

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Nyeri

1. Pengertian

Association for the study of pain menyatakan nyeri merupakan pengalaman emosional dan sensori yang tidak menyenangkan yang muncul dari kerusakan jaringan secara aktual atau potensial atau menunjukkan adanya kerusakan. Menurut *The Taxonomy Commitee of The International Assocciation for the Study of Pain (IASP)* : Nyeri sebagai suatu pengalaman sensori atau emosional yang tidak menyenangkan, berkaitan dengan adanya atau potensial adanya lesi jaringan. Nyeri dapat dijelaskan lebih lanjut sebagai suatu yang kompleks, individual, dan fenomena multi faktor, yang dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu fisiologis, bioogis, sosiokultural dan ekonomis (Maryunani, 2013).

2. Fisiologi Nyeri Secara Umum

Munculnya nyeri sangat berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki atau bahkan nyeri yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada organ viseral, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, brakidini, prostaglandin dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik atau mekanis (Maryunani, 2013).

Selanjutnya stimulasi yang diterima oleh respon tersebut ditransmisikan berupa implus-implus nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermyelin rapat atau serabut A (*delta*) dan serabut lamban (serabut C). Implus-implus yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang di transmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal*

root) serta sinaps pada dorsal horn, dorsal horn sendiri terdiri atas beberapa lapisan atau laminae yang saling bertautan (Maryunani, 2013).

Diantara lapisan dua dan tiga membentuk substansia gelatinosa yang merupakan saluran utama implus. Kemudian implus nyeri menyeberang sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal asendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (SST) atau jalur *spino thalamus* dan *spinoreticular tract* (SST) yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi nyeri.

Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terdapat dua jalur terjadinya nyeri yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate, jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal desendens dari thalamus yang melalui otak tengah dan medulla ke tanduk dorsal tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor implus supresif. Serotonin merupakan *neurotransmitter* dalam implus supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi nociceptor yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur nonopiate merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respon terhadap *naloxone* yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Maryunani, 2013).

Perjalanan nyeri saat informasi nyeri sampai di otak, sinyal tersebut tidak berhenti berproses, namun beberapa sinyal menuju korteks motorik kemudian turun melalui spinal kord menuju saraf motorik. Impuls ini menyebabkan kontraksi otot menuju tangan atau bagian tubuh mana pun yang mengalami stimulasi nyeri (Maryunani, 2013). Otak juga dapat memengaruhi persepsi nyeri yang dapat dibuktikan dengan adanya hal berikut.

- a. Nyeri akibat luka potongan pada tangan dengan cepat dapat mengalami penurunan intensitas.
- b. Jika kita melakukan distraksi maka kita tidak akan memikirkan nyeri dan nyeri yang kita rasakan itu akan berkurang.
- c. Penggunaan *placebo* dapat menurunkan rasa nyeri seseorang.

Penghantaran nyeri secara desenden dimulai pada bagian *korteks somatosensori* (yang disalurkan menuju *thalamus*) dan *hypothalamus*.

Saraf *thalamus* menurun menuju *mid brain* (otak tengah) kemudian membentuk sinaps dengan jalur nyeri asenden dalam *medulla* dan *spinal cord* dan menghambat sinyal saraf asenden. Hal ini menyebabkan terbentuknya analgesik alami tubuh yang disebabkan oleh stimulasi *opiate neurotransmitter* penurun nyeri, seperti *endhopin*, *dynorphin* dan *ankephalin*.

Sinyal nyeri dapat dihentikan oleh sistem saraf otonom saat mereka melalui *medulla* dan dapat menyebabkan peningkatan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi pernapasan, dan produksi keringat. Reaksi ini tergantung pada intensitas nyeri yang dirasakan dan dapat menyebabkan depresi otak pusat pada korteks (Maryunani, 2013).

Seperti halnya perjalanan nyeri asenden yang melewati *spinal cord* dan *medulla*, sinyal desenden juga dapat dihentikan yang bersifat *neuropathic pain* karena adanya kerusakan pada saraf perifer, *spinal cord*, atau otak sendiri. Namun pengaruh kerusakan tersebut mempunyai reaksi minimal pada jalur nyeri desenden pada otak. Pengaruh jalur desenden bisa juga berpengaruh terhadap nyeri *psikogenik* (persepsi nyeri yang tidak disebabkan oleh faktor fisik) (Maryunani, 2013).

Pikiran dan emosi dapat memengaruhi jalur nyeri asenden dan desenden. Beberapa faktor fisik dan psikologis yang dapat memengaruhi persepsi nyeri antara lain sebagai berikut.

- a. Umur: otak mengalami degenerasi seiring dengan penambahan umur seseorang sehingga orang yang lebih tua mempunyai ambang nyeri lebih rendah dan lebih banyak mengalami masalah dengan penurunan sensasi nyeri.
- b. *Gender*: peneliti menemukan bahwa wanita memiliki sensitivitas lebih tinggi terhadap nyeri daripada pria. Hal ini menyebabkan adanya ciri genetik tertentu sesuai jenis kelamin dan perubahan hormonal yang memengaruhi persepsi nyeri. Faktor psikologis juga berpengaruh, di mana pria tidak terlalu menampakkan nyeri yang mereka rasakan.
- c. Kelelahan: seseorang akan merasakan peningkatan sensasi nyeri saat

tubuh mengalami stress, kelelahan, dan gangguan tidur.

- d. *Memory*: rasa nyeri yang pernah dialami akan memengaruhi respons *neural* seseorang (memori berasal dari sistem *limbic*) (Maryunani, 2013).

3. Patofisiologi Nyeri

Nyeri timbul akibat adanya rangsangan pada reseptor nyeri yang banyak dijumpai pada lapisan epidermis kulit dan pada beberapa jaringan di dalam tubuh. Reseptor nyeri merupakan ujung-ujung bebas serat saraf aferen A delta dan C (Mangku & Senapathi, 2018). Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi rangsangan nyeri yang berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan (Prasetyo, 2013).

Rangkaian proses yang menyertai antara kerusakan jaringan (sebagai sumber stimuli nyeri) sampai dirasakannya persepsi nyeri adalah suatu proses elektro-fisiologik, yang disebut sebagai nosisepsi, ada empat proses yang terjadi menurut Mangku & Senapathi (2018), yaitu :

a. Transduksi (*Transduction*)

Suatu proses dimana akhiran saraf aferen mengantarkan stimulus ke dalam impuls reseptor nyeri. Ada dua tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, serabut A-delta dan serabut saraf C. Serabut saraf A-delta mempunyai karakteristik menghantarkan nyeri dengan cepat, serabut saraf C berukuran sangat kecil dan bersifat lambat dalam menghantarkan nyeri.

b. Transmisi (*Transmission*)

Proses penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi. Impuls ini akan disalurkan oleh serabut saraf A-delta dan serabut saraf C sebagai neuron pertama dari perifer ke medulla spinalis.

c. Modulasi (*Modulation*)

Modulasi adalah proses interaksi antara sistem analgesik endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke kornu posterior medula spinalis. Sistem analgesik endogen meliputi, enkefalin, endorfin, serotinin, dan noradrenalin yang mempunyai efek menekan impuls nyeri pada kornu

posterior medulla spinalis. Dengan demikian kornu posterior diibaratkan sebagai pintu gerbang nyeri yang bisa tertutup atau terbuka untuk menyalurkan impuls nyeri. Proses tertutupnya atau terbukanya pintu nyeri tersebut diperankan oleh sistem alangesik endogen tersebut di atas.

d. Persepsi (*Perception*)

Hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi, transmisi dan modulasi yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subyektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri.

4. Klasifikasi “Nyeri” Secara Umum

- a. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi 6 bulan, dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.
- b. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis dan psikosomati.

Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronis
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status ekonomi
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung
Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari enam bulan sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitas sehingga sulit dievaluasi (perubahan perasaan)
Gejala-gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respons yang bervariasi sedikit gejala-gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat

(Sumber: Maryunani, 2013)

Selain klasifikasi nyeri di atas, terdapat nyeri yang spesifik, diantaranya nyeri somatis, nyeri verisal, nyeri menjalar, (referent pain), nyeri psikogenik, nyeri phantom dari ekstermitas, nyeri neurologis dan lain-lain. Nyeri somatis dan nyeri varisal ini pada umumnya bersumber dari kulit dan jaringan dibawah kulit (superfisial) pada otot dan tulang, perbedaan antara kedua nyeri ini dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.2
Perbedaan Nyeri Somatis dan Veriseral

Karakteristik	Nyeri somatis		Nyeri viseral
	Supervisial	Dalam	
Kualitas	Tajam, menusuk, membakar	Tajam, tumpul, nyeri terus tidak	Tajam, tumpul, nyeri terus dan kejang
Menjalar Stimulasi	Tidak torehan, abrasi terlalu panas dan dingin	Torehan, panas, iskemia, pergeseran tempat	Ya Distensi, iskemia, spasmus, iritasi kimiawi (tidak ada torehan)
Reaksi Autonom	Tidak	Ya	Ya
Refleks Kontraksi Otot	Tidak	Ya	Ya

(Sumber : Maryunani, 2013)

5. Dampak Nyeri SC

Terdapat beberapa dampak negatif yang ditimbulkan karena nyeri, yaitu mobilisasi fisik menjadi terbataas, terganggunya *bonding attachment*, terbatasnya *activity daily living* (ADL), Inisiasi Menyusu Dini (IMD) tidak terpenuhi dengan baik, berkurangnya nutrisi bayi karena ibu masih nyeri akibat SC, menurunnya kualitas tidur, menjadi stres dan cemas atau ansietas, dan takut apabila dilakukan pembedahan kembali. Terdapat beberapa penelitian yang menunjukkan tentang dampak negatif dari nyeri, Ibu post SC juga mengalami nyeri ketika berkemih, menyusui, tidur, makan dan defekasi. Sebanyak 40% ibu mengalami kesulitan ketika menyusui karena nyeri. Dari uraian hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa nyeri mengganggu aktifitas fisik sehari-hari termasuk menyusui. Ketika menyusui terganggu, maka nutrisi untuk bayi akan berkurang dan akan menyebabkan terganggunya *bonding attachment* atau hubungan psikologis antara ibu dan bayi (Rini & Indri, 2018).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Orun (2018) mengenai IMD

pada ibu post SC didapatkan hasil bahwa hanya terdapat 2.8% yang melakukan IMD pada 30 menit pertama setelah persalinan, dan 18.9% satu jam setelah persalinan. Dalam tiga jam pertama, frekuensi menyusui pada ibu melahirkan bayi secara normal lebih tinggi dari pada ibu dengan persalinan SC. Hal ini membuktikan bahwa IMD tidak dapat dilakukan secara maksimal pada ibu post SC. Seseorang yang memilih untuk melahirkan melalui SC mengalami stres dan ansietas lebih tinggi dibanding dengan ibu yang memilih melahirkan secara normal. Ibu yang menjalani elektif CS memiliki tingkat yang lebih tinggi dari postpartum gangguan depresi (32,68 %) dibandingkan mereka yang menjalani persalinan normal (17,8 %)(Kuo et al., 2014).

Semakin tinggi angka nyeri, semakin tinggi stres yang dialami. Ibu dengan nyeri post SC juga mengalami penurunan kualitas tidur. Terdapat 139 responden pada suatu penelitian, dengan hasil ibu post SC tidur rata-rata hanya 4 jam, dan 34% diantaranya sering terjaga terutama dalam 1 minggu post SC (Kuo et al., 2014).

6. Fisiologi Nyeri Secara Umum

Munculnya nyeri sangat berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki atau bahkan myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada organ viseral, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik atau mekanis (Maryunani, 2010).

Selanjutnya stimulasi yang diterima oleh respon tersebut ditransmisikan berupa implus-implus nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermyelin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang di transmisikan ke serabut C. Serabut-

serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinapas pada *dorsal horn*, dorsal horn sendiri terdiri atas beberapa lapisan yang saling bertautan (Maryunani, 2013).

Diantara lapisan dua dan tiga membentuk substansia gelatinosa yang merupakan saluran utama implus. Kemudian implus nyeri menyeberang sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal asendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (SST) atau jalur *spino thalamus* dan *spinothalamic tract* (SST) yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi nyeri.

Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terdapat dua jalur terjadinya nyeri yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate, jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal desendens dari thalamus yang melalui otak tengah dan medulla ke tanduk dorsal tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptorimplus supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam implus supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi nociceptor yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur nonopiate merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respon terhadap naloxone yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Maryunani, 2013).

7. Efek yang Ditimbulkan Akibat Nyeri

Terdapat beberapa aspek yang berkaitan dengan nyeri pada persalinan dapat mempengaruhi proses kelahiran itu sendiri. Pengaruh utama yang terjadi adalah karena terpicunya sistem simpatis dimana terjadi peningkatan kadar plasma dari katekolamin, terutama epineprin. Nyeri yang diakibatkan oleh persalinan dapat disimpulkan menjadi beberapa hal dibawah ini (Maryunani, 2013).

Psikologis : Penderitaan, ketakutan dan kecemasan.

Kardiovaskuler : Peningkatan kardiak output, tekanan darah, frekuensi nadi dan resistensi perifer sistemik.

Neuroendokrin : Stimulasi sistem simpato-adrenal, peningkatan kadar plasma katekolamin, ACTH, kortisol, ADH, β -endorfin, β -lipoprotein, renin, angiotensi.

Metabolik : Peningkatan kebutuhan O₂, asidosis laktat, hiperglikemia, lipolisis.

Gastrointestinal : Penurunan pengosongan lambung.

Rahim/uterus : Inkoordinasi kontraksi uterus/rahim.

Uteroplasental : Penurunan aliran darah uteroplasental.

Fetus/janin : Asidosis akibat hipoksia pada janin.

8. Penatalaksanaan

a. Tindakan Farmakologi

WHO mengkombinasikan penggunaan obat-obatan analgesik dan adjuvan yang efektif untuk mengontrol nyeri. Obat adjuvan adalah obat yang digunakan untuk meningkatkan kemanjuran dari obat opiat, menghilangkan gejala yang timbul bersamaan dengan serangan nyeri dan bertindak sebagai analgesik pada tipe nyeri tertentu.



Gambar 2.1
Penatalaksanaan Nyeri
(Sumber: Prasetyo, 2013)

Pada tangga di atas merekomendasikan bahwa penggunaan analgetik yang disertai atau tidak disertai adjuvan ditentukan oleh tingkat keparahan dari nyeri yang dirasakan. Untuk nyeri ringan (1-3 pada skala 0-10) maka direkomendasikan penggunaan pada tangga pertama yaitu nonopioid yang disertai atau tanpa obat-obatan adjuvan. Apabila nyeri yang dirasakan klien menetap atau skala nyeri meningkat (nyeri sedang skala 4-6 pada skala 0-10), WHO merekomendasikan penggunaan opioid lemah, disertai atau tanpa nonopioid, dan disertai atau tanpa obat adjuvan. Apabila dengan pemberian obat pada tangga ke tiga nyeri masih menetap atau bahkan meningkat (nyeri berat skala

nyeri 7-10 pada skala 0-10) opioid kuat dapat digunakan, nonopioid sebaiknya siteruskan dan obat adjuvan juga harus dipertimbangkan penggunaannya.

b. Terapi Nonfarmakologi

Tindakan pengontrolan nyeri nonfarmakologi digunakan untuk mendukung terapi farmakologi yang sudah diberikan. Dalam pelaksanaannya, klien dan keluarga perlu dilibatkan dalam merencanakan tindakan nonfarmakologi sehingga ketika klien dan keluarga dapat melakukannya dengan efektif ketika harus menajlani perawatan di rumah.

Jenis tindakan nonfarmakologi diantaranya :

1) Relaksasi Dengan Pernapasan

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Dengan memperhatikan kontrol pernafasan, diharapkan kondisi ibu menjadi rileks, dimana seluruh sistem saraf, organ tubuh, dan panca indra ibu beristirahat untuk melepaskan ketegangan.

2) Distraksi

Distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal lain diluar nyeri, yang dengan demikian diharapkan dapat menurunkan kewaspadaan pasienterhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

3) Akupuntur

Akupuntur adalah terapi pengobatan kuno yang berasal dari china, di mana akupuntur menstimulasi titik-titik tertentu pada tubuh untuk meningkatkan aliran energi di sepanjang jalur meridian.

4) Akupresur

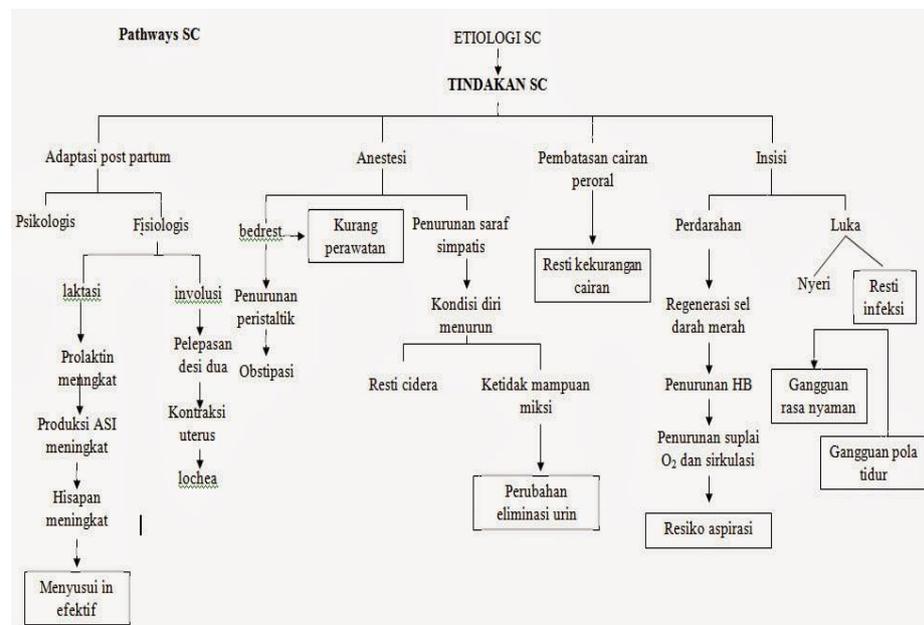
Terdapat beberapa teknik akupresur yang dapat dilakukan oleh klien secara mandiri untuk membebaskan rasa nyeri. Klien dapat menggunakan ibu jari untuk memberikan tekanan pada titik

akupresur untuk membebaskan ketegangan pada otot kepala, bahu atau leher.

5) Aromaterapi

Aromaterapi adalah terapi yang menggunakan *essensial oil* atau sari minyak murni untuk membantu memperbaiki atau menjaga kesehatan, membangkitkan semangat, menyegarkan serta membangkitkan jiwa raga. *Essensial oil* yang digunakan disini meruoakan cairan hasil sulingan dari berbagai jenis bunga, akar, pohon, biji, getah, daun dan rempah-rempah yang memiliki khasiat untuk mengobati.

9. Pathway



Gambar 2.2 Patway SC
(Sumber: Maryunani, 2013)

10. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Potter dan Perry (2014) faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri adalah sebagai berikut :

a. Usia

Usia sangat mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan orang dewasa. Pada anak mereka belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkajinya. Pada orang dewasa mereka

melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Pada lanjut usia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal biasa yang harus dijalani dan mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika diperiksakan.

b. Jenis Kelamin

Laki-laki dan perempuan tidak berbeda secara signifikan dalam merespon nyeri, justru lebih dipengaruhi faktor budaya dan faktor biokimia. Namun kebutuhan narkotik pasca post operasi pada perempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa pada perempuan lebih mengartikan negatif terhadap nyeri.

c. Perhatian

Tingkat seorang pasien menfokuskan perhatiannya terhadap nyeri dapat mempengaruhi persepsinya terhadap nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya untuk pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

d. Budaya

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu menyatakan atau mengekspresikan nyeri. Selain itu juga latar belakang budaya dan sosial mempengaruhi pengalaman dan penanganan nyeri (Brannon et al., 2014). Budaya dan etnisitas mempunyai pengaruh bagaimana seseorang merespon nyeri, bagaimana seseorang berperilaku ataupun berespon terhadap nyeri (Smeltzer & Bare, 2015).

e. Ansietas atau Kecemasan

Hubungan antara nyeri dan kecemasan bersifat kompleks. Cemas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi juga seringkali menimbulkan suatu perasaan kecemasan. Sama hubungannya cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang menjadi cemas. Sulit untuk memisahkan dua sensasi,

stimulus nyeri dan cemas mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakinkan.

f. Dukungan keluarga dan support sosial

Kehadiran orang terdekat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi respon terhadap nyeri. Seorang pasien yang sedang dalam keadaan nyeri sangat bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran dari keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran dari orang yang dicintai pasien akan meminimalkan ketakutan dan kesepian.

11. Intensitas Nyeri dan Pengukuran Skala Nyeri

Indikator adanya dan intensitas nyeri yang paling penting adalah laporan ibu tentang nyeri itu sendiri. Namun demikian, intensitas nyeri juga dapat ditentukan dengan berbagai macam cara. Salah satu caranya adalah dengan menanyakan pada ibu untuk menggambarkan nyeri atau rasa tidak nyamannya. Metode lainnya adalah dengan meminta ibu untuk menggambar beratnya nyeri atau rasa tidak nyamannya dengan menggunakan skala (Maryunani, 2013).

Skor/nilai skala nyeri dapat dicatat pada *flow chart* untuk memberikan pengkajian nyeri yang berkelanjutan. Metode yang ketiga adalah dengan meminta ibu untuk membuat tanda X (silang) pada skala analog. Penggunaan skala intensitas nyeri adalah mudah dan merupakan metode terpercaya dalam menentukan intensitas nyeri ibu. Skala seperti ini memberikan konsistensi bagi petugas kesehatan untuk berkomunikasi dengan klien/ibu dan petugas kesehatan lainnya. Komponen-komponen nyeri yang penting dinilai adalah PAIN : *Pettern* (pola-nya), Area, Intensitas dan *Nature* (sifat-nya) : (Maryunani, 2013).

a. Pola Nyeri (*Pattern Of Paint*)

Pola nyeri meliputi waktu terjadinya nyeri, durasi, dan interval tanpa nyeri. Oleh karena itu, petugas kesehatan dapat menentukan kapan nyeri mulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri ini berulang, dan jika iya, lamanya interval tanpa nyeri, dan kapan nyeri terakhir

terjadi. Pola nyeri diukur dengan menggunakan kata-kata (verbal). Ibu diminta untuk menggambarkan nyeri sebagai variasi pola konstan, intermittent atau transient. Ibu juga ditanyakan waktu dan kapan nyeri mulai berlangsung dan berapa lama nyeri berlangsung untuk mengukur saat serangan nyeri dan durasi nyeri (Maryunani, 2013).

b. Area Nyeri (*Area of Pain*)

Area nyeri adalah tempat pada tubuh dimana nyeri terasa. Petugas kesehatan dapat menentukan lokasi nyeri dengan menanyakan pada pasien untuk menunjukkan area nyeri pada tubuh (Maryunani, 2013).

c. Intensitas Nyeri (*Intensity of Pain*)

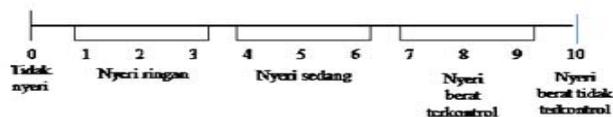
Intensitas nyeri adalah jumlah nyeri yang terasa. Intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan angka 0 sampai 10 pada skala nyeri (Maryunani, 2013).

d. *Nature/ Sifat Nyeri (Nature of Pain)*

Sifat nyeri adalah bagaimana nyeri terasa pada pasien. Sifat nyeri/kualitas nyeri dengan menggunakan kata-kata. Lebih jelasnya, untuk mengukur skala nyeri dapat digunakan alat yang berupa Verbal *Descriptor Scale* (VDS) yang terdiri dari sebuah garis lurus dengan 5 kata penjelas dan berupa urutan angka 0 sampai 10 yang mempunyai jarak yang sama sepanjang garis (Potter & Perry, 2014).

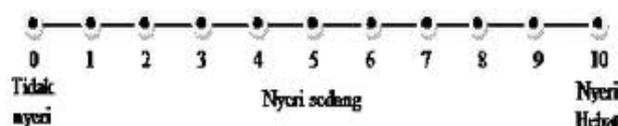
Contoh cara untuk mengukur skala nyeri adalah sebagai berikut :

1) Skala Intensitas Nyeri Deskriptif



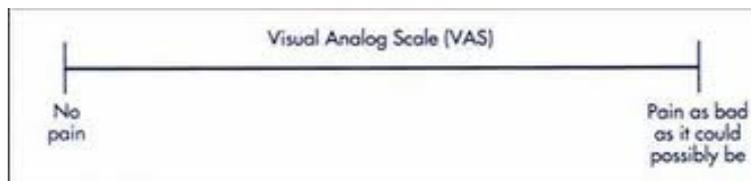
Gambar 2.3
Skala Nyeri Deskriptif

2) Skala Identitas Nyeri Numerik



Gambar 2.4
Skala Nyeri Numerik

3) Skala Analog Visual Analog Scale (VAS)



Gambar 2.5
Skala Analog Visual Analog Scale (VAS)

Keterangan :

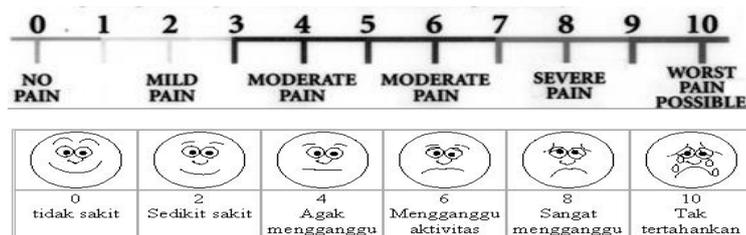
Tabel 2.3 Keterangan skala nyeri

Skala	Tanda Gejala
0	Tidak ada rasa sakit : merasa normal
1	Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) : Sangat ringan seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu anda tidak pernah berpikir tentang rasa sakit.
2	Tidak menyenangkan : Nyeri ringan seperti cubitan ringan pada kulit
3	Bisa ditoleransi : Nyeri sangat terasa, seperti dipukul atau rasa sakit karna suntikan
4	Menyedihkan : Kuat, nyeri yang dalam seperti sengatan lebah
5	Sangat menyedihkan : Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti saat kaki sedang terkilir
6	Intens : Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra anda. Menyebabkan tidak focus, komunikasi terganggu.
7	Sangat intens : Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra anda menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri
8	Benar-benar mengerikan : Nyeri begitu kuat sehingga anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
9	Menyiksa tak tertahankan : Nyeri begitu kuat sehingga anda tidak bias mentoleransinya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya. Tidak peduli apa efek samping atau risikonya.
10	Sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan : Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini. Karena sudah keburu pingsan seperti mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Namun, makna istilah-istilah ini berbeda bagi perawat dan klien.

Dari waktu ke waktu informasi jenis ini juga sulit untuk dipastikan.

4) Skala Nyeri Muka



Gambar 2.6
Skala Nyeri Muka

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale*, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diurut dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien Skala analog visual (*Visual Analog Scale*, VAS) tidak melebel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau dua angka (Zakiah, 2015).

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengkonsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya. Apabila klien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat. Skala deskriptif bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, tapi juga, mengevaluasi perubahan kondisi klien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan (Zakiah, 2015).

B. Konsep *Sectio Caesarea* (SC)

1. Pengertian

Ada beberapa teori tentang defenisi *sectio caesarea*, dan masing masing mempunyai pengertian yang berberda tetapi makna yang sama yaitu: *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut dan vagina, atau *sectio caesarea* adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dalam rahim (Mochtar, 2013).

Sectio caesarea adalah suatu persalihan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Wiknjosastro, 2016).

2. Jenis- Jenis *Sectio Caesarea* (SC)

a. Segmen Bawah : Insisi Melintang

Insisi melintang segmen bawah ini merupakan prosedur pilihan. Abdomen dibuka dan uterus disingkapkan. Lipatan vesicouterina peritoneum (*bladder flap*) yang terletak dekat sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah dan bersama-sama kandung kemih didorong kebawah serta ditarik agar tidak menutupi lapangan pandangan. Pada segmen bawah uterus dibuat insisi melintang yang kecil, luka insisi ini dilebarkan ke samping dengan jari-jari tangan dan berhenti didekat daerah pembuluh-pembuluh darah uterus.

Kepala janin yang pada sebagian besar kasus terletak dibalik insisi diekstraksi atau didorong, diikuti oleh bagian tubuh lainnya dan kemudian plasenta serta selaput ketuban. Insisi melintang tersebut ditutup dengan jalan jahitan kembali pada dinding uterus sehingga seluruh luka insisi terbungkus dan tertutup dari rongga peritoneum generalisata. Dinding abdomen ditutup lapis demi lapis (Oxorn & Forte, 2013).

Keuntungan dari insisi ini adalah insisi dilakukan pada segmen bawah uterus, otot tidak dipotong tetapi dipisahkan ke samping, cara

ini mengurangi perdarahan. Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan dibanding segmen atas yang tebal sehingga keseluruhan luak insisi terbungkus oleh lipatan vesicouterina sehingga mengurangi perembesan ke dalam cavum peritonia generralisata (Andriani, 2023).

b. Segmen Bawah: Insisi Membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama pada insisi melintang. Insisi membujur dibuat dengan skapel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

Insisi membujur mempunyai keuntungan, yaitu kalau perlu luka insisi bisa diperlebar ke atas. Pelebaran ini diperlukan kalau bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau kalau ada anomaly janin seperti kehamilan kembar yang menyatu (*conjoined twins*). Sebagian ahli kebidanan menyukai jenis insisi ini untuk plasenta previa.

Salah satu kerugian utamanya adalah perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot. Juga, sering luka insisi tanpa dikehendaki meluas ke segmen atas sehingga nilai penutupan retroperitoneal yang lengkap akan hilang (Oxorn & Forte, 2013).

c. *Sectio Caesarea* Klasik

Insisi klasik atau vertical dilakukan ketika terdapat adhesi akibat kelahiran *caesarea* sebelumnya, jika janin berada dalam keadaan letak lintang, atau jika implantasi plasenta terjadi di sebelah anterior.

2) Insisi klasik dilakukan lewat abdomen pada uterus atas.

3) Jenis insisi ini dapat digunakan pada pasien *plasenta previa* karena insisi dapat dilakukan tanpa memotong plasenta.

4) Kemungkinan kelahiran pervaginam sesudah kelahiran caesarea pada jenis insisi ini sangat kecil karena insisi dilakukan pada bagian utama uterus yang paling aktif melakukan kontraksi (Lockhart & Saputra, 2014).

d. *Sectio Caesarea Extraperitoneal*

Pembedahan ini dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode *sectio caesarea extraperitoneal*, seperti metode Waters, Latzko dan Norton. Teknik pada prosedur ini relative sulit, sering tanpa sengaja masuk ke dalam vacuum peritonei, dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat. Perawatan prenatal yang lebih baik, penurunan insidensi kasus yang terlantar, dan tersedianya darah serta antibiotic telah mengurangi perlunya teknik extraperitoneal. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan bagi kasus-kasus tertentu (Oxorn & Forte, 2013).

e. Histerektomi *Caesarea*

Pembedahan ini merupakan *sectio caesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Kalau mungkin histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi, karena pembedahan subtotal lebih mudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan subtotal menjadi prosedur pilihan kalau terdapat perdarahan hebat dan pasiennya shock, atau kalau pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini, tujuan pembedahan adalah menyelesaikannya secepat mungkin.

Histerektomi caesarea dilakukan atas indikasi; perdarahan akibat atonia uteri setelah terapi konservatif gagal, perdarahan yang tidak dapat dikendalikan pada kasus-kasus *plasenta previa* dan *abruption plasenta tertentu*, *plasenta accrete*, *fibromyoma* yang multiple dan luas, pada kasus-kasus yang terlantar dan terinfeksi kalau resiko peritonitis generalisata tidak dijamin dengan mempertahankan uterus, misalnya pada seorang ibu yang sudah memiliki beberapa anak dan tidak ingin menambahnya lagi.

Sebagai suatu metode sterilisasi, prosedur ini memiliki beberapa keuntungan tertentu dibandingkan dengan pengikatan tuba, yaitu termasuk angka kegagalan yang lebih rendah dan pengeluaran

organ yang kemudian hari bisa menimbulkan kesulitan. Namun demikian, komplikasi histerektomi caesarea cukup banyak sehingga prosedur ini tidak dianjurkan sebagai prosedur rutin sterilisasi (Oxorn & Forte, 2013).

3. **Indikasi *Sectio Caesarea***

Adapun indikasi untuk melakukan SC menurut Mochtar (2013) adalah sebagai berikut : Indikasi Ibu

- a. Plasenta previa sentralis dan lateralis (*posterior*) dan totalis.
- b. Panggul sempit
- c. Disproporsi sefalo-pelvik: yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan panggul
- d. Partus lama (*prolonged labor*)
- e. Ruptur uteri mengancam
- f. Partus tak maju (*obstructed labor*)
- g. Distosia serviks
- h. Pre-eklampsia dan hipertensi
- i. Disfungsi uterus
- j. Distosia jaringan lunak.
- k. Indikasi janin dengan SC : Letak lintang. Letak bokong. Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara-cara lain tidak berhasil.
- l. *Gemelli* menurut Eastman, SC di anjurkan: 1). Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (*shoulder presentation*). 2). Bila terjadi interlok (*locking of the twins*). 3). Distosia oleh karena tumor. 4). Gawat janin.
- m. Kelainan Uterus : 1). Uterus arkuatus. 2). Uterus septus. 3). Uterus duplekus. 4). Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuk kepala janin ke pintu atas panggul (Mochtar, 2013).

4. **Manifestasi klinis *Sectio Caesarea***

Menurut Wiknjosastro (2016) manifestasi klinis pada klien dengan post SC, antara lain :

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.

- b. Terpasang kateter : urine jernih dan pucat.
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- d. Bising usus tidak ada.
- e. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru.
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- g. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak.

C. Konsep Masa Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alay kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Rukiyah & Yulianti, 2018).

2. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Pada Masa Nifas

Perubahan-perubahan yang terjadi yaitu :

a. Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah keplasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali keukuran semula (Rukiyah & Yulianti, 2018).

b. Volume darah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variable. Contohnya kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstravaskuler. Kehilangan darah mengakibatkan perubahan volume darah tetapi hanya terbatas pada volume darah total. Dalam 2 samapi 3 minggu, setelah persalinan volume darah sering kali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan (Rukiyah & Yulianti, 2018).

c. *Cardiac output*

Cardiac output terus meningkat selama kala I dan kala II persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anastesi. *Cardiac output* tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam postpartum, ini umumnya mungkin

diikuti dengan peningkatan stroke volume akibat peningkatan venous return, bradycardi terlihat selama waktu itu. Cardiac output akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 2-3 minggu. (Rukiyah & Yulianti, 2018).

d. Sistem Haematologi

- 1) Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Haematokrit dan haemaglobin pada hari ke 3-7 setelah persalinan.
- 2) Leukotsitsis meningkat, dapat mencapai $15000/\text{mm}^3$ selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari postpartum. Jumlah sel darah putih normal rata-rata pada wanita hamil kira-kira $12000/\text{mm}^3$. Selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara $20000-25000/\text{mm}^3$.
- 3) Faktor pembekuan, yakni suatu aktivitas faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan.
- 4) Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda trombotis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh).
- 5) Varises pada kaki dan sekitar anus (haemoroid) adalah umum pada kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan (Rukiyah & Yulianti, 2018).

e. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (invulasi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil :

- a) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- b) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr.
- c) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gr
- d) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas

simpisis dengan berat uterus 350 gr.

e) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berarti berat uterus 50 gr (Rukiyah & Yulianti, 2018).

2) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium esterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup (Rukiyah & Yulianti, 2018).

3) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali pada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi labia menonjol (Rukiyah & Yulianti, 2018).

4) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada *postnatal* hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan (Rukiyah & Yulianti, 2018).

5) Payudara

Kadar prolactin yang disekresi oleh kelenjar hypofisis anterior meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi hormone plasenta menghambat produksi ASI. ASI yang dapat dihasilkan oleh ibu pada setiap harinya \pm 150-300 ml, sehingga kebutuhan bayi setiap harinya. ASI dapat dihasilkan oleh kelenjar susu yang dipengaruhi oleh kelenjar hormone-hormon, diantaranya hormone laktogen. ASI yang akan pertama kali muncul pada awal nifas adalah yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum merupakan ASI pertama yang sangat baik untuk

diberikan karena banyak sekali manfaatnya, kolostrum ini menjadi imun bagi bayi karena mengandung sel darah putih.

Jadi perubahan pada payudara dapat meliputi :

- a) Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolactin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi (Rukiyah & Yulianti, 2018).

f. Sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat *spasine sfingter* dan odema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan (Rukiyah & Yulianti, 2018).

g. Sistem gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan anema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan kebelakang (Rukiyah & Yulianti, 2018).

h. Sistem endokrin

Kadar esterogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum. Progesterone turun pada hari ke 3 postpartum. Kadar prolactin dalam darah berangsur-angsur hilang (Rukiyah & Yulianti, 2018).

i. Sistem muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam post partum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi (Rukiyah & Yulianti, 2018).

j. Sistem integument

- 1) Peurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan

berkurangnya hyperpigmentasi kulit

- 2) Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun (Rukiyah & Yulianti, 2018).

3. Perubahan Psikologi Masa Nifas

a. Fase *Taking In*

Fase *takin in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua postpartum, fase ini ibu fokus dengan dirinya. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini yaitu mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan suatu hal yang tidak dapat dihindari oleh ibu.

b. Fase *taking hold*

Fase *taking hold* ini berlangsung antara 3-10 hari postpartum. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya.

c. Fase *Letting Go*

Fase *letting go* ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya (Rukiyah & Yulianti, 2018).

4. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

a. Nutrisi dan cairan

mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalinan. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bias memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya (Rukiyah & Yulianti, 2018).

b. Ambulasi

Ambulasi dini sangat penting dalam mencegah trombosis vena. Tujuan dari ambulasi dini adalah untuk membantu menguatkan otot-otot perut

dan dengan demikian menghasilkan bentuk tubuh yang baik, mengencangkan otot dasar panggul sehingga mencegah atau memperbaiki sirkulasi darah keseluruh tubuh (Rukiyah & Yulianti, 2018).

c. Eliminasi Bak/Bab

Diuresis yang nyata akan terjadi pada satu atau dua hari pertama setelah melahirkan, dan kadang-kadang ibu kesulitan untuk mengosongkan kandung kemihnya karena rasa sakit, memar atau gangguan pada tonus otot. Ia dapat dibantu untuk duduk diatas kursiberlubang tempat buang air kecil (commode) jika masih belum diperbolehkan berjalan sendiri dan mengalami kesulitan untuk buang air kecil dengan pispot diatas tempat tidur. Meskipun sedat mungkin dihindari, kateterisasi lebih baik dilakukan dari pada terjadi infeksi saluran kemih akibat urin yang tertahan (Rukiyah & Yulianti, 2018).

d. Kebersihan diri/perineum

Pada ibu masa nifas sebaiknya anjurkan kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari pada kebelakang anus. Nasehatkan ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil dan besar (Rukiyah & Yulianti, 2018).

e. Istirahat

Istirahat pada ibu selama masa nifas beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ia untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur (Rukiyah & Yulianti, 2018).

f. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Rukiyah & Yulianti, 2018).

g. Keluarga berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Namun, petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluarganya dengan mengajarkan kepada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan (Rukiyah & Yulianti, 2018).

h. Latihan/senam nifas

Latihan/senam nifas pentingnya untuk mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Ibu merasa lebih kuat dan ini menyebabkan otot perutnya menjadi kuat sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung (Rukiyah & Yulianti, 2018).

D. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Post SC

1. Pengkajian

Dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien.

a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, ras, atau suku, alamat, nomor telepon, agama, status perkawinan, pekerjaan dan tanggal anamnesa. Umur juga hal yang penting karena ikut menentukan prognosis kehamilan. Kalau umur terlalu lanjut atau terlalu muda, maka persalinan lebih banyak risikonya

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Alasan klien datang ke tempat bidan atau klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Chapman & Charles, 2013).

2) Keluhan Utama Saat Dikaji

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi. Biasanya pada klien post operasi seksio sesarea mengeluh nyeri pada bagian luka operasi (Maryunani, 2015),

keluhan ini diuraikan dengan cara PQRST :

Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat, pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris –iris dan nyeri dirasakan didaerah abdomen biasanya tidak ada penyebarannya kedaerah lain, skala nyeri yang dirasakan klien dan seberapa besar gangguannya diukur dengan skala nyeri 0-10, pada klien postpartum dengan SC biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan (Chapman & Charles, 2013).

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien dengan postpartum SC akan mengalami penyakit yang sama sebelumnya (Hipertensi/ plasenta previa), sehingga pada kehamilan berikutnya akan dilakukan operasi SC (Maryunani, 2015).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga memiliki penyakit yang sama dengan pasien atau keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Diabetes, Hipertensi, Penyakit Jantung, dan sebagainya, sehingga klien dilakukan operasi SC. (Chapman & Charles, 2013).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual atau potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Budiono & Pertami, 2015). Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan SC menurut adalah: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) D.0077
- b. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (luka operasi) (D.0192)

- c. Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif (luka post operasi).D.0142
 d. Defisit pengetahuan b/d kondisi klinis yang baru dihadapi.D.0111

3. Rencana Asuhan Keperawatan Teoritis

Perencanaan yaitu meliputi usaha dalam mengatasi, mencegah, dan mengurangi suatu masalah keperawatan (Nursalam, 2014). Komponen dalam mengevaluasi tindakan keperawatan diantaranya adalah menentukan prioritas, kriteria hasil, menentukan rencana tindakan dan dokumentasi (Herdman & Kamitsuru, 2015). Rencana keperawatan atau disusun sesuai dengan SDKI, SLKI, SIKI, 2017.

Tabel 2.4
Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Luaran dan Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
<p>Nyeri Akut (D.0077) Berhubungan dengan: Agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p>Definisi : Nyeri akut adalah pengalaman yang berhubungan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional berupa sensori dan emosional yang berlangsung kurang 3 bulan dengan dadakan dan lambat dari intensitas ringan hingga berat (SDKI,2017)</p> <p>Dibuktikan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mengeluh nyeri o Tampak meringis o Bersikap protektif (mis. waspada, posisi) o Menghindari nyeri) o Gelisah o Frekuensi nadi meningkat o Sulit tidur o Tekanan darah meningkat o Pola napas berubah 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....maka Nyeri akut (L.08066) dapat menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Keluhan nyeri menurun o Meringis menurun o Sikap protektif menurun o Gelisah menurun o Kesulitan tidur menurun o Frekuensi nadi membaik o Pola napas membaik o Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen nyeri (I.08238) Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Monitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri o Identifikasi skala nyeri o Identifikasi respon nyeri non verbal o Identifikasi faktor yang memperberat dan memperng nyeri o Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri o Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan o Monitor efek samping penggunaan analgetic <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (aroma terapi essential oil lavender) o Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) o Fasilitasi istirahat dan tidur o Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi

		<p>meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri ○ Jelaskan strategi meredakan nyeri ○ Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri ○ Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat ○ Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> <p>Pemberian Analgetik (I.08243)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifikasi karakteristik nyeri (mis. penvetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) ○ Identifikasi riwayat alergi obat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, sesuai indikasi.
<p>Gangguan integritas kulit/ jaringan (D.0192) Berhubungan dengan faktor mekanis (luka operasi). Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen).</p> <p>Ditandai dengan: Subjektif: -</p> <p>Objektif: - Kerusakan jaringan atau lapisan kulit - Kemerahan - Nyeri - Hematome</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi diharapkan dapat mempertahankan keutuhan, kelembaban dan mencegah perkembangan mikroorganisme, dengan kriteria hasil: Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kerusakan jaringan menurun ○ Kerusakan lapisan kulit menurun ○ Nyeri menurun ○ Kemerahan menurun ○ Suhu membaik 	<p>Perawatan luka (L.14564)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) ○ Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lepaskan balutan dan plester secara perlahan ○ Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan ○ Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu ○ Pasang balutan sesuai jenis luka ○ Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. ○ Ganti balutan sesuai jumlah eksudat atau drainase. <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jelaskan tanda dan gejala infeksi ○ Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.
<p>Resiko infeksi (D.0142) Berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka post operasi).</p> <p>Definisi : Meningkatnya resiko terserang organisme patogenik (SDKI,2017)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....maksudnya Tingkat Infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kebersihan tangan meningkat ○ Kebersihan badan meningkat ○ Nafsu makan meningkat ○ Demam menurun ○ Kemerahan menurun ○ Nyeri menurun ○ Bengkak menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Batasi jumlah pengunjung ○ Berikan perawatan kulit pada area edema ○ Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <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 atau luka operasi ○ Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi ○ Ajarkan meningkatkan asupan cairan
<p>Defisit pengetahuan (D.0111) Berhubungan dengan kondisi klinis yang baru dihadapi.</p> <p>Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. (SDKI,2017)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....maksudnya Tingkat Pengetahuan meningkat (L.12111) dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Perilaku sesuai anjuran meningkat ○ Verbalisasi minat dalam belajar meningkat ○ Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat ○ Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi ○ Identifikasi factor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan ○ Jadwalkan pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan ○ Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan ○ Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat ○ Ajarkan strategi yang dapat

		digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Setiadi (2013) implementasi merupakan suatu bentuk pengelolaan dan perwujudan dari setiap intervensi atau rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Implementasi adalah tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi terhadap pasien (Setiadi, 2013).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yaitu tahap akhir yang bertujuan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah pada pasien varikokel diharapkan setelah dilakukan asuhan keperawatan didapatkan, penurunan intensitas nyeri, tidak ada tanda-tanda infeksi serta memiliki pengetahuan luas (Setiadi, 2013).

E. Tinjauan Ilmiah Artikel

Tabel 2.5
Tinjauan Ilmiah Artikel

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Analisis Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Ny. W <i>Post Sectio Caesarea</i> dengan Relaksasi Genggam Jari di Ruang Gayatri RST Wijayakusuma Purwokerto (Puspitowati et al., 2022)	D:Deskriptif V: Skala nyeri I: Teknik relaksasi genggam jari A: Analisa studi Kasus	Hasil penelitian menunjukkan bahwa Setelah pelaksanaan intervensi selama 3 hari, masalah yang terjadi pada klien dapat teratasi pada hari ke-3 dan ditandai dengan normal frekuensi nafas (20 x/menit), TD 110/70 mmHg; N 80 x/menit, pasien terlihat lebih rileks dan skala nyeri menjadi 3.
2.	Asuhan Keperawatan <i>Post Sectio Caesarea</i> Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini Dengan Intervensi Utama <i>Foot Hand Massage</i> di Ruang Nifas RSUD DR. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin (Oktaviani et al., 2022).	D:Deskriptif V: Skala nyeri I: <i>foot hand massage</i> A: Analisa studi Kasus	Berdasarkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan luka inisiasi bedah <i>sectio caesarea</i> intervensi utama <i>foot hand massage</i> tercapai dengan pembuktian nyeri yang dialami pasien dari skala 4-6 turun menjadi skala 2(skala ringan). Hasil asuhan keperawatan diperoleh kesimpulan yaitu tindakan <i>foot hand massage</i> terbukti menurunkan intensitas skala nyeri pada ibu <i>post SC</i> .
3.	Teknik Relaksasi Nafas Dalam untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea di RSIA Melati Magetan (Sri Suhartiningsih, 2019).	D: Deskriptif V: Skala nyeri I: Asuhan keperawatan A: Analisa studi Kasus	Didapatkan hasil Hampir sebagian dari responden mengalami perubahan intensitas nyeri dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan setelah dilakukan teknik nafas dalam sebanyak 16 responden, dan tidak ada orang yang mempunyai intensitas nyeri yang lebih baik dari sebelum diberikan teknik nafas dalam, terdapat 4 orang yang tetap setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam. Uji statistik menggunakan Wilcoxon Signed Rank Test menunjukkan pvalue = 0,000, H0 ditolak yang berarti bahwa ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi sectio caesarea di RSIA

			Melati Magetan. Ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi sectio caesarea di RSIA Melati Magetan dibuktikan dengan hasil analisis nilai p (0,000).
4.	Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Terapi Relaksasi Autogenik (Santika & Iskandar, 2021).	D: Deskriptif V: Skala nyeri I: Teknik relaksasi autogenik A: Analisa studi Kasus	Hasil penelitian menemukan bahwa ibu mengalami nyeri skala 3, nyeri yang dirasakan perih seperti tersyat-syat, skala nyeri 3 nyeri yang dirasakan terus-menerus saat bergerak, dan mengalami hambatan mobilitas, aktivitas terganggu, tanda-tanda vital dalam batas normal. Tindakan yang dilakukan dengan melakukan relaksasi autogenik untuk mengatasi nyeri post <i>sectio caesarea</i> setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari data subjektif ibu sudah tampak tenang saat bergerak dan berjalan.
5.	Penurunan Nyeri Pada Ibu Post <i>Sectio Caesaria</i> Pasca Intervensi <i>Biologicnurturing Baby Led Feeding</i> . (Rini & Indri, 2018)	D:Quasi eksperimen V: Skala nyeri I: <i>Biologicnurturing Baby Led Feeding</i> A: Uji Wilcoxon	Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 28 dari 41 responden (68,3%) mengalami penurunan skala nyeri pasca intervensi <i>biologic nurturing baby led feeding</i> . Hasil analysis menunjukkan terdapat penurunan nyeri yang bermakna pada ibu post SC sebelum dan sesudah intervensi <i>biologic nurturing baby led feeding</i> (p<0,01)
6.	Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Di Ruang Mawar Nifas RSUD A.W Sjahranie Samarinda (Popy Freytisia Ramandanty et al., 2019).	D:Metode study kasus V: Skala nyeri I: Asuhan keperawatan A: Analisa studi Kasus	Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, masalah yang di temukan pada subjek 1 yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, defisit pengetahuan dan resiko infeksi sedangkan subjek 2 ditemukan masalah gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan , resiko infeksi. Dari hasil study kasus yang di temukan maka penulis menyimpulkan terdapat masalah yang teratasi, teratasi sebagian, dan

			tidak terjadi. Untuk implementaasi sebageian besar telah di lakukan sesuai dengan rencana yang sudah di tentukan sesuai dengan kebutuhan asuhan keperawatan.
7.	Asuhan Keperawatan Pada Klien Post <i>Sectio Caesarea</i> Dengan Nyeri Akut Di Ruangn Delima RSUD Ciamis (Herdiana & Dina, 2019)	D:Metode study kasus V: Skala nyeri I: Asuhan keperawatan A: Analisa studi Kasus	Hasil penelitian menunjukan bahwa setelah dilakukan asuhan keperawatan nyeri akut pada klien 1 dan 2 masalah belum teratasi pada hari ketiga dengan skala nyeri ringan, hal ini karena klien 1 dan 2 sudah diperbolehkan pulang sehingga intervensi dilanjutkan di rumah.
8.	Asuhan Keperawatan Pada Ibu Postpartum <i>Sectio Caesarea</i> dengan Penyulit Malpresentasi Janin Di Rumah Sakit Wilayah Kerja Depok (Zaharany, Agustin, Saudi, Dwi, et al., 2022)	D:Metode study kasus V: Skala nyeri I: Asuhan keperawatan A: Analisa studi Kasus	Hasil penelitian menunjukan bahwa setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, dari hasil pengkajian didapatkan kedua pasien mengalami nyeri. Pada kedua pasien juga didapati 3 diagnosa yang sama dan 1 diagnosa berbeda dengan prioritas diagnosa pada kedua pasien yakni nyeri akut. Masalah keperawatan nyeri akut pada kedua pasien dapat teratasi pada hari ketiga perawatan sehingga intervensi dapat dihentikan.
9.	Asuhan Keperawatan Pada Pasien ny. O Dengan Post <i>Sectio Caesarea</i> Di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup tahun 2022 (Anggria et al., 2022)	D:Metode study kasus V: Skala nyeri I: Asuhan keperawatan A: Analisa studi Kasus	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam didapatkan hasil keluhan nyeri menurun, mobilisasi meningkat dengan tanda sudah dapat melakukan pergerakan ekstremitas, miring kanan kiri, duduk dan berdiri secara mandiri setelah latihan mobilisasi dini, status menyusui membaik dan resiko infeksi menurun.
10.	Penerapan Asuhan Keperawatan Post Op <i>Sectio Caesarea</i> dalam Indikasi Preeklampsia Berat (Arda & Hartaty, 2021)	D:Metode study kasus V: Skala nyeri I: Asuhan keperawatan A: Analisa studi Kasus	Hasil penelitian menunjukan nyeri merupakan masalah utama yang muncul pada pasien <i>Post Op Section Caesarea</i> . Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi nyeri akut yakni dengan melakukan manajemen nyeri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri dapat teratasi.