

BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Teori Kasus

1. Definisi

Sectio Caesarea yaitu suatu persalinan buatan dimana janin di lahirkan melalui suatu insisi pada depan dinding perut dan dinding rahim dengan sayat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (APRIANI & Ningsih, 2020).

Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam Rahim ibu yang bertujuan untuk memudahkan proses melahirkan janin (Tirtawati et al., 2020).

Jadi kesimpulannya bahwa *Sectio Caesarea* (SC) merupakan proses persalinan dengan tindakan sayatan pada bagian perut dan dinding uterus untuk mengeluarkan sebuah janin yang ada di dalam rahim.

2. Klasifikasi

Klasifikasi *sectio caesarea* sebagai berikut:

- a. Segmen Bawah (Insisi Melintang), cara ini memungkinkan kelahiran per abdominal yang mana apabila terdapat infeksi rongga rahim maka insisi melintang segmen bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetric.

- b. Segmen Bawah (Insisi Membujur), cara ini dilakukan sama seperti insisi melintang yaitu dengan membuka abdomen dan menyiapkan uterus. Insisi membujur dibuat dengan *scapel* (pisau bedah) dan kemudian dilebarkan dengan gunting yang berujung tumpul untuk menghindari terjadinya goresan pada janin.
- c. *Sectio Caesarea* Klasik, Insisi *longitudinal* (memanjang) pada garis tengah dibuat dengan bisa dilakukan apabila terdapat indikasi kesulitan
- d. penyingkapan segment bawah, bayi tercekam pada posisi letak lintang, kasus plasenta previa anterior, serta malformasi uterus.
- e. *Sectio Caesarea Extrapleritoneal* , cara ini bertujuan untuk menghindari histerektomi pada kasus dengan infeksi yang luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering menimbulkan akibat yang fatal. Teknik pembedahan ini relative sulit, dan sering dengan tanpa sengaja masuk kedalam vakum peritonei serta terjadinya peningkatan insidensi cedera urinaria.
- f. Histerektomi *Caesarea*, cara ini merupakan SC yang kemudian dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Apabila dimungkinkan histerektomi total harus dikerjakan. Pembedahan subtotal menjadi pilihan lain jika pasien mengalami pendarahan yang hebat dan terjadi syok dikarenakan pembedahan ini lebih mudah dan lebih cepat untuk di selesaikan.

3. Etiologi

Indikasi dilakukan *sectio caesarea* yaitu rupture uteri iminen pendarahan antepartum, kehamilan ganda. Sedangkan ada indikasi dari janin yaitu fetal distress dan anin yang besarnya melebihi 4.000 gram. Dari faktor *sectio caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut : CPD (Cepalo Pelvik Disproportion), PEB (Preeklamsia Berat), bayi kembar, kelainan letak dan ketuban pecah dini. (APRIANI & Ningsih, 2020)

Menurut (Fresa, 2021) penyebab dilakukan *sectio caesarea* sebagai berikut:

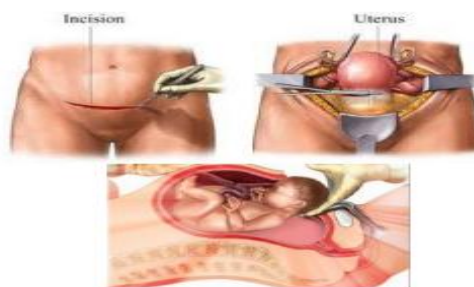
- a. Berasal dari ibu yaitu pada kehamilan primigravida dengan kelainan letak. Primi disertai kelainan letak yang ada, disproporsi, sefalo pelvic (disproporsi janin atau panggul) adanya sejarah kehamilan atau persalinan yang buruk, adanya panggul sempit, plasenta previa, terutama pada primigravida, solusi plasenta tingkat I dan II, komplikasi kehamilan yaitu (pre- eklamsi eklamsia) kehamilan yang disertai penyakit (jantng, DM), gangguan jalan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).
- b. Berasal dari janin yaitu gawat janin, mal presentasi dan mal kedudukan janin, prolaps tali pusar dengan pembukaan kecil, kegagalan vakum dan forceps ekstraksi.

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Fresa,2021) setelah dilakukan *sectio caesarea* akan menimbulkan tanda dan gejala sebagai berikut:

- a. Pasien akan mengeluh nyeri pada perut akibat dari luka oprasi SC
- b. Pasien mengeluh sulit untuk tidur
- c. Pasien mengeluh kesulitan untuk beraktifitas atau bergerak
- d. Pasien mengeluh badan panas
- e. Terjadi takikardi
- f. Terjadi lingkaran hitam pada bawah mata yang akan membuat pasien merasa cemas.

5. Fisiologi



Sumber Gambar 2.1 : Operasi Caesar
(Fresa, 2021)

a. Kulit

- 1) Lapisan Epirdermis merupakan lapisan terluar yang terdiri dari epitel skuamoso bertingkat. Sel- sel yang menyusunnya secara berkesinambungan dibentuk oleh
- 2) lapisan germinal dalam epitel silindris dan mendatar ketika di dorong oleh sel -sel baru seakan permukaan, ketempat kulit terkikis

oleh gesekan. Lapisan yang terluar terdiri dari keratin, protein bertanduk, jaringan ini tidak memiliki pembuluh dan sel - selnya yang sangat rapat.

- 3) Lapisan Dermis merupakan lapisan yang terdiri dari kologen jaringan fibrosa dan elastin. Lapisan superfisial yang menonjol ke dalam epidermis berupa sejumlah papila kecil. Lapisan yang lebih dalam terletak pada jaringan subkutan dan fascia, lapisan ini mengandung pembuluh darah, pembuluh limfe dan syaraf.
 - 4) Lapisan Subkutan merupakan lapisan yang mengandung lemak, berisi banyak pembuluh darah dan ujung syaraf. Lapisan ini mengikuti kulit secara longgar dengan organ organ yang terdapat dibawahnya. Hubungannya dengan tindakan SC lapisan ini merupakan lapisan pengikat organ organ yang terdapat di abdomen, khususnya uterus. Organ organ yang ada di abdomen dilindungi oleh lapisan selaput yang sangat tipis yang disebut dengan peritoneum. Dalam tindakan SC, sayatan dilakukan dari kulit lapisan paling luar (epidermis) sampai dengan dinding uterus.
- b. Fisial, kulit fasialis sendiri dibagi menjadi lapisan lemak yang dangkal, Campers fascia dan yang lebih dalam fibrosa, fascia profunda terletak pada otot- otot perut menyatu fascia profunda paha. Dibawah lapisan terdalam otot maka otot abdomen transverses terletak transversialis. Pada fascia transversalis dipisahkan dari *peritoneum parietalis* oleh variable lapisan lemak

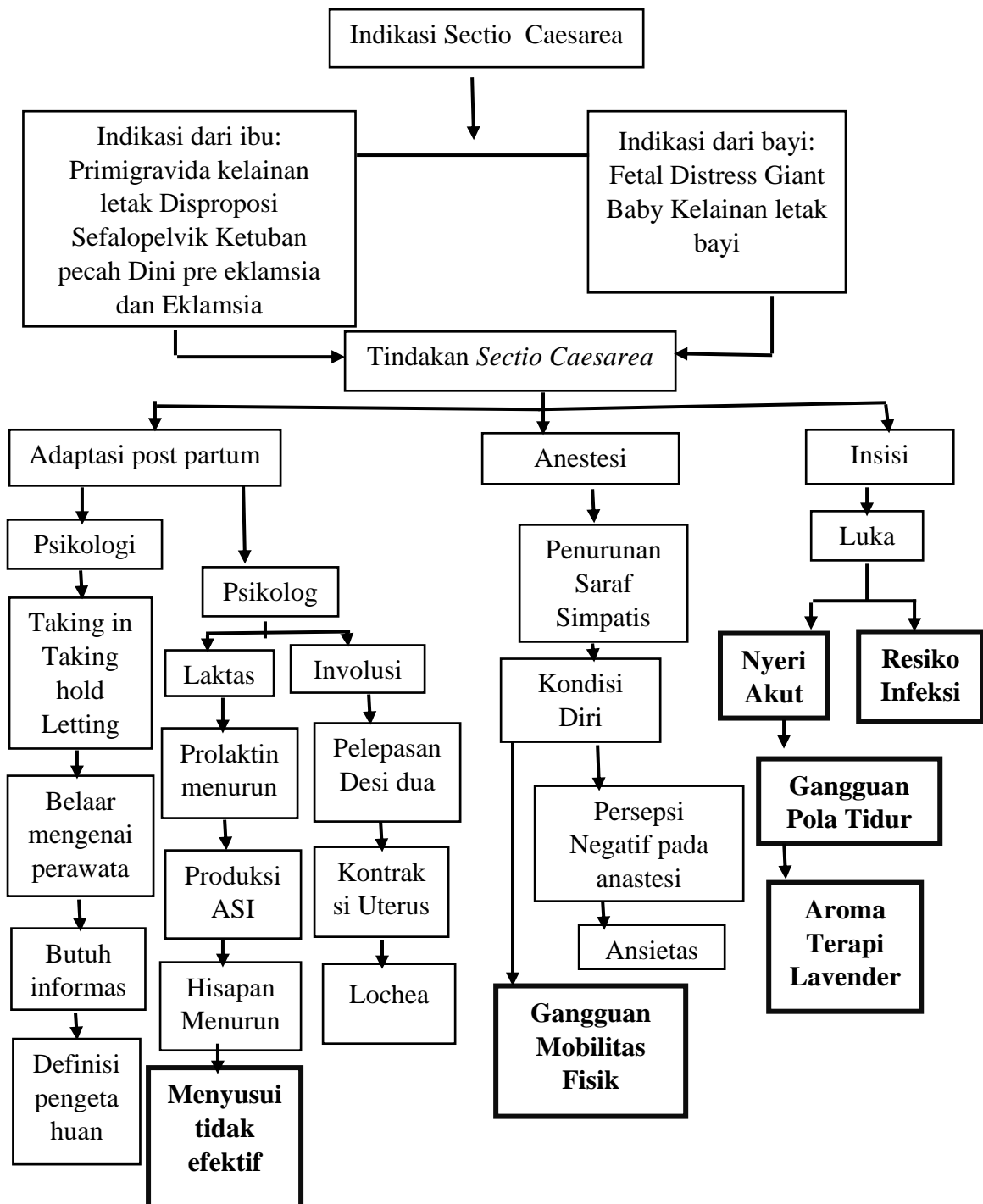
- c. Ovarium terletak pada setiap sisi uterus, dibawah dan di belakang tuba falopi. Dan ligament mengikat ovarium pada tempatnya itu bagian mesovarium ligament lebar uterus, yang memisahkan antara ovarium dari sisi dinding pelvis leteral.
- d. Uterus memiliki dinding yang tebal, muscular pipih, cekung, yang tampak mirip buah pir terbalik. Uterus yang normal mempunyai bentuk yang simetris, nyeri bila di tekan, licin dan peraba padat. Derajat kepadatannya pun bervariasi tergantung pada beberapa faktor misalnya uterus mengandung banyak rongga selama fase sekresi. Tiga fungsi utama uterus ialah untuk sirkulasi menstruasi dengan peremajaan endometrium, kehamilan dan persalinan. Fungsi ini sangat di perlukan dalam reproduksi, tetapi tidak diperlakukan untuk kelangsungan fisiologis wanita.
- e. Plasenta/ ari- ari, yaitu organ manusia yang penting bagi bayi saat masih berada didalam kandungan. Sebab ari - ari berperan untuk memberikan bayi asupan nutrisi dan oksigen dengan baik. Nutrisi dan oksigen yang janin butuhkan selama masa kandungan dibawa melalui aliran darah ibu hamil yang menembus ari- ari bayi

6. Patofisiologi

Beberapa kelainan faktor hambatan pada proses persalinan yang dapat mengakibatkan bayi tidak bisa lahir secara normal yaitu karena ukuran kepala janin dan panggul ibu yang tidak seimbang, keracunan kehamilan yang parah, terjadinya pre- eklamsia dan eklamsia berat,

kelainan letak bayi (sungsang dan lintang) sebagian mulut rahim tertutup dengan plasenta (*plazenta previa*) hamil bayi kembar, kehamilan dengan usia lanjut, persalinan secara berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban bayi pecah dini. Kondisi tersebut mengakibatkan harus segera dilakukan pembedahan dengan *sectio caesarea* (SC)

7. Pathway



Gambar Pathway

(Fresa 2021)

8. Komplikasi

Menurut (APRIANI & Ningsih, 2020). komplikasi yang sering terjadi pada ibu *post sectio caesarea* sebagai berikut:

- a. Perdarahan, pendarahan biasanya terjadi pada saat pembedahaan cabang-cabang arteri uterin ikut terbuka.
- b. Infeksi puerperial terjadi saat kenaikan suhu beberapa kali dalam masa nifas.
- c. Komplikasi lainnya yang sering terjadi yaitu luka pada kandung kemih, embolisme paru yang jarang terjadi.
- d. Adalagi satu komplikasi yang biasanya muncul yaitu kurang kuatnya paru pada dinding uterus sehingga bisa terjadi rupture uteri pada kehamilan berikutnya.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *sectio caesarea* menurut (Agustina, 2020). sebagai berikut:

- a. Pemberian cairan

Dikarenakan selama 24 jam pertama pasien menjalani puasa pasca oprasi, maka dalam pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi atau komplikasi pada bagian organ tubuh lainnya. Cairan yang biasanya diberikan biasanya DS 10% gram fisiologis dan RL secara bergantian dalam jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila

kadar Hb rendah berikan tranfusi darah sesuai dengan yang di butuhkan.

b. Diet

Pemberian cairan per infusan biasanya akan di hentikan setelah penderita flatus kemudian di berikan makanan dan minumam per oral. pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh diberikan pada 6 sampai 8 jam pasca oprasi, biasanya berupa air putih atau air the

c. Mobilisasi, akan dilakukan secara bertahap diantaranya sebagai berikut ini:

Miring kanan dan kiri yang dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam pasca oprasi. Latihan pernafasan dapat dilakukan pasien dengan tidur terlentang sendini mungkin pasca sadar. Hari kedua pasca oprasi penderita dapat didudukan selama 5 menit dan di minta untuk bernafas dalam lalu di hembuskan dengan pelan-pelan. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semiflower), kemudian pasien diajari cara duduk, belajar berjalan, belajar berjalan sendiri dilakukan pada hari ke-3 sampai dengan hari ke-5 pasca oprasi dengan bantuan dan pengawasan.

d. Katerisasi

Kandungan kemih yang penuh akan menimbulkan rasa nyeri pada pasien, menghalangi invorus uterus yang biasanya menyebabkan

pendarahan. Kateter biasanya akan terpasang selama 24 – 48 jam lebih tergantung jenis operasi pasien.

e. Pemberian obat – obatan

Pemberian antibiotik dengan cara pemilihan dosisnya yang berbeda-beda.

f. Analgetik dan obat yang memperlancar saluran pencernaan

Obat yang di berikan melalui suppositoria yang diberikan topopen sup 2X24 jam, melalui oral obat yang dapat diberikan tramadol atau paracetamol setiap 6 jam, melalui injeksi ranitidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila di perlukan.

g. Obat-obatan lain

Bertujuan untuk meningkatkan keadaan umum dan vitalitas biasanya di berikan obat caboransia seperti neurobian I Vit C.

h. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dapat dilihat setelah satu hari pasca operasi, bila keadaan balutan luka basah dan berdarah maka balut harus segera diganti.

i. Pemeriksaan rutin

Saat pemeriksaan rutin biasanya yang di lakukan adalah pengecekan suhu, nadi, tekanan darah dan pernafasan

j. Perawatan payudara

ASI dapat diberikan pada hari *post operasi*, bila ibu memutuskan untuk tidak memberikan ASI maka berikan balut payudara agar tidak banyak menimbulkan kompresi bertujuan untuk mengurangi nyeri.

B. Konsep Teori Nifas

1. Definisi

Masa nifas (*peurperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas di mulai seak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari.) dalam bahas latin disebut *puerperium* yaitu *puer* yang artinya bayi dan *parous* melahirkan. *Puerperium* merupakan masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat alat kandungan kembali seperti sebelum hamil (KURNIAWATI, 2021).

2. Klasifikasi

Masa nifas di bagi menadi 3 tahap yaitu:

- a. *Puerperiumdini* : suatu masa kepulihan dari oragan organ reproduksi selama kurang dari 6 minggu.
- b. *Puerperiumintermedial* : suatu masalah dimana kepulihan dari organ organ reproduksi selama kurang dari 6 minggu.
- c. *Remote puerperium* : waktu yang di perlukan untuk pulih dan sehat keembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau persalinan mengalami komplikasi

3. Etiologi

Penyebab timbulnya persalinan sampai sekarang belum diketahui secara pasti atau jelas terdapat beberapa teori antara lain :

a. Penurunan kadar progesterone

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan ketentraman otot rahim.

b. Penurunan kadar progesterone

Pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah, oleh karena itu timbul kontraksi otot rahim.

c. Keregangan otot-otot

Dengan majunya kehamilan makin regang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.

d. Pengaruh janin

Hypofisis dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan oleh karena itu pada encephalus kehamilan sering lebih lama dan biasa.

e. Teori prostaglandin

Teori prostaglandin yang dihasilkan dan decidua, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan.

4. Manifestasi Klinis

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki “bulannya atau minggunya atau harinya” yang disebut kala pendahuluan (preparatory stage of labor) ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut :

- a) Lightening atau setting atau droping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida pada multipara tidak begitu kentara.
- b) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- c) Perasaan sering atau susah kencing (potakisurla) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawa janin.
- d) Perasaan sakit perut dan dipinggang oleh adanya kontraksi lemah dari uterus, kadang disebut “false labor pains”.
- e) Serviks menjadi lembek, mulai melebar dan sekresinya bertambah dan bisa bercampur darah (bloody shoe)

5. Patofisiologi

Saat masa post partum atau masa nifas, alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat genital ini dalam keseluruhannya disebut “invulasi”. Disamping involusi terjadi perubahan-perubahan penting lain yakni memokonsentrasi dan timbulnya laktasi yang terakhir ini karena pengaruh lactogenik hormon dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjarkelenjar mama. Otot-otot uterus berkontraksi segera post psrtum, pembuluh-pembuluh darah yang ada antara nyaman otot-otot uretus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta lahir. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks ialah segera post partum bentuk serviks

agak menganga seperti corong, bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri terbentuk semacam cincin. Perubahan-perubahan yang terdapat pada endometrium ialah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel (KURNIAWATI, 2021).

C. Konsep Teori Pre Eklamsia Berat

1. Definisi

Preeklamsia atau biasa disebut Kehamilan Induced Hypertension (PIH) kehamilan atau toksemia kehamilan, ditandai dengan Tekanan darah meningkat, oedema, bahkan adanya proteinuria. Biasanya preeklamsia terjadi pada ibu yang usia kehamilannya 20 minggu keatas atau tiap triwulan dari kehamilan, pada kehamilan 37 minggu tersebut umumnya preeklamsia biasa terjadi hingga minggu pertama setelah persalinan (Lalenoh, 2020).

Preeklamsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan proteinuria yang muncul pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Muzalfah et al, 2020).

2. Etiologi

Preeklamsia adalah penyakit spesifik selama kehamilan tanpa etiologi yang jelas Wang. et al (2020), Menurut Norma & Mustika (2020) terdapat beberapa faktor resiko terjadinya preeklamsia :

a. Primigravida atau kehamilan pertama

Ibu yang pertama kali hamil sering mengalami stress dalam menghadapi persalinan. Stress emosi yang terjadi pada primigravida menyebabkan peningkatan pelepasan corticotropic-releasing hormone (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol (Nur & Arifuddin, 2021).

Berdasarkan teori imunologik, preeklamsia pada primigravida terjadi. karena di primigravida pembentukan blocking antibody terjadi mengenai antigen yang belum sempurna, primigravida juga mengalami pembentukan Human Leucoyte Antigen (HLA-G) memainkan peran dalam memodulasi respons imun sehingga hasil konsepsi ditolak pada klien atau intoleransi ibu terhadap plasenta yang dapat menyebabkan preeklamsia.

b. Morbid obesitas atau biasa disebut kegemukan,

Penyakit ini menyertai kehamilan seperti diabetes mellitus, Obesitas dapat mengakibatkan kolesterol meningkat, bahkan mengakibatkan jantung lebih cepat dan bekerja berat. Klien dengan obesitas dalam tubuhnya semakin banyak jumlah darah yang terkandung yang berarti semakin parah jantung dalam memompa

darah sehingga dapat menyebabkan preeklamsia. Preeklamsia lebih menjurus terjadi pada klien yang memiliki Riwayat Diabetes mellitus dikarenakan saat klien kebutuhan janin yaitu plasenta lebih berperan aktif dalam memenuhi semua kebutuhannya.

c. Usia Kehamilan

Preeklamsia muncul setelah klien dengan usia kehamilan 20 minggu dengan Gejala kenaikan tekanan darah. Jika terjadi preeklamsia di bawah 20 minggu, masih dikategorikan hipertensi kronik. Sebagian besar preeklamsia terjadi pada minggu >37 minggu dan semakin tua kehamilan maka semakin berisiko untuk terjadinya preeklamsia.

d. Riwayat Hipertensi,

Orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki risiko 4-5 kali terjadi preeklamsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai preeklamsia sebesar 25%. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian preeklamsia hanya 5% (Malha et al., 2020).

e. Usia

Klien pada usia >35 tahun rentan mengalami masalah kesehatan salah satunya adalah preeklamsia. Karena adanya perubahan jaringan rahim dan saluran lahir yang tidak fleksibel seperti halnya pembuluh darah, disebabkan oleh peningkatan tekanan darah. Seiring bertambahnya umur semakin mudah terjadinya

vasokonstriksi pada pembuluh darah ibu, proteinuria dan edema. Sebenarnya pada umur 35 tahun belum dianggap rentan, tetapi kapasitas reproduksi semakin menurun sehingga dianggap sebagai fase untuk berhenti hamil.

3. Manifestasi Klinis

Menurut Bothamley & Boyle (2020) ada beberapa manifestasi preeklamsia, yaitu :

- a. Bertambahnya Berat Badan, terjadi kenaikan berat badan yaitu ± 1 kg beberapa kali seminggu
- b. Timbul pembengkakan akibat BB meningkat, pembekakan pada kaki, muka dan pergelangan pada tangan
- c. Hipertensi / tekanan darah tinggi (yang di ukur selama 30 menit setelah pasien beristirahat) dengan tekanan darah $>140/90$ mmHg
- d. Proteinuria
 - a) adanya protein dalam urine sebesar 0,3 gram/L/hari atau pemeriksaan kualitatif senilai $+1/+2$
 - b) kadar proteinuria 1 g/I yang dikeluarkan melalui kateter yang di ambil sebanyak 2 kali setiap 6 jam.
 - c) Tanda dan gejala lainnya yaitu : gangguan penglihatan, nyeri epigastric, sakit kepala, mual dan muntah, penurunan Gerakan janin dan ukuran janin lebih kecil tidak sesuai dengan usia kehamilan ibu.

4. Patofisiologi

Kehamilan yang normal, arteri spiral uteri invasif ke dalam trofoblas, menyebabkan peningkatan aliran darah dengan lancar untuk kebutuhan oksigen dan nutrisi janin. Pada preeklamsia, terjadi gangguan sehingga aliran darah tidak lancar dan terjadi gangguan pada plasenta. Peningkatan sFlt1 menyebabkan plasenta memproduksi free vascular endothelial growth factor (VEGF) dan penurunan placental growth factor (PIGF).

Selanjutnya menyebabkan disfungsi endotel pada pembuluh ibu mengakibatkan penyakit multi-organ: hypertension, glomerular dysfunction, proteinuria, brain edema, liver edema, coagulation abnormalities Menurut Lalenoh (2020) patofisiologi terjadinya hipertensi dalam kehamilan atau preeklamsia terdapat beberapa teori teori yang berkaitan dengan Preeklamsia dan edema diantaranya adalah sebagai berikut :

a) Teori kelainan vaskularisasi plasenta

Cabang-cabang Arteri uterus dan arteri ovarium memberikan aliran darah menuju rahim dan plasenta. kemudian keduanya akan masuk ke miometrium dalam bentuk arteri arcuate sehingga dapat memberikan cabang arteri radial. arteri radial tersebut akan masuk ke endometrium sehingga menjadi anggota dari arteri basal dari cabang arteri spiral. Dengan kehamilan yang normal, biasa terdapat trofoblas yang masuk ke dalam lapisan otot arteri spiral. Trofoblas

juga masuk kedalam bagian arteri spiral, sehingga jaringan matriks menjadi longgar serta lumen spiral menjadi lebih lebar. Lumen arteri spiral

b) Teori iskemia plasenta, radikal bebas dan disfungsi endotel

Iskemia yang dialami plasenta serta tidak adanya oksigen yang cukup dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh itu akan menimbulkan radikal bebas atau senyawa oksidan. Radikal bebas merupakan senyawa yang mendapatkan elektron atom atau molekul yang memiliki elektron tetapi tidak memiliki pasangan. Iskemia pada plasenta dapat menghasilkan sebuah oksidan penting yaitu radikal hidroksi yang toksik, terutama membran endotel didalam pembuluh darah untuk perlindungan dalam tubuh yang normal yaitu produksi oksidan

c) Teori pembenaran imunologik ibu dan janin

Ibu dengan kehamilan yang normal, respon imunnya tidak lagi tolak keberadaan konsepsi. Terdapat Human Leukocyte Antigen Protein G (HLA-G), yang sangat memiliki berperan penting terkait modulasi respon imun seseorang, sehingga untuk menolak hasil konsepsi (plasenta) ibu tidak bisa. Dengan adanya kehadiran HLA-G maka penyerbuan sel trofoblas menuju kedalam jaringan desidua ibu bisa terjadi. Ibu yang mengalami preeklamsia maka plasenta mengalami penurunan pada HLA-G.

D. Konsep Teori Nyeri

1. Definisi

Nyeri ialah suatu kondisi dimana perasaan yang tidak menyenangkan, sifatnya yang sangat subjektif karena perasaan nyeriberbeda pada setiap orang baik dari skala nyeri maupun tingkatan nyeri, hanya orang yang mengalami yang dapat menjelaskan rasa nyeri yang dialaminya. (HARTININGSIH, 2020).

Nyeri ialah suatu kondisi yang menyebabkan ketidaknyamanan, rasa ketidaknyamanan yang biasanya disebabkan oleh kerusakan saraf sensoria tau yang juga dimulai saat rangsangan aktivitas sel T ke korteks serebri dan menimbulkan persepsi nyeri. (Agustina, 2020).

2. Klasifikasi

Menurut (Agustina, 2020) klaifikasi sebagai berikut:

1) Berdasarkan sumbernya

- a. Cutaneous/ superfisial, ialah nyeri yang mengenaikulit atau jaringan subkutan yang biasanya rasanya itu seperti terbakar.
- b. *Visceral* (organ dalam) ialah stimulasi reseptor nyeri dalam rongga badoment, cranium dan thoraks. Biasanya terjadi karena spasme otot, peregangan jaringan dan iskemia.
- c. Nyeri Alihan (*reffered pain*), ialah fenomena umum dalam nyeri visceral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri, karena nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri. Contohnya nyeri yang terjadi pada infark

miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, betu empedu, yang mengalihkan nyeri selangkangan. (APRIANI & Ningsih, 2020).

- d. Radiasi nyeri, ialah sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera bagian bawah tubuh yang lain. Karakteristik neyeri terasa akan menyebar ke bagian bawah akibat diskusi interbatebraal yang rupture di sertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik. (APRIANI & Ningsih, 2020).

2) Berdasarkan durasi

Nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

- a. Nyeri Akut, yaitu nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat dan menghilang, yang biasanya terjadi selama 6 bulan dan juga ditandai dengan tegangan otot. (Agustina, 2020).
- b. Nyeri Kronis, yaitu nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikomatis. (Agustina, 2020).

3) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

- a. Nyeri *Nosiseptif*, ialah nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus nacious. Nyeri ini

biasanya terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang sendi, otot, jaringan ikat.(APRIANI & Ningsih, 2020).

- b. Nyeri Neuropatik, ialah hasil suatu cedera atau normalitas yang didapatkan pada struktur saraf perimer maupun sentral, nyeri ini lebih sulit untuk diobati. (APRIANI & Ningsih, 2020).

3. Etiologi

Menurut (APRIANI & Ningsih, 2020). nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri yaitu:

- 1) Fisik (ternal, mekanik, elektrik)
- 2) Kimia

Apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat adanya komunitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh sehingga zat-zat kimia ini menimbulkan rasa nyeri.

4. Fisiologi

Nyeri *post SC* biasanya diakibatkan oleh robekan pada lapisan kulit dan jaringan dibawahnya akibat pembedahan. Nosiseptif yang terdiri dari proses transduksi, konduksi transmisi, modulasi dan persepsi, nyeri terjadi akibat dari sensitas pada perifer yang akan dilanjutkan pada sensitasi sentral (APRIANI & Ningsih, 2020).

Nyeri memiliki 4 proses terdiri dalam menstimulus cedera jaringan dan penurunan pengalaman subjektif : *transduksi, transmisi, modulasi dan presepsi*.

- 1) Transduksi ialah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya luka sayatan) ke impuls noniseptif, ada tiga serabut syaraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A- beta, A-delta dan C. serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulus non noksius dikelompokkan antarlain serabut penghantar nyeri atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent Nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulus eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.
- 2) *Transmisi* ialah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medulla spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak.
- 3) Modulasi ialah proses pembesaran sinyal neural nyeri (*pain related neural signal*). Proses ini terjadi di kornu dorsalis medulla spinalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, yang kemudian menuju ke medula spinalis. Yang dihasilkan dari proses ini adalah penguatan atau bahkan hambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.
- 4) Persepsi nyeri ialah kesadaran dan pengalaman nyeri. Persepsi sendiri salah satu hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis dan karakter individu lainnya. Reseptor

nyeri merupakan organ tubuh yang berfungsi menerima rangsangan nyeri.

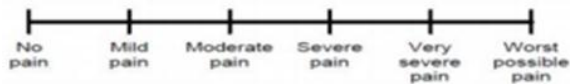
- 5) Gate Control Theory (Teori Kontrol Gerbang): Teori ini di jelaskan oleh Melzack dan Wall pada tahun 1965 untuk menjelaskan mengapa pikiran dan emosi mempengaruhi persepsi nyeri. Teori nyeri ini membahas mengenai faktor psikologi yang berperan dalam mempengaruhi persepsi nyeri karena teori-teori sebelumnya hanya menjelaskan proses nyeri dari segi fisik saja seperti teori Specificity yang dikemukakan pada abad ke -16 oleh filsuf dan matematikawan perancis Rene Descartes. Teori Gate Control menyatakan adanya mekanisme seperti gerbang di area dorsal horn pada spinal cord. Serabut saraf kecil (reseptor nyeri)'Small Nerve Fibers' dan serabut saraf besar (reseptor normal) 'Large Nerve Fibers' bermuara di sel proyeksi "Projection cell" yang membentuk jalur spinothalamic menuju pusat saraf tertinggi (otak), dan sinyal dapat diperlemah atau diperkuat oleh inhibitory interneurons

5. Skala Nyeri

Pengkajian nyeri biasanya menggunakan tehnik (PQRST) P (paliatif/Profokatif : yang menyebabkan timbulnya masalah), Q (*Quality*: kualitas nyeri yang dirasakan), R (Region: lokasi nyeri), S (Severity: keparahan), T (Time: waktu). (Agustina, 2020).

Jenis skala nyeri menurut (APRIANI & Ningsih, 2020). sebagai berikut:

a. *Verbal Rating Scale* (VRS)

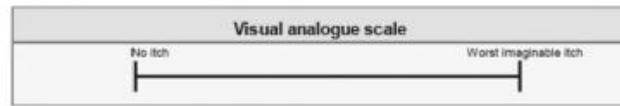


Gambar 2.3 : *Verbal Rating Scale* (VRS)

Sumber : *dr. Ahmad Muhlisin*,(2020)

Skala ini menggunakan angka-angka 0-10 untuk menggambarkan tingkat nyeri, dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti halnya pada VAS atau skala reda nyeri. Skala numeric verbal ini lebih bermanfaat pada periode pasca bedah, karena secara alami verbal atau kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motoric. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak adanya nyeri, sedang, parah. Hilangnya nyeri bisa dikatakan sebagai sama sekali atau tidak hilang, sedikit berkurang, cukup kurang, baik atau nyeri sudah hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri (APRIANI, T.T. ,2020; Ningsih,A. , 2020; Ahmad et al,2020).

b. *Visual Analog Scale (VAS)*

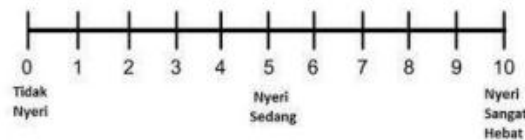


Gambar 2.4 : *Visual Analog Scale (VAS)*

Sumber : Adam Reich

Visual Analog Scale (VAS) merupakan cara yang paling banyak digunakan untuk menilai skala nyeri. Skala ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang dialami oleh seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10cm, tanpa tanda setiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satunya mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lainnya mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala bisa dibuat vertical atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya nyeri. Pengkajian ini biasanya digunakan pada anak usia >8 thn dan dewasa. Manfaat utama VAS ialah penggunaanya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk pasca bedah VAS tidak banyak digunakan karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi (APRIANI & Ningsih, 2020).

c. *Numer Rating Scale (NRS)*



Gambar 2.5 : *Numeric Rating Scale (NRC)*

Sumber : Novita

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitive terhadap dosis, jenis kelamin dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk nilai nyeri akut. Namun kekurangannya ialah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri yang dirasakan, tidak memungkinkan untuk menggambarkan rasa nyeri yang disarankan, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antara kata yang menggambarkan efek analgesic (Novita, 2021; Laila et al., 2021)

d. *Wong Baker Pain Scale*



Gambar 2.6 : *Wong Baker Pain Rating Scale*

Sumber : Novita

Gambar ini biasanya digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka-angka (Novita, Laila et al., 2021)

6. Patofisiologi

Jika nyeri tidak segera diatasi akan menyebabkan *Activity Of Daily Living* (ADL) tergantung pada ibu yang mengakibatkan nutrisi bayi berkurang karena tertundanya pemberian ASI sejak awal sehingga dapat mempengaruhi daya tahan tubuh bayi.

7. Penatalaksanaan

1) Manajemen farmakologi

Manajemen nyeri farmakologi ialah suatu metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktis penanganannya. Metode ini memerlukan kolaborasi dengan media. Ada beberapa strategi menggunakan pendekatan farmakologis dengan manajemen nyeri dengan menggunakan pendekatan farmakologis dengan manajemen nyeri dengan penggunaan analgesi maupun anastasi. (APRIANI & Ningsih, 2020).

2) Manajmen Non Farmakologi

Manajemen nyeri non farmakologi ialah tindakan untuk menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Yang biasanya digunakan dalam terapi nyeri non farmakologi diantaranya yaitu: terapi relaksasi distraksi, pemberian Aroma Terapi (wangi-wangian) dan lain sebagainya.

E. Konsep Aroma Terapi

1. Definisi

Aromaterapi merupakan terapi komplementer dalam praktek keperawatan dan menggunakan minyak esensial dari bau yang berasal dari tumbuhan, bunga, pohon yang mengeluarkan aroma harum dan enak untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup (SUMARTI, 2021).

Aromaterapi merupakan suatu metode dalam relaksasi yang menggunakan minyak esensial dalam pelaksanaannya berguna untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosi, dan spirit seseorang. Saat senyawa aroma dihirup, senyawa tersebut dengan cepat senyawa tersebut berinteraksi dengan sistem saraf pusat dan langsung merangsang saraf pada sistem *olfactory*, kemudian sistem ini akan menstimulus saraf-saraf pada otak di bawah keseimbangan korteks serebral kemudian senyawa ini bekerja pada metabolisme monoamine dengan cara memblokir enzim monoaminooksidase dan meningkatkan konsentrasi monoamine di sistem saraf pusat (Mulyadi & Nurjannah, 2021).

2. Aromaterapi Lavender

Lavender (*Lavandula Officinalis*) ialah merupakan keluarga Lamiaceae, yaitu tanaman yang sering digunakan dalam aroma terapi. Lavender mengandung camphor, terpinen 4-ol, linalool, linalyl acetate, beta-cimene dan 1, 8-cineole. Studi terhadap manfaat aroma terapi

lavender, telah menunjukkan bahwa linalool dan linalyl acetate yang terdapat pada lavender dapat menstimulus sistem parasimpatik. Sebagai tambahan, linalyl acetate memiliki efek narkotik dan linalool berperan sebagai sedative (Sofiani et al., 2017).

3. Cara penggunaan aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri

Akses aromaterapi lavender melalui hidung merupakan rute yang jauh lebih cepat di banding cara lain dalam penanggulangan problem emosional seperti stress, depresi, dan termasuk jenis nyeri, karena hidung memiliki kontak langsung dengan bagian bagian otak yang bertugas merangsang terbentuknya efek yang ditimbulkan oleh minyak lavender. Hidung sendiri bukanlah organ untuk membau melainkan untuk memodifikasi suhu dan kelembaban udara yang masuk serta mengumpulkan benda asing yang mungkin terhirup, saraf otak (cranial) pertama bertanggung jawab terhadap indra pembau dan menyampaikan pada sel-sel reseptor.

Ketika minyak lavender dihirup molekul yang mudah menguap dari minyak tersebut dibawa oleh arus udara kehidung dengan silia-silia yang lembut muncul dari sel-sel reseptor. Ketika molekul-molekul itu menempel pada rambut-rambut tersebut suatu pesan elektronika akan ditransmisikan melalyui bola dan saluran olfaktori ke dalam sistem limbic. Hal ini akan merangsang memori dan respon emosional. Hipotalamus berperan sebagai relay dan regulator, memunculkan pesan-pesan yang harus disampaikan ke bagian lain otak

bagian badan yang lain. Pesan yang diterima itu kemudian dirubah menjadi tindakan yang berupa pelepasan senyawa elektrokimia yang menyebabkan euporea, relaks, atau sedative. Sistem limbic ini terutama digunakan dalam ekspresi emosi

Dalam hal ini (inhalasi) dapat di lakukan dengan cara seperti berikut ini:

Inhalasi menggunakan botol semprot, inhalasi dengan dihirup dengan tissue, dihirup melalui telapak tangan dan penguapan. Sebelum diberikan aromaterapi esensial Oil pasien terlebih dahulu di lakukan tindakan pengukuran nyeri, kemudian pasien diberikan intervensi berupa pemberian aromaterapi lavender essential oil sebanyak 4-5 tetes dengan menggunakan media tissue kemudian dihirup selama 10 menit dengan menggunakan jarak 10cm, setelah pemberian aroma terapi pasien dinilai skala nyerinya. Aroma terapi di berikan hanya satukali per 24 jam

Standar Oprasional Prosedur Penerapan Aromaterapi Lavender

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PENERAPAN AROMATERAPI LAVENDER DALAM MENGURANGI INTENSITAS NYERI <i>POST SECTIO CAESAREA</i>		
1.	Pengertian	Aromaterapi Lavender merupakan salah satu metode non farmakologi bermanfaat untuk mengurangi rasa nyeri, merelaksasi pikiran,

		menurunkan ketegangan dan kecemasan serta memberi ketenangan pada ibu bersalin <i>post section caesarea</i>
2.	Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengurangi nyeri 2. menurunkan ketegangan dan kecemasan serta memberi ketenangan pada ibu bersalin <i>post section caesarea</i>
3.	Kebijakan	Klien dengan gangguan tidak nyaman yaitu nyeri <i>post section caesarea</i>
4.	Petugas	Perawat
5.	Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aroma terapi Lavender 2. Air panas 250 ml
6.	Persiapan Penolong	Mencuci tangan
7.	Persiapan Ruangan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menutup gorden/jendela dan pintu 2. Pastikan privasi klien terjaga
8.	Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. beri penjelasan pada ibu bahwa nyeri pada saat persalinan <i>post section caesarea</i> 2. Membantu ibu untuk mengurangi rasa nyeri

9.	Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu ibu bahwa tindakan akan segera di mulai 2. Mengajukan ibu untuk memilih posisi yang nyaman seperti duduk atau berbaring miring kiri 3. menyiapkan 250 ml air panas 4. Tetaeskan 3 sampai 5 tetes minyak esensial dalam 250mml air panas 5. Tutuplah dengan menggunakan handuk 6. meminta ibu untuk menundukan selama 10 sampai 15 menit hingga uap panas mengenai muka 7. Mengevaluasi pemberian aromaterapi lavender 8. Rpikan pasien 9. Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai di lakukan 10. Membereskan alat 11. mencuci tangan dan dokumentasi
----	----------------------	---

Sumber: Jaelani2022

F. Konsep Pengkajian Asuhan Keperawatan Dengan Aroma Terapi Lavender

Pengumpulan data berisikan tentang klien yang dilakukan dalam menemukan masalah dalam kebutuhan keperawatan dan kesehatan. Pengumpulan data dimulai sejak klien masuk ke rumah sakit (*initial assesment*), selama klien dirawat secara terus-menerus (*ongoing assesment*), serta pengkajian ulang untuk melengkapi data (*reassessment*). (Seri Bulan Sinulingga, 2018)

1. Pengkajian

Pengkajian berisikan tentang anamnesa (data subjektif) identitas klien (nama, umur, alamat, pendidikan, pekerjaan dan lain halnya). Identitas penanggung jawab berisikan (nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan klien dan lainhalnya). Keluhan pasien, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat KB, genogram keluarga.

Pola pengkajian pada karya tulis ilmiah menggunakan pola fungsional menurut Gordon sebagai berikut:

1) Pola persepsi kesehatan

Kaji bagaimana tentang persepsi, pemeliharaan dan pengamanan kesehatan.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Kaji adanya perubahan dan masalah dalam memenuhi kebutuhan nutrisi karena kurang nya nafsu makan, kehilangan sensasi pengecap, menelan, mual dan muntah

3) Pola eliminasi

Kaji bagaimana pola eliminasi BAB dan BAK apakah perubahan selama sakit atau tidak

4) Pola istirahat dan tidur

Biasanya pada pasien *post* SC mengeluh sulit tidur dan istirahat karena adanya nyeri dan kejang otot.

5) Pola aktivitas dan latihan

Kaji apakah ada perubahan dari sebelum sakit dan sesudah sakit perubahan aktivitas misalnya yang awalnya bekerja menjadi tidak bekerja. Kaji tentang keadaan derajat range of motion pada tungkai bawah, ketidaknyamanan atau nyeri pada waktu bergerak, serta keadaan tonus dan kekuatan otot pada ekstremitas bagian bawah dan atas.

6) Pola persepsi dan kognitif

Kaji apakah ada perubahan dari fungsi penglihatan, pendengaran, perasa, pembau.

7) Pola konsep diri

- a. Body image: Klien memiliki persepsi dan merasa bahwa bentuk tubuh dan penampilan sekarang mengalami penurunan berbeda dengan keadaan sebelumnya
- b. Idel diri: Klien merasa tidak dapat mewujudkan cita-cita yang diinginkan
- c. Harga diri: Klien merasa tidak berharga lagi dengan kondisinya yang sekarang, klien merasa tidak mampu dan tidak berguna serta cemas dirinya akan selalu memerlukan bantuan orang lain
- d. Peran: Klien merasa dengan kondisinya yang sekarang dia tidak dapat meleakukan peran yang dimilikinya baik sebagai orang tua, istri atupun seorang pekerja.
- e. Identitas diri: Klien memandang dirinya berbeda dengan orang lain karena kondisi badannya yang disebabkan oleh penyakitnya.

8) Pola koping

Kaji klien biasanya tampak menjadi pendiam atau menjadi tertutup.

9) Pola seksual dan reproduksi

Yang perlu dikaji adalah tentang bentuk payudara, puting susu, ada tidaknya pengeluaran ASI serta kebersihan pada daerah payudara, kaji adanya pengeluaran darah pada vagina, warna darah, bau serataada tidaknya pemasangan kateter

10) Pola peran dan hubungan

Kaji bagaimana hubungan klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat klien. Pekerjaan, tempat tinggal, tidak punya rumah, apakah ada masalah keuangan atau tidak dan sebagainya.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Perlu dikaji keyakinan klien tentang kesembuhannya yang dihubungkan dengan agama yang dianut klien dan bagaimana persepsi klien tentang penyakitnya. bagaimana aktivitas spiritual klien selama menjalin perawatan dirumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong dan memotivasi bagi kesembuhan klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada *post section caesarea* antara lain:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi (D.0142)
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan reflek oksitosin (D.0029)

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan merupakan penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah sesuai

diagnose yang telah ditegakan untuk memenuhi kebutuhan klien (SDKI, 2021)

a. Nyeri Akut (D.0077)

1) Definisi

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.

2) Gejala dan tanda mayor

Subyektif, mengeluh nyeri. Obyektif, yaitu tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

3) Gejala dan tanda minor

Secara obyektif tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

4) Luaran

Tingkat Nyeri (L.08066) yaitu mengalami penurunan pada keluhan nyeri, meringis, sikap protektif, kesulitan tidur, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis, perasaan tertekan, ketegangan otot, dan membaiknya tekanan darah. Kontrol Nyeri (L.08063) yaitu mampu mengenali onset dan penyebab nyeri serta mampu menggunakan teknik non farmakologis.

5) Intervensi

Manajemen Nyeri (I.08238)

Observasi yaitu :

- a. Identifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, frekuensi, intensitas nyeri.
- b. Identifikasi respon nyeri non verbal.
- c. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang diberikan.

Terapeutik yaitu :

- a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- b. Fasilitasi istirahat dan tidur
- c. Berikan tehnik (Aroma Terapi Lavender) untuk mengurangi rasa nyeri

Edukasi yaitu :

- a. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- b. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- c. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- d. Kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu.
- e. Ajarkan tehnik (Aroma Terapi Lavender) untuk mengurangi nyeri

b. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

1) Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas pola tidur.

2) Gejala dan tanda mayor

Mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup.

3) Gejala dan tanda minor

Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

4) Luaran

Pola Tidur (L.05045) yaitu, keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur.

5) Intervensi

DukunganTidur (I.05174)

Observasi:

- a. Identifikasi pola aktivitas an tidur
- b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- c. Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- d. Identifikasi obat tidur yang diperoleh

Terapeutik;

- a. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)
- b. Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- c. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
- d. Tetapkan jadwal tidur rutin
- e. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure)
- f. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

Edukasi:

- a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- c. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- d. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
- e. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
- f. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau caranonfarmakologi lainnya.

c. Resiko Infeksi (D.0142)

1) Definisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Faktor risiko

Penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder.

3) Luaran

Tingkat Infeksi (L.14137) yaitu mengalami peningkatan kebersihan tangan dan badan, serta mengalami penurunan pada keluhan panas, kemerahan, nyeri, bengkak, vesikel, cairan berbau busuk, gangguan kognitif dan membaiknya kultur darah. Kontrol Risiko (L.14128) yaitu mampu mencari dan mendapatkan informasi tentang faktor risiko, mengidentifikasi faktor risiko, mengubah perilaku, mengenali perubahan status kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan.

4) Intervensi

Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi yaitu :

a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik yaitu :

a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

b. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi yaitu :

a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

c. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

d. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

d. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih Ekstremitas secara mandiri.

2) Gejala dan tanda may

Secara subyektif, mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Obyektif, yaitu kekuatan otot menurun, rentang gerak atau Range of Motion (ROM) menurun.

3) Gejala dan tanda minor

Secara subjektif, yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak. Secara obyektif sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

4) Luaran

Mobilitas Fisik (L.05042) yaitu mengalami peningkatan pada pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, rentang gerak atau Range of Motion (ROM), serta mengalami penurunan nyeri, kecemasan, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan kelemahan fisik.

5) Intervensi

Dukungan Ambulasi (I.06171)

Observasi yaitu :

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- c. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- d. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik yaitu :

- a. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (misalnya tongkat, kruk)
- b. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
- c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

Edukasi yaitu :

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- b. Anjurkan melakukan ambulasi dini

- c. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).

e. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

1) Definisi

Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui

2) Gejala dan tanda mayor

Secara subyektif, kelelahan maternal, kecemasan maternal. Secara objektif yaitu bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, air susu ibu (ASI) tidak menetes atau memancar, buang air kecil (BAK) bayi kurang dari 8 jam kali dalam 24 jam, nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua.

3) Gejala dan tanda minor

Secara obyektif intake bayi tidak adekuat, bayi menghisap tidak terus menerus, bayi menangis saat disusui, bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertamasetelah menyusui, menolak untuk menghisap.

4) Luaran

Status Menyusui (L.03029) yaitu mengalami peningkatan perlekatan bayi pada payudara ibu, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar, miksi

bayi lebih dari 8 kali per 24 jam, berat badan bayi, tetesan atau pancaran air susu ibu (ASI), suplai asi adekuat, puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan, kepercayaan diri ibu, bayi tidur setelah menyusui, payudara ibu kosong setelah menyusui, intake bayi, hisapan bayi. Serta mengalami penurunan lecet pada puting, kelelahan maternal, kecemasan maternal, bayi rewel, bayi menangis setelah menyusui.

5) Intervensi

Edukasi Menyusui (I.12393)

Observasi yaitu :

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik yaitu :

- a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesempatan untuk bertanya
- d. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- e. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat.

Edukasi yaitu :

- a. Berikan konseling menyusui
- b. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- c. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar
- d. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres payudara dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
- e. Ajarkan perawatan payudara post partum (misalnya memerah air susu ibu (ASI), pijat payudara, pijat oksitosin).

G. Metodologi

1. Jenis rancangan penelitian dan pendekatan

Jenis penelitian yang di gunakan dalam karya tulis ini ialah kuantitatif research. Pada pendekatan kuantitatif ini menekankan pada analisa pada proses penyimpulan deduktif dan induktif. (Siskasari,2021) Penelitian pendekatan menggunakan studi kasus karena peneliti akan menerapkan intervensi, melakukan pengamatan kepada klien dengan masalah nyeri *post section caesarea*.

2. Subjek penelitian

Subejek penelitian ini yaitu Ny. D yang mengalami nyeri pasca *post sectio caesarea*. Indikasi Pre Eklamsia Berat

3. Waktu dan tempat

Peneliti berencana akan melakukan penelitian di rumah sakit Permata Bunda Purwodadi Grobogan selama 3 hari minimal perawatan dengan waktu yang belum ditentukan.

4. Focus studi

Karya tulis ilmiah ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan maternitas dengan focus intervensi Pemberian Aroma Terapi Lavender untuk mengurangi nyeri akut *pada post section caesarea*

5. Instrument pengumpulan data

Instrument penelitian ini menggunakan pengkajian skala nyeri untuk mengetahui tingkat nyeri yang di rasakan *post sectio caesarea*, menggunakan minyak asensial Oil Lavender

6. Pengambilan data dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan metode sebagai berikut:

- a. Wawancara, merupakan kegiatan menanyai secara langsung kepada responden yang akan diteliti dnegan instrumen yang dapat digunakan berupa pedoman wawancara, checklist atau daftar periksa.
- b. Observasi merupakan pengamatan secara langsung kepada responden untuk menegetahui perubahan atau hal yang akan diteliti denganTehnik pengkajian dalam penulisan karya tulis ilmiah yaitu dengan menggunakan data yang diperoleh secara langsung dari

klien (data primer) dan data yang didapatkan dari catatan, buku, laporan pemerintah (data skunder).

7. Etika penelitian

Etika penelitian yang digunakan untuk melindungi hak – hak calon repon yang akan menjadi bagian penelitian. Menurut Hidayat dalam (Siskasari, 2021) etika penelitian sebagai berikut :

- a. Informed consent, bentuk persetujuan responden agar mengetahui maksud dan tujuan penelitian.
- b. Anonymity, bentuk untuk menjaga kerahasiaan responden dengan tidak mencantumkan identitas responden secara lengkap mulai dari nama, alamat tetapi cukup memberikan inisial yang menunjukkan identitas responden tersebut.
- c. Confidentially, usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi yang telah diberikan responden dengan menyimpan dalam bentuk file dan diberikan password dan data bentuk laporan asuhan keperawatan
- d. disimpan di ruang rekam medis rumah sakit.