

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Post Partum*

1. Pengertian

Post partum adalah masa setelah persalinan atau bisa disebut masa nifas. Masa nifas berlangsung selama kurang lebih 6 minggu dimulai dari kelahiran plasenta sampai alat-alat kandungan pulih kembali. Pada masa ini merupakan masa yang rentan bagi kehidupan ibu bersalin (Saadah & Siti Haryani 2022).

Post partum merupakan masa dimana seorang ibu setelah melahirkan yaitu dimana tubuh melakukan adaptasi pasca persalinan. Periode *post partum* selama 6-8 minggu setelah persalinan. Pada masa ini banyak terjadi perubahan psikologis untuk menghadapi masa *post partum* yang dapat meningkatkan resiko gangguan kesehatan.

2. Tahapan *Post Partum*

Tahapan *post partum* menurut Wahyuningsih, (2019) terdiri dari :

a. *Immediat Post Partum*

Masa setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu harus dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital secara teratur.

b. *Early Post Partum* (24 jam-1 minggu)

Fase ini memastikan *involutio uteri* dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. *Late Post Partum* (1 minggu-5 minggu)

Pada tahap akhir masa *post partum* dilakukan pendidikan kesehatan Keluarga Berencana (KB).

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa *Post Partum*

Perubahan fisiologis *post partum* menurut Wahyuningsih (2019) adalah:

a. Uterus

Tabel 2 1 Kondisi Uterus Post Partum

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 Jari bawah pusat	750 gr
1 mg	½ pst symps	500 gr
2 mg	Tidak teraba	350 gr
6 mg	Bertambah kecil	50 gr
8 mg	Normal	30 gr

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi ototnya. Uterus perlahan-lahan mengecil sampai keadaan sebelum hamil.

b. Lochea

Yaitu cairan/ *secret* berasal dari *kavum uteri* dan vagina selama masa *post partum*. Berikut ini beberapa jenis lochea:

- 1) *Lochea Rubra*, berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, *desidua*, *verniks kaseosa*, *lanugo*, *mekonium* berlangsung 2 hari *post partum*
- 2) *Lochea Sanguilenta*, berwarna merah kuning berisi darah berlangsung 3-7 hari *post partum*
- 3) *Lochea Serosa*, berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan *desidua*, *leukosit* dan *eritrosit* berlangsung 7-14 hari *post partum*
- 4) *Lochea Alba*, berwarna putih terdiri dari *leukosit* dan sel-sel *desidua* berlangsung 14 hari-2 minggu berikutnya

c. Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Bekas dari implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke vakum uteri, hari ke 1 tebal endometrium yaitu 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.

d. Serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal.

e. Vagina dan Perineum

Minggu ke 3 *rugae vagina* kembali. Perineum yang terdapat *laserasi* atau jahitan serta odem akan berangsur-angsur pulih 6-7 hari tanpa infeksi.

f. Payudara

Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ke 3 setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan, sel acini menghasilkan ASI mulai berfungsi.

g. Sistem pencernaan

Setelah persalinan 2 jam ibu merasa lapar kecuali jika ada komplikasi persalinan, tidak ada alasan menunda pemberian makan. Konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karena ada luka jahit perineum.

h. Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal dan dilatasi selama kehamilan dan akan kembali normal di akhir minggu ke 4 setelah melahirkan.

i. Sistem Muskuloskeletal

Ligmen, fasia, diafragma pelvis meregang saat kehamilan dan perlahan mengecil seperti semula.

j. Perubahan Tanda-tanda Vital

- 1) Suhu tubuh saat *post partum* bisa naik kurang lebih 0,5°C dan setelah 24 jam *post partum* kembali normal
- 2) Nadi dan pernapasan, nadi bisa bradikardi atau takikardi waspada mungkin ada perdarahan dan pernapasan akan sedikit meningkat setelah persalinan akan kembali normal
- 3) Tekanan darah kadang naik lalu kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menertai.

k. Sistem Endokrin

Hormon yang berperan antara lain :

- 1) Oksitosin berperan dalam kondisi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus kembali normal
- 2) Prolaktin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI
- 3) Estrogen dan progesteron, setelah melahirkan estrogen menurun dan progesteron meningkat

4. Perubahan Psikologis Ibu *Post Partum*

Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu *post partum* yaitu perubahan peran dari wanita biasa menjadi seorang ibu memerlukan adaptasi sehingga ibu bisa melakukan perannya dengan baik. Fase-fase yang akan dialami pada ibu *post partum* menurut (Sumarni, 2019):

- 1) Fase *taking in*

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase *taking hold*

Fase ini merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung.

3) Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab atas peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan juga bayinya.

B. *Sectio Caesarea*

a. Pengertian

Sectio caesarea adalah prosedur bedah yang dilakukan untuk mengeluarkan bayi dari rahim melalui sayatan pada dinding perut dan rahim ibu. *Sectio caesarea* merupakan cara melahirkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding rahim melalui dinding depan perut. *Sectio caesarea* berasal dari bahasa latin *caesarea* yang artinya memotong atau mengiris. *Sectio caesarea* (SC) merupakan tindakan operasi yang bertujuan untuk melahirkan bayi dengan cara membedah

dengan sayatan pada bagian perut atau rahim seorang ibu. Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas), sebanyak 17,6% kelahiran pada wanita berusia 10-54 tahun (78,73%) dilakukan melalui prosedur *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* adalah opsi terakhir dalam membantu proses persalinan bagi ibu yang tidak bisa atau memilih untuk tidak melahirkan secara normal, tindakan ini diambil berdasarkan alasan medis, permintaan dari pasien, atau rekomendasi dari dokter (Sanjaya dan Puspita, 2024).

b. Indikasi

Operasi *sectio caesarea* dapat efektif dalam menjaga keselamatan ibu dan bayi, namun akan dilaksanakan jika ada permasalahan atau indikasi medis yang mendukung. Indikasi *sectio caesarea* terbagi menjadi indikasi absolut dan relatif. Indikasi absolut adalah semua keadaan yang tidak memungkinkan untuk dilakukan persalinan melalui jalan lahir. Faktor medis yang menjadi indikasi absolut antara lain karena faktor bayi dan faktor ibu. Diantaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat, pecahnya rahim, perdarahan, letak bayi dengan presentasi bokong, serta persalinan lama. Faktor janin yang menjadi indikasi absolut adalah kasus gawat janin kala I, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, dan lilitan tali pusat. Sedangkan pada indikasi relatif dilakukan pada ibu dengan kelainan jantung atau darah tinggi atau ibu dengan komplikasi preeklampsia/eklampsia (Jauza Irbah, 2019).

c. Alasan dilakukan SC

Sectio Caesarea dikarenakan adanya indikasi medis seperti ukuran panggul yang kecil, bayi letak lintang, dan bayi sungsang, semua Informan Utama juga sudah mengetahui dimana sayatan pembedahan akan dilakukan diperut bagian bawah, selain itu Informan Utama juga mengetahui resiko apa saja yang mungkin akan terjadi atas akibat dari *sectio caesarea* seperti pendarahan, infeksi luka bekas sayatan dll, dan juga informan utama sudah mengetahui berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk proses pemulihan pasca operasi *sectio caesarea* yaitu 1-2 minggu tergantung dari masing masing ibu, dan informan utama juga sudah dapat mengetahui apakah ibu hamil masih memiliki kemungkinan untuk melahirkan normal setelah *sectio caesarea* dilakukan. semua pernyataan informan utama didukung oleh hasil wawancara yang dilakukan kepada informan penunjang, Dimana informan utama memberikan jawaban yang hampir sama dengan yang informan penunjang berikan (Abidin dan Efendi, 2021).

C. Nyeri akut

a. Pengertian

Nyeri akut ialah 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 3 bulan (PPNI 2019). Nyeri akut bisa didefinisikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau tindakan bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan kekuatan

yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung tidak lama (kurang dari 6 bulan) dan juga hilang dengan atau tidak dengan pengobatan setelah keadaan pulih di area yang rusak. Nyeri akut umumnya berlangsung tidak lama. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya menandakan gejala respirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat (Indrawati, M & Susanto, 2015).

b. Etiologi

Menurut Pokja dan SDKI (2017), yang menyebabkan nyeri akut antara lain :

1. Agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma).
2. Agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar bahan kimia iritan).
3. Agen pencedera fisik (misalnya abses, trauma, latihan fisik berlebihan).

c. Manifestasi Klinis

Data mayor merupakan tanda atau gejala yang ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosa, sedangkan data minor merupakan tanda atau gejala yang tidak harus ditemukan, namun apabila ditemukan bisa mendukung penegakan diagnosa (PPNI 2019).

1. Gejala dan tanda mayor

- a) Secara subjektif pasien mengeluh nyeri
- b) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

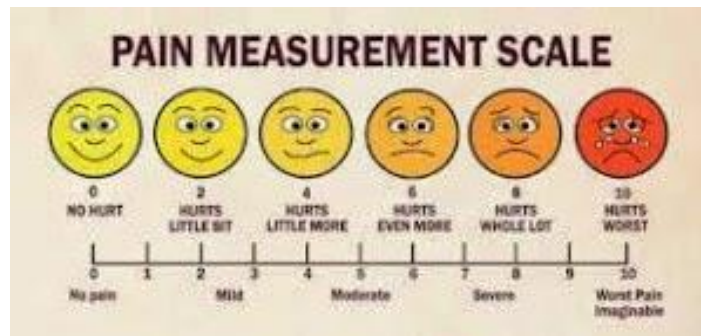
2. Gejala dan tanda minor

- a) Secara subjektif tidak tersedia gejala minor dari nyeri akut.
- b) Secara objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

d. Pengukuran Nyeri

Ada beberapa pengkajian nyeri menurut (Rejeki, 2020) yaitu :

1. Pengkajian nyeri berdasarkan PQRST



Gambar 2.1 Pengkajian Nyeri PQRST

Akronim PQRST ini digunakan untuk mengkaji keluhan nyeri pada pasien yang meliputi.

- a) *Provokes/palliates* : Pengkajian *provokatif/paliatif* dapat dikaji dengan menanyakan apa yang menyebabkan nyeri? Apa yang membuat nyerinya lebih baik? apa yang menyebabkan nyerinya lebih buruk? apa yang anda lakukan saat nyeri? apakah rasa nyeri itu membuat anda terbangun saat tidur?.
- b) *Quality* : Mengkaji Kualitas/ *quantitas* rasa nyeri dapat dilakukan dengan mengkaji Seberapa berat keluhan nyeri yang

dirasakan pasien? bisakah anda menggambarkan rasa nyerinya? apakah seperti diiris, tajam, ditekan, ditusuk tusuk, rasa terbakar, kram, kolik, diremas? (biarkan pasien mengatakan dengan kata-katanya sendiri.

- c) *Region and Radiates*: *Region* atau radiasi merupakan lokasi dimana keluhan nyeri tersebut dirasakan atau ditemukan. Radiasi dilihat dengan menanyakan apakah nyeri juga dirasakan menyebar ke daerah lain, atau menyebar ke daerah yang lebih luas apakah nyerinya menyebar? Menyebar kemana? Apakah nyeri terlokalisasi di satu titik atau bergerak?
- d) *Scale / Severity* : Skala *Severity* dartikan sebagai skala kegawatan yang dapat dilihat menggunakan CPOT untuk gangguan kesadaran atau skala nyeri ukuran lain yang berkaitan dengan keluhan pasien seberapa parah nyerinya? Dari rentang skala 0-10 dengan 0 tidak ada nyeri dan 10 adalah nyeri hebat
- e) *Time* : Timing merupakan catatan waktu dimana kita akan menanyakan kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan / dirasakan, seberapa sering keluhan nyeri tersebut dirasakan / terjadi. Ditanyakan juga apakah terjadi secara mendadak atau bertahap kapan nyeri itu timbul? apakah onsetnya cepat atau lambat? berapa lama nyeri itu timbul? apakah terus menerus atau hilang timbul? apakah pernah merasakan nyeri ini

sebelumnya?apakah nyerinya sama dengan nyeri sebelumnya atau berbeda?

2. Skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*



Gambar 2.2 *Wong Baker*

Berikut skala nyeri yang kita nilai berdasarkan ekspresi wajah: skala nyeri Skala nyeri berdasarkan ekspresi wajah Penilaian Skala nyeri dari kiri ke kanan:

- a) Wajah Pertama : Sangat senang karena ia tidak merasa sakit sama sekali.
- b) Wajah Kedua : Sakit hanya sedikit.
- c) Wajah ketiga : Sedikit lebih sakit.
- d) Wajah Keempat : Jauh lebih sakit.
- e) Wajah Kelima : Jauh lebih sakit banget.
- f) Wajah Keenam : Sangat sakit luar biasa sampai-sampai menangis

3. *Comparative Pain Scale*

Penilaian tingkat nyeri dengan menggunakan Skala Nyeri 0-10.

- a) 0 = Tidak ada rasa sakit, merasa normal.
- b) 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.
- c) 3 (bisa ditoleransi) = nyeri Sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.
- d) 4 (menyedihkan) = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.
- e) 5 (sangat menyedihkan) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- f) 6 (intens) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra Anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
- g) 7 (sangat intens) = Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra pasien. Hal ini menyebabkan pasien tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.
- h) 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.

- i) 9 (menyiksa tak tertahankan) = Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya.
- j) 10 (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan) = Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan pasien tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini. Karena biasanya pasien sudah keburu pingsan. Sebagai contoh pada pasien yang mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah

4. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Tabel 2.2 *Verbal Rating Scale*

No	Penilaian	Score
1.	None (tidak adanyeri)	0
2.	Mild (kurang nyeri)	1
3.	Moderate (rasa nyeri yang sedang)	2
4.	Severe (Nyeri yang berat/hebat)	3
5.	Very severe (nyeri yang tidak tertahankan/sangat hebat)	4

Kelemahan/keterbatasan dari VRS yaitu adanya ketidakmampuan pasien untuk menghubungkan kata sifat yang tepat untuk menilai rasa nyerinya. Selain itu juga apabila pasien buta

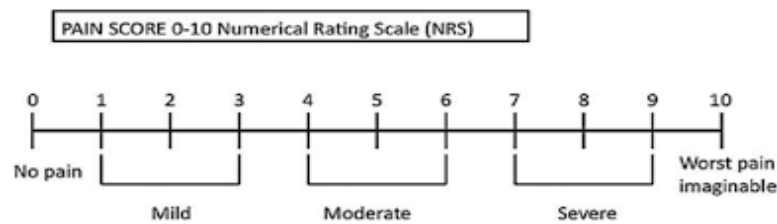
huruf/mengenali angka yang dapat digunakan untuk mewakili rasa nyeri.

5. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Visual Analogue Scale (VAS) merupakan alat pengukuran rasa nyeri yaitu untuk mengukur intensitas/tingkat nyeri yang dirasakan pasien. VAS dilakukan dengan cara khusus yaitu membuat 10-15 cm garis, dimana ssetiap ujungnya ditandai dengan level intensitas nyeri. Ujung sebelah kiri diberi tanda tidak ada nyeri/ “no pain” dan ujung kanan diberi tanda nyeri hebat/ “bad pain”. Pasien diminta untuk menandai garis tersebut sesuai dengan level nyeri yang dirasakan. Selanjutnya jarak penandaan diukur dari batas kiri hingga pada tanda yang dibuat oleh pasien (ukuran mm), dan ini merupakan *score* yang menunjukkan level nyeri yang dirasakan oleh pasien (Wahyuningsih, 2019).

6. *Numeral Rating Scale (NRS)*

Numeral Rating Scale (NRS) adalah alat ukur tingkat nyeri dimana cara penilaian dengan meminta pasien untuk menilai rasa nyeri yang dirasakan sesuai dengan level/tingkatan rasa nyerinya. Pada metode ini intensitas nyeri akan ditanyakan kepada pasien, kemudian pasien diminta untuk menunjuk angka sesuai dengan derajat/tingkat nyeri yang dirasakan.



Gambar 2.3 Numeral Rating Scale

e. Teori *Gate Control*

Teori yang dikemukakan oleh Melzack dan Wall (1965) dapat menjelaskan proses dari timbulnya nyeri hingga nyeri tersebut diinterpretasikan oleh otak dan dapat dirasakan, teori tersebut bernama teori kontrol gerbang (*gate control*). Pada teori ini dikatakan bahwa impuls nyeri ini dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C melepaskan substansi P untuk mentranmisi impuls melalui mekanisme pertahanan.

Selain itu, terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal

dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan responden mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P (Setyarini, 2018).

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan nyeri dibagi 2 yaitu secara *farmakologi* dan *non farmakologi* menurut (Tarwiyah dan Maulani, 2022):

1. Penatalaksanaan nyeri secara *non farmakologi*

a) Stimulasi pada area kulit

Stimulasi pada area kulit atau *cutaneous stimulation* adalah istilah yang digunakan dalam manajemen nyeri dengan cara *non farmakologis* sebagai salah satu cara yang dipercaya bisa mengaktifkan *opioid endogen*, sebuah sistem *analgesik monoamina* yang bisa mengurangi rasa nyeri. Cara ini terdiri dari pemberian kompres dingin atau hangat, massase dan *TENS* (*Transcutan eouselectrical nervestimulation*).

b) Distraksi

Distraksi adalah strategi pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian pasien ke stimulus lain terhadap nyeri dan

emosi negatif. Teknik distraksi bisa mengurangi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivasi retikuler bisa menghambat stimulasi nyeri, apabila seseorang menerima input sensori yang berlebihan bisa menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak.

c) Relaksasi

Teknik relaksasi adalah metode yang bisa digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi perasaan tidak nyaman ataupun nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri. Tujuan relaksasi untuk mengatasi atau menurunkan kecemasan, menurunkan ketegangan otot dan tulang serta mengurangi nyeri dan menurunkan ketegangan otot yang berhubungan dengan fisiologis tubuh.

2. Penatalaksanaan nyeri secara *farmakologi*

Penatalaksanaan nyeri dengan cara *farmakologi* melibatkan penggunaan *opiat* (narkotik), *nonopiat*/obat AINS (anti inflamasi *non steroid*), obat *adjuvans* atau *koanalgesik*. *Analgesik opiat* mencakup *derivat opium* seperti *morfin* dan *kodein*. Narkotik meredakan nyeri dan memberikan perasaan *euforia*. Semua *opiat* menimbulkan sedikit rasa ngantuk pada walnya saat pertama kali diberikan, tetapi dengan pemberian yang teratur, efek sampingnya akan menurun. *Opiat* juga mengakibatkan mual, muntah, konstipasi

dan depresi pernapasan serta harus digunakan dengan hati-hati pada pasien yang memiliki gangguan pernapasan.

g. Intervensi Keperawatan

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut khususnya pada pasien *post partum* dengan menggunakan intervensi utama yaitu Manajemen Nyeri berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI 2019).

Manajemen Nyeri adalah mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsioanl dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan yang dilakukan adalah :

1. Observasi

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri
- b. Identifikasi respon nyeri *non verbal*
- c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- d. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- e. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- f. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- g. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- h. Monitor efek samping penggunaan *analgesik*

2. Terapeutik
 - a. Berikan teknik *non farmakologi* untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, *hypnosis*, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
 - b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - c. Fasilitasi istirahat dan tidur
 - d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
3. Edukasi
 - a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
 - b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - d. Anjurkan menggunakan *analgesik* secara tepat
 - e. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
4. Kolaborasi
 - a. Kolaborasi pemberian *analgesik*, jika perlu

D. Teknik Imajinasi Terbimbing

- a. Pengertian Imajinasi Terbimbing

Teknik imajinasi terbimbing merupakan salah satu tindakan keperawatan yang memadukan teknik napas dan fokus pada imajinasi satu hal atau tempat yang menyenangkan, teknik ini dapat dilakukan

selama 10-15 menit untuk mendapatkan hasil yang maksimal (Binteriawati dan Aminah, 2022). Imajinasi terbimbing adalah bentuk terapi relaksasi yang melibatkan proses membayangkan hal yang dapat membuat seseorang merasa bahagia dan rileks (Sanjaya dan Puspita, 2024).

Tujuan teknik imajinasi terbimbing yaitu untuk mengarahkan secara lembut dan pasien berada dalam pikiran yang tenang dimulai dari perlahan meminta pasien untuk memejamkan mata dan fokus pada pernapasannya lalu pasien didorong untuk mengosongkan pikirannya. Kemudian meminta pasien untuk memenuhi pikirannya dengan kejadian yang indah sehingga membuat kenyamanan dan rasa damai. Para peneliti yang telah melakukan penelitian terhadap teknik imajinasi terbimbing berpendapat bahwa teknik imajinasi terbimbing sangat efektif untuk mempercepat proses penurunan nyeri (Binteriawati dan Aminah, 2022).

b. Manfaat Imajinasi Terbimbing

Manfaat terapi imajinasi terbimbing yaitu untuk meningkatkan konsentrasi, mengurangi rasa nyeri, memberikan rasa ketenangan, meningkatkan rasa percaya diri, mengendalikan respon emosional, memperbaiki latihan ketrampilan dan mengembangkan strategi.

c. Prosedur Teknik Imajinasi Terbimbing

Langkah-langkah teknik imajinasi terbimbing menurut Kurniawan, (2022)

1. Membaca basmallah
 2. Mengatur posisi yang nyaman
 3. Meminta pasien untuk melonggarkan pakaian
 4. Meminta pasien untuk memejamkan mata
 5. Meminta pasien untuk menarik nafas dalam dengan pelan
 6. Meminta pasien untuk merasakan tubuh menjadi lebih berat dan hangat dari ujung kepala sampai ujung kaki
 7. Meminta pasien untuk memikirkan seolah-olah pergi ke suatu tempat yang menyenangkan dan merasa senang di tempat tersebut
 8. Meminta pasien untuk menyebutkan apa yang bisa dilihat, didengar, cium dan apa yang dirasakan
 9. Meminta pasien untuk menarik nafas panjang beberapa kali dan nikmati berada di tempat tersebut
 10. Meminta pasien untuk mengingat bahwa pasien dapat kembali ke tempat itu
 11. Meminta pasien untuk mengatakan dalam hatinya “saya dapat rileks dan nyaman” (berulang-ulang)
 12. Meminta pasien membuka mata secara perlahan
 13. Mengevaluasi hasil tindakan
 14. Menganjurkan pasien mengulang teknik ini bila pasien merasa nyeri
- d. Pengaruh Imajinasi Terbimbing Terhadap Penurunan Nyeri *Post Partum*

Nyeri akut pada ibu *post partum* dapat dialami dengan tindakan *farmakologi* dan *non farmakologi*. Tindakan *farmakologi* dilakukan dengan bentuk pemberian obat *analgesik*, sedangkan manajemen nyeri non farmakologis salah satunya adalah teknik imajinasi terbimbing.

Teknik relaksasi, *guided imagery* merupakan teknik imajinasi terbimbing untuk mengatasi nyeri. diberikan kepada pasien *post operasi* yang sedang mengalami kesakitan dapat memutuskan rasa nyeri sebelum sampai ke *cortex cerebri* (pusat nyeri) sehingga nyeri yang dirasakan oleh pasien menjadi berkurang. *Guided imagery* akan memberikan efek rileks dengan menurunkan ketegangan otot sehingga nyeri akan berkurang. Pasien dalam keadaan rileks secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin. Hormon ini merupakan *analgesik* alami dari tubuh yang terdapat pada otak, spinal, traktus gastrointestinal (Yunita dan Suhartini, 2023).

E. Potensi Kasus Mengalami Nyeri Akut *Post Sectio Caesarea*

Nyeri pada keperawatan maternitas pasti dialami oleh ibu *post sectio caesarea*. Nyeri bisa disebabkan karena ada *insisi* atau luka operasi *SC*, kontraksi rahim (*afterpain*) atau pada kasus pembengkakan payudara.

1. Insisi atau luka operasi

Persalinan *SC* memunculkan komplikasi salah satunya adalah nyeri pada daerah insisi akibat robeknya jaringan pada dinding perut dan uterus. Tingkat nyeri akan terasa setelah 12 jam pasca operasi. Klasifikasi nyeri pasca pembedahan *sc* merupakan jenis nyeri akut .

Nyeri yang dirasakan oleh ibu post sc akan membuat reaksi fisik dan psikologis ibu seperti mobilisasi yang terganggu, malas untuk melakukan aktivitas, sulit tidur, tidak nafsu makan hingga tidak mau merawat bayinya (Wijaya *et al.*, 2022).

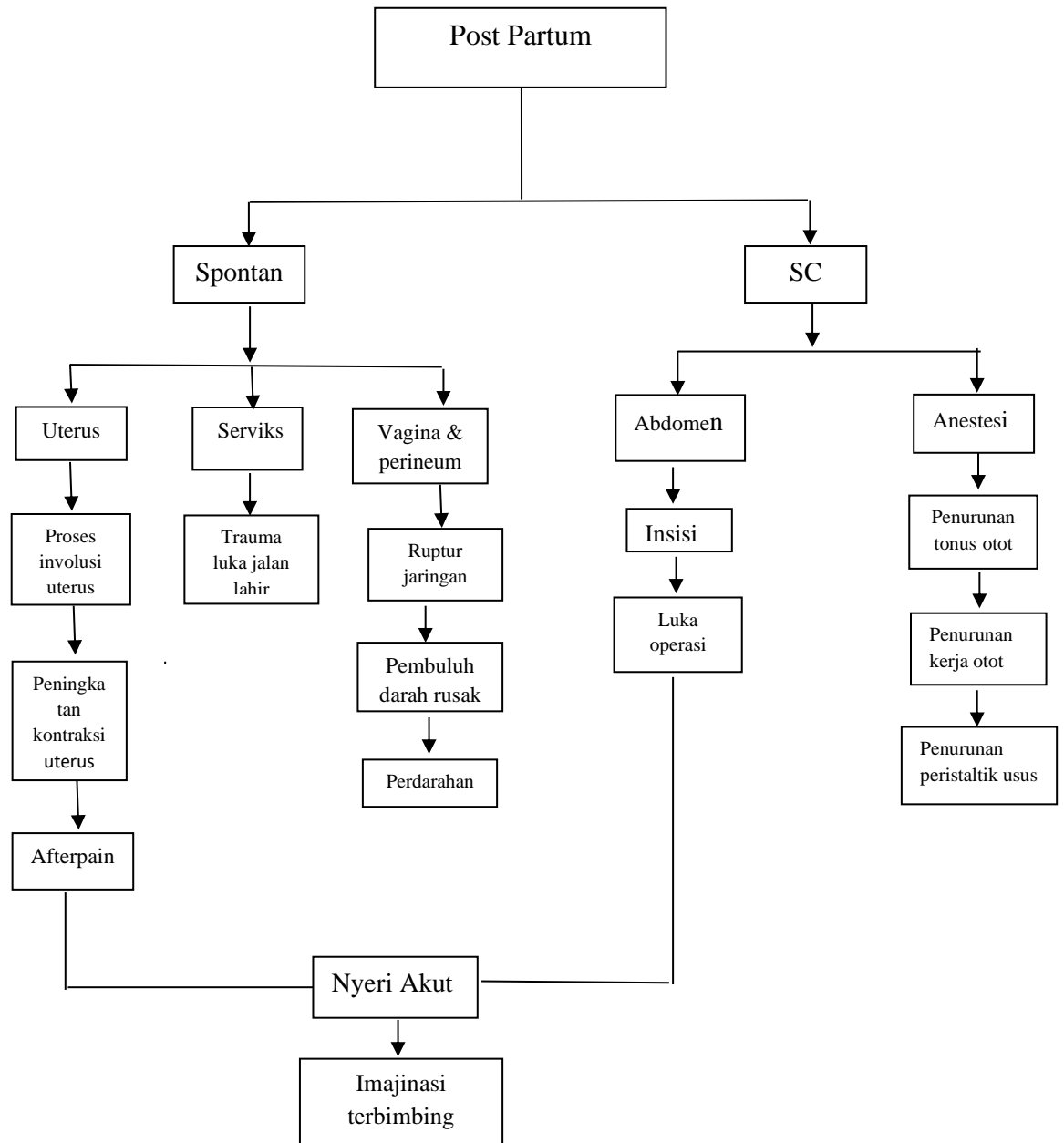
2. *Afterpain*

Involusi uterus yang terjadi pada masa *post sectio caesarea* dapat menimbulkan rasa nyeri ketika kontraksi sedang berlangsung atau dikenal dengan istilah *afterpain*. Keluhan *afterpain* dirasakan seperti kram, adanya tarikan perut yang kuat bahkan dirasakan seolah tertusuk benda tajam atau tumpul. *Afterpain* dapat terjadi pada hari ke 3-10 masa *post sectio caesarea*, lebih sering dialami oleh *post sectio caesarea multipara* yang diakibatkan karena meningkatnya sensitivitas sistem saraf pusat (Astutik dan Purwandari, 2022).

3. Pembengkakan Payudara

Ibu *post sectio caesarea* dapat mengalami masalah menyusui. Penyebab terjadinya masalah pada ibu menyusui yaitu nyeri puting, puting lecet, puting datar, kurang informasi, ASI kurang, ibu bekerja, payudara bengkak, absen payudara, posisi dan saluran susu tersumbat. Insiden pembengkakan payudara merupakan salah satu masalah yang paling tinggi pada ibu selama menyusui bayi. Masalah menyusui sering terjadi pada periode awal *post sectio caesarea*, dan menyebabkan ibu merasakan sakit pada saat menyusui (Napsiah, 2023)

F. Kerangka Teori



Bagan 2 1 Kerangka Teori