

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Sectio Caesarea**

##### 1. Definisi

Ada beberapa definisi tentang SC. Menurut Prawirohardjo, (2010) dalam Wacikadewi (2021) SC merupakan persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui sayatan pada dinding perut dan dinding rahim, dengan syarat rahim dalam keadaan sehat dan berat janin lebih dari 500 gram (Prawirohardjo, 2010 dalam Wacikadewi, 2021). Menurut Jitawiyono, (2012) dalam Wacikadewi (2021) SC merupakan suatu operasi dimana janin dilahirkan melalui sayatan pada dinding perut dan rahim sehingga janin dapat lahir sehat dan sehat (Jitawiyono, 2012 dalam Wacikadewi, 2021).

##### 2. Etiologi

Manuaba (2012) dalam Wacikadewi, (2021) mengatakan indikasi SC antara lain persalinan lama, disproporsi kranial, panggul sempit, gawat janin, malformasi, risiko ruptur uteri dan gejala lainnya. Indikasi klasik yang dapat dijadikan dasar pemberian SC adalah perpanjangan persalinan, ancaman ruptur uteri, gawat janin, berat janin lebih dari 4000 gram, perdarahan prenatal. Indikasi peningkatan kadar SC adalah SC berulang, kehamilan prematur, kehamilan risiko tinggi, kehamilan ganda, SC dengan kelainan posisi.

Menurut Amin dan Hardi (2013) dalam Ratnasari, (2020), operasi SC dilakukan untuk indikasi sebagai berikut:

##### a. Indikasi ibu

Yaitu primigravida dengan kelainan postur, Cephalo Disproporsionalitas Panggul. antara kepala bayi dan panggul ibu, preeklamsia berat, komplikasi kehamilan yaitu. preeklampsia dan eklampsia berat, urutan, penyakit kehamilan (penyakit jantung), DM), cacat lahir (kista ovarium, mioma uteri dan on). Dalam kondisi ini ibu memiliki riwayat operasi SC.

b. Gejala janin

Gawat janin, kelainan presentasi dan posisi Posisi janin seperti bayi terlalu besar (bayi raksasa), kelainan posisi bayi seperti bahu dan garis lintang, kelainan tali pusat. Dalam kondisi saat ini bayi dalam keadaan oblik atau melintang.

3. Patofisiologi (*Pathway*)

Terdapat beberapa kelainan atau hambatan pada saat melahirkan yang menyebabkan bayi tidak dilahirkan secara norma atau spontan, misalnya ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dengan panggul ibu, preeklamsia berat, preeklamsia berat dan eklamsia, kelainan posisi bayi, misalnya lutut dan garis lintang, kemudian beberapa kasus serviks tertutup oleh plasenta, lebih dikenal dengan plasenta previa, kembar, kehamilan ibu yang lebih tua, persalinan lama, plasenta lahir prematur, ketuban pecah. dan bayi tidak keluar dalam waktu 24 jam, kontraksi lemah dan seterusnya. Kondisi ini menyebabkan perlunya tindakan pembedahan yaitu SC.

Pada kasus ini klien mengalami oligohidramnion yaitu kurangnya air ketuban dari normal yaitu 500 ml atau setengah liter. Menurut Rukiyah & Yulianti (2010) dalam Rizaki, (2016) *Oligohidramnion* adalah suatu keadaan dimana air ketuban sangat sedikit yakni kurang dari normal, yaitu kurang dari 500cc. insidensi 5-8% dari seluruh kehamilan.

Marmi, dkk (2014) dalam Rizaki, (2016) mengatakan penyebab pasti belum diketahui dengan jelas. Namun pada beberapa kasus bias diklasifikasikan penyebab *Oligohidramnion* ada 2 yaitu :

- a. Primer : karena pertumbuhan amnion yang kurang baik
- b. Sekunder: ketuban pecah dini.

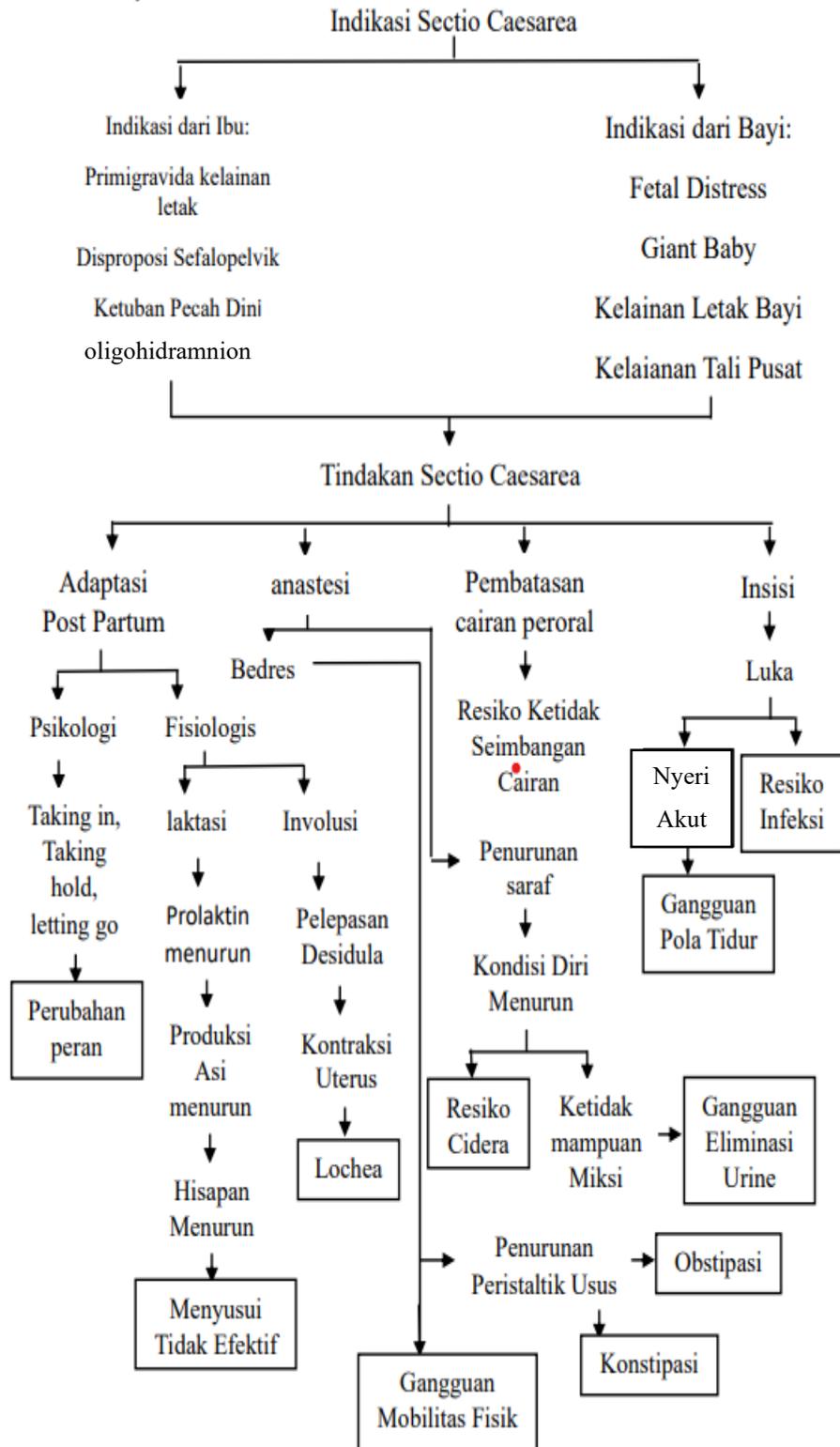
Selain itu Sofian (2010) dalam Rizaki, (2016) mengatakan sebab yang pasti tidak begitu diketahui. Primer: mungkin oleh karena amnion kurang baik tumbuhnya, dan sekunder: misalnya pada ketuban pecah dini (premature rupture of the membrane= PROM)

Menurut Marmi, dkk (2014) dalam Rizaki, (2016) mengatakan gambaran klinis dari *oligohidramnion* diantaranya yaitu:

- a. Perut ibu kelihatan kurang membuncit
- b. Ibu merasa nyeri diperut pada tiap pergerakan anak
- c. Persalinan lebih lama dari biasanya
- d. Sewaktu his akan terasa sakit sekali
- e. Bila ketuban pecah air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar.

*Oligohidramnion* harus dicurigai jika tinggi fundus uteri lebih rendah secara bermakna dibandingkan yang diharapkan pada usia gestasi / kehamilan tersebut. Penyebab *oligohidramnion* adalah *absorbs* atau kehilangan cairan yang meningkat ketuban pecah dini menyebabkan 50% kasus *oligohidramnion*, penurunan produksi cairan amnion yakni kelainan ginjal akan menurunkan keluaran ginjal janin obstruksi pintu keluar kandung kemih atau uretra akan menurunkan keluaran urin dengan cara yang sama (Rukiyah & Yulianti. 2010 dalam Rizaki, 2016)).

### 1.1 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Masalah keperawatan Post SC

Sumber : Nurarif dan Hardi (2016) dalam Ramadanty P.F, (2029)

#### 4. Masalah Yang Muncul Post SC

- a. Gangguan Mobilitas Fisik
- b. Resiko Infeksi

Infeksi adalah masuknya bakteri dan mikroorganisme patogen ke dalam tubuh sehingga menimbulkan gejala tertentu. Peradangan terjadi akibat perubahan sekunder pada jaringan ketika jaringan rusak karena trauma, bakteri, panas atau bahan kimia lainnya. Hal ini ditandai dengan vasodilatasi lokal pembuluh darah, peningkatan permeabilitas kapiler, koagulasi cairan di ruang interstisial, migrasi granulosit besar dan monosit ke dalam jaringan, dan pembekuan sel (Guyton dan Chayatin 2008 dalam Setiawati, 2017).

- c. Gangguan Eliminasi Urine

Infeksi adalah masuknya bakteri dan mikroorganisme patogen ke dalam tubuh sehingga menimbulkan gejala tertentu. Peradangan terjadi akibat perubahan sekunder pada jaringan ketika jaringan rusak karena trauma, bakteri, panas atau bahan kimia lainnya. Hal ini ditandai dengan vasodilatasi lokal pembuluh darah, peningkatan permeabilitas kapiler, koagulasi cairan di ruang interstisial, migrasi granulosit besar dan monosit ke dalam jaringan, dan pembekuan sel (Guyton dan Chayatin 2008 dalam Parisio-Poldiak, 2020).

- d. Nyeri Akut

- 1) Definisi

Menurut Mubarak dkk (2015) dalam Ratnasari, (2020), nyeri merupakan perasaan tidak menyenangkan yang sangat subjektif dan perasaan ini hanya dapat dijelaskan dan dievaluasi oleh orang yang mengalaminya. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai ketidaknyamanan ringan hingga berat.

- 2) Fisiologis Nyeri

Reseptor nyeri, yang disebut nosiseptor, adalah ujung saraf bebas yang tidak bermielin atau bermielin ringan oleh neuron aferen. Nosiseptor tersebar luas di kulit dan selaput lendir dan ditemukan di struktur yang lebih dalam seperti organ dalam, sendi, dinding arteri,

hati dan kandung empedu. Nosisseptor memberikan respons selektif terhadap stimulus berbahaya, seperti stimulus kimia, termal, listrik, atau mekanis. Histamin, bradydinin, prostaglandin, dan berbagai asam diklasifikasikan dalam Stimulasi Nyeri Kimia.

Beberapa bahan ini dilepaskan dari jaringan yang rusak. Anoksia yang menyakitkan disebabkan oleh bahan kimia yang dilepaskan dari jaringan anoksia yang rusak. Kejang otot menimbulkan nyeri karena menekan pembuluh darah sehingga menjadi anoksik. Pembengkakan jaringan menjadi nyeri akibat tekanan (stimulasi mekanis) pada jaringan penghubung nosisseptor (Lunga en Padila, 2014 dalam Ratnasari, 2020 ).

### 3) Penyebab Nyeri

Menurut Mubarak dkk (2015) dalam Ratnasari, (2020), penyebab nyeri adalah:

- a) Trauma
- b) Mekanikal, yaitu nyeri timbul akibat kerusakan ujung saraf bebas. Misalnya tabrakan, kerusakan akibat gesekan
- c) Termal atau nyeri yang timbul karena panas dan dingin merangsang ujung saraf reseptor. Misal kukusair.
- d) Bahan kimia yang dihasilkan melalui kontak dengan bahan kimia yang bersifat asam atau basa kuat.
- e) Listrik, yang dihasilkan oleh aksi arus listrik yang kuat pada reseptor nyeri dan menyebabkan kejang otot dan luka bakar.
- f) Peradangan, yaitu nyeri akibat rusaknya ujung saraf reseptor akibat peradangan atau penekanan suatu pembengkakan seperti abses.
- g) Pengalaman Nyeri

Menurut Mubarak dkk (2015) dalam Ratnasari, (2020), pengalaman nyeri yang dialami seseorang dipengaruhi oleh beberapa hal :

- (1) Makna Nyeri.

Nyeri mempunyai arti yang berbeda-beda bagi setiap orang, bahkan bagi orang yang sama pada waktu yang berbeda

(2) Persepsi Nyeri.

Nyeri merupakan bentuk refleks untuk menghindari rangsangan eksternal atau untuk melindungi tubuh dari bahaya apa pun. Namun jika rasa sakitnya terlalu parah atau berlangsung lama, bisa berdampak buruk bagi tubuh dan membuat penderitanya cemas dan putus asa.

(3) Toleransi Nyeri.

Toleransi nyeri mengacu pada intensitas nyeri yang membuat seseorang menoleransi nyeri sebelum mencari pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti seseorang dapat menoleransi rasa sakit yang parah sebelum mencari pertolongan.

(4) Reaksi terhadap rasa sakit

Setiap orang bereaksi terhadap rasa sakit secara berbeda. Ada orang yang menghadapi perasaan takut, cemas dan tertekan, dan ada pula yang menyikapinya dengan sikap optimis dan toleran. Beberapa orang bereaksi terhadap rasa sakit dengan menangis, mengerang dan menjerit, meminta bantuan, berguling-guling di tempat tidur, atau berjalan tanpa tujuan untuk mengurangi rasa sakit.

4) Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Mubarak dkk (2015) dalam Ratnasari, (2020), faktor-faktor berikut mempengaruhi rasa sakit:

(1) Asal usul etnis dan nilai-nilai budaya

Beberapa budaya percaya bahwa menunjukkan rasa sakit adalah sesuatu yang wajar. Latar belakang etnis dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi respon nyeri dan ekspresi nyeri.

(2) Tahap Perkembangan Usia dan tahap perkembangan. seseorang merupakan variabel penting yang mempengaruhi respon dan

manifestasi nyeri. Anak-anak kurang mampu mengungkapkan rasa sakit yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa dan kondisi ini dapat mengganggu penanganan rasa sakit mereka.

- (3) Mendukung Lingkungan dan Individu. Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas di lingkungan tersebut dapat memperburuk keadaan. Selain itu, dukungan keluarga dan orang terdekat merupakan faktor penting yang mempengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri.
- (4) Pengalaman nyeri sebelumnya Meinhart dan Mc.Caffery menguraikan 3 tahapan pengalaman nyeri sebagai berikut:
  - (a) Tahap menunggu (terjadi sebelum menerima nyeri).
  - (b) Fase efek (terjadi saat nyeri berkurang atau berhenti) Fase ini terjadi saat nyeri sudah berkurang atau hilang.
  - (c) Kecemasan dan stres

#### (5) Arti Sakit

Orang melihat sakit secara berbeda ketika sakit memberikan kesan bahaya, kehilangan dan tantangan, sehingga rasa sakit mempengaruhi pengalaman sakit dan bagaimana seseorang beradaptasi dengan rasa sakit.

#### 5) Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikapnya terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri. Pasien nyeri membutuhkan dukungan, pertolongan dan perlindungan. Meski kepedihan masih terasa, kehadiran orang-orang terkasih mengurangi kesepian dan ketakutan.

#### 6) Klasifikasi Nyeri

Beberapa tanda nyeri dijelaskan di bawah ini menurut Mubarak dkk, (2015) dalam Ratnasari, (2020).

a) Berdasarkan lokasi:

- (1) Nyeri perifer: nyeri permukaan, nyeri dalam, nyeri terarah, nyeri pada area yang bukan sumber nyeri.
- (2) Nyeri sentral akibat rangsangan pada susunan saraf pusat, sumsum tulang belakang, batang otak, dan lain-lain.
- (3) Nyeri psikogenik, nyeri yang dirasakan tanpa sebab organik, tetapi akibat trauma psikologis.
- (4) Nyeri semu adalah perasaan pada bagian tubuh yang sudah tidak ada lagi. Misalnya, pada orang yang diamputasi, nyeri bayangan terjadi akibat rangsangan yang kuat pada dendrit dibandingkan dengan rangsangan pada reseptor normal. Oleh karena itu, orang merasakan nyeri pada area yang dihilangkan.
- (5) nyeri menjalar, nyeri yang dirasakan pada sumbernya dan meluas ke jaringan sekitarnya.
- (6) Nyeri somatik dan nyeri viseral, kedua nyeri tersebut biasanya timbul pada kulit dan jaringan subkutan (dangkal) otot dan tulang.

b) Sifatnya :

- (1) Acak : muncul sewaktu-waktu lalu hilang.
- (2) Konstan : nyeri terus menerus dan dirasakan dalam jangka waktu lama.
- (3) Paroksismal : nyeri dirasakan sangat kuat dan hebat satu kali dan biasanya berlangsung 10-15 menit, kemudian hilang dan muncul kembali.
- (4) Nyeri yang tidak dapat diatasi: nyeri yang tidak dapat diobati atau dikurangi. Misalnya pada arthritis, pemberian obat pereda nyeri narkotika dikontraindikasikan karena lamanya penyakit dapat menimbulkan kecanduan

c) Menurut intensitas nyeri :

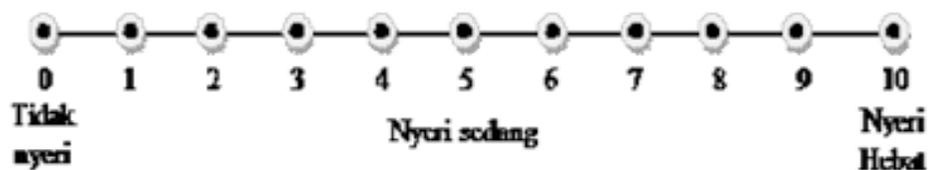
- (a) Nyeri ringan : lemah.
- (b) Nyeri sedang: menyebabkan reaksi fisiologis dan psikologis.
- (c) Nyeri hebat: hebat.

d) Bentuk nyeri

Menurut Mubarak (2015) dalam Ratnasari, (2020), bentuk nyeri dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis.

7) Cara mengukur intensitas nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran seberapa besar nyeri yang dirasakan seseorang, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, dan tidak menutup kemungkinan dua orang yang berbeda akan merasakan nyeri yang sama dengan cara yang sangat berbeda. Mengukur nyeri dengan pendekatan yang paling obyektif adalah dengan menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri (Mubarak, 2015 dalam Ratnasari, 2020). Skala Nyeri Penilaian Numerik



Gambar 2.2 Skala Penilaian Nyeri Numerik

Skala penilaian numerik (NRS) digunakan untuk menggantikan alat deskripsi kata. Dalam hal ini pasien menilai nyeri pada skala 0-10 dengan nilai. Skala paling efektif digunakan untuk mengevaluasi intensitas nyeri sebelum dan sesudah perawatan. Jika skala digunakan untuk menilai nyeri, maka nilai acuan yang disarankan adalah 10 cm (AHCPR, 1992 dalam Ratnasari, 2020).

8) Pengakajian Nyeri

Menurut Mubarak dkk (2015) dalam Ratnasari, (2020), penilaian nyeri yang akurat sangat penting untuk pengobatan yang efektif. Karena nyeri

merupakan pengalaman subjektif dan dialami setiap orang secara berbeda, maka perawat harus mengkaji seluruh faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosio kultural. Penilaian nyeri terdiri dari 2444 komponen utama yaitu riwayat nyeri dengan memperoleh data dari pasien dan observasi langsung respon perilaku dan fisiologis dari pasien. Tujuan evaluasi adalah untuk memperoleh pemahaman objektif tentang pengalaman subjektif. Pendekatan yang digunakan untuk menilai nyeri adalah PQRST.

Tabel 2.1 Pengkajian Nyeri

P ( <i>provoking</i> atau pemicu)	Yaitu faktor yang memperparah atau meringankan nyeri
Q ( <i>quality</i> atau kualitas)	Yaitu kualitas nyeri (misal, tumpul, tajam, merobek).
R ( <i>region</i> atau daerah)	Yaitu daerah penjalaran nyeri
S ( <i>severity</i> atau keganasan)	Yaitu intensitasnya
T ( <i>time</i> atau waktu)	Yaitu serangan, lamanya, frekuensi dan sebab.

## 9) Penanganan Nyeri

### a) Farmakologi

#### (1) Narkotik pereda nyeri

Narkotik pereda nyeri terdiri dari berbagai turunan opium seperti morfin dan kodein.

#### (2) Analgesik non-narkotika

Analgesik non-narkotika seperti aspirin, asetaminofen dan ibuprofen, selain efek analgesiknya mengurangi peradangan dan demam.

### b) Nonfarmakologi

#### (1) Relaksasi progresif

Aromaterapi lemon

##### (a) Definisi

Aromaterapi lemon (*Citrus limon*) adalah salah satu jenis aromaterapi yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri dan cemas. Selain itu juga dapat menurunkan panas, meningkatkan

sistem imun, anti oksidan, anti septik, dan menurunkan kemarahan (Nurghiwiati, 2015 dalam Dewi Siti Nurkhasanah, 2018).

(b) Metode alat yang digunakan

Ada banyak metode alat yang dapat digunakan, salah satunya metode alat yang digunakan adalah penggunaan diffuser.

Menggunakan diffuser (penguapan)

Diffuser adalah alat yang dapat mengubah minyak aromaterapi menjadi uap dan dapat menyebarkan aromanya ke seluruh ruangan. Alat diffuser memiliki bentuk yang berbeda seperti, wadah keramik (tungku) dengan lilin, ataupun yang memakai listrik. Pada saat menggunakan alat ini jangan digunakan dalam jangka waktu yang lama ((Elfira, 2020)

(c) Penggunaan (cara dan dosis)

Proses pemberian aromaterapi lemon menggunakan alat diffuser. Tahapan pelaksanaan dalam intervensi aromaterapi lemon subjek diukur tingkat skala nyeri dismenore terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi, kemudian anjurkan subjek untuk rileks dan biarkan subjek untuk menghirup aromaterapi lemon selama 30 menit dan jarak antara alat dan pasien 20 cm (Tusyukriyah, 2022).

Biasanya 1-3 tetes minyak esensial oil lemon.

(d) Manfaat Aromaterapi

Menurut Indah (2013) dalam D.S. Nurkhasanah, (2018) pengaruh minyak lemon terhadap perasaan tenang disebabkan oleh kandungan kimia utama minyak lemon yaitu linalool yang dapat meningkatkan sirkulasi dan menghantarkan pesan elektrokimia ke susunan saraf pusat. Selanjutnya linalool ini

akan menyebabkan spasmodik serta menurunkan aliran impuls saraf yang mentransmisikan nyeri.

(e) Efek Samping

Sejauh ini belum ada efek samping yang merugikan yang didapatkan dari pemberian aromaterapi lemon.

(2) Stimulasi kulit plasebo

Plasebo adalah zat yang tidak mempunyai efek farmakologis dalam bentuk yang diketahui pasien sebagai obat, misalnya kapsul, suntikan, dan lain-lain. Plasebo biasanya terdiri dari larutan gula, garam normal, atau air biasa.

(3) Teknik Distraksi

Distraksi merupakan suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan caramengarahkan perhatian pasien pada hal lain, sehingga pasien melupakan nyeri yang dialami.

5. Faktor Resiko

Menurut Apriana dan Putri (2016) ,beberapa faktor yang dapat membuat seorang melahirkan secara SC, yaitu:

- a. *Plasenta Previa*
- b. *oligohidramnion*
- c. Panggul sempit,
- d. Disproporsi panggul sama,
- e. Ancaman *ruptur uteri*,
- f. Persalinan lama atau partus tak maju,
- g. Distosia serviks,
- h. malformasi janin
- i. *Distosia* oleh tumor ,
- j. Gawat janin.

## 6. Komplikasi

Menurut Chamberlain, (2012) dalam Ratnasari, (2020), komplikasi operasi caesar adalah:

- a. Perdarahan, paling parah dari sudut sayatan rahim atau plasenta anterior.
- b. Infeksi, antibiotik profilaksis biasanya diberikan pada operasi caesar, terutama bila pembedahan dilakukan setelah ketuban pecah.
- c. Trombosis
  - 1) Resikonya 8 kali lebih tinggi dibandingkan setelah persalinan pervagina
  - 2) Biasanya terjadi pada pembuluh darah vena kaki atau panggul
  - 3) Resiko terjadinya emboli paru
  - 4) Antikoagulan diberikan sebagai tindakan preventif terutama pada ibu yang beresiko tinggi (over 35, anemia, trombosis, obesitas)
- d. Ileus
  - 1) Ileus ringan dapat berlangsung sehari setelah operasi
  - 2) Obati secara konservatif dengan cairan infus dan jangan berikan cairan oral sampai ibu mengalami perut kembung.

## B. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien menurut Setiadi, (2012) dalam Santa, (2019).

#### a. Pengumpulan data

Berupa identitas ibu yang meliputi:

- 1) Nama: untuk mengetahui nama pasien dan mempermudah dalam komunikasi dalam pengkajian.
- 2) Umur : apakah umur pasien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak.
- 3) Agama : sebagai keyakinan individu dalam proses kesembuhan

- 4) Alamat : mempermudah pertolongan persalinan dan mengetahui jarak rumah dengan tempat rujukan.
- 5) Suku bangsa : ras, etnis, dan keturunan biasanya diidentifikasi dalam memberi perawatan yang peka budaya pada pasien
- 6) Pendidikan : mengetahui tingkat pengetahuan pasien terhadap masalah kesehatan yang dialami.
- 7) Pekerjaan : mengkaji potensial kelahiran, premature dan perjalanan terhadap bahaya lingkungan kerja.
- 8) Nomor register : mempermudah dalam melihat riwayat perawatan terdahulu

b. Keluhan utama

Pasien dengan post op SC biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi.

1) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan pasien setelah SC.

P: Nyeri karena adanya luka post op SC

Q: Nyeri seperti disayat

R: Nyeri pada daerah jahitan (diatas simpisis pubis)

S: Nyeri ringan (1-3), sedang (4-6), berat (7-10)

T: Nyeri hilang timbul

b) Riwayat kesehatan terdahulu

Apakah pasien pernah mengalami operasi SC sebelumnya, adakah riwayat penyakit sebelumnya seperti jantung, hipertensi, DM dan lainnya.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, seperti jantung, hipertensi, DM serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis dan penyakit kelamin yang mungkin diturunkan pada pasien.

## 2) Riwayat Obstetri

Apakah pasien pernah mengalami kehamilan, persalinan, abortus dengan kode GxPxAx.

## 3) Riwayat Kontrasepsi

Apakah ibu pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipakai sebelumnya, apakah ada masalah pada pemakaian kontrasepsi dan setelah nifas apa akan menggunakan kontrasepsi kembali.

## Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

### a) Tanda-tanda Vital

Meliputi suhu, tekanan darah, nadi, respirasi, kesadaran dan keadaan umum.

### b) Pemeriksaan Kepala

Meliputi pemeriksaan kepala, rambut, wajah, mata, hidung, telinga, leher dan mulut serta gigi.

### c) Pemeriksaan Dada atau *Thorax*

Meliputi pemeriksaan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dada.

### d) Payudara

Memeriksa apakah asi pada payudara mengalami bendungan, atau asi keluar sedikit atau asi tidak keluar.

### e) Abdomen

Meliputi inspeksi luka operasi apakah mengalami infeksi atau tidak, seberapa panjang dan lebar luka, serta adakah perdarahan.

### f) Genetalia

Melihat adanya hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lochea meliputi warna, bau, jumlah dan konsistensinya, serta perdarahan pervagina.

### g) Anus Terdapat hemoroid atau tidak.

- h) Intergumen Meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur dan hiperpigmentasi.
- i) Ekstermitas Apakah terdapat varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis.
- j) Pola Kesehatan Fungsional
- k) Pola Nutrisi dan Metabolisme  
Pada pasien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena keinginan untuk menyusui bayinya.
- l) Pola aktivitas, pada post SC aktivitas masih terbatas, ambulasi secara bertahap, dilakukan 6 jam pertama dengan miring kanan kiri.
- m) Pola Eliminasi, Sering terjadi konstipasi sehingga pasien post sc takut untuk BAB.
- n) Istirahat dan Tidur, terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur ,
- o) Pola Sensori, Merasa nyeri pada luka post SC

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan (Dermawan, 2012 dalam Santa, 2019).

Berdasarkan SDKI (2016) masalah yang mungkin muncul sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan adanya luka post op SC (D.0007).

## 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012 dalam Santa, 2019).

Perencanaan untuk mengatasi nyeri akut sebagai berikut:

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d luka post op SC (D.0007)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan (L.08066) 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu aktivitas meningkat</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Sikap protektif menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kesulitan tidur menurun</li> <li>7. Menarik diri menurun</li> <li>8. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>9. Diaphoresis menurun</li> <li>10. Perasaan depresi menurun</li> <li>11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>12. Anoreksia menurun</li> <li>13. Perineum terasa tertekan menurun</li> <li>14. Uterus teraba membulat menurun</li> <li>15. Ketegangan otot menurun</li> <li>16. Pupil dilatasi menurun</li> <li>17. Muntah menurun</li> <li>18. Pola nafas membaik</li> <li>19. Frekuensi nafas membaik</li> <li>20. Tekanan darah membaik</li> <li>21. Fokus membaik</li> <li>22. Proses berfikir membaik</li> <li>23. Fungsi berkemih membaik</li> <li>24. Perilaku membaik</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi :</p> <p>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri</p> <p>Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</p> <p>Identifikasi peneruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</p> <p>Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>Berikan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri ( mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik , <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi, terbimbing, kompres hangat atau dingin)</p> <p>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>Anjurkan penggunaan analgetik secara tepat</p> <p>Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>

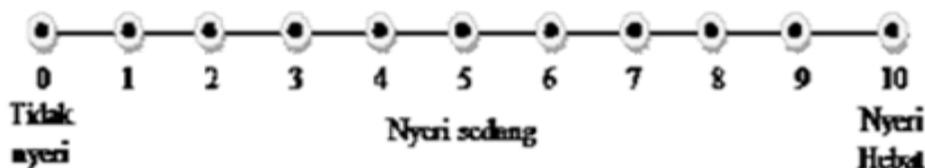
	25. Nafsu makan membaik	
	26. Pola tidur membaik	

Sumber : PPNI. SDKI (2016), SLKI (2018) dan SIKI (2018)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah kesehatan menuju kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Dokumentasi Keperawatan, 2017 dalam Ratnasari, 2020).

Implementasi yang dilakukan yaitu memberikan aromaterapi lemon *essensial oil* menggunakan *diffuser*, pada klien pemberian aromaterapi dengan jarak klien dan alat yaitu 30 cm dengan lama pemberian sekitar 15-30 menit. Sebelum tindakan dilakukan, terlebih dahulu menanyakan keluhan yang dirasakan klien dan menanyakan tingkat nyeri dengan menggunakan skala pengukuran nyeri atau NRS.



Gambar 2.3 Skala Penilaian Nyeri (NRS)

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari rangkaian proses keperawatan yang mengukur keberhasilan perencanaan dan pelaksanaan prosedur keperawatan yang memenuhi kebutuhan pasien (Dokumentasi Keperawatan, 2017 dalam Ratnasari, 2020).

Pada saat setelah selesai memberikan aromaterapi lemon *essensial oil* dengan alat *diffuser*, menanyakan perasaan klien setelah pemberian aromaterapi lemon *essensial oil*, menanyakan kembali skala nyeri setelah dilakukannya tindakan.