

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dasar nyeri akut

2.1.1 Definisi nyeri akut

Nyeri adalah pengalaman sensoris yang tidak menyenangkan, unsur utama yang harus ada untuk disebut sebagai nyeri adalah rasa tidak menyenangkan. Nyeri terjadi akibat adanya kerusakan jaringan yang nyata (*pain associate with actual tissue damage*), nyeri yang demikian dinamakan nyeri akut yang dapat menghilang seiring dengan penyembuhan jaringan (Zakiah, 2015).

Nyeri merupakan salah satu mekanisme pertahanan tubuh yang menandakan adanya masalah pada tubuh. Saat nyeri hanya berlangsung selama periode pemulihan yang telah diperkirakan, nyeri digambarkan sebagai nyeri akut, baik nyeri memiliki awitan mendadak atau lambat tanpa memperhatikan intensitasnya (Kozier & Barbara, 2011).

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut dapat di jelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Fungsi nyeri akut adalah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang (Andarmoyo, 2013).

Nyeri akut adalah 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, 2016).

Nyeri akut adalah respon fisiologi normal yang diramalkan terhadap rangsangan kimiawi, panas, atau mekanik menyusul suatu pembedahan, trauma, dan penyakit akut. Ciri khas nyeri akut adalah nyeri yang diakibatkan kerusakan jaringan yang nyata dan akan hilang seiring dengan proses penyembuhannya, terjadi dalam waktu singkat dari 1 detik sampai kurang dari 6 bulan (Zakiyah, 2015) .

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional tidak nyaman yang biasanya berkaitan dengan adanya kerusakan jaringan aktual atau potensial yang durasinya singkat sampai kurang dari enam bulan.

2.1.2 Etiologi nyeri akut

- a. Agen pencedera fisiologis (misal; Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (misal; terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (misal; abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma , latihan fisik berlebihan)

(PPNI, 2016)

2.1.3 Tanda dan gejala nyeri akut

Pasien dengan nyeri memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut :

1) Tanda dan gejala mayor

Subjektif :

a) Mengeluh nyeri

Objektif :

a) Tampak meringis

b) Bersikap protektif (mis; waspada, posisi menghindari nyeri)

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

2) Tanda dan gejala minor

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

a) Tekanan darah meningkat

b) Pola napas berubah

c) Nafsu makan berubah

d) Proses berpikir terganggu

e) Menarik diri

f) Berfokus pada diri sendiri

g) Diaforesis (PPNI, 2016)

2.1.4 Faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Faktor – faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri

a) Usia

Usia mempengaruhi persepsi dan ekspresi seseorang terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan pada orang dewasa dan anak sangat mempengaruhi bagaimana reaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam menginterpretasikan nyeri, anak akan kesulitan mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri pada orang tua dan petugas kesehatan.

Anak toddler dan prasekolah juga akan mengalami kesulitan mengingat penjelasan tentang nyeri dan mengasosiasikan nyeri sebagai pengalaman yang dapat terjadi pada berbagai situasi. Begitu juga dengan lansia, kemampuan lansia untuk menginterpretasikan nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit disertai gejala samar – samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama. Apabila lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu, maka perawat harus mengumpulkan pengkajian lebih rinci, dengan kata lain, penyakit yang berbeda dapat menimbulkan gejala yang sama.

b) Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang memengaruhi. Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespons terhadap nyeri, akan

tetapi beberapa kebudayaan memengaruhi pria dan wanita dalam mengekspresikan nyeri. Misalnya seorang pria tidak boleh menangis dan harus berani sehingga tidak boleh menangis sedangkan wanita boleh menangis dalam situasi yang sama.

c) Kebudayaan

Pengaruh kebudayaan dapat menimbulkan anggapan orang bahwa memperlihatkan kelemahan pribadinya, dalam hal seperti itu maka sifat tenang dan pengendalian diri merupakan sifat terpuji. Pada beberapa kebudayaan lain justru sebaliknya, memperlihatkan nyeri merupakan suatu hal yang alamiah. Nyeri juga dikaitkan dengan hukuman sepanjang sejarah kehidupan, bagi klien yang secara sadar atau tidak sadar memandang nyeri sebagai suatu hukuman, maka penyakit merupakan cara untuk menebus kesalahan suatu dosa – dosa yang sudah diperbuat.

d) Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan peningkatan nyeri, sedangkan upaya untuk mengalihkan perhatian dihubungkan dengan penurunan sensasi nyeri. Pengalihan perhatian dilakukan dengan cara memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain sehingga sensasi yang dialami klien dapat menurun. Berkurangnya sensasi nyeri disebabkan oleh opiat endogen, yaitu endorfin dan enkefalin yang merangsang kerja serabut berdiameter besar (β A) sehingga

menghambat transmisi nyeri oleh serabut berdiameter kecil (delta A dan C)

e) Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri dapat memengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Tiap klien akan memberikan respons yang berbeda – beda apabila nyeri tersebut memberi kesan suatu ancaman, kehilangan, hukuman, atau suatu tantangan.

f) Ansietas

Hubungan antara ansietas dengan nyeri merupakan suatu hal yang kompleks. Ansietas dapat meningkatkan persepsi nyeri sebaliknya, nyeri juga dapat menyebabkan timbulnya ansietas bagi klien yang mengalami nyeri. Adanya bukti bahwa sistem limbik yang diyakini dapat mengendalikan emosi seseorang khususnya ansietas juga dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri yaitu dapat memperburuk atau menghilangkan nyeri. Nyeri yang tidak kunjung sembuh dapat mengakibatkan psikosis dan gangguan kepribadian .

g) Mekanisme koping

Gaya koping dapat memengaruhi klien dalam mengatasi nyeri. Klien yang mempunyai lokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai klien yang dapat mengendalikan lingkungan mereka serta hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri, klien tersebut juga melaporkan bahwa

dirinya mengalami nyeri yang tidak terlalu berat. Sebaliknya klien yang mempunyai lokus kendali eksternal, mempersepsikan faktor – faktor lain di dalam lingkungan seperti perawat sebagai klien yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir mereka.

h) Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan peningkatan sensasi nyeri dan dapat menurunkan kemampuan coping untuk mengatasi nyeri, apabila kelelahan disertai dengan masalah tidur maka sensasi nyeri terasa bertambah berat.

i) Pengalaman sebelumnya

Seorang klien yang tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama dapat mengganggu mekanisme coping terhadap nyeri, akan tetapi pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa klien tersebut akan dengan mudah menerima nyeri pada masa yang akan datang, apabila klien sejak lama mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau rasa takut akan muncul. Sebaliknya, apabila seorang klien mengalami nyeri dengan jenis yang sama dan berhasil menghilangkannya, maka akan lebih mudah bagi klien tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri dan klien tersebut akan lebih siap untuk melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri.

j) Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat memengaruhi respons terhadap nyeri. Klien yang mengalami nyeri

seringkali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk mendapatkan dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap dirasakan tetapi kehadiran orang terdekat dapat meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan. Bagi anak – anak, kehadiran orang tua ketika mereka mengalami nyeri sangat penting.

2) Faktor – faktor yang mempengaruhi toleransi nyeri

a) Faktor – faktor yang dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri adalah sebagai berikut .

- 1) Obat – obatan
- 2) Hipnotis
- 3) Gesekan / garukan
- 4) Panas
- 5) Distraksi
- 6) Kepercayaan yang kuat

b) Faktor – faktor yang dapat menurunkan toleransi terhadap nyeri adalah sebagai berikut .

- 1) Sakit atau penderitaan
- 2) Rasa bosan dan depresi
- 3) Marah
- 4) Kelelahan
- 5) Ansietas
- 6) Nyeri kronis

(Zakiyah, 2015)

2.1.5 Fisiologi nyeri

Reseptor nyeri

Reseptor nyeri merupakan organ tubuh yang berfungsi menerima rangsang nyeri dan dalam hal ini organ tubuh yang berfungsi sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang hanya berespons pada stimulus yang kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosiseptor, secara anatomis reseptor nyeri ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari saraf aferen.

Berdasarkan letaknya, nosiseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (kutaneus), somatik dalam (deep somatic) dan pada daerah visceral. Oleh karena perbedaan perbedaan letak nosiseptor inilah menyebabkan nyeri yang timbul memiliki sensasi yang berbeda. Nosiseptor kutaneus berasal dari kulit dan subkutan. Nyeri pada daerah ini biasanya mudah dilokalisasi dan didefinisikan.

Reseptor jaringan kulit (kutaneus) terbagi dalam dua komponen.

1. Serabut delta A

Serabut nyeri aferen cepat dengan dengan kecepatan transmisi 6-30 m/detik yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan. Impuls yang dihasilkan oleh serabut ini sifatnya tajam dan memberikan sensasi yang akut.

2. Serabut delta C

Serabut nyeri aferen lambat dengan kecepatan transmisi 0,5-2 m/ detik yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya lebih tumpul dan sulit dilokalisasi. Nyeri biasanya pertama kali dirasakan sebagai sensasi tertusuk tajam yang singkat dan mudah diketahui lokasinya, sensasi tersebut melibatkan serabut delta A atau jalur cepat. Perasaan tersebut akan diikuti dengan sensasi yang tumpul yang lokasinya tidak jelas dan menetap lebih lama disertai dengan rasa tidak nyaman, sensasi tersebut melibatkan serabut delta C sebagai jalur lambat. Sebagai contoh, pada saat jari kita tertusuk, sesuatu yang kita rasakan pertama kali adalah sensasi yang tajam kemudian diikuti dengan nyeri yang lebih difus (menyebar).

Reseptor nyeri (serabut delta A dan C) akan bereaksi menimbulkan nyeri jika distimuli oleh beberapa faktor, diantaranya:

1) Faktor mekanis

Berespon terhadap kerusakan akibat trauma sehingga reseptornya disebut sebagai “*mekanosensitif*”

Contoh : pada saat kita jatuh dan terluka, maka kita akan merasakan nyeri pada daerah yang luka karena reseptor terstimulasi oleh trauma mekanik.

2) Faktor termis

Berespon terhadap suhu yang ekstrem, baik karena panas yang berlebihan atau suhu dingin yang berlebihan, sehingga reseptor ini disebut “*termoreseptor/ termosensitif*”

3) Faktor kimia

Zat kimia yang merangsang reseptor ini adalah bradikinin, histamin, ion K, dan asetilkolin. Reseptor ini disebut sebagai “*kemoreseptor* atau *polimodal*”.

4) Listrik

Timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar. (Zakiyah, 2015)

2.1.6 Mekanisme nyeri

Suatu rangkaian proses elektrofisiologis terjadi antara kerusakan jaringan sebagai sumber rangsangan sampai dirasakan sebagai nyeri yang secara kolektif disebut nosiseptif. Terjadi empat proses yang terjadi pada suatu nosiseptif, yaitu sebagai berikut.

1) Proses transduksi

Proses transduksi (*transduction*) merupakan proses dimana suatu stimuli nyeri (*noxious stimuli*) diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung – ujung saraf (*nerve ending*). Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (*tekanan*), suhu (*panas*), atau kimia (*Substansi nyeri*).

2) Proses transmisi

Transmisi (*transmission*) merupakan fase di mana stimulus dipindahkan dari saraf perifer melalui medulla spinal (*spinal cord*) menuju otak.

3) Proses modulasi

Proses modulasi (*modulation*) adalah proses dari mekanisme nyeri dimana terjadi interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh kita dengan input nyeri yang masuk ke kornu *posterior* medulla spinalis. Jadi, proses ini merupakan proses desenden yang dikontrol oleh otak. sistem analgesik endogen ini meliputi *enkefalin*, *endorphin*, *serotonin*, dan *noradrenalin*; memiliki efek yang dapat menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Kornu posterior dapat diibaratkan sebagai pintu yang tertutup atau terbuka yang dipengaruhi oleh sistem analgesik endogen tersebut diatas. Proses modulasi ini juga memengaruhi subjektivitas dan derajat nyeri yang dirasakan seseorang.

4) Persepsi

Hasil dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi dan transmisi pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri. Pada saat klien menjadi sadar akan nyeri, maka akan terjadi reaksi yang kompleks. Faktor – faktor psikologis dan kognitif akan bereaksi dengan faktor – faktor neurofisiologis dalam mempersepsikan nyeri. Meinhart dan Mac

Caffery (1983) menjelaskan tiga sistem interaksi persepsi nyeri sebagai sensori diskriminatif, motivasi afektif, dan kognitif evaluatif. Persepsi menyadarkan klien dan mengartikan nyeri sehingga klien dapat bereaksi atau berespon.

(Zakiyah, 2015)

2.1.7 Respons terhadap nyeri

Respons tubuh terhadap nyeri adalah sebuah proses kompleks dan bukan suatu kerja spesifik. Respons tubuh terhadap nyeri memiliki aspek fisiologis dan psikososial. Pada awalnya, sistem saraf simpatik berespons, menyebabkan respons melawan atau menghindar. Apabila nyeri berlanjut, tubuh beradaptasi ketika sistem saraf parasimpatik mengambil alih, membalik banyak respons fisiologis awal. Adaptasi terhadap nyeri ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari mengalami nyeri. Reseptor nyeri aktual sangat sedikit beradaptasi dan terus mentransmisikan pesan nyeri. Seseorang dapat belajar menghadapi nyeri melalui aktivitas kognitif dan perilaku, seperti pengalihan, imajinasi, dan banyak tidur. Individu dapat berespons terhadap nyeri dengan mencari intervensi fisik untuk mengatasi nyeri, seperti analgesik, pijat dan olahraga (Kozier & Barbara, 2011).

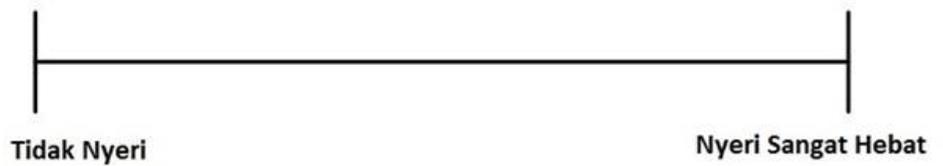
2.1.8 Penilaian nyeri

Indikator tunggal yang paling penting untuk mengetahui intensitas nyeri adalah laporan klien tentang nyeri. Ada beberapa cara untuk

membantu mengetahui intensitas nyeri menggunakan skala assesment nyeri, meliputi:

1) *Visual Analog Scale (VAS)*

Skala analog visual (VAS) adalah suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus – menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala analog visual (VAS) merupakan cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri (Mubarak, 2015). Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/ reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pascabedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi (Yudiyanta & Khoirunnisa, 2015).

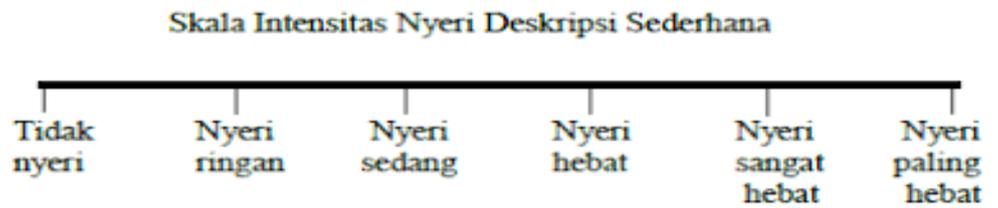


Gambar 2.1. Pengukuran nyeri dengan *Visual Analog Scale*

(VAS) (Mubarak, 2015)

2) *Verbal Rating Scale* (VRS)

Skala pendeskripsi verbal merupakan sebuah garis yang terdiri atas tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini di ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”(Mubarak, 2015). Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan katakata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri (Yudiyanta & Khoirunnisa, 2015).



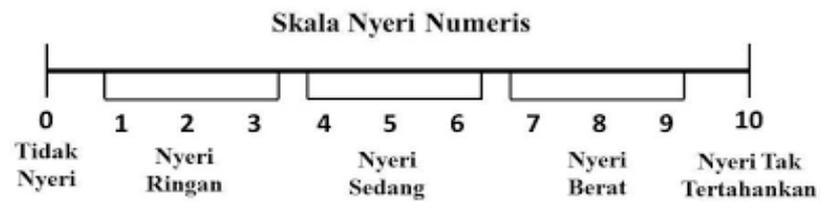
Gambar 2.2 Pengukuran nyeri dengan *Verbal Rating Scale* (VRS).
(Mubarak, 2015)

3) *Numeric Rating Scale* (NRS)

Skala penilaian numerik (*Numeric Rating Scale*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Metode ini merupakan metode yang mudah dan dapat dipercaya dalam menentukan intensitas nyeri klien. Skala penilaian numerik ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah (Kozier & Barbara, 2011). Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10., skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Selain itu, selisih antara penurunan dan peningkatan nyeri lebih mudah diketahui disbanding dengan skala lain (Mubarak, 2015).

Skala penilaian numerik (*Numeric Rating Scale*) dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama

antar kata yang menggambarkan efek analgesik (Yudiyanta & Khoirunnisa, 2015).



Gambar 2.3 Pengukuran nyeri dengan *Numeric Rating Scale* (NRS) . (Mubarak, 2015)

4) *Wong Baker Pain Rating Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat didokumentasikan (Kozier & Barbara, 2011)



Gambar 2.4 Pengukuran nyeri dengan *Wong Baker Rating Scale*. (Mubarak, 2015)

2.1.9 Manajemen nyeri nonfarmakologis

1) Stimulasi pada area kulit

Stimulasi pada area kulit atau cutaneous stimulation (*counter stimulation*) merupakan istilah yang digunakan dalam manajemen nyeri secara nonfarmakologis sebagai salah satu teknik yang dipercaya dapat mengaktifkan *opioid endogen*, sebuah sistem analgesik monoamina yang dapat menurunkan intensitas nyeri. Teknik ini terdiri dari atas pemberian kompres dingin, kompres hangat, masase, dan TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*).

2) Distraksi

Distraksi merupakan strategi pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian klien ke stimulus yang lain daripada terhadap nyeri dan emosi negatif. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivasi retikuler menghambat stimulasi nyeri, jika seseorang menerima input sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan klien).

Jenis – jenis distraksi:

- a) Distraksi visual, meliputi melihat pertandingan, menonton televisi, membaca koran, serta melihat pemandangan dan gambar.
- b) Distraksi pendengaran, meliputi mendengarkan musik yang disukai dan musik tenang seperti musik klasik.
- c) Distraksi pernapasan, klien dianjurkan untuk fokus memandangi pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui

hidung dengan hitungan satu sampai empat dan kemudian menghembuskan napas melalui mulut secara perlahan.

d) Distraksi intelektual, meliputi mengisi teka – teki silang, bermain kartu, mengumpulkan perangko, menulis cerita.

3) Relaksasi

Teknik relaksasi merupakan metode yang dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri.

(Zakiyah, 2015)

2.2 Konsep dasar *sectio caesarea*

2.2.1 Definisi *sectio caesarea*

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nurarif & Kusuma, 2015).

SC adalah suatu proses persalinan dengan membuat insisi pada bagian uterus melalui dinding abdomen dengan tujuan untuk meminimalkan risiko ibu dan janin yang timbul selama kehamilan atau dalam persalinan serta mempertahankan kehidupan atau kesehatan ibu dan janinnya (Sukowati, 2010)

Seksio sesarea adalah kelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus (Reeder & Martin, 2011).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah proses persalinan melalui pembedahan yang dibuat pada bagian dinding abdomen dan uterus dengan tujuan untuk meminimalkan risiko ibu dan janin yang timbul selama kehamilan atau dalam persalinan.

2.2.2 Jenis – jenis *sectio caesarea*

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) , jenis – jenis operasi *seksio sesaria* :

1) *Seksio sesarea* abdomen

Seksio secarea transperitonealis

2) *Seksio sesarea* vaginalis

Menurut arah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut :

- Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut Kronig
- Sayatan melintang (*transversal*) Menurut Kerr
- Sayatan huruf T (*T-incision*)

3) *Seksio sesarea* klasik (*corporal*)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira – kira sepanjang 10 cm, tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

4) Seksio sesarea ismika (*profunda*)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang *konkaf* pada segmen bawah (*low cervical tranfersal*) kira – kira sepanjang 10cm.

2.2.3 Indikasi persalinan *sectio caesarea*

Menurut (Sukowati, 2010), beberapa indikasi dilakukannya tindakan operasi SC secara garis besar digolongkan menjadi tiga indikasi. Ketiga faktor tersebut adalah :

1) Indikasi janin

Merupakan indikasi yang umum terjadi dilakukan SC. Sekitar 60% SC dilakukan atas pertimbangan keselamatan janin. Indikasi janin antara lain: Bayi terlalu besar (*makrosomia*), kelainan letak janin seperti letak sungsang atau letak lintang, presentasi breech / bokong, berat lahir sangat rendah, ancaman gawat janin (*fetal distress*), janin abnormal, kelainan tali pusat, bayi kembar (*gemelli*). Indikasi janin dapat pula dibedakan menjadi indikasi sebelum persalinan (dapat pula dikategorikan SC elektif) dan indikasi dalam persalinan (dikategorikan SC emergensi).

Indikasi janin yang terjadi sebelum persalinan/ elektif antara lain :

- a) Terjadinya insufisiensi plasenta sebagai indikasi yang paling umum, pada keadaan ini janin akan mengalami hipoksia, tampak jelas pada kelainan pola denyut jantung janin.

- b) Pada kehamilan beresiko tinggi akan terjadi gangguan pada fetoplasenta, hal ini menyebabkan janin mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan (PJT / pertumbuhan janin terhambat) seperti yang terjadi pada primigravida tua, wanita dengan hipertensi, kehamilan dengan diabetes mellitus dan riwayat infertilitas.

Indikasi janin yang terjadi dalam persalinan emergensi antara lain :

- a) Kelainan pola denyut jantung janin (*fetal distress*) merupakan indikasi yang paling umum.
- b) Prolapsus tali pusat pada persalinan
- c) Adanya korioamnionitis sebagai suatu keadaan yang membahayakan janin, ditandai dengan ibu demam dan cairan amnion berbau busuk
- d) Terjadinya ketuban pecah dini
- e) Pada induksi persalinan dengan obat uterotonika gagal dan terutama jika ada tanda objektif amnionitis, maka tindakan SC menjadi prioritas atau pilihan utama.

2) Indikasi ibu

Dibedakan menjadi dua yaitu indikasi sebelum persalinan dan pada persalinan.

Indikasi sebelum persalinan seperti:

- a) *Cephalo pelvic disproportion* (CPD)
- b) Adanya tumor uterus dan ovarium dalam kehamilan yang akan menutup jalan lahir

- c) *Karsinoma serviks* (karena jika tidak dilakukan persalinan SC akan memperburuk prognosa).

Indikasi pada persalinan emergensi meliputi:

- a) Adanya kecurigaan terjadinya ruptur uteri
- b) Terjadinya perdarahan hebat yang membahayakan ibu dan janin
- c) Ketuban pecah dini

3) Kombinasi indikasi ibu dan janin, antara lain :

- a) Perdarahan pervaginam akut, dapat disebabkan karena *plasenta previa* dan *solusio plasenta*. Apabila perdarahan mengancam nyawa ibu maka harus segera dilakukan SC tanpa memperhatikan usia kehamilan atau keadaan janin
- b) Riwayat SC sebelumnya, terutama jika melalui insisi klasik
- c) Pada kehamilan dengan letak lintang karena dapat menyebabkan retraksi progresif segmen bawah rahim sehingga membatasi aliran darah uteroplasenta yang membahayakan janin dan akan membahayakan ibu dengan risiko terjadinya ruptur uteri.

2.2.4 Manifestasi klinis

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
- 2) Panggul sempit
- 3) Dispori sefalopelvik: yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul
- 4) Rupture uteri mengancam

- 5) Partus lama (*prolonged labor*)
- 6) Partus tak maju (*obstructed labor*)
- 7) Distosia servikal
- 8) Pre – eklamsia dan hipertensi
- 9) Malpresentasi janin
 - Letak lintang
 - Letak bokong
 - Presentasi dahi dan muka (letak defleksi)
 - Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil
 - Gemelli

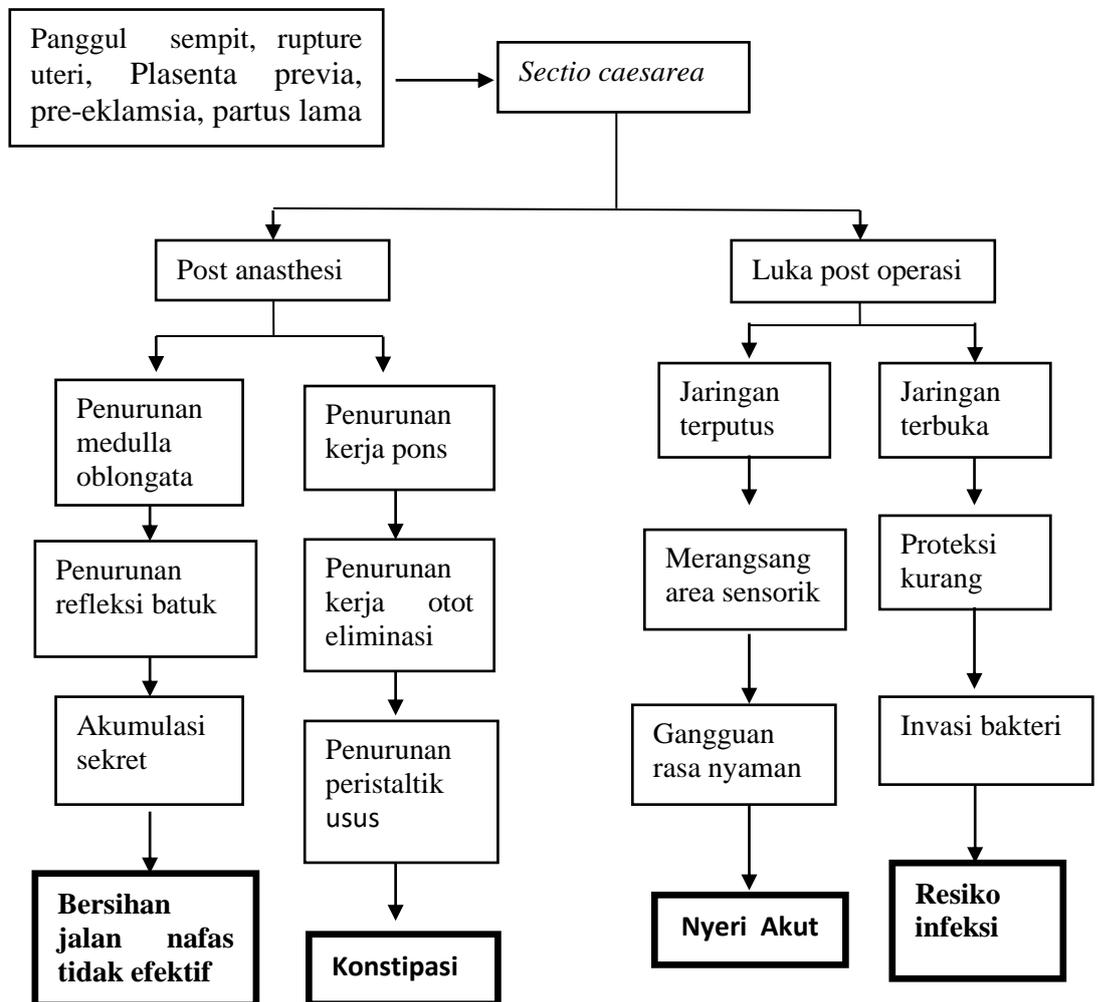
(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2.5 Patofisiologi

Adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta *previa sentralis* dan *lateralis*, panggul sempit, *disproporsi cephalo pelvic*, ruptur 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) (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.6 Pathway



(Nurarif and Kusuma, 2015)

2.2.7 Pengaruh pembedahan terhadap ibu

Persalinan SC, menurut Pillitteri (2003) dalam Sukowati 2010, seperti prosedur pembedahan lainnya menyebabkan pengaruh secara sistemik, meliputi:

1) Respons stress

Ketika tubuh mengalami ketegangan baik fisik maupun psikososial, dapat terlihat dari fungsi sistem tubuh. Respon stress muncul akibat lepasnya *epineprin* dan *norepineprin* dari kelenjar medulla adrenal. *Epineprin* menyebabkan peningkatan denyut jantung, dilatasi bronchial, dan peningkatan kadar glukosa darah. *Norepineprine* menimbulkan vasokonstriksi perifer dan meningkatkan tekanan darah.

2) Penurunan pertahanan tubuh

Kulit merupakan pelindung utama dari serangan bakteri. Ketika kulit diinsisi untuk prosedur operasi, batas pelindung (garis pertahanan utama) secara otomatis hilang. Sehingga sangat penting untuk memperhatikan teknik aseptik selama pelaksanaan operasi dan beberapa hari setelah operasi untuk mengibangi terhadap penurunan pertahanan tubuh. Jika terjadi ruptur setelah proses persalinan SC, kemungkinan klien mengalami risiko infeksi akibat pembedahan.

3) Penurunan terhadap fungsi sirkulasi

Pemotongan pembuluh darah terjadi pada prosedur pembedahan, meskipun pembuluh darah dijepit dan diikat selama pembedahan, biasanya menimbulkan perdarahan. Kehilangan darah yang banyak menyebabkan hipovolemia dan penurunan tekanan darah. Hal ini dapat menyebabkan tidak efektifnya perfusi jaringan diseluruh tubuh jika tidak terlihat dan segera ditangani. Jumlah kehilangan darah pada prosedur

operasi cukup banyak dibandingkan persalinan pervaginam, yaitu sekitar 500 sampai 1000 ml.

4) Penurunan terhadap fungsi organ

Selama proses SC, uterus cenderung tidak berkontraksi sehingga dapat menyebabkan terjadinya perdarahan postpartum. Setelah tindakan SC selain fungsi uterus perlu pula dikaji fungsi bladder, intestin, dan fungsi sirkulasi.

5) Penurunan terhadap harga diri dan gambaran diri

Pembedahan selalu meninggalkan jaringan parut pada area insisi di kemudian hari. Biasanya hal ini menyebabkan klien merasa malu. Ada pula klien yang kurang merasa dirinya sebagai seorang “wanita” karena tidak pernah merasakan persalinan pervaginam.

6) Penurunan terhadap fungsi seksual

Adanya perbedaan berkaitan dengan fungsi seksual pada ibu yang melahirkan pervaginam dengan SC. Klien post SC dan pasangannya umumnya mengalami ketakutan dan kecemasan untuk memulai aktivitas hubungan seksual pasca persalinan. Suami merasa takut jika berhubungan seksual dapat menyebabkan nyeri pada istrinya.

2.2.8 Komplikasi SC

Persalinan dengan operasi memiliki komplikasi lima kali lebih besar daripada persalinan alami. Komplikasi yang sering terjadi setelah SC dapat berupa komplikasi fisik maupun psikologis.

- 1) Komplikasi fisik antara lain terjadinya perdarahan yang dapat menimbulkan keadaan *Shock hipovolemik* karena kehilangan darah saat pembedahan SC sekitar sekitar 500-1000 ml. risiko transfusi lebih tinggi 4,2 kali pada ibu bersalin SC primer dibandingkan persalinan spontan pervaginam. Komplikasi fisik lainnya seperti distensi gas lambung, infeksi luka insisi, endometriosis, infeksi traktus urinarius dan distensi kandung kemih, tromboemboli (pembekuan pembuluh darah balik), emboli paru (penyumbatan pembuluh darah), dan risiko ruptur uteri pada persalinan berikutnya.
- 2) Komplikasi SC secara psikologis yang sering dialami ibu antara lain perasaan kecewa dan merasa bersalah terhadap pasangan dan anggota keluarga lainnya, takut, marah, frustrasi karena kehilangan kontrol dan harga diri rendah karena perubahan *body image* serta perubahan dalam fungsi seksual.
- 3) Komplikasi pembedahan SC lainnya adalah komplikasi pada janin, berupa hipoksia janin akibat sindroma hipotensi telentang dan depresi pernapasan karena anestesi dan sindrom gawat pernapasan. Mortalitas perinatal bagi bayi baru lahir post SC sekitar 2-4 %.

(Sukowati, 2010)

2.2.9 Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan medis

Menurut (Prawirohardjo, 2010), Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan *sectio caesarea* yaitu:

- a) Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat.
- b) Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat.
- c) Pemberian analgetik dan antibiotik.
- d) Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam
- e) Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan.
- f) Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain.
- g) Perawatan luka: Insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.
- h) Pemeriksaan laboratorium: Hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia.

2) Perawatan post operasi

- a) Letakan pasien dalam posisi pemulihan.

- b) Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar.
- c) Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi.
- d) Transfusi jika diperlukan.
- e) Jika tanda vital dan hematokrit turun walau diberikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah.

2.2.10 Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) Elektrolit
- 4) Hemoglobin
- 5) Golongan darah
- 6) Urinalisis
- 7) Amniosentesis terhadap maturasi paru janin sesuai indikasi
- 8) Ultrasound sesuai pesanan

(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2.11 Discharge planning

- 1) Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih satu tahun
- 2) Kehamilan selanjutnya hendaknya diawasi dengan pemeriksaan antenatal yang baik
- 3) Dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit yang besar

- 4) Lakukan perawatan *post op* sesuai arahan tenaga medis selama dirumah
- 5) Jaga kebersihan diri
- 6) Konsumsi makanan yang bergizi dan istirahat yang cukup

(Nurarif and Kusuma, 2015)

2.3 Konsep asuhan keperawatan pada klien post op *sectio caesarea* dengan masalah nyeri akut

2.3.1. Pengkajian

Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif klien. Strategi menghubungkan pengkajian nyeri dengan pengkajian dan dokumentasi tanda – tanda vital rutin memastikan pengkajian nyeri untuk semua klien (Kozier & Barbara, 2011). Pengkajian keperawatan pada ibu *post sectio caesarea* dengan masalah nyeri akut menurut (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012) adalah :

a) Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan.

b) Keluhan utama

Merupakan keluhan yang dirasakan klien saat dilakukan pengkajian. pada pasien *post sectio caesarea* keluhan utamanya berupa nyeri pada area abdomen yaitu pada luka operasi.

Menurut (Kozier & Barbara, 2011), cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri adalah dengan PQRST :

1) P (*provokatif* atau *paliatif*)

Merupakan faktor yang memperparah atau meringankan 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 area 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 atau berapa intensitas 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 (*Time* atau waktu)

Merupakan data mengenai kapan, lamanya, frekuensi dan sebab 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 kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *sectio caesarea* seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solutio plasenta, plasenta *accrete*, vasa previa), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, terlilit tali pusat), bayi kembar (*multiple pregnancy*), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Dalam pengkajian ini ditanyakan tentang hal keluarga yang dapat mempengaruhi kehamilan langsung ataupun tidak langsung seperti apakah dari keluarga klien yang sakit terutama penyakit yang menular

yang kronis karena dalam kehamilan daya tahan ibu tidak menurun bila ada penyakit menular dapat lekas menular kepada ibu dan mempengaruhi janin dan *sectio caesarea* ini biasanya tidak tergantung dari keturunan.

e) Riwayat obstetri dan ginekologi

1) Riwayat obstetri

- a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu yang terdiri dari tahun persalinan, jenis kelamin bayi serta keadaan bayi.
- b) Riwayat kehamilan sekarang yang perlu dikaji seberapa seringnya memeriksa kandungan serta menjalani imunisasi.
- c) Riwayat persalinan sekarang yang perlu dikaji adalah lamanya persalinan, BB bayi

2) Riwayat ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

yang perlu dikaji adalah usia pertama kali haid, siklus dan lamanya haid, warna dan jumlah HPHT dan tafsiran kehamilan.

b) Riwayat perkawinan

yang perlu dikaji adalah usia saat menikah dan usia pernikahan, pernikahan beberapa bagi klien dan suami.

c) Riwayat keluarga berencana

yang perlu dikaji adalah jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya serta masalah selama pemakaian alat kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang digunakan setelah persalinan.

f) 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 melakukan BAB secara normal

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 keluarga.

8) Rasa nyaman

Pada pasien *post sectio 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 keluarga dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.

11) Data spiritual

Kaji kepercayaan ibu terhadap Tuhan.

g) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : Klien dengan *sectio caesarea* umumnya mengalami kelemahan.

2) Kesadaran : Pada umumnya composmentis

3) Tanda-tanda vital: Hal-hal yang dilakukan pada saat pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien *post sectio caesarea* biasanya tekanan darah menurun, suhu meningkat, nadi meningkat dan pernapasan meningkat.

- 4) Pemeriksaan kepala wajah: Konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak.
- 5) Pemeriksaan leher : Ada tidaknya pembesaran tiroid.
- 6) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya ronchi atau wheezing
- 7) Pemeriksaan payudara : Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
- 8) Pemeriksaan abdomen: keadaan luka *post sectio caesarea*.
- 9) Pemeriksaan eksremitas atas : ada tidaknya oedema, suhu akral, eksremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- 10) Genetalia: Menggunakan kateter atau tidak .
- 11) Data penunjang
Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC)

2.3.2. Analisa data

Data	Etiologi	Masalah
Data mayor : Subjektif : a. Mengeluh nyeri pada bagian abdomen Objektif : a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (mis;waspada, menghindari nyeri) posisi c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur Data Minor : Subjektif :	Agen pencedera fisik (pembedahan SC) ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang area sensorik ↓ Nyeri akut	Nyeri akut

(tidak tersedia) Objektif : a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Proses berpikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri g. Diaforesis		
---	--	--

Tabel 2.1. Tabel analisa data (PPNI T. P., 2016)

2.3.3. Diagnosa keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan SC)

2.3.4. Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah tahap dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi pasien, ditentukan dan merencanakan intervensi keperawatan (Dermawan, 2012). Pembuatan tujuan intervensi untuk klien akan bervariasi sesuai dengan diagnosis dan batasan karakteristiknya. Intervensi keperawatan spesifik dapat diseleksi untuk memenuhi kebutuhan klien (Kozier & Barbara, 2011)

Berikut tabel intervensi keperawatan menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) :

Diagnosa keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan SC)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang/ nyeri hilang.</p> <p>Kriteria hasil / Luaran : 1. Keluhan nyeri</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan

	<p>menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sikap protektif menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Diaforesis menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola napas membaik 8. Tekanan darah membaik 9. Nafsu makan membaik 	<p>memperingan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor keberhasilan terapi non farmakologis (relaksasi nafas dalam) yang sudah diberikan <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis; suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan kembali dalam Pemilihan strategi meredakan nyeri yang tepat untuk pasien <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri <p>d. Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
--	--	---

Tabel 2.2 Tabel Intervensi Keperawatan (PPNI, 2018)

Berikut tabel intervensi keperawatan nyeri akut menurut (Kozier & Barbara, 2011)

Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Intervensi keperawatan (NIC)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pembedahan SC)	<p>Tujuan :</p> <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kenyamanan meningkat, seperti yang ditandai dengan laporan penting yang menyatakan kepuasan dengan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang mencakup lokasi, karakteristik, awitan, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan dan faktor pencetus nyeri. <p>Rasional: mengetahui gambaran nyeri yang dirasakan klien untuk</p>

	<p>pengendalian nyeri, dapat berpindah dan bernafas dalam dengan nyaman minimum pada hari kedua pasca operasi</p> <p>2. Kontrol nyeri, yang ditandai dengan sering mendemostrasikan kemampuan untuk menggunakan analgesik secara tepat, menggunakan upaya pereda nyeri non farmakologis, melaporkan gejala kepada professional perawatan kesehatan, menggunakan upaya pencegahan.</p> <p>3. Tingkat nyeri berkurang, yang ditandai dengan sedikit sampai tidak ada laporan nyeri, posisi tubuh protektif, kegelisahan, perubahan tekanan darah, nadi dari data dasar normal.</p>	<p>merencanakan penanganan yang efektif.</p> <p>2. Pertimbangkan pengaruh budaya pada respon nyeri yang dirasakan klien. Rasional: budaya mempengaruhi persepsi nyeri yang dirasakan klien.</p> <p>3. Kurangi atau hilangkan faktor – faktor pencetus atau meningkatkan nyeri. Rasional: faktor pribadi, dapat mempengaruhi nyeri dan toleransi nyeri klien.</p> <p>4. Ajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) sebelum, sesudah dan jika mungkin selama aktivitas saat nyeri tersebut timbul. Rasional: penggunaan upaya pereda nyeri non invasif dapat meningkatkan pelepasan analgesik alami dan meningkatkan efek terapi.</p> <p>5. Ciptakan lingkungan yang tenang, tidak mengganggu dengan lampu redup dan suhu nyaman. Rasional: lingkungan yang aman dan tenang akan meningkatkan perasaan relaks dan dan memungkinkan pasien untuk berfokus pada teknik relaksasi.</p> <p>6. Evaluasi dan dokumentasikan respon klien. Rasional: dokumentasi menunjukkan catatan perkembangan klien.</p>
--	--	---

2.3 Tabel intevensi keperawatan (Kozier & Barbara, 2011)

2.3.5. Implementasi

Implementasi adalah inisiatif tindakan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Penatalaksanaan nyeri adalah peredaan nyeri

atau pengurangan nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima klien. Penatalaksanaan nyeri tersebut meliputi dua tipe dasar intervensi keperawatan farmakologi dan nonfarmakologi. Penatalaksanaan keperawatan nyeri terdiri atas tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi. Secara umum, tindakan noninvasif dapat dilakukan sebagai sebuah fungsi keperawatan mandiri, sementara pemberian obat analgesik memerlukan instruksi dokter. Secara umum, kombinasi strategi adalah tindakan terbaik untuk klien yang mengalami nyeri. (Kozier & Barbara, 2011).

1) Penatalaksanaan nyeri keperawatan (nonfarmakologi)

- a) Memonitor tanda - tanda vital
- b) Mengkaji adanya infeksi/ peradangan di sekitar nyeri
- c) Memberi rasa nyama klien
- d) Mengajarkan teknik manajemen nyeri nonfarmakologis

Teknik manajemen nyeri nonfarmakologi yang dapat dilakukan, diantaranya yaitu:

1) Stimulasi pada area kulit

Stimulasi pada area kulit atau cutaneous stimulation (*counter stimulation*) merupakan istilah yang digunakan dalam manajemen nyeri secara nonfarmakologis sebagai salah satu teknik yang dipercaya dapat mengaktifkan *opioid endogen*, sebuah sistem analgesik monoamina yang dapat menurunkan intensitas nyeri. Teknik ini terdiri dari atas pemberian

kompres dingin, kompres hangat, masase, dan TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*).

2) Distraksi

Distraksi merupakan strategi pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian klien ke stimulus yang lain daripada terhadap nyeri dan emosi negatif. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivasi retikuler menghambat stimulasi nyeri, jika seseorang menerima input sensoris yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan klien).

Jenis – jenis distraksi:

- a) Distraksi visual, meliputi melihat pertandingan, menonton televisi, membaca koran, serta melihat pemandangan dan gambar.
- b) Distraksi pendengaran, meliputi mendengarkan musik yang disukai dan musik tenang seperti music klasik.
- c) Distraksi pernapasan, klien dianjurkan untuk focus memandangi pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan satu sampai empat dan kemudian menghembuskan napas melalui mulut secara perlahan.
- d) Distraksi intelektual, meliputi mengisi teka – teki silang, bermain kartu, mengumpulkan perangko, menulis cerita.

3) Relaksasi

Teknik relaksasi merupakan metode yang dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri.

(Zakiyah, 2015)

2) Penatalaksanaan nyeri medis (farmakologi)

a) Pemberian analgesik

Obat golongan analgesik akan merubah persepsi nyeri dengan jalan mendepresi sistem saraf pusat pada hipotalamus dan korteks serebri.

Contoh obat analgesik (non narkotik)

b) Pemberian Plasebo

Merupakan obat yang tidak mengandung komponen obat analgesik.

Terapi ini dapat menurunkan rasa nyeri, hal ini karena faktor persepsi kepercayaan klien.

2.3.6. Evaluasi

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.

(Dinarti & Aryani, 2013)

Untuk membantu proses evaluasi, lembar catatan atau buku harian klien dapat membantu. Daftar atau catatan harian selama satu minggu dapat dibuat dalam bentuk yang sama untuk masing – masing klien. Misalnya, kolom terdiri dari hari, jam, awitan nyeri, aktivitas sebelum nyeri, upaya peredaan nyeri, dan durasi nyeri yang dapat dibuat untuk membantu klien dan perawat menentukan efektivitas strategi pereda nyeri.

Apabila hasil akhir tidak tercapai, perawat dan klien perlu mengeksplorasi alasannya sebelum memodifikasi rencana asuhan. Perawat dapat mempertimbangkan pertanyaan berikut:

- a. Apakah sudah diberikan terapi yang memadai ?
- b. Apakah keyakinan dan nilai klien mengenai terapi nyeri yang diberikan ?
- c. Apakah klien merendahkan pengalaman nyeri karena beberapa alasan ?

- d. Apakah klien dan orang pendukung memahami instruksi mengenai teknik penatalaksanaan nyeri?
- e. Apakah klien mendapatkan dukungan yang memadai dari orang terdekat ?
- f. Apakah kondisi fisik klien berubah, sehingga membutuhkan modifikasi intervensi ?

(Kozier & Barbara, 2011)

2.4 Jurnal Penelitian pendukung

No	Tahun	Peneliti	Judul penelitian	Hasil penelitian	Saran
1.	2020	Supami, Nanik Dwi A, S.Kep., M.Kes. Ellia Ariesti, M.Kep	Studi Kasus Pada Ibu Post Partum SC (Sectio Caesarea) Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Rs Panti Waluya Malang	Peneliti telah melakukan asuhan keperawatan pada klien post Sectio Caesarea dengan masalah nyeri akut di Rumah Sakit Panti Waluya Malang dilaksanakan selama 3 hari. Setelah dilakukan pengkajian sampai dengan evaluasi pada hari yang ke 3 masalah nyeri akut teratasi setelah dilakukan terapi nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Hal ini terbukti dengan 4 kriteria hasil yang diharapkan telah tercapai bahwa klien tidak lagi takut untuk bergerak, dan ekspresi wajah tampak rileks (ringan) dan dapat melakukan mobilisasi duduk dan berjalan dengan aktif.	Perawat sebaiknya dapat melakukan tindakan untuk mengurangi rasa nyeri. Tindakan tersebut yaitu tindakan farmakologis dan non farmakologis.
2.	2019	Wiwin Krisjayanti, Maria Magdalena Setyaningsih, Sr.Felisitas	Asuhan Keperawatan Pasien Ibu Post Sectio Secarea Dengan Masalah Nyeri Akut Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang	Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Sectio caesarea dengan Masalah Nyeri Akut di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang telah dilaksanakan pada Klien 1 dan Klien 2 dapat berhasil. Hal ini dapat dibuktikan dari respon kedua klien yang mampu mengontrol nyeri, Pada klien 1 dan 2 setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari masalah nyeri akut teratasi, terbukti karena dari pengaruh intervensi yang mengajarkan dan atau menganjurkan ibu untuk menggunakan teknik non farmakologi yaitu teknik nafas dalam dan distraksi pengalihan rasa nyeri dengan	Perawat dapat melakukan teknik terapi nonfarmakologis yaitu teknik nafas dalam dan distraksi pengalihan rasa nyeri untuk mengurangi rasa nyeri post SC.

				merawat bayi dan menyusui bayinya dan kolaborasi untuk pemberian obat, serta klien dapat melaporkan skala nyeri dapat berkurang, klien tampak rileks, klien mampu menerapkan teknik relaksasi dan distraksi	
3.	2016	Sherly Erina, Lidia Widia	Hubungan antara teknik pernafasan dalam dengan skala nyeri ibu post op sectio caesarea 24 jam pertama Di RSUD dr. H. Andi Abdurahman Noor Tanah Bumbu	Berdasarkan hasil penelitian tentang Perbandingan antara Skala Nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi pernapasan dalam, pada ibu post Sc skala nyeri ibu di analisa menggunakan teknik uji statistik Paired simple t-test dengan tingkat kemaknaan 95%. Diperoleh hasil bahwa Nilai mean sebelum dilakukan teknik pernapasan dalam yaitu 2,57 sedangkan setelah dilakukan pernapasan dalam yaitu 1,40 sehingga terdapat perbedaan signifikan nilai mean sebelum dan sesudah teknik pernapasan dalam dilakukan. Hasil analisa dapat diartikan bahwa teknik relaksasi pernapasan dalam berhubungan dalam menurunkan skala nyeri ibu Post sectio caesaria.	Menurut Peneliti, teknik relaksasi pernapasan dalam sangat baik jika diajarkan kepada setiap pasien Post SC karena sangat membantu dalam meningkatkan toleransi nyeri menjadi lebih baik dan persepsi nyeri pasien akan menjadi baik pula. Teknik relaksasi pernapasan dalam ini sepenuhnya tergantung dari individu yang melakukan, artinya individu tersebut harus benar dalam melakukan teknik relaksasi pernapasan dalam jika memang ingin mendapatkan pengaruh yang maksimal.
4 .	2018	Dita Amita, Fernalia, Rika Yulendasari	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Rumah	Rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam didapat skor 5. Rata rata intensitas nyeri sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam didapat skor 3. Teknik relaksasi nafas dalam	Perawat di ruangan sebaiknya memperhatikan dan melaksanakan latihan relaksasi napas dalam pada pasien post operasi Sectio caesarea.

			Sakit Bengkulu	berpengaruh terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi Sectio caesarea.	
5.	2018	Aprina, Rovida Hartika, Sunarsih	Latihan Slow Deep Breathing dan Aromaterapi Lavender terhadap Intensitas Nyeri pada Klien Post Seksio Sesaria	Terdapat pengaruh antara sebelum dan sesudah diberikan latihan slow deep breathing pada pasien post seksio sesaria di Ruang Delima RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, dengan Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan latihan slow deep breathing dengan aromaterapi lavender terhadap intensitas nyeri pada pasien post seksio sesaria di Ruang Delima RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.	Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti, Jika melihat dari penurunan nyeri baik pada kelompok slow deep breathing dan kelompok aromaterapi lavender, bahwa responden yang diberikan aromaterapi lavender memiliki penurunan nyeri yang lebih signifikan dibandingkan dengan responden yang diberikan slow deep breathing, Sehingga diharapkan RSUD Dr. H. Abdul Moloek Provinsi Lampung dapat menggunakan aromaterapi lavender sebagai terapi komplementer dalam membantu mengurangi nyeri pasien, sesuai dengan SOP yang ada.

Tabel 2.4 Tabel Jurnal Penelitian Pendukung

