

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Persalinan *Sectio Caesarea* (SC)

1. Pengertian

Bedah atau operasi merupakan tindakan pembedahan cara dokter untuk mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana (Potter & Perry, 2014). Operasi adalah tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh yang dilakukan di ruang operasi rumah sakit dengan prosedur yang sudah ditetapkan (Smeltzer & Bare, 2018).

Istilah *Sectio Caesarea* berasal dari perkataan Latin *Caedere* yang artinya memotong. *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Leniwita & Anggraini, 2019). Menurut Saifuddin (2018), *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram.

2. Etiologi *Sectio Caesarea*

Oxorn dan Forte (2012) menjelaskan bahwa indikasi SC adalah sebagai berikut:

- a) Panggul sempit dan *dystocia* mekanis; *Disproporsi fetopelik*, panggul sempit atau jumlah janin terlampau besar, malposisi dan malpresentasi, disfungsi uterus, *dystocia* jaringan lunak, neoplasma dan persalinan tidak maju.

- b) Pembedahan sebelumnya pada uterus; *Sectio Caesarea*, histerektomi, miomektomi ekstensif dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan *cervical* atau perbaikan *ostium cervicis* yang inkompeten dikerjakan *Sectio Caesarea*.
- c) Perdarahan; disebabkan plasenta previa atau abruptio pasenta.
- d) Toxemia gravidarum; mencakup preeklamsi dan eklamsi, hipertensi esensial dan nephritis kronis.
- e) Indikasi fetal; gawat janin, cacat, insufisiensi plasenta, prolapsus funiculus umbilicalis, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, *Post moterm caesarean* dan infeksi virus herpes pada traktus genitalis.

3. Manifestasi klinis *Sectio Caesarea*

Silaen, dkk (2020), manifestasi klinis pada ibu *Post Sectio Caesarea* adalah: a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml b. Terpasang kateter, urin jernih dan pucat c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi d. Bising usus tidak ada e. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru f. Balutan abdomen tampak sedikit noda darah g. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak.

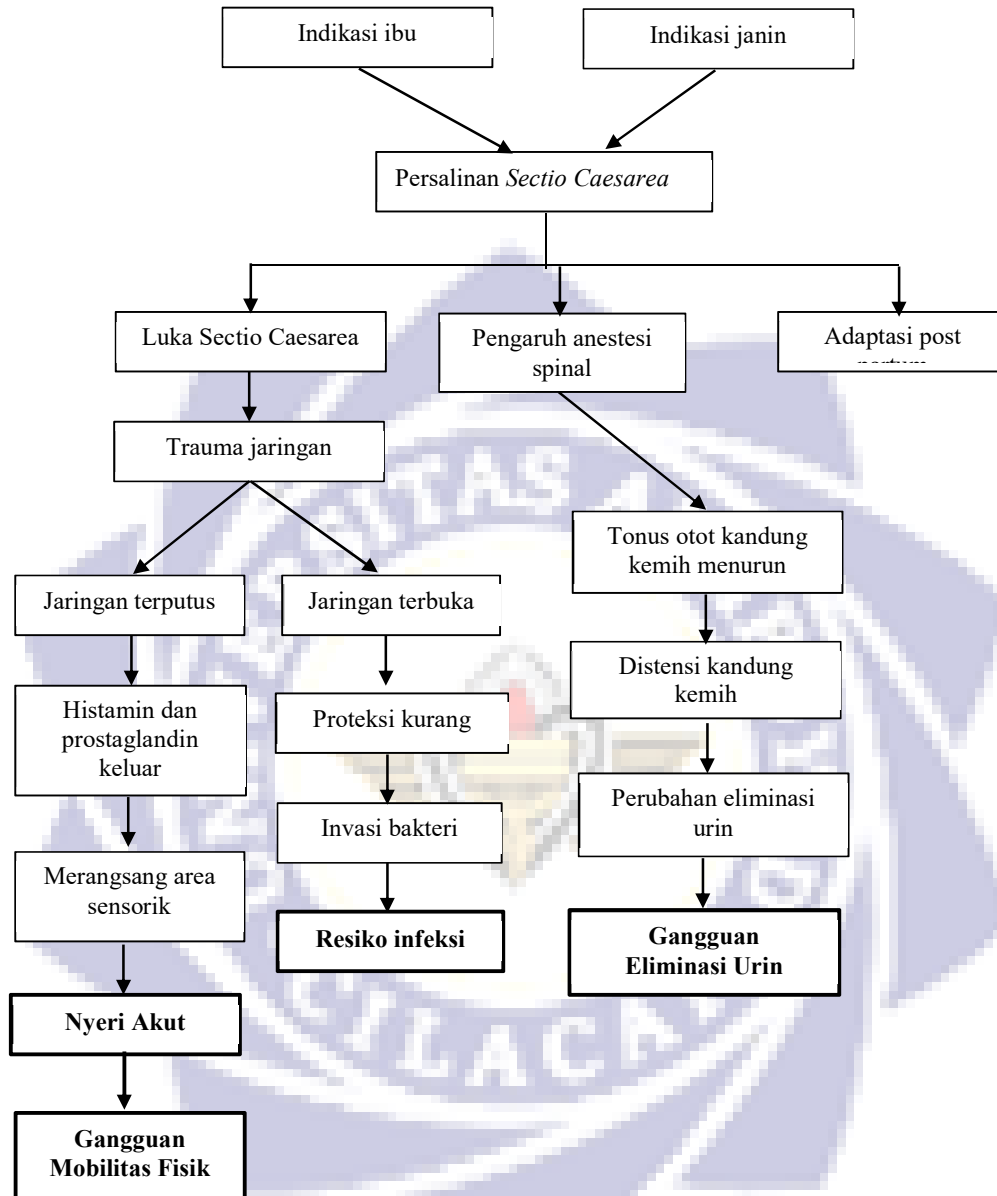
4. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Sectio cesarea adalah suatu proses persalinan melalui pembedahan pada bagian perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh. Indikasi persalinan SC disebabkan karena faktor ibu dan janin. Setiap operasi *Sectio Caesarea* anestesi spinal lebih banyak dipakai dikarenakan lebih aman untuk janin. Tindakan anestesi yang diberikan dapat mempengaruhi tonus otot pada kandung kemih sehingga mengalami

penurunan yang menyebabkan gangguan eliminasi urin (Ainuhikma, 2018).

Sayatan pada perut dan rahim akan menimbulkan trauma jaringan dan terputusnya inkontinensia jaringan, pembuluh darah, dan saraf disekitar daerah insisi. Hal tersebut merangsang keluarnya histamin dan prostaglandin. Histamin dan prostaglandin ini akan menyebabkan nyeri pada daerah insisi. Rangsangan nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan munculnya masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Selanjutnya hambatan mobilisasi fisik yang dialami oleh ibu nifas dapat menimbulkan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Adanya jaringan terbuka juga akan menimbulkan munculnya risiko tinggi terhadap masuknya bakteri dan virus yang akan menyebabkan infeksi apabila tidak dilakukan perawatan luka yang baik (Potter & Perry, 2014).

5. Pathway



Gambar 2.1

Pathways

Sumber: Ainuhikma (2018) dan Potter & Perry (2014).

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *Sectio Caesarea* menurut Ramandanty (2019) adalah sebagai berikut:

a) Pemberian cairan

Pemberian cairan per intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b) Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua *Post* operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah

menjadi posisi setengah duduk (semifowler), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

d) Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

e) Pemberian obat-obatan

Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi. 6) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan Obat yang dapat di berikan melalui supositoria obat yang diberikan ketoprofen sup 2x/24 jam, melalui oral obat yang dapat diberikan tramadol atau paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

f) Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit C.

g) Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari *Post* operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

h) Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan.

i) Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari *Post* operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

Penatalaksanaan nyeri pada pasien *Post* operasi SC menurut Panji (2019) adalah sebagai berikut:

a. Farmakoterapi

Panji (2019) menjelaskan bahwa semua obat yang mempunyai efek analgetika biasanya efektif untuk mengatasi nyeri akut. Hal ini dimungkinkan karena nyeri akut akan mereda atau hilang sejalan dengan laju proses penyembuhan jaringan yang sakit. Praktik dalam tatalaksana nyeri, secara garis besar strategi farmakologi mengikuti "*WHO Three Step Analgesic Ladder*" yaitu :

- 1) Tahap pertama dengan menggunakan obat analgetik nonopiat seperti NSAID atau *COX2 spesific inhibitors*.
- 2) Tahap kedua, dilakukan jika pasien masih mengeluh nyeri. Maka diberikan obat-obat seperti pada tahap 1 ditambah opiat secara intermiten.
- 3) Tahap ketiga, dengan memberikan obat pada tahap 2 ditambah opiat yang lebih kuat.

b. Non farmakologi

Walaupun terdapat berbagai jenis obat untuk meredakan nyeri, semuanya memiliki resiko dan biaya. Tindakan non farmakologi merupakan terapi yang mendukung terapi farmakologi dengan metode yang lebih sederhana, murah, praktis, dan tanpa efek yang merugikan (Potter & Perry, 2014). Intervensi kognitif-perilaku mengubah persepsi nyeri, menurunkan ketakutan, juga memberikan kontrol diri yang lebih. Terapi non farmakologi yang dapat digunakan adalah stimulasi kutaneus, pijat, kompres panas dan dingin, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), akupuntur, akupresur, teknik nafas dalam, musik, *guide imagery* dan distraksi (Black & Hawks, 2014).

B. Konsep Nyeri Akut

1. Pengertian nyeri akut

Nyeri (*pain*) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karna perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengefakuasi rasa nyeri yang dialaminya (Widaningsih & Rosya, 2019). Menurut Faisol (2022), nyeri merupakan pengalaman manusia yang paling kompleks dan merupakan fenomena yang dipengaruhi oleh interaksi antara emosi, prilaku, kognitif dan faktor-faktor sensori fisiologi. Nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan

kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian yang dilukiskan dengan istilah kerusakan.

Pada proses operasi pasien tidak merasakan nyeri pada saat dibedah. Namun setelah selesai operasi, pasien mulai sadar dan efek anestesi habis bereaksi, pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Banyak ibu yang mengeluhkan rasa nyeri dibekas jahitan, keluhan ini sebetulnya wajar karena tubuh tengah mengalami luka dan penyembuhan luka tersebut tergolong panjang dan dalam. Pada operasi *Sectio Caesarea* ada tujuh lapisan perut yang harus disayat dan kemudian dijahit. Rasa nyeri di daerah sayatan yang membuat sangat terganggu dan merasa tidak nyaman (Dina & Ira, 2000).

2. Etiologi nyeri *Post Sectio Caesarea*

Penyebab nyeri *Post SC* adalah adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan *Sectio Caesarea* (SC). Dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut).

3. Dampak nyeri *Post SC*

Mubarak et al. (2015) menjelaskan bahwa nyeri akut yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari:

a. Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologi dapat menunjukkan nyeri pada pasien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonomi. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung tekanan darah dan frekuensi pernapasan meningkat.

b. Dampak perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vocal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien sering kali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, dan hanya focus pada aktivitas menghilangkan nyeri.

c. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan kebersihan normal serta dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

Nyeri *Post Sectio Caesarea* akan menimbulkan reaksi fisik dan psikologi pada ibu nifas seperti gangguan mobilisasi, bonding attachment (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, Activity of Daily Living (ADL) terganggu, Inisiasi Menyusu Dini (IMD) tidak terpenuhi dengan baik serta kesulitan dalam perawatan bayi, sehingga diperlukan cara untuk mengontrol rasa nyeri agar dapat beradaptasi dengan nyeri *Post Sectio Caesarea* dan mempercepat masa nifas (Denny et al., 2019).

4. Penatalaksanaan nyeri nonfarmakologi (aromaterapi lavender)

Aromaterapi lavender merupakan salah satu aromaterapi yang diperoleh dari proses distilasi bunga lavender dan terkenal dengan efek sedatif dan anti-neurodepresif yang dapat melemaskan serta mengendorkan kerja saraf dan otot serta mengoptimalkan gelombang alfa di otak yang kaitkan dengan kondisi rileks (Adiwibawa, Citrawathi, & Dewi, 2020). Bila dibandingkan dengan jenis aromaterapi yang lainnya, aromaterapi lavender memiliki kelebihan dalam mempengaruhi kondisi fisik maupun psikis seseorang serta lebih mudah untuk didapatkan dengan harga yang relatif terjangkau (Yoshiko & Purwoko, 2016).

Minyak aromaterapi bekerja dengan mengaktifkan area di hidung yang disebut reseptor bau. Reseptor ini mengirimkan pesan melalui sistem saraf menuju otak. Aroma minyak tersebut menghidupkan bagian-bagian pada otak, seperti sistem limbik yang memengaruhi emosi. Selain itu, minyak atsiri dalam aromaterapi juga berdampak pada hipotalamus. (Wisnubrata, 2020). Hipotalamus akan mempengaruhi sistem limbik di otak yang mempengaruhi emosi, suasana hati dan memori, untuk

menghasilkan neurohormon di endorpin dan encephalin yang berfungsi untuk menghilangkan rasa sakit (Anjelia, 2021).

Menurut Craig Hospital (2013 dalam Sari, 2019) ada beberapa pemberian aroma terapi yang bisa digunakan dengan cara :

1) Inhalasi

Biasanya dianjurkan untuk masalah dengan pernafasan dan dapat dilakukan dengan menjatuhkan beberapa tetes minyak esensial ke dalam mangkuk air mengepul. Uap tersebut kemudian dihirup selama beberapa saat, dengan efek yang ditingalkan dengan menempatkan handuk diatas kepala dan mangkuk sehingga membentuk tenda untuk menangkap udara yang dilembabkan dan bau.

2) *Massage*/pijat

Menggunakan minyak esensial aromatik dikombinasikan dengan minyak dasar yang dapat menenangkan atau merangsang. Tergantung pada minyak yang digunakan, pijat minyak esensial dapat diterapkan ke area masalah tertentu atau keseluruhan tubuh.

3) Difusi

Digunakan untuk menenangkan saraf atau mengobati beberapa masalah pernafasan an dapat dilakukan dengan penyembprotan senyawa yang mengandung minyak ke udara dengan caea yang sama dengan freshener. Hal ini juga dapat dilakukan dengan menempatkan beberapa tetes minyak esensial dalam difuser dan menyalakan sumber panas. Duduk dalam jarak tiga kaki dari difuser, pengobatan biasanya berlangsung sekitar 30 menit.

4) Kompres

Panas atau dingin mengandung minyak esensial dapat digunakan untuk nyeri otot dan segala nyeri, memar dan sakit kepala.

5) Perendaman

Mandi yang mengandung minyak esensial dan berlangsung selama 10-20 menit yang direkomendasikan untuk masalah kulit dan menenangkan saraf.

C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori

1. Fokus pengkajian

Pengkajian merupakan salah satu proses keperawatan yang mencakup pengumpulan informasi objektif dan subjektif serta peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien maupun keluarga pasien atau ditemukan dalam rekam medis pasien yang memiliki tujuan untuk menghimpun data maupun informasi terkait kondisi pasien agar dapat menentukan masalah kesehatan, mengidentifikasi serta mengetahui kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien (Herdman & Kamitsuru, 2018). Pengkajian keperawatan pada ibu *Post Sectio Caesarea* menurut Ratih (2019) adalah :

- a. Identitas pasien meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record.
- b. Keluhan utama, subjektif: mengeluh nyeri dan objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari

nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut:

- 1) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa:
 - a) Apa yang menyebabkan gejala nyeri?
 - b) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri?
 - c) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?
- 2) Q (kualitas atau kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:
 - a) Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?
 - b) Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang di rasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?
- 3) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa:
 - a) Dimana gejala nyeri terasa?
 - b) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat?
- 4) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa : seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10 ?

- 5) T (timing atau waktu) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:
- a) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?
 - b) Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap?
 - c) Berapa lama nyeri berlangsung?
 - d) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap?
- c. Riwayat persalinan sekarang, untuk mendapatkan data persalinan yang perlu dikaji yaitu: kehamilan keberapa, tahun lahir, jenis persalinan, komplikasi persalinan, penolong dan tempat persalinan, keadaan bayi.
- d. Riwayat menstruasi, pada ibu yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.
- e. Riwayat perkawinan, usia perkawinan, perkawinan keberapa, usia pertama kali kawin.
- f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir.
- g. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi, tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah

digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

h. Pola kebutuhan sehari-hari

- 1) Bernafas, pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea* tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.
- 2) Makan dan minum, pada pasien *Post Sectio Caesarea* tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam sehari.
- 3) Eliminasi, pada pasien *Post Sectio Caesarea* pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.
- 4) Istirahat dan tidur, pada pasien *Post Sectio Caesarea* terjadi gangguan pada pola istirahat dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- 5) Gerak dan aktifitas, pada pasien *Post Sectio Caesarea* terjadi gangguan gerak dan aktifitas karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
- 6) Kebersihan diri, pada pasien *Post Sectio Caesarea* kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- 7) Berpakaian, pada pasien *Post Sectio Caesarea* biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.
- 8) Rasa nyaman, pada pasien *Post section caesarea* akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.

- 9) Konsep diri, pada pasien *Post Sectio Caesarea* seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.
 - 10) Sosial, pada ibu *Sectio Caesarea* lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
 - 11) Bermain dan rekreasi, pada pasien *Post Sectio Caesarea* ibu biasanya belum bisa bermain dan berkreasi.
 - 12) Prestasi, kaji hal-hal yang membanggakan dari ibu yang ada hubungan dengan kondisinya.
 - 13) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan *Post partu* untuk ibu dengan *Sectio Caesarea* meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang perawatan bayi diantaranya, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.
 - 14) Data spiritual, kaji kepercayaan ibu terhadap Tuhan.
- i. Pemeriksaan fisik
- 1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, keadaan kulit berat badan, dan tinggi badan.
 - 2) Pemeriksaan kepala wajah: Konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak.
 - 3) Pemeriksaan leher: Ada tidaknya pembesaran tiroid.

- 4) Pemeriksaan thorax: Ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- 5) Pemeriksaan payudara: Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
- 6) Pemeriksaan abdomen: Tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat luka.
- 7) Pemeriksaan eksremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, eksremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- 8) Genetalia: Menggunakan dower kateter.
- 9) Data penunjang, pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC).

2. Diagnosa Keperawatan ibu *Post Sectio Caesarea* dengan nyeri akut

Diagnosa keperawatan ialah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosa asuhan keperawatan pada ibu *Post Sectio Caesarea* meliputi:

a. Nyeri akut

1). Pengertian

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

Penyebab nyeri akut menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah sebagai berikut: agen pencedera fisik, agen pencedera kimiawi dan agen pencedera fisiologi.

3) Manifestasi klinis

- a) Gejala dan tanda mayor: Subjektif: mengeluh nyeri dan
Objektif: Tampak meringis bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) gelisah frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur
- b) Gejala dan tanda minor: Subjektif tidak tersedia dan
Objektif: Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri berfokus pada diri sendiri, diaforesis kondisi klinis terkait kondisi pembedahan, cedera traumatis infeksi, sindrom koroner akut dan glaukoma.

4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait adalah kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut dan glaukoma.

b. Gangguan mobilisasi fisik

1). Pengertian

Gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

Penyebab gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah sebagai berikut: kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan dan gangguan sensori-persepsi.

3) Manifestasi klinis

Untuk dapat mengangkat diagnosis gangguan mobilitas fisik, Perawat harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

DO: Kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun.

4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah disorganisasi perilaku bayi, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, kelelahan, kesiapan peningkatan tidur, risiko disorganisasi perilaku bayi dan risiko intoleransi aktivitas.

c. Risiko infeksi

1). Pengertian

Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

Penyebab risiko infeksi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah penyakit kronis (mis: diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh) dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; immunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat).

3) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis risiko infeksi adalah demam, luka kemerahan, nyeri, bengkak dan kadar sel darah putih memburuk.

4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah gangguan integritas kulit/jaringan, hipertermia, hipotermia, perilaku kekerasan, perlambatan pemulihan pascabedah, risiko alergi, risiko bunuh diri, risiko cedera, risiko cedera pada ibu, risiko cedera pada janin, risiko gangguan integritas kulit/jaringan, risiko hipotermia, risiko hipotermia perioperatif, risiko jatuh, risiko luka tekan, risiko mutilasi diri, risiko perilaku kekerasan, risiko perlambatan pemulihan pascabedah, risiko termoregulasi tidak efektif dan termoregulasi tidak efektif.

d. Gangguan eliminasi urin

1). Pengertian

Gangguan eliminasi urin merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai disfungsi eliminasi urin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

Penyebab gangguan eliminasi urin menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan), kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi), hambatan lingkungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi,

outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomali saluran kemih kongenital) dan imaturitas (pada anak usia < 3 tahun).

3) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis gangguan eliminasi urin yaitu: DS: Desakan berkemih (urgensi), urin menetes (dribbling), sering buang air kecil, nocturia (buang air kecil pada malam hari), mengompol dan enuresis (tidak dapat menahan kencing). DO: Distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (hesistancy) dan volume residu urin meningkat.

4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah gangguan eliminasi urin, inkontinensia fekal, inkontinensia urin berlanjut, inkontinensia urin berlebih, inkontinensia urin fungsional, inkontinensia urin refleks, inkontinensia urin stres, inkontinensia urin urgensi, kesiapan peningkatan eliminasi urin, konstipasi, retensi urin, risiko inkontinensia urin urgensi dan risiko konstipasi.

3. Intervensi Asuhan Keperawatan

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) menjelaskan bahwa intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran atau outcome yang diharapkan. Rencana keperawatan atau intervensi yang dapat diberikan pada ibu *Post SC* dengan nyeri akut dijelaskan pada tabel 2.1 di bawah ini.

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan pada Ibu *Post SC*

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Nyeri akut	<p>Tingkat Nyeri (I.08066) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam masalah nyeri akut diharapkan menurun dan teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan Tidur menurun 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Diaforesis menurun 8. Perasaan depresi (tertekan) menurun 9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 10. Anoreksia menurun 11. Perineum terasa tertekan menurun 12. Uterus teraba membulat menurun 13. Ketegangan otot menurun 14. Pupil dilatasi menurun 15. Muntah menurun 16. Mual menurun 17. Frekuensi nadi membaik 18. Pola nafas membaik 19. Tekanan darah membaik 20. Proses berfikir membaik 21. Fokus membaik 22. Fungsi berkemih membaik 23. Perilaku membaik 24. Nafsu makan membaik 25. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri berupa kompres dingin. 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 <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		e. Ajarkan farmakologis untuk mengurangi nyeri f. Kolaborasi g. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Gangguan mobilisasi fisik	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) 1. Observasi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2. Terapeutik a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. Edukasi a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Risiko infeksi	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) 1. Observasi Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Terapeutik a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Gangguan eliminasi urin	<p data-bbox="667 730 954 787">Eliminasi urin (L.04034)</p> <p data-bbox="667 787 954 898">Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka eliminasi urin membaik, dengan kriteria hasil:</p> <p data-bbox="667 898 954 1010">Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa eliminasi urin membaik adalah:</p> <ol data-bbox="667 1010 954 1507" style="list-style-type: none"> 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Desakan berkemih (urgensi) menurun 3. Distensi kandung kemih menurun 4. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) menurun 5. Volume residu urin menurun 6. Urin menetes (dribbling) menurun 7. Nokturia menurun 8. Mengompol menurun 9. Enuresis menurun 	<ol data-bbox="980 268 1341 730" style="list-style-type: none"> 3. Edukasi <ol data-bbox="1024 296 1341 646" style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan etika batuk d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 4. Kolaborasi <p data-bbox="1024 667 1341 730">Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p> <p data-bbox="980 730 1341 787">Manajemen Eliminasi Urin (I.04152)</p> <ol data-bbox="980 787 1341 1791" style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol data-bbox="1024 814 1341 1150" style="list-style-type: none"> a. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin b. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin c. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) 2. Terapeutik <ol data-bbox="1024 1171 1341 1381" style="list-style-type: none"> a. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih b. Batasi asupan cairan, jika perlu c. Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur 3. Edukasi <ol data-bbox="1024 1402 1341 1791" style="list-style-type: none"> a. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih b. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin c. Ajarkan mengambil spesimen urin midstream d. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih e. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		f. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
		g. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur
		4. Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra, jika perlu

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi merupakan pelaksanaan rencana keperawatan yang dilakukan oleh perawat dan pasien. Pelaksanaan implementasi nyeri akut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) meliputi : Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi lokasi nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri, mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, memonitor keberhasilan aromaterapi lavender yang sudah diberikan, memonitor efek samping penggunaan analgetik, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (penerapan aromaterapi lavender), mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan), memfasilitasi istirahat dan tidur), menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri dan mengkolaborasikan pemberian analgesik.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan di lakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: *Subjective* yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: *Objective* yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: *Planning* yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Ratih, 2019).

D. Evidence Base Practice (EBP) Aromaterapi Lavender

1. Abdraboo et al. (2020), *Effectiveness of Inhalation of Lavender Oil in Relieving Post-Cesarean Section Pain*

- a. P (*patient, population, problem*)

Sampel penelitian ini adalah ibu *Post Sectio Caesarea* sebanyak 100 orang.

- b. I (*intervention, prognostic factor, exposure*)

Intervensi yang diberikan kepada kelompok intervensi sebanyak 50 orang dengan aromaterapi lavender dan kelompok kontrol

sebanyak 50 orang tidak diberikan intervensi. Terapi dilakukan dengan menteteskan aromaterapi lavender ke kapas dan dimasukkan ke dalam masker oksigen. Terapi ini dilakukan selama tiga menit. Kemudian menilai tingkat nyeri setelah setengah jam menggunakan dua skala penilaian nyeri VAS dan MJPOM/

c. *C (comparison, control)*

Tidak membandingkan dengan intervensi lainnya.

d. *O (outcome)*

Wanita di kedua kelompok memiliki karakteristik demografi dan obstetrik yang serupa. Rata-rata skor nyeri VAS hampir dua kali lipat pada kelompok kontrol dibandingkan dengan kelompok penelitian ($p < 0,001$). Selain itu, rata-rata skor nyeri MJPOM (sensorik, afektif, dan total) semuanya lebih tinggi pada kelompok kontrol ($p < 0,001$). Skor nyeri lebih tinggi pada primipara ($p < 0,001$), dan 68,0% wanita dalam kelompok studi melaporkan bahwa Lavender efektif dalam mengurangi nyeri pasca CS.

2. Sholati et al. (2023), Implementasi Aromaterapi Lavender pada Pasien *Post Sectio Caesarea* (SC) dengan Masalah Gangguan Nyeri dan Ketidaknyamanan

a. *P (patient, population, problem)*

Sampel penelitian ini adalah ibu *Post partum Post SC* yang mengalami nyeri sebanyak 1 klien.

b. I (*intervention, prognostic factor, exposure*)

Intervensi yang diberikan adalah terapi aromaterapi lavender untuk mengatasi rasa nyeri yang timbul setelah *Post* operasi SC yang dilakukan selama 3 x 24 jam.

c. C (*comparison, control*)

Tidak membandingkan dengan intervensi lainnya.

d. O (*outcome*)

Skala nyeri menurun dari 6 menjadi 3, setelah dilakukan aromaterapi lavender selama 3x24 jam.

3. Rahmayani & Machmudah (2022), Penurunan Nyeri *Post Sectio Caesarea* Menggunakan Aroma Terapi Lavender di Rumah Sakit Permata Medika Ngaliyan Semarang

a. P (*patient, population, problem*)

Sampel penelitian ini adalah 2 ibu *Post* SC yang mengalami nyeri.

b. I (*intervention, prognostic factor, exposure*)

Intervensi dengan memberikan aromaterapi lavender selama satu kali shift sebanyak 2x dalam satu kali shift dan dilakukan selama 5 menit.

c. C (*comparison, control*)

Tidak membandingkan dengan intervensi lainnya.

d. O (*outcome*)

Responden satu pada 3 jam setelah pemberian analgesik sebelum diberikan aromaterapi lavender skala nyeri 7 yang termasuk

kedalam kategori nyeri berat, setelah diberikan aromaterapi selama 5 menit saat dievaluasi setelah 30 menit nyeri berkurang menjadi skala 6 yang termasuk kategori sedang. Hal ini sama dengan responden 2 dimana pada 3 jam setelah diberikan obat analgesik nyeri klien dalam kategori nyeri sedang yaitu skala 6 dan setelah pemberian aromaterapi lavender selama 5 menit skala nyeri klien turun menjadi skala 5 yang merupakan kategori nyeri sedang, hal ini dievaluasi setelah 30 menit pemberian aromaterapi. Pada 6 jam setelah pemberian obat analgesik responden satu mengatakan skala nyeri 6 sebelum diberikan aromaterapi lavender dan sesudah diberikan menjadi 4 yang termasuk dalam kategori nyeri sedang. Pada responden kedua 6 jam setelah pemberian obat analgesik skala nyeri sebelum pemberian aromaterapi lavender 5 menjadi skala 4 yang juga merupakan kategori nyeri sedang.

