

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Sectio caesarea didefinisikan sebagai metode persalinan yang melibatkan sayatan pada dinding uterus serta dinding depan perut untuk mengeluarkan bayi. Proses ini bisa melibatkan sayatan pada dinding vagina, tergantung pada kebutuhan medis (Siagian, Anggaraeni and Pangestu 2023). *Sectio caesarea* adalah salah satu bentuk pengeluaran fetus melalui sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (*laparotomy*) dan uterus (*hiskotomy*) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih (Arda and Hataty 2021). *Sectio caesarea* adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 5000 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Putra, 2020).

2. Etiologi

Terdapat indikasi pada ibu, indikasi pada janin, dan indikasi medis (Pratiwi, Ariningtyas and Sandy 2023) :

a. Indikasi Pada Ibu

Adapun penyebab indikasi pada ibu antara lain, preeklampsia (PEB), ketuban pecah dini (KPD), panggul ibu yang sempit, serta adanya penghambat jalan lahir pada ibu.

b. Indikasi Pada Janin

Indikasi pada janin yang dilakukan operasi *sectio caesarea* antara lain, janin lebih dari satu (kehamilan gemeli), ukuran janin besar, gawat janin, malposisi serta malpresentasi janin.

c. Indikasi Medis

Indikasi medis yaitu, plasenta previa, panggul sempit, *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), ruptur uteri, partus lama, preeklampsia, distosia servik, riwayat *sectio caesarea*, dan gagal induksi.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Doenges, (2015) dalam Kartikasari (2022) manifestasi klinis atau tanda dan gejala *sectio caesarea* antara lain :

- a. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
- b. Nyeri akibat adanya luka
- c. Fundus uterus terletak pada umbilikus
- d. Aliran *lochea* sedang, bebas membeku yang berlebihan
- e. Kehilangan darah selama proses pembedahan sekitar 700-1000 ml
- f. Menahan batuk akibat rasa nyeri yang berlebihan
- g. Biasanya terpasang kateter urinarius
- h. Pengaruh anastesi dapat menyebabkan mual dan muntah
- i. Terbatas melakukan pergerakan akibat nyeri
- j. *Bonding attachment* pada anak yang baru lahir

4. Patofisiologi

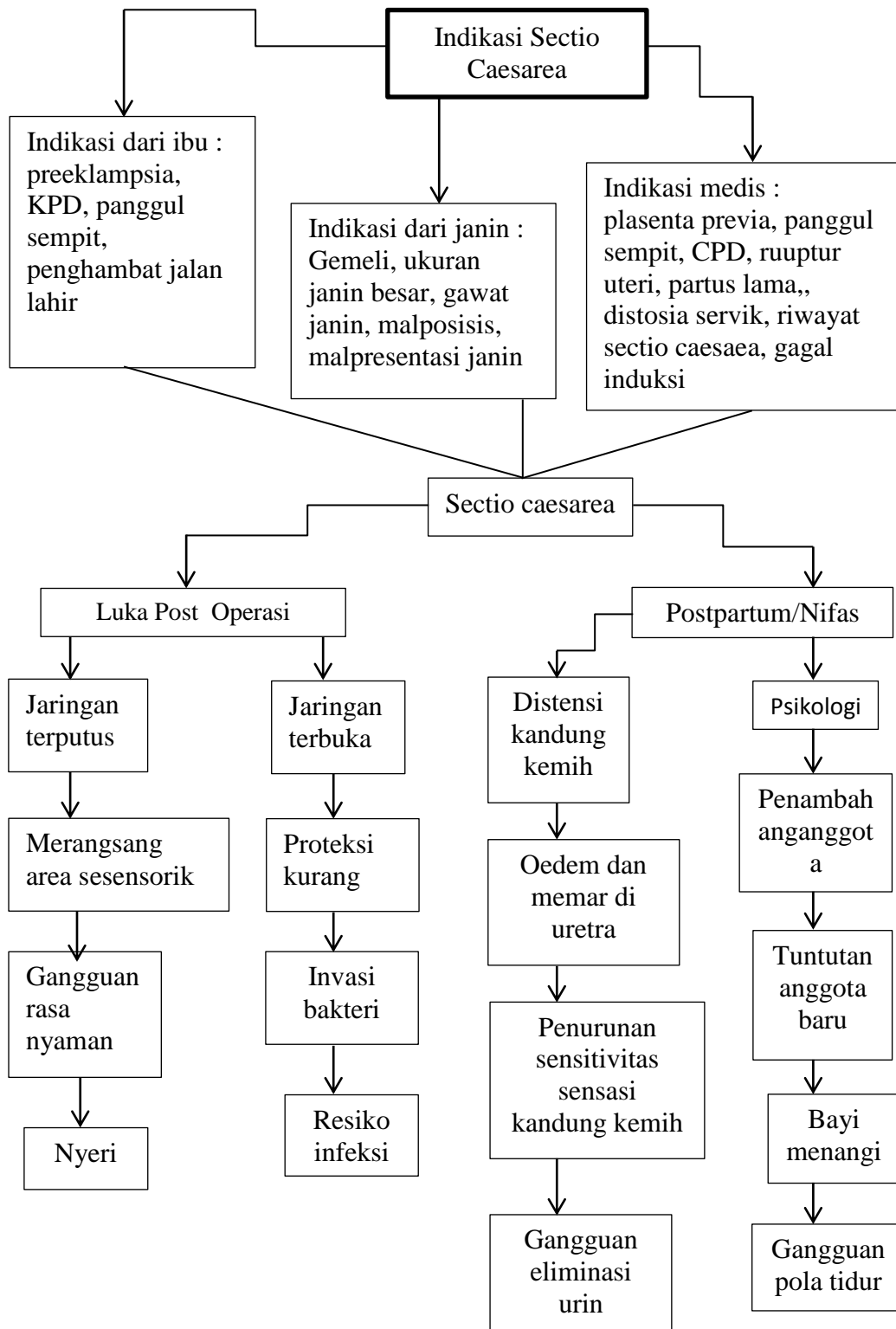
Penyebab persalinan secara *sectio caesarea* sendiri dibagi menjadi indikasi medis pada ibu dan indikasi medis pada janin. Indikasi medis pada ibu antara lain, preeklampsia, ketuban pecah dini (KPD), panggul ibu yang sempit, serta adanya penghambat jalan lahir pada ibu. Indikasi medis pada janin antara lain, janin lebih dari satu (kehamilan gemeli), ukuran janin besar, gawat janin, malposisi serta malpresentasi janin, secara garis besar persalinan *sectio caesarea* di rumah sakit di pengaruhi indikasi medis yaitu, plasenta previa, panggul sempit, *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), ruptur uteri, partus lama, preeklampsia, distosia servik, riwayat SC, dan gagal induksi (Pratiwi, Ariningtyas, and Sandy 2023).

Tindakan pembedahan menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh. Untuk menjaga homeostatis, tubuh melakukan mekanisme untuk segera melakukan pemulihan pada jaringan tubuh yang mengalami perlukaan. Pada proses pemulihan inilah terjadi reaksi kimia dalam tubuh sehingga nyeri dirasakan pasien. Nyeri setelah

pembedahan merupakan suatu reaksi yang kompleks pada jaringan yang terluka, pada proses pembedahan sendiri dapat menstimulasi hipersensitivitas pada sistem saraf pusat, nyeri ini hanya dapat dirasakan setelah adanya prosedur operasi. Keadaan pasien pasca operasi *sectio caesaria* mengalami nyeri di sekitar insisi. Adanya nyeri maka seseorang akan cenderung malas dan takut untuk beraktifitas (Ningsih, Ramadhaniati and Megawati 2021). Kondisi ini dapat menimbulkan beberapa dampak buruk seperti penurunan suplai darah, mengakibatkan hipoksia sel, serta merangsang sekresi mediator kimia nyeri sehingga skala nyeri meningkat (Latifah, Silvitasari and Utami 2023).

Indikasi *sectio caesrae* antara lain dari ibu, janin, dan medis. Tindakan *sectio caesarea* mengakibatkan luka pada sayatan, dari tindakan itu maka jaringan terbuka dan jaringan terputus. Untuk jaringan terputus akan mengganggu arae sensorik dan mengakibatkan gangguan rasa nyaman lalu akan mengakibatkan masalah keperawatan nyeri. Untuk jaringan terbuka maka proteksi kurang lalu invasi bakteri yang mengakibatkan resiko infeksi. Selain itu masalah yang akan dialami ibu post *sectio caesarea* yaitu distensi kandung kemih dan psikologi. Distensi kandung kemih akan mengakibatkan oedem dan memar di uretra, lalu akan mengalami penurunan sensitivitas sensasi kandung kemih yang akan mengakibatkan masalah keperawatan gangguan eliminasi urin. Lalu untuk psikologi akan mengalami penambahan anggota keluarga, setelah itu akan ada tuntutan dari keluarga tentang anggota baru, anggota baru itu bayi, bayi menangis dan ibu akan mengalami masalah keperawata gangguan pola tidur.

Selengkapnya ada di gambar pathway 2.1.



Gambar 2.1 Pathway Sectio Caesarea

Sumber : (Sofyan, (2019) dalam Sari, (2022)).

5. Klasifikasi

Ada beberapa jenis *sectio caesaria*, yaitu (Sirait, 2022) :

a. *Sectio Caesaria Transperitoneal Profunda*

Merupakan suatu pembedahan dengan melakukan insisi pada segmen bawah uterus. Hampir 99% dari seluruh kasus seksio *sectio caesarea* dalam praktek kedokteran dilakukan dengan teknik ini, karena memiliki beberapa keunggulan seperti kesembuhan lebih baik, dan tidak banyak menimbulkan perlekatan.

b. *Sectio Caesarea* Klasik (*corporal*)

Merupakan insisi pada segmen atas uterus atau korpus uteri. Pembedahan ini dilakukan bila segmen bawah rahim tidak dapat dicapai dengan aman (misalnya karena perlekatan yang erat pada vesika urinaria akibat pembedahan sebelumnya atau terdapat mioma pada segmen bawah uterus atau (*karsinoma* serviks invasif), bayi besar dengan kelainan letak terutama jika selaput ketuban sudah pecah.

c. *Sectio Caesarea* yang disertai Histerektomi

Pengangkatan uterus setelah *sectio caesarea* karena atoni uteri yang tidak dapat diatasi dengan tindakan lain, pada uterus miomatousus yang besar dan atau banyak, atau pada ruptur uteri yang tidak dapat diatasi dengan jahitan.

d. *Sectio Caesarea Vaginal*

Pembedahan melalui dinding vagina anterior ke dalam rongga uterus. Jenis pembedahan ini tidak lagi digunakan dalam praktek *obstetri*.

e. *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

Sectio yang dilakukan tanpa insisi *peritoneum* dengan mendorong lipatan *peritoneum* ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah, kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

6. Faktor Risiko

Menuut penelitian Wandia and Harkitasari (2021) dalam Putra, Wandia and Harkitasari (2021) menyebutkan *sectio caesaria* memiliki faktor risiko tinggi terhadap kesehatan ibu dan janin. Pada ibu infeksi pasca pembedahan, nyeri pasca melahirkan, kehamilan di luar kandungan pada kehamilan berikutnya, ruptur uteri, waktu pemulihan lama, dan biaya persalinan lebih mahal. Persalinan metode *sectio caesarea* sebelumnya memungkinkan wanita memiliki bekas luka berupa jaringan parut pada uterus atau rahim akibat dari tindakan bedah yang dilakukan, risiko enam kali lebih tinggi untuk terjadi persalinan melalui metode *sectio caesarea* pada kehamilan berikutnya. Pada janin risiko yang dapat dialami adalah kesulitan bernapas setelah lahir atau *asfiksia*.

7. Komplikasi

Morbiditas pada *sectio caesarea* lebih besar jika dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Ancaman utama bagi wanita yang menjalani *sectio caesarea* berasal dari tindakan anastesi, keadaan sepsis yang berat, serangan tromboemboli dan perlukaan pada traktus urinarius, infeksi pada luka (ILO), demam puerperalis, demam puerperalis sendiri didefinisikan sebagai peningkatan suhu mencapai 38,5 C.

Demam pasca bedah hanya merupakan sebuah gejala bukan sebuah diagnosis yang menandakan adanya suatu komplikasi serius. Morbiditas febris merupakan komplikasi yang paling sering terjadi pasca pembedahan *sectio caesarea*. Perdarahan masa nifas post *sectio caesarea* didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 1000 ml. Dalam hal ini perdarahan terjadi akibat kegagalan mencapai homeostatis di tempat insisi uterus maupun pada *placental bed* akibat atoni uteri. Komplikasi pada bayi dapat menyebabkan hipoksia, depresi pernapasan, sindrom gawat pernapasan dan trauma persalinan (Sirait 2022).

Faktor yang dapat menimbulkan komplikasi diantaranya berasal dari faktor anastesi, pengeluaran darah oleh ibu selama proses operasi, komplikasi penyulit, *endometritis* (radang endometrium), *tromboplebitis* (pembekuan darah pembuluh balik), *embolisme* (penyumbatan pembuluh darah), dan pemulihan bentuk dan letak rahim menjadi tidak sempurna (Jumatri, Herman, and Pane 2022)

8. Penatalaksanaan

Persalinan *sectio caesarea* memberikan rasa nyeri lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan pervaginam (Indriani and Darma 2021). Keadaan pasien pasca *sectio caesarea* mengalami nyeri di sekitar insisi (Ningsih, Ramadhaniati and Megawati 2021). Penatalaksanaan nyeri post *sectio caesarea* dapat dilakukan secara farmakologi dan non-farmakologis (komplementer). Secara farmakologi dapat dilakukan dengan pemberian obat-obatan analgetik (Indriani and Darma 2021). Sedangkan penanganan nyeri post *sectio caesarea* non-farmakologi lebih praktis, sederhana, dan dapat dilakukan oleh perawat, perawatan nyeri non-farmakologis antara lain *akupresur*, akupunktur, messaging, relaksasi Benson, dan terapi *guided imagery* (Rahmayani and Tobing 2023).

B. Konsep Nyeri

1. Definisi

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan, atau menyerupai kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Jamal, Andika and Adhiany 2022)

Nyeri adalah suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri, (Guyton (2008) dalam Sari (2022)).

2. Dampak nyeri post *sectio caesarea*

Post *sectio caesarea* dapat menimbulkan nyeri di area luka insisi abdomen. Nyeri dapat menimbulkan rasa tidak nyaman pada ibu setelah melahirkan, nyeri post *sectio caesarea* dapat menyebabkan ketidaknyamanan, mempengaruhi *system pulmonari*, kardiovaskular, gastrointestinal, endokrin, imunologi dan stress sehingga menyebabkan depresi dan ketidakmampuan memenuhi aktivitas sehari-hari (Napisah, 2022).

3. Klasifikasi

Nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa jenis yaitu (Rofik, 2020) :

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat hilang, nyeri tidak melebihi 6 bulan dan di tandai adanya peningkatan tegangan otot.

b. Nyeri Kronis

Nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

3. Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Saryono & Widiarti (2010) dalam Wicaksana (2016) adalah :

a. Usia

Perbedaan usia dalam berespon terhadap nyeri. Anak kecil memiliki kesulitan untuk memahami dan mengekspresikan nyeri. Usia pertengahan, mereka lebih untuk tidak melaporkan nyeri karena : persepsi nyeri yang harus mereka terima, menyangkal merasakan nyeri karena takut akan konsekuensi atau tindakan medis yang dilakukan dan takut akan penyakit dari rasa nyeri itu.

b. Jenis kelamin

Seorang laki-laki harus lebih berani sehingga tertanamkan yang menyebabkan mereka lebih tahan terhadap nyeri dibanding wanita.

c. Kebudayaan

Beberapa kebudayaan meyakini bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang wajar namun ada kebudayaan yang mengajarkan untuk menutup perilaku untuk tidak memperlihatkan nyeri.

d. Makna nyeri

Individu akan mempresepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

e. Perhatian

Seseorang yang mampu mengalihkan perhatian, sensasi nyeri akan berkurang. Karena upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

f. Ansietas

Seringkali meningkatkan persepsi nyeri tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Apabila rasa cemas tidak mendapat perhatian dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius.

g. Pengalaman nyeri

Seseorang dengan pengalaman nyeri akan lebih terbentuk coping yang baik dibanding orang dengan pertama terkena nyeri, maka akan mengganggu coping.

h. Gaya coping

Klien sering menemukan cara untuk mengembangkan coping terhadap efek fisiologis dan psikologis Gaya coping ini berhubungan dengan pengalaman nyeri.

i. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran keluarga atau orang yang dicintai akan meminimalkan persepsi nyeri.

4. Pengkajian Nyeri

Nyeri dapat dinilai dengan memahami fitur *provocates, quality, region, severity, time* (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap, yaitu sebagai berikut (Wahyu, Inayati, and Ludiana 2021) :

- a. *Provocates/palliates* (P), Informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan dan meningkatkan nyeri.
- b. *Quality* (Q), Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang dirasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, panas, ditusuk, dan sebagainya.
- c. *Region* (R), Mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan pasien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri.
- d. *Severity* (S), Mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien, biasanya menggunakan rentang skala nyeri dan derajat nyeri dari 1-10 yaitu dari nyeri ringan, sedang dan berat.
- e. *Time* (T), Mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan “sejak kapan merasakan nyeri?”, “ sudah merasa nyeri berapa lama?”.

5. Pengukuran Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan representasi dari tingkat nyeri individu; namun, penilaian intensitas nyeri sangat personal dan subyektif, dan dua orang mungkin mengalami tingkat nyeri yang sama dengan cara yang sangat berbeda (Sirait, 2022).

Untuk mengukur, penderita memilih salah satu bilangan yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai ini dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu (Wulandari, 2015). Salah satunya menggunakan *Numeric Rating Scale*

(NRS), pengukuran ini dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada visual analog scale terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan



rasa nyeri.

Gambar 2.2 NRS

Sumber : (Moh Judha, Sudarti, & Afroh dalam Wulandari (2015)).

Kriteria nyeri adalah sebagai berikut :

- a. Skala 0 : Tidak ada rasa nyeri yang dialami
- b. Skala 1-3 : Merupakan nyeri ringan dimana secara objektif, klien masih dapat berkomunikasi dengan baik. Nyeri yang hanya sedikit dirasakan.
- c. Skala 4-6 : Merupakan nyeri sedang dimana secara objektif, klien mendesis, menyeringai dengan menunjukkan lokasi nyeri. Klien dapat mendeskripsikan rasa nyeri, dan dapat mengikuti perintah. Nyeri masih dapat dikurangi dengan alih posisi.
- d. Skala 7-9 : Merupakan nyeri berat dimana klien sudah tidak dapat mengikuti perintah, namun masih dapat menunjukkan lokasi nyeri dan masih respon terhadap tindakan. Nyeri sudah tidak dapat dikurangi dengan alih posisi.
- e. Skala 10 : Merupakan nyeri sangat berat. Klien sudah tidak dapat berkomunikasi klien akan menetapkan suatu titik pada skala yang berhubungan dengan persepsinya tentang intensitas keparahan nyeri

6. Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Rosdahl, penatalaksanaan nyeri antara lain (Rofik, 2020) :

- a. *Guided imagery*, meminta klien berimajinasi membayangkan hal-hal yang menyenangkan, tindakan ini memerlukan suasana dan ruangan yang tenang, serta konsentrasi dari Pasien
- b. Distraksi, mengalihkan perhatian terhadap nyeri, efektif untuk nyeri ringan sampai sedang. Distraksi visual (melihat tv atau pertandingan bola), distraksi audio (mendengar musik), distraksi sentuhan *massage*, distraksi intelektual (merangkai puzzle).
- c. Pemberian analgetik, nyeri berat bisa menggunakan obat analgetik
- d. *Biofeedback*, terapi perilaku yang dilakukan dengan memberikan individu informasi tentang respon nyeri fisiologis dan cara untuk melatih kontrol volunteer terhadap respon. Terapi ini efektif untuk mengatasi ketegangan otot dan migren dengan cara memasang elektroda pada pelip.

C. Konsep *Guided Imagery*

1. Definisi

Guided imagery merupakan sebuah proses menggunakan kekuatan pikiran dengan mengarahkan tubuh untuk menyembuhkan diri memelihara kesehatan melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indera (visual, sentuhan, penciuman, penglihatan, pendengaran) sehingga terbentuklah keseimbangan antara pikiran, tubuh dan jiwa (Rochma, Yunita, and Suhartini 2023). *Guided imagery* merupakan imajinasi yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif, terapi *guided imagery* dilakukan dengan cara melakukan relaksasi napas dalam dan membayangkan diri sedang berada ditempat yang santai, sejuk yang membuat nyaman, rileks dan hanyut dalam imajinasi (Rochma, Yunita, and Suhartini 2023).

2. Patofisiologi *Guided Imagery*

Cara kerja, anjurkan napas dalam secara perlahan serta membayangkan hal-hal yang menyenangkan, dengan itu maka akan terjadi perubahan

aktifitas motorik sehingga otot-otot yang tegang menjadi rileks. Hal tersebut terjadi karena rangsangan imajinasi berupa hal-hal yang menyenangkan akan dijalankan kebatang otak menuju sensor thalamus untuk diformat. Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus sehingga menghasilkan *Corticotropin Releasing Factors* (CRF) dan sebagian lagi dikirim ke korteks serebi. Sehingga pada korteks serebi akan terjadi asosiasi pengindraan. CRF merangsang kelenjar *pituitary* untuk meningkatkan *proopiod melanocortin* (POMC) yang meningkatkan produksi *encephalin* oleh *medulla adrenal*. Selain itu, *pituitary* menghasilkan endorphen neurotransmitter yang mempengaruhi suasana hati menjadi rileks. Suasana yang rileks dapat meningkatkan hormon endorphen yang berfungsi menghambat transmisi impuls nyeri sepanjang saraf sensoris dari nosiseptor saraf perifer ke kornu dorsalis kemudian ke thalamus, serebri, dan akhirnya berdampak pada menurunnya persepsi nyeri (Ningsih, Ramadhaniati and Megawati 2021). Terapi relaksasi dapat dilakukan oleh ibu post *sectio caesarea* secara mandiri dirumah, tidak memerlukan biaya, dan aman, dan latihan ini dapat dilakukan pada ruangan nyaman dan tenang, biasanya memerlukan waktu antara 15-20 menit, dapat dilakukan setiap hari. (Endeh Nurgiwati (2015) dalam Wulandari (2015)).

3. Jenis *Guided Imagery*

Ada 4 jenis yaitu *guided imaery* yaitu, (Ayu, 2016) :

- a. *Pleasant imagery*, yakni imajinasi menyenangkan misalnya membayangkan tempat yang tenang.
- b. *Physiologically focused imagery*, yakni majinasi fokus fisiologis misalnya berfokus pada fungsi fisiologis yang membutuhkan penyembuhan.
- c. Latihan mental (*mental rehearsal*), jenis *guided imagery* ini yakni dengan membayangkan tugas tertentu sebelum kejadian.
- d. *Receptive imagery*, yakni individu membayangkan melakukan scanning tubuh untuk penyembuhan langsung.

- e. *Guided imagery music* (GIM), jenis ini dipadukan dengan musik relaksasi karena pengaruh musik relaksasi terhadap nyeri setelah bedah ginekologi efektif terhadap penurunan nyeri.

4. Manfaat *Guided Imagery*

Manfaat terapi *guided imagery* adalah untuk membantu mengatasi nyeri, kecemasan dan *stress*, yang nanti pikiran pasien akan dipusatkan ke suatu hal atau kejadian yang menyenangkan (Siagian, Anggraeni and Pangestu 2023).

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

5. Tujuan *Guided Imagery*

Tujuan penerapan *guided imagery* menurut Darmadi (2020) dalam Wijaya A.(2023) sebagai berikut :

- a. Menjaga kesehatan tubuh agar tetap rileks dengan cara melakukan komunikasi dari dalam tubuh yang melibatkan seluruh indera, sehingga terbentuk keseimbangan antara pikiran, tubuh, dan jiwa.
- b. Mengurangi rasa nyeri
- c. Meningkatkan kenyamanan
- d. Mengurangi stress dan memberikan perasaan yang tenang dan nyaman
- e. Mencegah pasien terkena depresi dan meningkatkan kenyamanan.

6. Indikasi *Guided Imagery*

Indikasi dari *guided imagery* adalah semua pasien yang sedang mengalami masalah gangguan pikiran negatif atau pikiran yang menyimpang dan

menyebabkan perubahan perilaku pada pasien. Contohnya, *over generalization*, stress, kecemasan, depresi, nyeri, dll (Feli (2018) dalam Siagian, Anggraeni and Pangestu (2023)).

7. Cara Melakukan *Guided Imagery*
 - a. Menganjurkan klien untuk tenang dan serileks mungkin,
 - b. Meminta klien untuk menutup mata, menarik nafas secara perlahan melalui hidung sebanyak 3 kali
 - c. Meminta klien untuk membayangkan diri sedang berada ditempat yang santai, sejuk yang membuat nyaman, rileks dan hanyut dalam imajinasi.
 - d. Peneliti memutar musik instrumental melalui smartphone, *guided imagery* ini dilakukan selama 15 menit.
 - e. Setelah 15 menit klien diminta tarik nafas sambil membuka mata dan tersenyum.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu kegiatan pemeriksaan atau peninjauan terhadap situasi dan kondisi yang dialami pasien untuk tujuan perumusan masalah diagnosa keperawatan (pengkajian dalam proses keperawatan). Pengkajian juga suatu cara awal dari proses keperawatan dan sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk dievaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Bawaulu, 2019).

Pengkajian yang dilakukan pada ibu post *sectio caesarea* antara lain, identitas umum, keluhan utama, riwayat sakit (kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan sekarang, riwayat keluarga) (Wicaksana and Arif 2016). Pemeriksaan fisik meliputi (keadaan umum): Pengkajian dan nyeri yang dapat dinilai dengan memahami fitur *provocates, quality, region, severity, time* (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap. Kenyamanan, luka insisi pada dinding abdomen dan skala nyeri. Pengkajian aktifitas dan istirahat, kelemahan, sulit menggerakkan ekstremitas, sering terbangun saat tidur (Wahyu R, Inayati, and Ludiana 2021). Pengkajian eliminasi, kelemahan pada abdomen motilitas cerna mengalami penurunan. Pengkajian

kebersihan diri, tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri (Wicaksana and Arif 2016).

2. Perencanaan

Perencanaan keperawatan atau lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan (*Nursing Care Plan*) atau disingkat Renpra atau Rencana keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari rencana/intevensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung (Hadinata and Abdillah 2021).

Tabel 2. 1 Rencana Keperawatan pda Paisen Post Sectio Saesarea dengan Nyeri Akut

SDKI	SLKI	SIKI
Nyeri Akut (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Ekspresi meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri (Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri – Identifikasi skala nyeri – Identifikasi respon nyeri non verbal – Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Hipnosis, terapi musik, terapi pijat,) – Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) – Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri – Jelaskan strategi meredakan nyeri – Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri – Anjurkan monitor nyeri secara mandiri <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik</p>

Teknik relaksasi *guided imagery* merupakan salah satu intervensi keperawatan yang membimbing dan mengarahkan pikiran seseorang dapat mengkhayalkan hal hal yang menyenangkan sesuai yang disukai sehingga tercapai suatu hal yang positif (Silfina, (2021) dalam Rahmayani and Tobing (2023).

Teknik ini juga berpengaruh secara efektif untuk mengatasi nyeri akut pada ibu post *sectio caesarea* sehingga nyeri akut yang dialami ibu berkurang dan dapat menambah pengetahuan pasien tentang teknik relaksasi *guided imagery* untuk mengurangi nyeri post *sectio caesarea* (Herawati, (2022) dalam Rahmayani and Tobing (2023)). Pemberian teknik relaksasi *guided imagery* pada 4-6 jam post *sectio caesarea* (Sari, 2020), dan juga (Rochma, Yunita, and Suhartini 2023) penerapan terapi relaksasi *guided imagery* dilakukan selama 3 hari dengan waktu 15 menit terdapat perubahan intensitas nyeri yaitu penurunan skala nyeri dari skala nyeri kategori sedang menjadi skala nyeri dalam kategori ringan.

3. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah proses mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya untuk menentukan cara yang paling efektif untuk memenuhi kebutuhan klien dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap yang menentukan apakah tujuan telah tercapai disebut penilaian keberhasilan. Sasaran selalu menjadi inti evaluasi, jadi jika ternyata sasaran tidak tercapai, penting untuk mencari tahu alasannya (Saputra, 2021).

Penatalaksanaan non-farmakologis dapat dilakukan dengan menggunakan teknik distraksi untuk mengalihkan perhatian dan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Sari, 2022). Teknik distraksi yang dilakukan dapat mengurangi ketegangan otot, menghilangkan kejenuhan dan kecemasan hingga mencegah rasa nyeri hebat yang dirasakan (Saputra, 2021). Teknik distraksi dinilai sebagai salah satu teknik yang paling mudah digunakan,

dapat dilakukan sendiri, dan terbukti menurunkan adanya skala nyeri Rina, Nuryanti dan Susantie dalam (Wijaya and Haniyah 2022).

Menurut Wardani, (2013) dalam Saputra (2021) evaluasi keperawatan disusun menggunakan SOAP yaitu :

a. Subjektif

Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan

b. Objektif

Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif

c. Analisis

Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

d. *Planning*

Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis