut jika tidak ditangani akan mempengaruhi proses penyembuhan, masa perawatan dan penyembuhan akan lebih lama.

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis dirasakan secara tiba-tiba atau lambat dengan intensitas nyeri dari ringan hingga berat, terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Nyeri kronis umumnya bersifat menetap, lama dan berlangsung lebih dari 6 bulan.

e. Faktor – Faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Usia

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan yang ditemukan pada anak dan orang dewasa mempengaruhi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Umumnya anak-anak kesulitan untuk memahami nyeri dan beranggapan kalau apa yang dilakukan perawat dapat menyebabkan nyeri.

2) Jenis kelamin

Faktor jenis kelamin dalam hubungannya dengan faktor yang mempengaruhi nyeri adalah umumnya laki-laki dan wanita tidak mempunyai perbedaan secara signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Masih diragukan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang berdiri sendiri dalam ekspresi nyeri. Misalnya anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis dimana seorang wanita dapat menangis dalam waktu yang sama. Hal ini terjadi karena laki-laki mampu menerima efek komplikasi dari nyeri sedangkan perempuan justru mampu mengeluhkan nyeri disertai menangis.

3) Budaya

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Beberapa kebudayaan meyakini bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Sedangkan kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (introvert). Perawat yang mengetahui

perbedaan budaya akan memiliki pemahaman yang lebih besar tentang nyeri pasien dan akan lebih akurat dalam mengkaji nyeri serta respon-respon perilaku terhadap nyeri sehingga lebih efektif dalam menghilangkan nyeri pasien.

4) Lingkungan dan individu

Lingkungan secara umum memberikan pengaruh seperti lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas tinggi di lingkungan tersebut. Secara individu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu.

5) Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka (Nurhanifah & Sari, 2022).

f. Cara Pengukuran Nyeri

*Joint Commission* mengharuskan fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan skala nyeri untuk membantu pasien menentukan tingkat nyeri mereka. Ada beberapa macam jenis skala nyeri yang dapat digunakan antaranya skala intensitas nyeri atau skala distress nyeri. Pada skala ini, klien diminta untuk menilai nyeri nya dengan memilih kata-kata deskriptif, dengan memilih angka yang tepat pada skala angka dari 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri tak tertahankan) dengan menggunakan skala distress angka. Skala wajah nyeri *wong-baker* (skala gambar) dibuat terutama untuk anak yang sudah dapat berbicara, skala ini juga dapat digunakan untuk orang dewasa yang mengalami kesulitan dalam mengekspresikan diri mereka sendiri atau orang lain yang tidak

dapat berbicara dalam bahasa yang digunakan (Rosdahl & Kowalski, 2017).



**Gambar 1**

***Numerik Rating Scale(NRS)***

Keterangan:

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan (bisa ditoleransi dengan baik/ tidak mengganggu aktivitas).

4-6 : Nyeri sedang (mengganggu aktivitas fisiik).

7-9 : Nyeri berat (tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri)

10 : Nyeri sangat berat (malignan/nyeri sangat hebat dan tidak berkurang dengan terpai/obat-obatan pereda nyeri dan tidak dapat melakukan aktivitas).



**Gambar 2.**

**Skala Wajah Nyeri Wong-Bake**

*Wong Baker Pain Rating Scale* Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat didokumentasikan (Kozier & Barbara, 2011).

4. Nyeri Post *Sectio Caesarea*

a. Nyeri *Post Sectio Caesarea*

Nyeri merupakan suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Nyeri biasanya terjadi pada 12 sampai 36 jam setelah pembedahan, dan menurun pada hari ketiga.

b. Etiologi Nyeri *Post Sectio Caesarea*

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Dalam proses pembedahan *Sectio Caesarea* akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar abdomen. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine, bradikinin, dan prostaglandin yang akan menimbulkan nyeri akut. Selanjutnya akan merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf bebas dan nyeri di hantarkan ke dorsal spinal. Setelah impuls nyeri naik ke medulla spinalis, thalamus menstransmisikan informasi ke pusat yang lebih tinggi ke otak termasuk pembentukan jaringan system limbik, korteks, somatosensory dan gabungan korteks sehingga nyeri di persepsikan. Maka untuk mengurangi rasa nyeri *post sectio caesarea* dapat dilakukan dengan teknik farmakologis dan nonfarmakologis seperti teknik distraksi dan relaksasi, sehingga akan menghasilkan *hormone endorphin* dari dalam tubuh. Endorpin berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri yang memblok transmisi impuls dalam otak dan medula spinalis.

c. Dampak Nyeri *Post Sectio Caesarea*

Nyeri akut yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari (Mubarak et al., 2015) :

- 1) Tanda dan gejala fisik tanda fisiologi dapat menunjukkan nyeri pada pasien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonomi. Saat awitan nyeri



akut, denyut jantung tekanan darah dan frekuensi pernapasan meningkat.

- 2) Dampak perilaku Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vocal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien sering kali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri.
- 3) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan kebersihan normal serta dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

d. Patofisiologi Nyeri *Post Sectio Caesarea*

Adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan *Sectio Caesarea*. Dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut).

## B. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan, terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan

evaluasi. Tahap- tahap tersebut berintegrasi terhadap fungsi intelektual problem-solving dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan (Nursalam, 2016).

## 1. Pengkajian Keperawatan

### 1) Identitas klien

Pengkajian keperawatan merupakan tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien agar dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Dengan demikian pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. (Hadiana & Abdillah, 2022).

#### a. Identitas klien

- 1) Identitas klien meliputi nama, pekerjaan, pendidikan, agama, suku bangsa, status perkawinan, alamat.
- 2) Identitas suami meliputi nama, suami, pekerjaan, agama, pendidikan dan suku.

#### b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan gejala penyakit yang dirasakan pada saat masuk rumah sakit atau saat dilakukan pengkajian.

#### c. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian kesehatan sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang keluhan pertama masuk rumah sakit, faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi, adapun yang berkaitan dengan diagnosa yang perlu dikaji peningkatan tekanan darah, eliminasi ataupun nyeri.

#### d. Riwayat kehamilan

Informasi yang dibutuhkan adalah para dan gravida kehamilan masalah saat hamil jenis kelamin anak sebelumnya serta keadaan bayi saat lahir, serta riwayat menyusui.

#### e. Riwayat persalinan

Data yang dikaji adalah jenis persalinan, jenis kelamin bayi, tinggi badan dan berat badan bayi, masalah selama melahirkan dan perdarahan.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada ibu masa post partum atau pasca partum yaitu:

1) Kepala

Mengkaji kesehatan rambut klien karna diet yang baik selama hamil akan berpengaruh pada kekuatan dan kesehatan rambut.

2) Mata

Mengkaji warna konjungtiva bila berwarna merah dan basah berarti normal, sedangkan berwarna pucat berarti ibu mengalami anemia, dan jika konjungtiva kering maka ibu mengalami dehidrasi

3) Dada

- a) Pergerakan tidak simetris antara dada kiri dan dada kanan.
- b) Taktil fremitus, thrills (getaran pada dada karena udara/suara melewati saluran/rongga pernapasan)
- c) Suara napas normal (vesikular, bronkovesikular, bronkial).
- d) Suara napas tidak normal (crackles/rales, ronkhi, *wheezing*, *friction rub* *pleural friction*).
- e) Bunyi perkusi (resonan, hiperesonan, dullness).

4) Payudara

Mengkaji pembesaran, ukuran, bentuk, konsistensi, warna payudara, dan mengkaji kondisi puting, kebersihan puting.

5) Abdomen

Inspeksi bentuk perut ibu mengetahui adanya distensi pada perut, palpasi juga tinggi fundus uterus, konsistensi serta kontraksi uterus.

6) Lochea

Mengkaji lochea yang meliputi karakter, jumlah, warna, bekuan darah yang keluar dan baunya. lochea adalah ekstresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan

desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Darah yang keluar selama 24 jam setelah proses melahirkan sebanyak 500-600 ml. Jenis-jenis lochea sebagai berikut:

- a) lochea rubra lochea ini muncul pada hari 1-4 masa post partum, berwarna merah kehitaman berisi darah segar jaringan sisa-sisa plasenta, lemak bayi, rambut bayi (lanugo) dan kotoran bayi dalam kandungaan (mekonium)
- b) Lochea sanguinolenta cairan berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung hari ke 4-7.
- c) Lochea serosa: berwarna kuning kecoklatan, muncul hari ke 7-14. Darah yang keluar lebih sedikit dan mengandung sisa pengaruh hormon dan sel darah putih.
- d) Lochea alba: Berwarna putih/bening mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel. serabut jaringan yang mati berlangsung 2-6 minggu.

#### 7) Perineum

Pengkajian dilakukan dengan menempatkan ibu pada posisi senyaman mungkin dan tetap menjaga privasi dengan inspeksi adanya tanda tanda "REEDA" (*rednes* kemerahan, *Echymosis* perdarahan bawah kulit, *Edeme* bengkak, *Discharge* perubahan lochea, *Approximation* pertautan jaringan penyembuhan luka). REEDA biasanya menggunakan alat ukur untuk menilai penyembuhan perenium dengan skor 0 tidak ada infeksi, 1-5 infeksi ringan, 6-10 infeksi sedang, 11-15 infeksi berat.

#### 8) Ekstermitas

Ekstermitas atas dan bawah dapat bergerak bebas, kadang ditemukan edema, varises pada tungkai kaki, ada atau tidaknya tromboflebitis karena penurunan aktivitas dan reflek patella baik.

#### 9) Tanda-tanda vital

Mengkaji tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, pernafasan, tekanan darah selama 24 jam pertama masa *post partum* (Wahyuningsih, 2019).

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan ( Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Tabel 1. Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis	Penyebab/faktor resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi Klinis Terkait
			Mayor	Minor	
1.	<b>Nyeri akut ( D.0077)</b> Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onsets mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)</li> <li>2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol>	<b>Subjektif</b> ( tidak tersedia )  <b>Objektif</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Frekuensi nadi meningkat Sulit tidur</li> </ol>	( tidak tersedia ) <b>Objektif</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola napas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berpikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri Diaforesis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi pembedahan</li> <li>2. Cedera traumatis</li> <li>3. Infeksi</li> <li>4. Sindrom koroner akut</li> <li>5. Glaukoma</li> </ol>

## 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut Intervensi merupakan langkah awal dalam menentukan apa yang

dilakukan untuk membantu klien dalam memenuhi serta mengatasi masalah keperawatan yang telah ditentukan. Tahap intervensi keperawatan adalah menentukan prioritas diagnosis keperawatan, penetapan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan (Purba, 2019).

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) penerapan luaran keperawatan dengan menggunakan ketiga komponen luaran keperawatan yaitu label, ekspetasi dan kriteria hasil. Metode yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut.

- a. Metode dokumentasi manual/tertulis setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu maka luaran keperawatan ekspetasi dengan kriteria hasil :
  - 1) Kriteria 1 (Hasil)
  - 2) Kriteria 2 (Hasil)
- b. Metode dokumentasi berbasis komputer setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu luaran keperawatan ekspetasi dengan kriteria hasil :
  - 1) Kriteria 1 (Skor)
  - 2) Kriteria 2 (Skor)

Komponen tindakan yang dilakukan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018). Pendekatan intervensi keperawatan menurut Roy direncanakan dengan tujuan merubah stimulus fokal, kontekstual dan residual serta memperluas kemampuan coping klien pada tatanan yang adaptif sehingga kemampuan adaptasi meningkat. Fokus aktifitas dalam intervensi keperawatan ditujukan pada penyelesaian etiologi dalam diagnosa keperawatan klien (Hidayati, 2014).

Tabel 2. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	Nyeri Akut	Setelah dilakukan asuhan	<b>Manajemen Nyeri :</b>	1. Aroma terapi (I.08233)

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
		keperawatan diharapkan tingkat nyeri teratasi dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> <li>5. Frekuensi nadi membaik</li> <li>6. Tekanan darah membaik</li> <li>7. Pola tidur membaik</li> </ol>	<b>(I.08238)</b>  <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Monitor efek samping penggunaan analgetic</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> </ol> <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>4. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <b>Kolaborasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Dukungan hipnosis diri (I.09257)</li> <li>3. Edukasi Efek Samping Obat (I.12371)</li> <li>4. Edukasi Manajemen Nyeri (I.12391)</li> <li>5. Edukasi Proses Penyakit (I.12444)</li> <li>6. Edukasi Teknik Napas (I.12452)</li> <li>7. Kompres Dingin (I.08234)</li> <li>8. Kompres Panas (I.08235)</li> <li>9. Konsultasi (I.12461)</li> <li>10. Latihan Pernapasan (I.01007)</li> <li>11. Manajemen Efek Samping Obat (I.14505)</li> <li>12. Manajemen Kenyamanan Lingkungan (I.08237)</li> <li>13. Manajemen Medikasi (I.14517)</li> <li>14. Manajemen Sedasi (I.08239)</li> <li>15. Manajemen Terapi Radiasi (I.08240)</li> <li>16. Pemantauan Nyeri (I.08242)</li> <li>17. Pemberian Obat (I.02062)</li> <li>18. Pemberian Obat Intravena (I.02065)</li> <li>19. Pemberian Obat Oral (I.03128)</li> <li>20. Pemberian Obat Intravena (I.02065)</li> <li>21. Pemberian Obat Topikal (I.14533)</li> <li>22. Pengaturan Posisi (I.01019)</li> <li>23. Perawatan Amputasi (I.14557)</li> <li>24. Perawatan Kenyamanan (I.08245)</li> <li>25. Teknik Distraksi (I.08247)</li> <li>26. Teknik Imajinasi Terbimbing (I.08247)</li> <li>27. Terapi Akupresur (I.06209)</li> <li>28. Terapi Akupuntur</li> </ol>

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
				(I.06210) 29. Terapi Bantuan Hewan (I.09317) 30. Terapi Humor (I.09321) 31. Terapi Murottal (I.08249) 32. Terapi Musik (I.08250) 33. Terapi Pemijatan (I.08251) 34. Terapi Relaksasi (I.09326) 35. Terapi Sentuhan (I.09330)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi yang disusun dalam tahap intervensi kemudian mengakhiri tahap implementasi, dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan yang diberikan ( SIKI PPNI, 2017).

#### 5. Evaluasi

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Evaluasi asuhan keperawatan menurut SLKI (2019) yaitu:

Tabel 3. Evaluasi Asuhan Keperawatan

S	Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
O	Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
A	Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.
P	Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.



Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

- a. Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- b. Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebahagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan

### **C. Konsep *Post op Sectio Caesaria***

#### 1. Definisi *Post op Sectio Caesaria*

*Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding syaraf rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Aprina & Puri, 2016).

*Sectio Caesarea* (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Juliathi et al., 2020). Tindakan *Sectio Cassarea* (SC) merupakan salah satu alternatif bagi seorang wanita dalam memilih proses persalinan di samping adanya indikasi medis dan indikasi nonmedis, tindakan *Sectio Cassarea* akan memutuskan kontinuitas atau persambungan jaringan karena insisi yang akan mengeluarkan reseptor nyeri sehingga pasien akan merasakan nyeri terutama setelah efek anestesi habis. Pasien setelah *Sectio Cassarea* mengeluh nyeri sayatan yang disebabkan oleh robekan pada jaringan dinding perut dan rahim. Setelah operasi *caesarea*, rasa sakit membuat ibu sulit untuk merawat bayinya, naik dan turun dari tempat tidur, dan menyesuaikan postur nyamannya selama menyusui. Nyeri menyebabkan pasien menunda menyusui bayinya dari awal karena ketidaknyamanan selama menyusui dan peningkatan intensitas nyeri setelah operasi. Pada penggunaan obat anestesi yang bersifat hiperbarik yang mana menunjukkan kinerja obat tersebut lebih cepat bekerja, yang juga dipengaruhi juga oleh gravitasi di mana setelah penyuntikan, posisi pasien di *head down*, obat

hiperbarik ini juga proses blokade sensoriknya lebih singkat. Jadi, durasi kerja obat lebih cepat yaitu 4-6 jam efek obat anestesi telah hilang, otomatis pasien akan merasakan nyeri. Skor nyeri bisa mencapai skor 7-8 (Razak et Al., 2023).

## 2 Etiologi

Indikasi *Sectio Caesarea* menurut (Maryunani,2016):

### a. Indikasi Mutlak

- 1) Indikasi ibu
  - a) Panggul sempit absolute (CPD)
  - b) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulus
  - c) Tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi
  - d) Stenosis serviks atau vagina Stenosis servik satau vagina
  - e) Plasenta previa
  - f) Distribusi frekuensi sefalopervik
  - g) Rupture uteri membakat
- 2) Indikasi Janin
  - a) Malprestasi janin
  - b) Gawat janin
  - c) Prolapse plasenta
  - d) Perkembangan bayi terhambat
  - e) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia
- 3) Indikasirelatif
  - a) Riwayat *sectio caesaria*
  - b) Presentasi bokong
  - c) Distosia
  - d) Gawat janin
  - e) Preeklamsia berat
  - f) Ibu dengan hiv
  - g) Gemelli (hamil ganda)
- 4) Indikasi sosial

- a) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya
- b) Wanita yang ingin *sectio caesaria* elektif karena selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul
- c) Wanita yang takut terjadinya perubahan pada pada tubuhnya atau *sexuality image* setelah melahirkan.

### 3. Klasifikasi

Beberapa klasifikasi *Sectio Caesarea* (Ratnasari,2020).

- 1) *Sectio Caesarea* Klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.
- 2) *Sectio Caesarea Transperitonel Profunda* yaitu sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya .
- 3) *Histerektomi Caesarea* yaitu bedah *Caesarea* dikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.
- 4) *Sectio Caesarea extraperitoneal* yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *Sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fascia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstra peritoneum.

### 4. Manifestasi klinis

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan *Sectio Caesaria* yaitu dengan

perawatan post partum serta perawatan post operatif, manifestasi klinis *Sectio Caesaria* meliputi:

- a. Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
- b. Adanya luka insisi dibagian abdomen
- c. Diumbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- d. Aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- e. Ada kurang lebih 600-800 ml darah yang hilang selama porses pembedahan
- f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional
- g. Rata-rata terpasang kateter urinarius
- h. Tidak terdengarnya auskultasi bising usus
- i. Pengaruh anestesi dapat memicu mual dan muntah
- j. Status pulmonary bunyi paru jelas serta vesikuler
- k. Biasanya ada kekurangan pahaman prosedur pada kelahiran SC yang tidak direncanakan

##### **5. Jenis-Jenis Post Partum *Sectio Caesarea***

Jenis-jenis bedah *Caesar* diantaranya (AkmalMdkk,2016):

- a. *Caesar* jenis klasik, yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Jenis ini sudah sangat jarang dilakukan karena sangat beresiko terhadap terjadinya komplikasi.
- b. *Caesar* dengan sayatan mendatar di bagian atas dari kandung kemih. Metode ini sangat umum dilakukan sekarang ini karena meminimalkan resiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya.
- c. Histerektomi *Caesar*, yaitu bedah *caesar* diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus ketika pendarahan sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.
- d. Jenis lain dari bedah *caesar* seperti bedah *caesar*

*ekstraperitoneal*, (meminimalkan trauma pada bayi) atau bedah *caesar porro* (bedah *caesar* diikuti dengan pengangkatan rahim, indung telur, dan saluran telur, dinamakan sesuai dengan pengembangan prosedur dari cara ini, *Eduardo Porro*).

## **6. Pemeriksaan penunjang**

### 1) Pemeriksaan labotarium

Pemeriksaan khusus berupa ECG (*eco kardiografi*), pemeriksaan mata, dan ginjal. Pemeriksaan labotarium lain ialah fungsi ginjal, fungsi hepar, Hb, hematokrit, dan trombosit.

### 2) Pemeriksaan janin

Perlu dilakukan pemeriksaan ultrasonografi janin. Bila dicurigai IUGR (*Intra uterine Growth Restriction*), dilakukan NST (*nonstress Test*) dan profil biofisik.

### 3) Pemeriksaan urine protein

Dilakukan untuk mendeteksi protein sampai berapa dan apakah menuju tanda-tanda preeklamsia berat atau bahkan eklamsia. Protein uria adalah 300 mg protein dalam urin selama 24 jam atau sama dengan lebih besar sama dengan 1+ dipstick

7. Pathway

