

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kekuasaan yang meningkatkan penampilan sehari-hari, kelegaan, (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang suatu yang melebihi masalah nyeri). Kenyamanan harus dipandang secara holistik yang mencakup 4 aspek yaitu:

- a. Fisik berhubungan dengan sensasi tubuh.
- b. Sosial berhubungan dengan interpersonal, keluarga dan sosial.
- c. Psikospiritual berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- d. Lingkungan berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur alamiah lainnya (Wahyudi & Wahid, 2016).

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman Akibat Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan pada tubuh (Wahyudi & Wahid, 2016).

b. Fisiologi Nyeri

Terdapat tiga komponen fisiologi dalam nyeri yaitu resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui *serabut saraf perifer*.

Serabut nyeri memasuki medula spinasis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam masa berwarna abu-abu di medula spinalis.

Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibito, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau tepi transmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya-upaya mempersiapkan nyeri(Wahyudi & Wahid, 2016).

c. Klasifikasi Nyeri

1) Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi

a) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Nyeri akut akan berhenti dengan sendirinya dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan (Andarmoyo, 2013).

b) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (Smeltzer & Bare, 2002).

Table 2.1
Klasifikasi Nyeri

Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Ringan sampai berat	Ringan sampai berat
Respons sistem syaraf simpatik: Peningkatan denyut nadi Peningkatan frekuensi pernafasan Peningkatan tekanan darah Diaforesis Dilatasi pupil	Respons sistem syaraf parasimpatik: Tanda-tanda vital normal Kulit kering, hangat Pupil normal atau dilatasi
Berhubungan dengan cedera jaringan; hilang dengan penyembuhan	Terus berlanjut setelah penyembuhan
Klien tampak gelisah dan cemas	Klien tampak depresi dan menarik diri

Klien melaporkan rasa nyeri	Klien sering kali tidak menyebutkan rasa nyeri kecuali ditanya
Klien menunjukkan perilaku yang mengindikasikan rasa nyeri; menangis, menggosok area nyeri, memegang area nyeri	Perilaku yang sering kali tidak muncul

2) Klasifikasi nyeri berdasarkan asal

a) Nyeri nonsiseptif

Nyeri nosiseptif adalah nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensititasi nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantar stimulus *noxious*. Nyeri nosiseptif perifer dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat dan lain-lain. Hal ini dapat terjadi pada nyeri post operatif dan kanker. Dilihat dari sifat nyerinya maka nyeri nosiseptif merupakan nyeri akut yang mengenai daerah perifer dan letaknya lebih terlokalisasi (Andarmoyo, 2013).

b) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Berbeda dengan nyeri nosiseptif, nyeri neuropatik bertahan lebih lama dan merupakan proses input saraf sensorik yang abnormal oleh sistem saraf perifer. Nyeri ini lebih sulit diobati. Pasien akan mengalami nyeri seperti terbakar, *tingling, shooting, shock like, hypergesia*, atau *allodynia*. Nyeri neuropatik dari sifat nyerinya merupakan nyeri kronis (Andarmoyo, 2013).

d. Respon Terhadap Nyeri

1) Respon fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medula spinalis menuju ke batang otak dan thalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stress. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang, dan nyeri yang superfisial menimbulkan reaksi (*flight* atau *fight*), yang merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus secara tipikal akan melibatkan organ-organ visceral, sistem saraf parasimpatis menghasilkan suatu suatu aksi. Respon fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan individu. Kecuali pada kasus-kasus nyeri berat yang menyebabkan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Dengan demikian klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperlihatkan tanda-tanda fisik (Wahyudi & Wahid, 2016).

2) Respon perilaku

Sensasi nyeri terjadi ketika merasakan nyeri. Gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri dapat ditunjukkan oleh pasien sebagai respon perilaku terhadap nyeri. Respon tersebut seperti mengkerutkan dahi, gelisah, memalingkan wajah ketika diajak bicara.

e. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

1) Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawatn yang menyebabkan nyeri. Anak –anak juga mengalami kesulitan secara verbal dan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Sedangkan pasien yang berusia lanjut, memiliki resiko tinggi

mengalami situasi yang membuat mereka merasakan nyeri akibat adanya komplikasi penyakit dan degeneratif.

2) Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh nangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri.

3) Kebudayaan

Beberapa kebudayaan yakni bahwa memperlihatkan nyeri adalah suatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian hal ini dapat mempengaruhi pengeliran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

4) Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbede-beda apabila nyeri tersebut memberikan kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

5) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6) Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan cemas. Apabila rasa cemas tidak terdapat perhatian dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius.

7) Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

8) Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman diri sebelumnya namun tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah dimasa datang.

9) Gaya coping

Individu yang memiliki lokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki lokus kendali eksternal mempersepsikan faktor lain di dalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir suatu peristiwa.

10) Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan umum kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

f. Efek Yang Disebabkan Oleh Nyeri

1) Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologis 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 otonom. Saat awutan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernafasan meningkat.

2) Efek perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vokal serta mengalami kerusakan dalam interaksi social. Pasien seringkali meringis, mengenyitkan 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 hygienen normal dan dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

g. Penanganan Nyeri

1) Farmakologi

a) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kofein. Narkotika dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengadakan ikatan dengan reseptor opiat dan mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Namun, penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernafasan di medula batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernafasan jika menggunakan analgesik jenis ini (Wahyudi & Wahid, 2016).

b) Analgesik non narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan Ibu profen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek antinflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi. Efek

samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus dan pendarahan (Wahyudi & Wahid, 2016).

2) Non farmakologi

a) Relaksasi progresif

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol dari ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri (Wahyudi & Wahid, 2016).

b) Stimulasi kutaneus placebo

Placebo merupakan zat tanpa kegiatan farmakologi dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan unjeksi, dan sebagainya. Placebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa (Wahyudi & Wahid, 2016).

c) Teknik distraksi

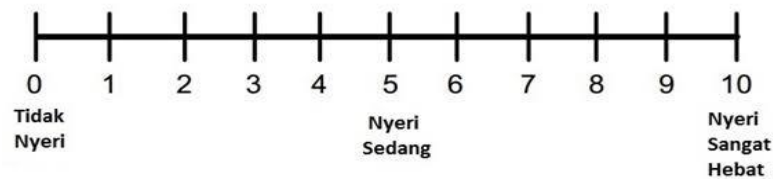
Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami (Wahyudi & Wahid, 2016).

h. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambar tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual. Pengkajian keperawatan pada individu yang mengalami nyeri dapat menggunakan alat-alat pengkajian nyeri untuk mengkaji persepsi nyeri seseorang. Alat tersebut dapat digunakan untuk mendokumentasikan kebutuhan intervensi, untuk mengevaluasi efektivitas intervensi dan untuk mengidentifikasi kebutuhan akan intervensi tambahan jika intervensi sebelumnya tidak efektif dalam meredakan nyeri individu (Smeltzer & Bare, 2002). Alat ukur skala nyeri yang dapat digunakan antara lain:

1) Numerik Rating Scale (NRS)

Skala penilaian NRS digunakan untuk menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala palinh efektif digunakan saat mengkaji nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk mengkajin nyeri, maka direkomendasikan opatokan 10 cm (Potter & Perry, 2006).



Gambar 2.1
Skala Nyeri NRS

Sumber: Wahyudi dan Wahid, 2016.

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.

2) Skala nyeri dengan observasi perilaku

Tabel 2.2
Skala Nyeri Observasi Perilaku (Saryono, 2010)

Keterangan	Skor:1	Skor: 2	Skor: 3
Muka	Tidak ada ekspresi atau senyuman tertentu, tidak	Wajah menyeringai, dahi berkerut.	Sering dahi tidak konstan rahang menegang, dahu

	mencari perhatian	Menyendiri	gemeter
Kaki	Rileks	Gelisah resah dan memegang	Menendang atau kaki menghentak
Aktivitas	Berbaring posisi normal, mudah bergerak	Menggeliat, menaikkan punggung dan maju, memegang	Menekuk, kaku atau menghentak
Menangis	Tidak menangis (saat bangun maupun saat tidur)	Merintih atau merengek, kadang-kadang mengeluh	Menangis keras, berpekik dan sering mengeluh
Hiburan	Isi rileks	Kadang-kadang hati tentram dengan sentuhan, memeluk berbicara untuk mengalihkan perhatian	Kesulitan untuk menghibur atau kenyamanan

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Riwayat

Data yang disimpulkan perawat dari klien dengan post partum sectio caesarea meliputi: umur, jenis kelamin, riwayat pembedahan dan riwayat medik lainnya.

b. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan utama: Pasien biasanya mengeluh nyeri disekitar area luka post partum sectio caesarea. Timbul keluhan nyeri pada area tersebut setelah dilakukan prosedur operasi sc. Sifat keluhan nyeri yang dirasakan terus-menerus, dapat hilang timbul dalam waktu yang lama.
- 2) Riwayat kesehatan sekarang: Selain mengeluh nyeri di area luka yang dioperasi, pasien tampak meringis dan gelisah.
- 3) Riwayat kesehatan masa lalu: Biasanya berhubungan dengan masalah kesehatan klien. oleh pasien sebelumnya, kemungkinan mengalami kondisi yang sama.
- 4) Penyakit kesehatan keluarga: tidak ada riwayat kesehatan keluarga

- 5) Pola pengkajian nutrisi dan cairan, pola pengkajian eliminasi, pola pengkajian aktivitas & istirahat dan pemeriksaan fisik (*Head to toe*).
- 6) Riwayat persalinan dan nifas yang lalu: seperti tahun lahir, jenis kelamin, penolong (dokter/bidan), dilahirkan secara normal atau sesar, keadaan bayi waktu lahir, dan masalah kehamilan.
- 7) Pengalaman menyusui: sebelumnya ibu/pasien memiliki pengalaman menyusui selama berapa bulan.
- 8) Riwayat periksa kehamilan: selama hamil ibu berapa kali periksa kehamilan selama 9 bulan.
- 9) Riwayat ginekologi: pemeriksaan untuk memastikan pasien menstruasi secara teratur atau tidak.
- 10) Masalah ginekologi: pemeriksaan untuk memastikan ada masalah atau tidak selama menstruasi.
- 11) Riwayat KB.
- 12) Pengkajian pola nutrisi : memastikan asupan nutrisi pasien cukup, dan tidak bermasalah.
- 13) Eliminasi: urine, kebiasaan BAK lancar, pasien menggunakan kateter atau tidak, kebiasaan BAB berapa kali, memastikan kostipasi BAB lembek atau cair.
- 14) Pola istirahat dan tidur: pola tidur kebiasaan, lama tidur berapa jam dalam semalam, frekuensi tidur, nyenyak atau tidak, keluhan ketidaknyamanan dimana saja.
- 15) Aktivitas: tingkat mobilitas baik atau tidak, masalah khusus apa saja.
- 16) Payudara dan abdomen: pada pagian payudara pasien sudah mengeluarkan asi atau belum, saat di palpasi apakah ada benjolan, dan pada bagian abdomen terdapat luka seperti apa dan berapa ukuran luka.
- 17) Obat-obatan dan laboratorium: melihat apa saja hasil laboratorium dan obat-obatan dengan resep dokter.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas, diagnosis aktual dan diagnosis resiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat dan optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan diagnosis promosi kesehatan (Icnp, 2015).

Pada diagnosis aktual, indikator diagnostiknya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala. Pada diagnosis resiko tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala, hanya memiliki faktor resiko. Diagnosa keperawatan ditegakkan atas dasar data pasien. Kemungkinan diagnosa keperawatan pasien dengan post partum sectio casarea adalah sebagai berikut:

a. Nyeri Akut

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.

2) Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma))
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terpotong, prosedur operasi)

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif: mengeluh nyeri

Objektif: tampak meingis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif: -

Objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri

b. Resiko Infeksi

1) Definisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogen lingkungan

2) Faktor resiko

Penyakit kronis (mis. diabetes melitus), efek prosedur infasif, malnutsirisi, penigkatan paparan oorganisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer

c. Intoleransi Aktivitas

1) Definisi

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hati

2) Penyebab

- a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b) Tirah baring
- c) Kelemahan
- d) Imobilitas
- e) Gaya hidup monoton

3) Gejala dan tanda minor

Subjektif : mengeluh lelah

Objektif : -

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif: merasa tidak nyaman saat dan setelah aktivitas, merasa lemah

Objektif: tekanan darah berubah

d. Gangguan Pola Tidur

1) Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

2) Penyebab

a) Kurang kontrol tidur

b) Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, pencahayaan)

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif: mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif : -

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif: mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif:-

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Tabel 2.3
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun. Dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Keluhan meringis menurun • Gelisah menurun • Frekuensi nyeri menurun • Frekuensi nadi menurun 	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri

			<p>pada kualitas hidup</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk • mengurangi rasa nyeri • fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan emicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk • mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Resiko infeksi (D.01420)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan tingkat infeksi (L.14137) menurun</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bengkak menurun • Kemerahan Menurun • Nyeri menurun <p>R : tidak ada kemerahan E : tidak ada odema E : tidak ada bengkak D : tidak ada pengeluaran ereksi A : luka tertutup</p>	<p>Pencegahan infeksi (1.145539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit di area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan limhkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian

			imunisasi, jika perlu
3	Intoleransi aktivitas (D.0056)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan toleransi aktivitas (L05047) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat • Keluhan lelah menurun • Perasaan lemah menurun 	<p>Manajemen energi (1.05178)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi ketidaknyamanan dalam melakukan aktivitas <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, dan kunjungan) • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang • Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
4	Gangguan pola tidur (D.0055)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan pola tidur (L.05045) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan sulit tidur menurun • Keluhan sering terjaga menurun • Keluhan tidak puas tidur menurun 	<p>Dukungan tidur (1.05174)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur (mis.fisik dan fisiologis) <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi lingkungan (mis.pencahayaan,suhu,, kebisingan, tempat tidur) batai waktu tidur siang, jika perlu • Tetapkan jadwal tidur

			Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
--	--	--	---

Sumber: SDKI, SLKI, SIKI (2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna memantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan.
- b. Diagnosis keperawatan.
- c. Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan.
- d. Tanda tangan perawat pelaksana.

5. Evaluasi Keperawatan

Merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus-menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan selesai tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya.

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. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Post Partum Sectio Caesarea

Caesar atau bedah cesar atau dikenal pula dengan caesarea section (disingkat c-section) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan, yang mana irisan dilakukan diperut ibu dan rahim untuk mengeluarkan bayi. Istilah caesar ini masih belum jelas, tetapi diperkirakan diambil dari kata kerja bahasa latin, caedere yang artinya “membedah” dan dari hukum Romawi dari istilah lex caesarea, yakni prosedur yang perlu dilakukan pada ibu hamil yang meninggal untuk menyelamatkan nyawa sang bayi (Akmal M dkk, 2016).

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam kondisi utuh dan bobot janin diatas 500 gram (Solehati, Tetti, & Cecep, 2015).

2. Etiologi Post Partum Sectio Caesarea

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 serviks atau 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) Indikasi relatif
 - a) Riwayat seksio sesarea
 - 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 seksio sesarea 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. 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. Doenges (2010) mengemukakan, manifestasi klinis section caesarea meliputi:

- a. Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
- b. Adanya luka insisi dibagian abdomen
- c. Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- d. Aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- e. Ada kurang lebih 600-800ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadap situasi baru pada perubahan emosional

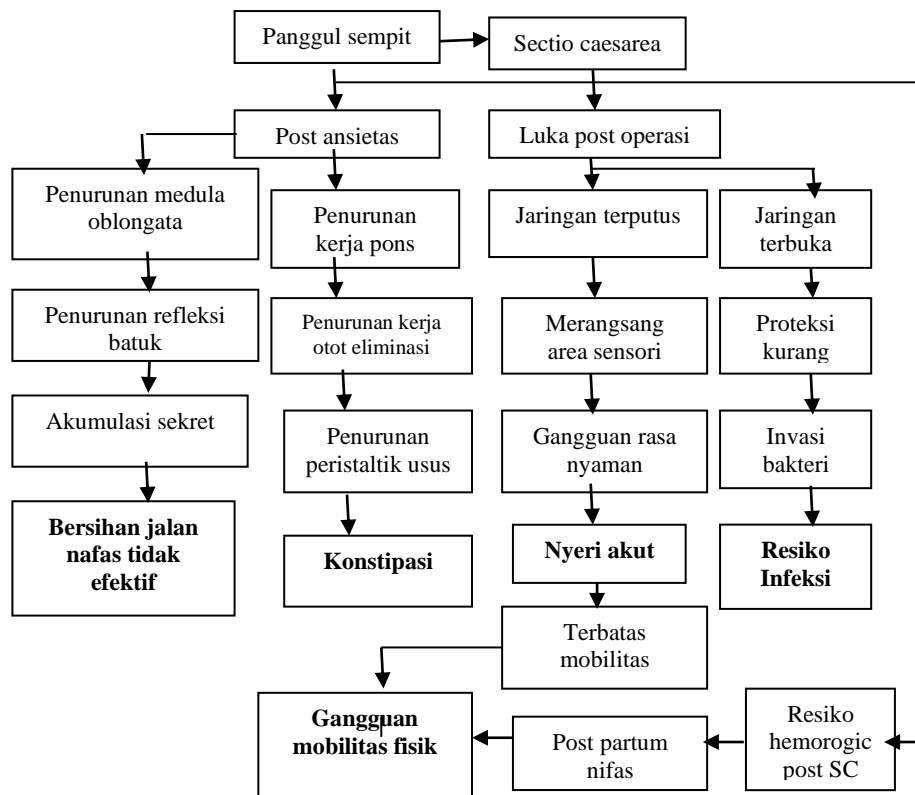
- g. Rata-rata terpasang kateter urinarius
- h. Tidak terdengarnya auskultasi bising usus
- i. Pengaruh anestesi dapat memicu mual dan muntah
- j. Status pulmonary bunyi paru jelas serta vesikuler
- k. Biasanya ada kekurangan pemahaman prosedur pada kelahiran SC yang tidak direncanakan

4. Jenis-Jenis Post Partum Sectio Saesarea

Jenis-jenis bedah caesar diantaranya (Akmal M dkk, 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)

5. Pathway Sectio Caesarea



Gambar 2.2
Pathway Sectio Caesarea

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2015)

6. Komplikasi

Beberapa komplikasi sectio caesarea, antara lain (Maryunani A, 2016):

a. Perdarahan:

Sectio caesarea adalah operasi vaskuler dan hilangnya darah umumnya antara 500 dan 100 ml. Perdarahan meningkat harus diantisipasi dalam kasus plasenta previa, kehamilan ganda dimana mungkin ada gangguan retraksi dari plasenta. Pasien dapat dengan cepat menjadi syok, untuk mengurangi perdarahan yang banyak dilakukan penjahitan sumber perdarahan tersebut. Namun, jika penjahitan itu gagal, mungkin perlu tindakan histerektomi.

b. Dehisensi dan eviserasi:

Dehisensi berarti terbukanya lapisan kulit subkutan dan fascia pada luka jahitan operasi. Pada eviserasi, peritoneum ikut terbuka sehingga omentum dan organ intra abdomen dalam terklip dari luar. Dehisensi mengakibatkan infeksi, memperpanjang masa rawat inap dan dapat menyebabkan hernia insisional

Dehisensi dan eviserasi umumnya terjadi dalam 2 minggu pasca operasi dengan onset dalam 24 jam pertama. 19 Pengaruh Kombinasi Diagnosis dibuat berdasarkan gambaran klinis yang meliputi terlihatnya luka yang membuka, keluarnya cairan serosanguinus dalam jumlah banyak dari luka jahitan operasi disertai dengan tanda-tanda radang akut.

c. Gastrointestinal (mual dan muntah pasca operasi):

Sakit gangguan pada fungsi gastrointestinal tidak berbahaya. Hal ini terjadi sebagai akibat dari anestesi, obat-obatan perioperatif, dan operasi itu sendiri. Umumnya pasien akan merasa mual, yang kadang disertai dengan muntah pasca operasi.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2.4
Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

No.	Peneliti	Judul	Hasil
1.	Ketrin Dwi Cahyani, Mutiara Dewi Listiyanawati (2022) Universitas Kusuma Husada Surakarta	Asuhan Keperawatan pada Post Partum Sectio Caesarea dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman dan Nyaman: Nyeri	Hasil evaluasi terhadap Ny. T yaitu pasien mengatakan sudah merasa nyaman setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, namun masih sedikit nyeri pada bekas luka SC, nyeri skala 4, hilang timbul dan meringis berkurang. Dari hasil studi kasus juga terbukti bahwa implementasi teknik relaksasi genggam jari bermanfaat dalam penurunan intensitas nyeri akibat luka insisi post operasi SC
2.	Ine Rufaidah (2022) Akademi Keperawatan	Gambaran Asuhan Keperawatan pada Ny. K dan Ny. J terhadap Teknik <i>Foot Hand Massage</i> dengan	Pada tahap pengkajian didapatkan kedua klien mengalami nyeri akut post operasi section caesarea. Pada klien 1

	Berkala Husada	Widya	Nyeri Akut Post Partum Sectio Caesarea di RSUD Pasar Rebo	dan 2 ditemukan kesamaan data yaitu dengan keluhan utama mengalami nyeri pada bagian abdomen bawah, kedua klien memiliki diagnosa keperawatan prioritas yang sama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik selama persalinan dan melahirkan. Pada tahap diagnosa keperawatan ditemukan 2 diagnosa yang sama dan 1 diagnosa berbeda pada kedua klien diagnosa yang sama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit . Ditemukan diagnosa yang berbeda pada klien 1 (Ny.K) yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi. Sedangkan pada klien 2 (Ny.J) yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi. Tahap perencanaan, ketidak nyamna post oprasi menjadi prioritas pada studi kasus ini dengan memiliki kriteria waktu 3x24 jam. Intervensi yang dibuat berdasarkan dengan referensi yang tersedia dan disesuaikan dengan kebutuhan kedua klien. Pada tahap pelaksanaan semua tindakan keperawatan sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat pada kasus Ny.K dan Ny.J salah satu tindakan keperawatan mandiri yang penulis melakukan untuk mengatasi masalah ketidak nyamanan post oprasi yaitu dengan terapi teknik foot hand massage, dan semua tindakan dilaksanakan dengan efektif dan sesuai yang telah direncanakan.
3	Lailia (2018)	Ainuhikma	Gambaran Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea Dengan Fokus Studi Pengelolaan Nyeri Akut Di RSUD Djojonegoro Kabupaten Temanggung	Hasil evaluasi terhadap pasien NY.A yaitu pasien mengatakan sudah merasa nyaman setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 hari, namun masih merasakan sedikit nyeri di bagian luka post partum sectio caesarea, skala nyeri 3, hilang timbul dan meringis berkurang , dari hasil studi kasus

			juga terbukti bahwa teknik relaksasi genggam jari bermanfaat dalam penurunan intensitas nyeri akibat luka insisi post partum sectio caesarea.
--	--	--	---