

BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Teori Sectio Caesarea (SC)

1. Definisi

Sectio caesarea adalah suatu tindakan pembedahan yaitu dengan cara memberikan sayatan pada dinding depan uterus untuk membantu proses mengeluarkan bayi atas beberapa indikasi seperti persalinan lama, plasenta previa, gawat janin, mal presentase janin atau letak lintang, prolaps tali pusat, preeklamsi dan panggul sempit (Insani and Pitriani 2022).

Sectio Caesarea adalah persalinan buatan, dengan cara melakukan sayatan sepanjang 10-15 cm di dinding perut dan dinding rahim. *Sectio caesarea* dilakukan dengan rahim dalam keadaan utuh dan berat janin lebih dari 500 gram (Falentina 2019).

2. Klasifikasi

Pembedahan *Sectio Caesarea* dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Segmen bawah : Insisi melintang

Cara ini memungkinkan kelahiran per abdominal yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan 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 menyingkapkan uterus. Insisi membujur dibuat dengan *scapel* (pisau bedah) dan kemudian dilebarkan dengan gunting yang berujung tumpul untuk menghindari terjadinya cedera pada bayi.

c. *Sectio Caesarea Klasik*

Sectio Caesarea klasik dibuat vertical pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan Tindakan pembedahan ini.

d. *Sectio Caesarea transperitoneal*

Sectio caesarea tranperitoneal profunda disebut juga *low cervical* yaitu sayatan vertical pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah Rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertical dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

e. *Sectio histerektomi*

Sectio histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilakukan dengan *sectio caesarea*, dilanjutkan dengan pengangkatan Rahim. 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 diselesaikan.

f. *Sectio caesarea ekstraperitoneal*

Sectio caesarea ekstraperitoneal, yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan 11 insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

3. Etiologi

Menurut (Fresa, 2021), menyatakan etiologi *sectio caesarea* ada dua, yaitu sebagai berikut:

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu pada kehamilan primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, ada disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklampsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan kista, ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

b. Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu fetal distress/ gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

Indikasi Sectio Caesarea:

a. Riwayat sectio caesarea

Uterus yang memiliki jaringan parut dianggap sebagai kontraindikasi untuk melahirkan karena dikhawatirkan akan terjadi rupture uteri. Resiko rupture uteri meningkat seiring dengan jumlah insisi sebelumnya, klien dengan jaringan perut melintang yang terbatas disegmen uterus bawah, kemungkinan mengalami robekan jaringan parut simptomatis pada kehamilan berikutnya. Wanita yang mengalami rupture uteri beresiko mengalami kekambuhan,

sehingga tidak menutup kemungkinan untuk dilakukan persalinan pervaginam tetapi dengan beresiko rupture uteri dengan akibat buruk bagi ibu dan janin.

b. Distosia persalinan

Distosia berarti persalinan yang sulit dan ditandai oleh terlalu lambatnya kemajuan persalinan, persalinan abnormal sering terjadi terdapat disproporsi antara bagian presentasi janin dan jalan lahir, kelainan persalinan terdiri dari:

- 1) Ekspulsi (kelainan gaya dorong).

Oleh karena gaya uterus yang kurang kuat, dilatasi servik (disfungsi uterus) dan kurangnya upaya otot volunteer selama persalinan kala dua.

- 2) Panggul sempit.

- 3) Kelainan presentasi, posisi janin.

- 4) Kelainan jaringan lemak saluran reproduksi yang menghalangi turunnya janin.

c. Gawat janin

Keadaan gawat janin bisa mempengaruhi keadaan janin, jika penentuan waktu secti caesarea terlambat, kelainan neurologis seperti cerebral palsy dapat dihindari dengan waktu yang etpat untuk section caesarea.

d. Letak sungsang

Janin dengan presesi bokong mengalami peningkatan resiko prolaps tali pusat dan terperangkapnya kepala apabila dilahirkan pervaginam dibandingkan dengan janin presentasi kepala.

e. CPD (Chepalo Pelvic Disproportion)

CPD adalah ukuran lingkar panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkar kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami.

f. Pre-Eklamsi

Pre-Eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan.

g. Ketuban Pecah Dini (KPD)

KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi impart. Sebagian besar KPD adalah hamil aterm diatas 37 minggu.

h. Bayi Kembar (Gemili)

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara Caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadinya komplikasi tinggi dari pada kelahiran 1 bayi. Selain itu bayi kembar pun dapat mengalami sungsang. Sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

i. Kelainan letak kepala

1) Letak kepala tengadah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.

2) Presentasi muka

Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5%.

3) Presentasi dahi

Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

4. Manifestasi Klinis

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan persalinan *sectio caesarea* yaitu dengan perawatan post partu serta perawatan operatif, manifestasi klinis *sectio caesarea* meliputi :

- a. Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah.
- b. Adanya luka insisi di bagian abdomen.
- c. Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat.
- d. Aliran lokhea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak).
- e. Ada kurang lebih 600-800 ml darah yang hilang selama proses pembedahan.
- f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional.
- g. Rata-rata terpasang kateter urinarius.
- h. Tidak terdengarnya auskultasi bising usus.
- i. Pengaruh anestesi dapat memicu mual dan muntah.
- j. Status pulmonary bunyi paru jelas serta vesikuler.
- k. Biasanya ada kekurangpahaman prosedur pada kelahiran *sectio caesarea* yang tidak direncanakan.
- l. Pada anak yang baru lahir akan dibonding dan attachment.

5. Fisiologi

1) Uterus

a) Proses involusi

Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

b) Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respons terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar.

c) Afterpains

Kondisi ini banyak terjadi pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodic sering dialami multipara dan bisa menimbulkan nyeri yang bisa bertahan sepanjang awal puerperium.

2) Tempat Plasenta

Setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontraksi vaskuler dan thrombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul dan tidak teratur. Pertumbuhan endometrium ke atas menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut yang menjadi karakteristik penyembuhan luka.

3) Lokhea

Lokhea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Terbagi menjadi 3 yaitu:

a) Lokhea Rubra berwarna merah

Lokhea yang terjadi pada hari ke 1-3 setelah persalinan, warna merah terang sampai dengan merah tua. Merupakan darah segar dan terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vatriks caseora, lanugo dan meconium. Cairan ini berbau amis.

b) Lokhea Serosa

Lokhea serosa adalah pengeluaran secret berwarna merah muda sampai dengan kekuning-kuningan dan kemudian berubah menjadi kecoklatan terjadi pada hari ke 3-14 pasca persalinan.

c) Lokhea Alba

Lokhea alba adalah lokhea yang terakhir. Dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama semakin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai 1 atau 2 minggu berikutnya. Berbentuk seperti cairan putih, merupakan keluaran yang hamper tidak berwarna.

4) Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan 18 jam pasca partum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi padat dan Kembali ke bentuk semula.

5) Vagina dan Perineum

Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae vagina yang semula sangat meregang akan Kembali bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6 sampai 8 minggu setelah bayi lahir, rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu ke-4. Mukosa akan tetap atropik pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali.

6) Topangan Otot Panggul

Struktur penopang uterus dan vagina bisa mengalami cedera sewaktu melahirkan dan masalah ginekologi dapat tiba-tiba dikemudian hari.

7) Payudara dan laktasi

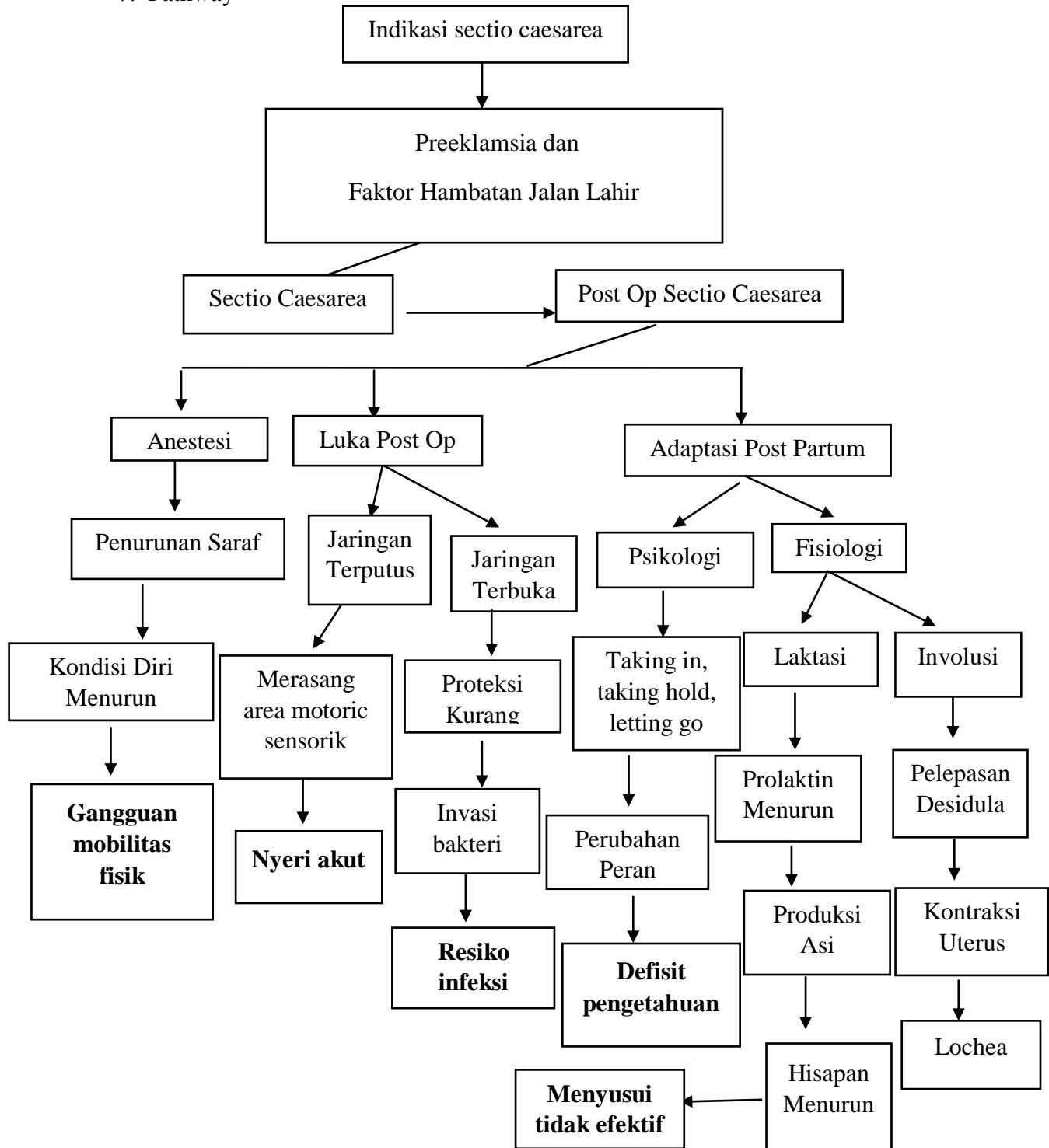
Pada masa hamil terjadi perubahan payudara, terutama mengenai besarnya. Hal ini disebabkan oleh proliferasi sel-sel ductus laktiferus. Proses proliferasi dipengaruhi hormon yang dihasilkan plasenta, yaitu lactogen, prolactin, kiotikotropin, estrogen dan progesteron. Setelah persalinan, kadar estrogen dan progesteron menurun dengan lepasnya plasenta, sedangkan prolactin tetap tinggi sehingga tidak ada hambatan terhadap prolactin oleh estrogen. Pembuluh payudara menjadi Bengkak terisi darah, menyebabkan hangat, Bengkak, dan rasa sakit. Keadaan tersebut ini disebut engorgement.

6. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea*.

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah yang disertai dengan retensi air dan garam. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerolus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga nyata dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola di dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasai kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstisial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerolus.

7. Pathway



8. Komplikasi

Komplikasi sectio caesarea mencakup periode masa nifas yang normal dan komplikasi setiap prosedur pembedahan utama. Komplikasi sectio caesarea yang sering terjadi pada ibu post SC adalah:

a. Perdarahan

Perdarahan primer kemungkinan terjadi akibat kegagalan mencapai hemostatis ditempat insisi Rahim atau akibat atonia uteri, yang dapat terjadi setelah pemanjangan masa persalinan. Saat operasi perdarahan terjadi akibat sayatan atau tertinggalnya sisa plasenta, namun perdarahan dapat terjadi lebih lanjut jika kontraksi Rahim tidak baik setelah plasenta dilahirkan.

b. Sepsis sesudah pembedahan

Frekuensi dan komplikasi ini jauh lebih besar bila sectio caesarea dilakukan selama persalinan atau ada terdapat infeksi dalam Rahim. Antibiotic profilaksis selama 24 jam diberikan untuk mengurangi sepsis.

c. Organ-organ sekitar Rahim terlukai

Usus besar, kandung kemih dan saluran kencing bisa saja terlukai pisau bedah saat operasi ccaesar, karena organ-organ ini letaknya berdekatan. Selain itu, syaraf juga bisa terlukai.

d. Bayi terlukai

Saat dinding Rahim dibuka, bayi bisa terlukai.

e. Infeksi

Infeksi dapat terjadi misalnya karena kurangnya sterilisasi alat-alat operasi, adanya retensi urin, luka operasi yang terkontaminasi atau melalui transfuse darah. Infeksi bakteri pada umumnya dapat ditangani baik dengan antibiotic.

f. Perlengketan

Resiko perlengketan plasenta pada Rahim (plasenta akreta) meningkat pada ibu yang menjalani operasi Caesar. Perlengketan juga bisa terjadi jika darah, jaringan plasenta atau jaringan Rahim (endometrium) tertinggal dan menempel pada usus atau organ dalam lainnya.

g. Trombus dan emboli

Obat anestesi membuat oto-otot berelaksasi selama operasi, demikian pula dengan otot-otot pembuluh darah. Hal ini membuat aliran darah melambat, konsekuensinya adalah resiko pembentukan thrombus dan emboli meningkat. Trombus adalah bekuan darah yang dapat menyumbat aliran darah. Bekuan darah ini dapat terbawa aliran darah sehingga menyumbat pembuluh darah di kaki, paru-paru, otak atau jantung. Hal ini bisa berakibat fatal, misalnya jika penyumbatan di otak dan jantung, maka dapat menimbulkan kematian.

h. Emboli air ketuban

Terjadi apabila cairan ketuban beserta komponennya masuk ke dalam aliran darah ibu dan menyumbat pembuluh darah. Emboli air ketuban dapat terjadi pada persalinan normal ataupun operasi caesar, karena pada saat persalinan terdapat banyak pembuluh darah yang terbuka.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *sectio caesarea* menurut antara lain sebagai berikut :

a. Pemberian cairan

Karena dalam 24 jam pertama pasien puasa pasca operasi, maka dalam pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi atau komplikasi pada organ

tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, gram fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah berikan transfusi darah sesuai dengan yang dibutuhkan.

b. Diet

Pemberian cairan per infus biasanya akan dihentikan setelah penderita flatus kemudian diberikan makanan dan minuman per oral. pemberian minuman 17 dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, boasanya berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Dilakukan secara bertahap diantaranya yaitu: miring kanan dan kiri yang dapat dimulai sejak 6-10 jam pasca operasi. Latihan pernafasan dapat dilakukan pasien dengan tidur terlentang sedini mungkin pasca sadar. Hari kedua pasca operasi penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu dihembuskan. 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 operasi.

d. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh akan menimbulkan rasa nyeri pada pasien, menghalangi invrpus uterus yang biasanya menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya akan terpasang selama 24-48 jam lebih tergantung jenis operasi pasien.

e. Pemberian obat-obatan

Pemberian antibiotic yang pemilihan dan dosisnya yang berbeda-beda.

f. Analgetic dan obat yang memperlancar saluran pencernaan

Obat yang dapat diberikan melalui suppositoria yang diberikan topopen sup 2x24 jam, melalui oral obat yang dapat diberikan tramadol atau paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidine 90-75 mg dierikan setiap 6 jam bila diperlukan.

g. Perawatan luka

Kondisi balutan luka biasanya akan dilihat setelah satu hari pasca operasi, bila luka basah dan berdarah maka balut harus diganti.

h. Pemeriksaan rutin

Pemeriksaan rutin yang biasanya dilakukan adalah pengecekan suhu, nadi, tekanan darah dan pernafasan.

i. Perawatan payudara

ASI dapat diberikan pada hari post operasi, bila ibu memutuskan untuk tidak memberikan ASI maka berikan balutan pada payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi untuk mengurangi rasa nyeri.

B. Konsep Teori Preeklampsia

1. Definisi

Preeklampsia merupakan kelainan multiorgan spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan terjadinya hipertensi, edema dan proteinuria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda

kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya. Pada kasus preeklampsia,biasanya gejala akan muncul setelah kehamilan berumur 20 minggu (Nurarif, 2019).

Meskipun dari definisi diatas menjelaskan bahwa hipertensi merupakan salah satu kriteria yang harus ada untuk seseorang didiagnosa preeklampsia,

tanpa adanya gangguan organ lainnya, jika hanya ditemukan hipertensi saja kondisi tersebut tidak dapat disamakan dengan preeklampsia (UGM, 2018)

2. Klasifikasi

Menurut (Nurarif, 2019) dalam bukunya menjelaskan preeklampsia dibagi menjadi dua golongan, yaitu :

a. Preeklampsia Ringan

Pada kondisi ini terjadi peningkatan pada tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur dengan posisi berbaring terlentang; atau kenaikan diastolic mencapai 15 mmHg atau lebih, atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Selanjutnya adalah ditemukannya edema umum pada kaki, jari tangan, dan muka atau kenaikan berat badan mencapai 1 kg atau lebih. Proteinuria pada kondisi ini juga bias ditemukan, dengan kwantitatif 0,3 gr atau lebih per liter, kwalitatif 1+ atau 2+ pada urin kateter atau midstream.

b. Preeklampsia Berat

Pada kondisi ini bila salah satu diantara gejala atau tanda ditemukan pada ibu hamil kemudian diikuti dengan adanya tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih dari 3g/liter, oliguria dengan jumlah urin<400 cc/24 jam, adanya gangguan serebral gangguan penglihtan, nyeri kepala, dan rasa nyeri pada epigastrium, terdapat edema paru dan sianosis, enzim hati meningkat disertai ikterus, perdarahan pada retina hingga trombosit yang menurun mencapai < 100.000/m

3. Etiologi

Preeklampsia hingga saat ini belum diketahui dengan pasti penyebabnya. Tetapi preeklampsia hampir secara eksklusif merupakan penyakit pada

kehamilan pertama (nullipara) yang biasanya penyakit ini dialami oleh wanita masa subur dengan umur ekstrim, yaitu remaja belasan tahun atau wanita di atas 35 tahun (Sarwono, 2011)

4. Manifestasi Klinis

Selain adanya peningkatan tekanan darah pada kasus preeklampsia yang menjadi tanda klinis utama, ada beberapa gejala lainnya dari preeklampsia yaitu :

- a. Nyeri kepala hebat pada bagian depan atau belakang kepala yang diikuti dengan peningkatan tekanan darah yang abnormal.
- b. Gangguan penglihatan pada pasien hingga terjadinya kebutaan sementara.
- c. Gelisah pada ibu.
- d. Nyeri perut pada bagian ulu hati.
- e. Gangguan pernafasan akibat dari oedema pada paru.
- f. Gangguan kesadaran.
- g. Gangguan fungsi ginjal akibat dari proteinuria.

5. Patofisiologi

Pada preeklampsia terdapat kepekaan yang lebih tinggi terhadap bahan-bahan vasoaktif, dibandingkan kehamilan normal. Fakta ini telah dibuktikan dengan penelitian prospektif dengan memakai bahan vasoaktif katekolamin atau angiotensin II. Desakan darah normal terjadi kenaikan yang tinggi dari renin plasma, aktivitas renin, substrak renin, angiotensin II dan aldosterone. Tingginya kadar tersebut menyebabkan vasodilatasi akibat dari diikutinya kenaikan yang cukup tinggi pada volume plasma. Pada kehamilan normal, tahanan vaskuler dalam darah otak tidak berubah, tetapi pada kehamilan

dalam hipertensi tahanan vaskuler meningkat dalam otak hingga mencapai 50%. Aliran darah ke plasenta tergantung dari desakan darah ibu. Yang memberi desakan perfusi sebanding dengan aliran darah ke plasenta. Pada preeklampsia juga terjadi peningkatan hematokrit dimana perubahan pokok pada preeklampsia yaitu mengalami spasme pembuluh darah, dan perlu adanya suatu usaha untuk meningkatkan tekanan perifer agar oksigenasi jaringan tercukupi. Hal ini disebut dengan spasme pembuluh darah, yang menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan pada organ, antara lain:

a. Otak

b. Ginjal

c. Uri

d. Paru

e. Hepar

6. Komplikasi

a. Bagi Ibu

1) Sindrom HELLP.

2) Eklampsia.

3) Penyakit kardiovaskuler.

4) Kegagalan pada organ.

5) Gangguan pembekuan darah.

6) Solusio plasenta.

7) Stroke.

b. Bagi Janin

1) Terjadinya bayi lahir secara premature.

2) Kematian pada janin.

3) Pertumbuhan yang terhambat pada janin.

4) Asfiksa neonatorum

7. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada preeklamsia adalah sebagai berikut (Nurarif, 2019) :

a. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah

a) Penurunan hemoglobin dengan nilai rujukan wanita hamil adalah 12-14gr%.

b) Hematokrit meningkat dengan nilai rujukan 37-43 vol%.

c) Trombosit menurun dengan nilai rujukan 150-450 ribu/mm³.

2) Urinalisis

Ditemukan protein dalam urin.

3) Pemeriksaan fungsi hati

a) Bilirubin meningkat.

b) LDH (Laktat Dehidrogenase) meningkat.

c) Aspartat aminotransferase (AST) > 60 ul.

d) Serum glutamate prufat transaminase (SGPT) meningkat

(N=15-45 u/ml).

e) Serum glutamate oxaloacetic transaminase (SGOT) meningkat (N=<31 u/l).

f) Total protein serum menurun (N=6,7-8,7 g/dl).

3) Tes kimia darah

Asam urat meningkat (N=2,4-2,7 mg/dl).

b. Radiologi

1) Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intrauterus. Pernafasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat dan volume cairan ketuban sedikit.

2) Kardiogram

3) Diketahui denyut jantung bayi lemah

8. Penatalaksanaan

Menurut (Nurarif, 2016) tujuan utama dari penanganan preeklampsia adalah mencegah terjadinya preeklampsia, melahirkan bayi tanpa adanya asfiksia, dan mencegah mortalitas maternal dan perinatal.

Penatalaksanaan pada preeklampsia menurut (Nurarif, 2016) adalah sebagai berikut :

a. Istirahat di tempat tidur dengan metode tirah baring kiri kanan.

Istirahat dengan berbaring pada sisi tubuh menyebabkan aliran darah ke plasenta dan aliran darah ke ginjal meningkat , tekanan vena pada ekstremitas bawah menurun dan reabsorpsi cairan menurun.

b. Memantau tanda-tanda vital, refleks dan DJJ.

c. Pemberian obat sedatif, antihipertensi, klorpromazin, dan larutan magnesium sulfat (MgSO4).

d. Monitor keadaan janin.

C. Konsep Teori Post Partum

1. Definisi

Post partum adalah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali organ kandungan yang berlangsung selama 6 minggu setelah bayi lahir dapat disebut dengan masa nifas (Yusti M. Lenggu, Ina Debora Ratu Ludji 2019).

Masa post partum berlangsung menyebabkan ketidaknyamanan, ibu akan banyak mengalami perubahan secara fisik, psikologis dan spiritual dalam menghadapi masa ini membuat ibu mengalami permasalahan nyeri pada jalan lahir (Yusti M. Lenggu, Ina Debora Ratu Ludji 2019).

Post partum pada saat persalinan seringkali mengakibatkan robekan jalan lahir, untuk mencegah terjadinya robekan pada perineum akibat desakan kepala janin, perlu dilakukan tindakan episiotomi sehingga memudahkan pengluaran bayi (Ulandari 2022).

2. Klasifikasi

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut (tV.A.R.Barao et al. 2022)

a. *Immediate Post Partum* (setelah plasenta lahir 24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi misalnya atonia uteri oleh karena itu perlu dilakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah ibu dan suhu.

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

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

c. *Late Post Partum* (1 minggu-6 minggu)

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

3. Etiologi

Teori penyebab terjadinya post partum menurut (Twistina and Tenaga 2019) Teori kerenggangan rahim.

Pada umumnya otot rahim pasti memiliki kemampuan untuk merenggang pada batas tertentu, biasanya setelah melebihi batasnya maka rahim akan berkontraksi yang tentu saja akan memicu terjadinya proses persalinan.

a. Teori penurunan hormon progesteron

Jika produksi hormon progesteron sedang terjadi penurunan 1-2 minggu menjelang persalinan, hal ini akan mengakibatkan sensitifnya otot rahim terhadap oksitosin dan prostalgladin memicu timbulnya kontraksi yang memicu persalinan.

b. Distensi rahim

Semakin usia kehamilan bertambah maka otot-otot rahim akan terus merenggang dan membesar sehingga pada otot-otot rahim terjadi Iskemia ini akan mengganggu pada sirkulasi uterus dan plasenta kemudian menyebabkan timbulnya kontraksi.

c. Teori plasenta menjadi tua

Hal ini karena bertambahnya usia kehamilan, maka plasenta juga semakin tua yang akan megakibatkan menurunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga bisa kejng pada pembuluh darah dan menimbulkan kontraksi.

4. Fisiologi

a. Sistem reproduksi

1) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Setelah placenta lahir, uterus merupakan alat yang keras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Fundus uteri 3 jari dibawah pusat. Selama 2 hari berikutnya, besarnya tidak seberapa berkurang tetapi sesudah 2 hari, uterus akan mengecil dengan cepat, pada hari ke – 10 tidak teraba lagi dari luar. Setelah 6 minggu ukuranya kembali ke keadaan sebelum hamil. Pada ibu yang telah mempunyai anak biasanya uterusnya sedikit lebih besar daripada ibu yang belum pernah mempunyai anak.

2) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

3) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. (Walyani, 2015).

4) Payudara

Pada saat kehamilan sudah terjadi pembesaran payudara karena pengaruh peningkatan hormon estrogen, untuk mempersiapkan produksi ASI dan laktasi. Payudara menjadi besar ukurannya bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada areola mammae di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui.

b. Sistem Endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil, hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta lahir.

c. Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal (Wahyuni, 2018).

d. Sistem Kardiovaskular

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstravaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat.

e. Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos.

f. Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Diuresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan.

g. Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah placenta dilahirkan.

h. Peritoneum dan Dinding Abdomen

Sebagai akibat dari ruptur serat elastik pada kulit dan distensi lama pada uterus karena kehamilan, maka dinding abdomen tetap lunak dan flaksid.

5. Komplikasi

Menurut (Kusumastuti, Karyati, and Yuliati 2022) komplikasi pada ibu post partum adalah

a. Morbiditas

Terjadi kenaikan temperature >38 derajad celcius selama 10 hari pertama paska partum, kecuali 24 jam pertama.

b. Infeksi

Infeksi bakteri pada saluran genetalia selama atau setelah persalinan. Tanda dan gejala yaitu suhu >38 derajad celcius, malaise, lochia berbau tidak sedap, dan nyeri ditempat infeksi.

c. Infeksi trauma genitalia

Adapun tanda dan gejala yaitu nyeri local, demam, edema local, radang pada tepi jahitan atau laserasi, rabar purulen, dan luka menjadi terpisah.

d. Endometritis

Tanda dan gejala yaitu suhu meingkat persisten >38 derajad celcius , demam, takikardia, menggigil, nyeri tekan uterus yang menyebar ke samping, nyeri panggul ketika dilakukan pemeriksaan bimanual, lochia mungkin sedikit dan tidak berbau atau sangat banyak, distensi abdomen, dan peningkatan hitung sel darah putih.

e. Hematoma

Tanda dan gejalanya yaitu biasanya terjadi di vulva atau vagina,nyeri akut, pembengkakan yang tegang dan tidak teratur serta jaringan tampak memar.

f. Subinvolusi

Uterus gagal berkontraksi secara efektif selama masa pasca partum.Penyebab nya yaitu potongan plasenta atau selaput ketuban yang tertahan, mioma, dan infeksi (pascapartum awal). Adapun tanda dan gejalanya peningkatan jumlah lochia yang tidak teratasi atau terus menerus diproduksi, fundus uteri lembek, dan uterus naik hingga melebihi lokasi yang diperkirakan.

g. Perdarahan pasca partum sekunder

Perdarahan yang berlebihan yang terjadi setelah 24 jam pertama pasca partum. Adapun penyebabnya yaitu subinvolusi, potongan plasenta/ketuban yang tertahan, laserasi yang tidak terdiagnosa, dan hematoma. Tanda dan gejalanya yaitu perdarahan, anemia, dan pada kasus berat, syok.

h. Tromboflebitis

Adapun tanda dan gejalanya yaitu nyeri, nyeri tekan local, peradangan dan terbaba smpul atau urat vena.

i. Mastitis

Mastitis dapat dialami setiap saat jika seorang ibu menyusui,tetapi biasanya tidak terjadi sebelum hari ke-10 pasca partum. Organisme penyebab biasanya *Staphylococcus aureus* dan ibu baru biasanya tidak dapat membedakannya dari gejala flu. Biasanya klien akan menderita demam dengan suhu tubuh 101 derajad farenhait atau lebih.

6. Penatalaksanaan

setelah melahirkan ibu membutuhkan perawatan yang intensif untuk pemulihannya setelah proses persalinan yang melelahkan, perawatan post partum antara lain :

a. Mobilisasi dini.

Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian, khususnya dilakukan oleh ibu post partum. Mobilisasi dini adalah kebijakan agar secepat mungkin membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Jika tidak ada kelainan paska persalinan, mobilisasi dini dapat dilakukan sedini mungkin yaitu 2 jam

paska persalinan. Mobilisasi dini dapat membantu pemulihan dan mempercepat waktu berada di rumah sakit.

b. Rawat gabung

Perawatan ibu dan bayi dalam satu ruangan bersama-sama sehingga ibu lebih banyak memperhatikan bayinya, segera memberikan ASI, sehingga kelancaran pengeluaran ASI lebih terjamin.

c. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum antara lain kesadaran penderita, keluhan yang terjadi setelah persalinan.

d. Pemeriksaan khusus

Pemeriksaan khusus pada ibu post partum spontan antara lain :

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.
- 2) Fundus uteri : Tinggi fundus uteri, kontraksi uterus.
- 3) Payudara : putting susu, pembesaran dan pengeluaran ASI.
- 4) Lochea : Lochea rubra, lochea sangiolenta, lochea serosa, lochea alba.
- 5) Luka jahitan episiotomi : apakah baik atau terbuka, apakah ada tandatanda infeksi.

e. Pemberian cairan intravena

Untuk mencegah dehidrasi dan meningkatkan kemampuan perdarahan darah dan menjaga agar jangan jatuh dalam keadaan syok, maka cairan pengganti merupakan tindakan yang vital, seperti Dextrose atau Ringer.

f. Pemberian oksitosin

Segara setelah plasenta dilahirkan oksitosin (10 unit) ditambahkan dengan cairan infuse atau diberikan secara intramuskuler untuk membantu kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan post partum.

g. Obat nyeri

Obat-obatan yang mengontrol rasa sakit termasuk sedative, alaraktik, narkotik dan antagonis narkotik. Anastesi hilangnya sensori, obat ini diberikan secara regional/ umum (Aderibigbe okta 2018)

C. Konsep Teori Nyeri

1. Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI). International Association for the study of pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial selain itu nyeri juga didefinisikan sebagai suatu sensori subyektif yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Potter dan Perry, 2005 Dalam Mohammad, 2012).

2. Penyebab Nyeri

Penyebab nyeri diklasifikasikan ke dalam dua penyebab yaitu

a. Fisik

a. Trauma (Mekanik, termis, kimiawi, dan elektik)

a) Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung-ujung saraf mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan atau luka.

b) Trauma Termis

Trauma termis menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, dingin.

c) Trauma Kimiawi

Terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat.

d) Trauma Elektrik

Dapat menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor area nyeri.

- b. Neoplasma menyebabkan nyeri karena terjadinya tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga tarikan, jepitan, atau metastase.
- c. Nyeri pada peradangan terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya saraf reseptor nyeri.

b. Psikologis

Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Nyeri karena faktor ini disebut psychogenic pain.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut (prasetyo 2019), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi nyeri antara lain:

a. Usia

Usia merupakan variable yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mengalami kesulitan dalam memahami nyeri, belum bisa mengucapkan nyeri dengan kata-kata dan juga belum bisa mengekspresikan nyeri kepada orang tua maupun kepada perawat, sebagian anak takut untuk mengungkapkan nyeri yang mereka alami, biasanya mereka takut akan tindakan perawat yang harus mereka terima

nantinya, berbeda dengan lansia, perawat akan mudah dalam melakukan pengkajian rinci terhadap nyeri yang dilaporkan pasien, namun seringkali lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu, terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung, nyeri dada dapat timbul karena gejala arthritis pada spinal dan gejala gangguan abdomen.

b. Lokasi dan tingkat nyeri

Nyeri yang dirasakan setiap individu pasti berbeda dalam intensitas dan tingkat keparahannya. nyeri yang dirasakan dibedakan menjadi 3 yaitu : ringan sedang dan berat, dalam kaitannya dengan kualitas nyeri, masing-masing individu juga akan bervariasi, ada yang mengukapkan nyeri seperti tertusuk, nyeri tumpul, berdenyut, terbakar dan lain sebagainnya, sebagai contoh individu yang mengalami luka bakar akan melaporkan nyeri yang berbeda dengan invidu yang tertusuk jarum.

c. Jenis kelamin

secara umum pria dan wanita tidak mengalami perbedaan yang signifikan dalam merespon nyeri, akan tetapi budaya masyarakat menganggap bahwa dibandingkan wanita, laki-laki harus lebih berani dan tidak menangis dalam mengalami situasi yang sama ketika merasakan nyeri.

b. Kepercayaan

kepercayaan seseorang dapat meningkatkan maupun menahan rasa nyeri, terutama pemahaman tentang nyeri yang dimiliki individu merupakan penyebab yang mungkin atau implikasinya.

c. Perhatian

tingkat perhatian individu terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri.

Konsep inilah yang mendasari berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti latihan pernapasan, teknik imajinasi terbimbing (guide imagery), dan masase.

d. Ansiestas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyerinya.

e. Keluarga dan support sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dan anggota keluarga lain, atau teman terdekat, walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan ketakutan kesepian.

f. Pola koping

penderita biasanya mencari jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis, penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri, sumber-sumber koping ini berasal dari keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan rasa nyeri. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdo'a, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang dialami.

g. Kebudayaan

latar belakang etnik dan warisan budaya telah lama dikenal sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri dan ekspresi nyeri tersebut, perilaku yang berhubungan dengan nyeri adalah sebuah bagian dari proses sosialisasi.

4. Klasifikasi Nyeri

Menurut (Dzulhidayat 2022) klasifikasi nyeri adalah

a. Nyeri akut

Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba, umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, jika kerusakan tidak lama terjadi dan tidak ada penyakit sistematik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan penyembuhan. Nyeri akut didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

b. Nyeri kronis

merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan, yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis dan psikomatik

Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronis :

1) Nyeri akut

- a) pengalaman : suatu kejadian.
- b) sumber : sebab eksternal atau penyakit dari dalam.
- c) serangan : mendadak.
- d) waktu : tidak lebih dari 6 bulan.
- e) pernyataan nyeri : daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti.
- f) gejala-gejala klinis : pola respon yang khas dengan gejala yang.

- g) lebih jelas.
 - h) pola : terbatas.
 - i) perjalanan : biasanya berkurang setelah beberapa saat contoh : nyeri bedah, tauma.
- 2) Nyeri kronis
- a) pengalaman : suatu situasi ataupun eksistensi.
 - b) sumber : tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama.
 - c) serangan : mendadak, berkembang dan terselubung.
 - d) waktu : lebih dari 6 bulan.
 - e) pernyataan nyeri : daerah nyeri sulit dibedakan sehingga sulit dievaluasi.
 - f) gejala-gejala : pola respon yang bervariasi sedikit gejala-gejala (adaptasi).
 - g) pola : berlangsung terus dan bervariasi.
 - h) perjalanan : penderitaan meningkat setelah beberapa saat contoh : nyeri kanker, arthritis, eurigal terminal selain klasifikasi nyeri diatas, terdapat lagi jenis nyeri yang lebih spesifik diantaranya nyeri verisal, nyeri somatic, nyeri menjalar, nyeri psikogenik, nyeri phantom, (referensi pain) dan ektremitas, nyeri neugrologis dan lain sebagainnya.

5. Karakteristik Nyeri

pasien yang menarik diri dari komunikasi, postur tubuh kaku. keluhan yang diungkapkan pasien dan ungkapan verbal mengenai ketidaknyamanan. Pasien yang mengalami nyeri biasanya akan menunjukkan kecemasan yang dapat ditegakkan dengan mengobservasi ketegangan, raut wajah klien, kontak mata

minimal, gelisah dan ungkapan verbal kecemasan yang dialami. Selain itu penting untuk memahami lebih lanjut perihal karakteristik nyeri yang dialami pasien, dapat diukur dengan lokasi nyeri, durasi nyeri (menit, jam, hari atau bulan), periode nyeri (terus-menerus, hilang timbul, periode bertambah atau berkurangnya intensitas), dan kualitas nyeri (nyeri seperti ditusuk, seperti terbakar, dan lain sebagainnya).

Karakteristik dapat juga dilihat nyeri berdasarkan metode PQRST.

a. P : *Provocate*

apakah ada peristiwa yang menjadi penyebab nyeri, apakah berkurang apabila dibuat beristirahat, apakah nyeri bertambah berat apabila dibuat beraktivitas, faktor-faktor yang dapat meredakan nyeri (misalnya dengan melakukan gerakan, kurang bergerak, pengelahan tenaga, istirahat, obat-obatan bebas, dan sebagainya) dan apa yang dipercaya klien dapat membantu mengatasi nyerinya.

b. Q : *Quality*

kualitas nyeri merupakan sesuatu yang sifatnya subjektif yang dirasakan pasien pasti berbeda-beda, perawat harus mengkaji nyeri yang dirasakan seperti apa atau bagaimana penggambaran pasien, apakah seperti terbakar, berdenyut, tajam atau menusuk.

c. R : *Region*

untuk mengkaji lokasi nyeri, perawat meminta klien menunjukkan lokasi nyeri yang dialami dengan tepat. Untuk melokalisasi lebih spesifik sebaiknya perawat meminta pasien menunjukkan daerah nyeri yang dirasakan dari rasa nyeri minimal sampai kearah nyeri yang hebat, hal ini

akan sulit dilakukan apabila pasien mengungkapkan nyeri yang dirasakan bersifat menyebar atau difuse.

d. *S : Scale*

merupakan tingkat keparahan atau seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan, untuk mempermudah pengukuran, perawat dapat menunjukkan nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 rasa nyeri yang tak tertahankan (paling sakit).

e. *T : Time*

mengkaji waktu muncul rasa nyeri, apakah muncul perlahan atau tiba-tiba, apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang, berapa sering untuk kambuh dan lainnya.

6. Pengukuran nyeri

a. *Visual Analog Scale (VAS)*

Visual Analog Scale (VAS) merupakan cara yang paling banyak dipergunakan untuk menentukan nilai nyeri, penggambaran pengukuran VAS dengan skala line secara visual gradasi tingkat nyeri yang mengkin dialami klien, rentang nyeri sebagai garis sepanjang 10cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda yang terdapat pada kedua ujung garis liner dapat berupa angka maupun deskriptif, ujung yang satu mewakili adanya nyeri yang dialami klien, sedangkan ujung yang lainnya mewakili rasa nyeri terparah, untuk skalanya dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dikembangkan menjadi skala meredanya rasa nyeri yang dirasakan klien, digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama pengukuran VAS adalah penggunaanya sangat mudah,

namun untuk periode pasca bedah VAS tidak memberikan banyak manfaat karena VAS membutuhkan koordinasi visual dan motoric serta kemampuan konstraksi

b. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Pengukuran pada skala ini menggunakan ujung ekstrim, tidak berbeda jauh dengan VAS atau skala pereda nyeri lainnya, skala numeric verbal ini lebih bermanfaat pada periode pasca bedah, karena secara alami kata-katanya tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motoric. Skala verbal menggunakan kata-kata bukan garis ataupun angka untuk mengetahui tingkat nyeri pasien. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang dan parah, redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak merasakan nyeri, sedikit berkurang, cukup berkurang, dan nyeri hilang, karena VRS membatasi pilihan kata pasien, skala ini dapat membedakan berbagai tipe.

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Pengukuran ini terbilang sederhana dan mudah dimengerti, akan tetapi sensitif terhadap dosis, jenis kelamin dan perbedaan etnis, lebih baik daripada VAS utamanya digunakan untuk menilai nyeri akut. Kekurangan dari pengukuran ini adalah adanya keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri pasien, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap tepat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesic.

d. *Wong Baker Pain Rating Scale*

Pengukuran ini digunakan pada pasien dewasa dan anak dengan usia >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.

7. Manajemen Pentalaksanaan nyeri

a. Metode farmakologis

Penggunaan metode farmakologi adalah penghilang rasa nyeri dengan menggunakan obat-obatan kimiawi, antara lain dengan pemberian analgetik dan anestesi, tetapi penggunaan metode farmakologi dapat menimbulkan efek samping bagi tubuh seperti ASI tidak keluar, mengantuk, mual, penggunaan dalam jangka waktu yang lama dapat merusak fungsi ginjal, hati, dan dapat menyebabkan penyakit jantung. Intervensi farmakologis memerlukan pengawasankhusus dalam penggunaannya. Maka, harus memperhatikan kepuasan, keamanan, dan efektivitasnya (Indrayani & Djami, 2016: 175).

b. Metode Non-farmakologis

- 1) Sentuhan dan pijat.
- 2) Berjalan.
- 3) Bergoyang.
- 4) Pengaturan posisi.
- 5) Aplikasi/penerapan panas dan dingin.
- 6) Teknik relaksasi benson.
- 7) Aromaterapi.
- 8) Teknik Pernafasan.
- 9) Musik.

8. Teknik relaksasi benson terhadap intensitas nyeri

Relaksasi benson adalah salah satu cara untuk mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian kepada relaksasi sehingga kesadaran klien terhadap dapat berkurang, relaksasi ini dilakukan dengan cara menggabungkan relaksasi yang

diberikan dengan kepercayaan yang dimiliki klien. Individu yang mengalami ketegangan dan kecemasan yang bekerja adalah sistem saraf simpatik, sedangkan pada waktu relaksasi yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatik, dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang, cemas dan nyeri.

D. Konsep Relaksasi Bensen

1. Definisi

Relaksasi benson merupakan pengembangan dari metode relaksasi nafas dalam dengan melibatkan faktor keyakinan pasien yang dapat menciptakan suatu lingkungan yang tenang sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Falentina 2019).

Relaksasi benson dapat dilakukan sendiri, bersama-sama atau bimbingan. Relaksasi benson merupakan teknik relaksasi yang digabungkan dengan keyakinan yang dianut oleh pasien dan menggunakan kata-kata atau kalimat tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan hanya relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan (mitha 2020).

Ketika seseorang mengalami ketegangan dalam bekerja, aktivasi sistem saraf simpatik akan mengakibatkan terjadinya peningkatan frekuensi jantung, peningkatan nadi, dilatasi ateri koronaria, dilatasi pupil, dilatasi bronkus dan meningkatkan aktivasi mental, sedangkan pada waktu rileks yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatik, dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang sehingga timbul perasaan rileks (Víctor Guillermo 2021).

2. Mekanisme Relaksasi Benson

Menurut (Apriliyana 2019) relaksasi benson diaplikasikan dengan kondisi sadar dengan cara nafas dalam dan lambat. Nafas dalam yang lambat akan menstimulus

respon saraf otonom sehingga menurunnya saraf simpatik akan meningkatkan aktivitas tubuh dan saraf parasimpatis akan menurunkan aktivitas metabolismik.

Adanya rasa kecemasan dan tegang adalah akibat kinerja saraf simpatik, namun dengan meningkatnya parasimpatis karena dilakukan relaksasi akan menekan aktivitas dalam tubuh seperti insomnia, cemas, nyeri dan tegang. Dengan diikuti mengucapkan kata-kata yang diyakini seperti kata-kata religius atau lainnya yang akan menambah ketenangan pada pasien.

3. Manfaat Relaksasi Benson

Relaksasi benson memiliki beberapa manfaat, yaitu :

- a. Menurunkan nadi, tekanan darah dan pernafasan.
- b. Penurunan konsumsi oksigen.
- c. Mengatasi kecemasan.
- d. Penurunan ketegangan metabolisme.
- e. Peningkatan kesadaran.
- f. Tidak ada perubahan posisi yang volunter.
- g. Perasaan damai dan sejahtera.

4. Kelebihan

Kelebihan dari latihan teknik relaksasi dari pada latihan yang lain adalah latihan relaksasi lebih mudah dilakukan bahkan dalam kondisi apapun serta tidak memiliki efek samping apapun. Disamping itu kelebihan dari teknik relaksasi lebih mudah dilaksanakan oleh pasien, dapat menekan biaya pengobatan, dan dapat digunakan untuk mencegah terjadinya stres (Nata, 2019).

5. Prosedur

Langkah-langkah Relaksasi benson adalah sebagai berikut:

- a. Mengatur posisi pasien dengan cara duduk atau berbaring senyaman mungkin selama tidak mengganggu pikiran pasien.
- b. Menjaga lingkungan pasien dari kegiatan lain agar pikiran pasien agar tidak terganggu oleh apapun termasuk karena adanya salah posisi yang tidak nyaman yang mengakibatkan pasien menjadi tidak fokus pada intervensi.
- c. Membimbing pasien untuk memejamkan mata sewajarnya dan tidak perlu mengeluarkan banyak tenaga.
- d. Membimbing pasien untuk melemaskan otot-ototnya mulai dari kaki, betis, paha sampai dengan perut pasien.
- e. Menganjurkan pasien untuk melemaskan kepala, leher dan pundak.
- f. Untuk lengan dan tangan, anjurkan pasien untuk meluruskan kedua tangannya, kemudian mengendurkan oto-otot tangannya, dan biarkan terkurai wajar dipangkuan.
- g. Menganjurkan pasien untuk tidak memegang lutut, kaki atau mengaitkan kedua tangannya dengan erat.
- h. Instruksikan pasien untuk memilih kata kata sesuai keyakinan pasien
- i. Menganjurkan pasien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan, pusatkan kesadaran pasien pada pengembangan perut, tahanlah napas sebentar sampai hitungan ketiga.
- j. Setelah hitungan ketiga keluarkan napas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil mengucapkan istighfar dan diulang-ulang dalam hati selama mengeluarkan napas tersebut.
- k. Menganjurkan pasien untuk mempertahankan sifat pasif. Dimana hal ini untuk membangkitkan respon relaksasi dan pasien berfikir tenang.

1. Saat melakukan teknik relaksasi, kerap kali berbagai macam pikiran datang mengganggu konsentrasi pasien. Oleh karena itu anjurkan pasien untuk tidak memperdulikannya dan bersikap pasif.
- m. tetap pada posisi semula duduk/berbaring dan buka mata secara perlahanlahan. Teknik relaksasi benson dilakukan 3x (sekali 2 jam)

E. Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang proses kesehatan pasien yang meliputi sebagai berikut:

a. Identitas pasien

Berisi nama pasien, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, no. RM, tanggal masuk, tanggal pengkajian dan diagnosa medis.

b. Identitas penanggung jawab

Berisi nama penanggung jawab pasien dan hubungan dengan pasien.

c. Alasan masuk rumah sakit

Keluhan yang dirasakan pasien

d. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan yang paling dasar atau utama yang pasien katakan.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya atau ada riwayat pembedahan.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan atau memiliki penyakit menular.

e) Riwayat ginekologi

1) Riwayat menstruasi

Umur Menarche pertama kali, lama haid, jumlah darah yang keluar, konsistensi, siklus haid, perkiraan tanggal partus.

2) Riwayat perkawinan

Berapa lama pernikahan.

3) Riwayat kelurga berencana

Pola hidup dalam seksual, frekuensi berhubungan dan masalah seksual.

f) Riwayat obstetri

1) Riwayat kehamilan

Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, hasil laboratorium : USG, darah, urine, keluhan selama kehamilan termasuk situasi emosional dan impresi, upaya mengatasi keluhan, tindakan, dan pengobatan yang diperoleh.

2) Riwayat persalinan

a) Riwayat persalinan lalu

Jumlah gravid, jumlah patal, dan jumlah abortus, umur kehamilan saat bersalin, jenis persalinan, penolong persalinan, BB bayi, kelainan fisik, kondisi anak saat ini.

b) Riwayat nifas pada persalinan lalu

Pernah mengalami demam, keadaan lochea, kondisi perdarahan selama nifas,

Tingkat aktivitas setelah melahirkan, keadaan parineal, abdominal, nyeri pada payudara, kesulitan eliminasi, keberhasilan pemberian ASI, respond dan support keluarga.

c) Riwayat persalinan saat ini

Kapan timbul his, pembukaan, bloody show, kondisi ketuban, lama persalinan, dengan episiotomy atau tidak, kondisi perineum dan jaringan sekitar vagina, dilakukan anastesi atau tidak panjang tali pusat, lama pengeluaran plasenta, kelengkapan plasenta, jumlah perdarahan.

d) Riwayat KB dan perencanaan keluarga

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang akan dating atau rencana penambahan anggota keluarga dimasa mendatang.

e) Status kesehatan masalalu

Berisi riwayat kesehatan pasien, apakah sebelumnya pasien pernah dirawat di rumah sakit atau tidak, dan riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan. Serta kebiasaan merokok, kopi,alkohol dan lain sebagainya.

g. Pengkajian pola fungsional

1) Aktifitas

Kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan, kemampuan merawat diri, dan melakukan eliminasi, serta pola berpakaian.

2) Istirahat dan Tidur

Waktu (lama, kapan), nyaman atau tidak, penggunaan lampu atau

tidak.

3) Nutrisi

Menu makan yang dikonsumsi, jumlah, jenis makanan (kalori, protein, vitamin, tinggi serat), frekuensi, nafsu makan, pola minum, jumlah, frekuensi.

4) Eliminasi

Apakah terjadi dieresis, adakah inkontinensia atau retensi urine karena takut luka episiotomy, apakah perlu bantuan saat BAK. Pola BAB, frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena luka perineum

5) Personal Hygiene

Pola mandi, kebersihan mulut dan gigi, penggunaan pembalut dan kebersihan genetalia, pola berpakaian.

6) Persepsi-sensori (nyeri atau ketidaknyamanan)

Ketidaknyamanan berkenaan dengan pembesaran payudara, episiotomi, trauma perineal, hemoroid, kontraksi kuat (*afterpain*) kuat dan teratur dalam periode 24 jam pertama dan akan berkurangsetiap hari.

2. Pemeriksaan fisik

1) Tanda-tanda vital

Kaji tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu pada Ibu. Periksa tanda-tanda vital tersebut setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan atau sampai stabil, kemudian periksa setiap 30 menit untuk jam-jam berikutnya. Tekanan darah, normal yaitu < 140/90 mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra

persalinan pada 1-3 hari *post partum*.

2) Antroometri

Tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil dan BB setelah melahirkan.

3) Kepala dan wajah

- a) Rambut, melihat kebersihan rambut, warna rambut, dan kerontokan rambut.
- b) Wajah, adanya edema pada wajah atau tidak. Kaji adanya flek hitam.
- c) Mata, konjungtiva yang anemis menunjukan adanya anemiakerena perdarahan saat persalinan.
- d) Hidung, kaji dan tanyakan pada ibu, apakah ibu menderita pilek atau sinusitis.
- e) Mulut dan gigi, tanyakan pada ibu apakah ibu mengalami stomatitis, atau gigi yang berlubang. Gigi yang berlubang dapat menjadi pintu masuk bagi mikroorganisme dan bisa beredar secara sistemik.
- f) Leher
Kaji adanya pembesaran kelenjar limfe dan pembesaran kelenjar tiroid. Kelenjar limfe yang membesar dapat menunjukan adanya infeksi, ditunjang dengan adanya data yang lain seperti hipertermi, nyeri, dan bengkak.
- g) Telinga, kaji apakah ibu menderita infeksi atau ada peradangan pada telinga.

i. Pemeriksaan thorak

1) Inspeksi payudara

Kaji ukuran dan bentuk tidak berpengaruh terhadap produksi asi, perlu diperhatikan bila ada kelainan, seperti pembesaran masif, gerakan yang tidak simetris pada perubahan posisi kontur atau permukaan.

2) Palpasi Payudara

Pengkajian payudara selama masa post partum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna dan kesimetrisan serta palpasi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi.

j. Pemeriksaan abdomen

1) Inspeksi Abdomen

Kaji adakah striae dan linea alba. Kaji keadaan abdomen, apakah lembek atau keras. Abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan. Abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat dimasase untuk merangsang kontraksi.

2) Palpasi Abdomen

Fundus uteri Tinggi : Segera setelah persalinan TFU 2cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari, hari kedua post partum TFU 1 cm dibawah pusat, hari ke 3 - 4 post partum TFU 2 cm dibawah pusat, hari ke 5 - 7 post partum TFU pertengahan pusat- symfisis, hari ke 10 post partum TFU tidak teraba lagi.

3) Kontraksi, kontraksi lemah atau perut teraba lunak menunjukkan konteraksi uterus kurang maksimal sehingga memungkinkan terjadinya perdarahan.

- 4) Posisi, posisi fundus apakah sentral atau lateral. Posisilateral biasanya terdorong oleh bladder yang penuh.
- 5) Uterus, setelah kelahiran plasenta, uterus menjadi massa jaringan yang hampir padat. Dinding belakang dan depan uterus yang tebal saling menutup, yang menyebabkan rongga bagian tengah merata. Ukuran uterus akan tetap sama selama 2 hari pertama setelah pelahiran, namun kemudian secara cepat ukurannya berkurang oleh involusi. Diastasis rektus abdominis adalah regangan pada otot rektus abdominis akibat pembesaran uterus jika dipalpasi.

k. Integumen

Pemeriksaan integumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi.

l. Ekstermitas

Pada pemeriksaan kaki apakah ada: varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis.

m. Genitalia

Pemeriksaan genitalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lokhea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya. Perineum, kebersihan Perhatikan kebersihan perineum ibu. Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka. REEDA (*red, edema, echymosis, discharge, loss of approximation*), *lochea*.

n. Integumen

Pemeriksaan integumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)
- b. Nyeri akut berhubungan dengan pencegahan fisik (D.0077).
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi (D.0077).
- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai asi (D.0029)

3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah sesuai diagnosa yang telah ditegakkan untuk memenuhi kebutuhan.

- a. Gangguan mobilisasi fisik (D.0054)

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

2) Penyebab

- b. Kerusakan integritas struktur tulang
- c. Perubahan metabolisme
- d. Ketidakbugaran fisik
- e. Penurunan kendali otot
- f. penurunan massa otot
- g. Penurunan kekuatan otot
- h. Keterlambatan perkembangan
- i. Kekuatan sendi
- j. Kontraktur

- k. Malnutrisi
 - l. Gangguan muskuloskeletal
 - m. Gangguan neuromuskular
 - n. Indeks masa tubuh diatas ersentil ke-75 sesuai usia
 - o. Efek agen farmakologi
 - p. Program pembatasan gerak
 - q. Nyeri
 - r. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
 - s. Kecemasan
 - t. Gangguan kognitif
 - u. Keengganan melakukan gerakan
 - v. Gangguan sensoripersepsepsi
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- a) Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan eksteremitas
 - b) Objektif
 - (1) Kekuatan otot menurun
 - (2) Rentang gerak (ROM) menurun
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- a) Subjektif
 - (1) Nyeri saat bergerak
 - (2) Enggan melakukan pergerakan
 - (3) Merasa cemas saat bergerak
 - b) Objektif
 - (1) sendi kaku
 - (2) gerakan tidak terkoordinasi

(3) gerakan terbatas

(4) Pifisik lemah

4) Luaran Mobilitas Fisik (1.05042)

Yaitu pergerakan ekstermitas meningkat(5), kekuatan otot meningkat(5), rentang gerak (ROM) meningkat(5). Nyeri menurun(5), kecemasan menurun(5), kaku sendi menurun (5), gerakan tidak terkoordinasi menurun(5), gerakan terbatas menurun(5), kelemahan fisik menurun(5).

5) Intervensi Dukungan Mobilisasi (1.05173)

Observasi

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainya
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar temat tidur)
- b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

- c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah tempat tidur ke kursi)
- b. 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) Penyebab
 - a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
 - b) Agen pencedera kimia (mis. Terbakar, bahan kimia, bahan kimia iritan)
 - c) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)
 - 3) Gejala Dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif :
 - (1) Mengeluh nyeri
 - b) Objektif
 - (1) Tampak meringis
 - (2) Bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri)
 - (3) Gelisah
 - (4) Frekuensi nadi meningkat
 - (5) Sulit tidur

4) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : (tidak tersedia)
- b) Objektif
 - (1) Tekanan darah meningkat
 - (2) pola nafas berubah
 - (3) nafsu makan berubah
 - (4) proses berfikir terganggu
 - (5) menarik diri
 - (6) berfokus pada diri sendiri
 - (7) Diafores

5) Luaran Tingkat nyeri (1.08066)

Yaitu dengan kriteria hasil menurun, kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat(5), keluhan nyeri menurun(5), meringis menurun(5), sikap protektif menurun(5), gelisah menurun(5), kesulitan tidur menurun(5), menarik diri menurun(5), menarik diri menurun(5), berfokus pada diri sendiri menurun(5), diaphoresis menurun(5), perasaan tertekan menurun(5), perasan takut mengalami cedera berulang menurun(5), anoreksia menurun(5) perineum terasa tertekan menurun(5), uterus teraba membulat menurun(5), ketegangan otot menurun(5), pupil dilatasi menurun(5), muntah, mual menurun(5). Frekunsi nadi membaik(5), pola nafas membaik(5), tekanan darah membaik(5), proses berfikir membaik(5), fokus membaik(5), fungsi berkemih membaik(5), prilaku membaik(5), nafsu makan membaik(5), pola tidur membaik(5)

2) Intervensi Manajemen nyeri (1.08238)

Observasi

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

Terapeutik

- a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi serbimbing, kompres hangat dingin, serapi bermain).
- b) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis : Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur.
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- d) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat.

e) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasanya.

Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian anestetik, jika perlu.

c. Resiko infeksi (D.0142)

1) Definisi

Berisiko mengalami patogenik peningkatan terserang organisme.

2) Faktor risiko

a) Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus).

b) Efek prosedur invasive.

c) Malnutrisi.

d) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkunga.

e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:

(1) Gangguan peristaltik.

(2) Kerusakan integritas kulit.

(3) Perubahan sekresi pH.

(4) Penurunan kerja siliaris.

(5) Ketuban pecah lama.

(6) Ketuban pecah sebelum waktunya.

(7) Merokok.

(8) Stasis cairan tubuh.

f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:

(1) Penurunan hemoglobin.

(2) Imununosupresi.

(3) Leukopenia.

(4) Supresi respon inflamasi.

(5) Vaksinasi tidak adekuat.

3) Luaran Tingkat infeksi (L.14137)

yaitu kriteria hasil menurun. Kebersihan tangan meningkat(5), kebersihan badan meningkat(5), nafsu makan meningkat(5). Demam menurun(5), kemerahan menurun(5), nyeri menurun(5), bengakak menurun(5), veksibel menurun(5), cairan berbau busuk menurun(5), sputum berwarna hijau menurun(5), drainase purulen menurun(5), piuna menurun(5), periode malaise menurun(5), periode menggil menurun(5), lalergi menurun(5), gangguan koknitif menurun(5). Kadar sel darah putih membaik(5), kultur darah membaik(5), kultur urin membaik(5), kultur sputum membaik(5), kultur area luka membaik(5) kultur feses membaik(5).

4) Intervensi Pencegahan infeksi (1.14539)

Observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

Terapeutik:

a) Batasi jumlah pengunjung.

b) Berikan perawatan kulit pada area edema.

c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.

d) Pertahankan Teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi

Edukasi :

a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.

- b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
- c) Ajarkan etika batuk.
- d) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.
- e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
- f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Kolaborasi

- a) kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.
- d. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

1) Definisi

Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakuasan atau kesukaran pada roses menyusui.

Fisiologis

- b) ketidakadekuatan suplai ASI
- c) hambatan pada neonatus (mis. Premturitas, sumbing)
- d) anomali payudara ibu (mis. Putting yang masuk kedalam)
- e) ketidakadekuatan refleksi oksitosin
- f) ketidakadekuatan reflek menghisa bayi
- g) payudara bengkak
- h) riwayat operasi payudara
- i) kelahiran kembar

Situasional

- a) tidak rawat gabung
- b) kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan metode menyusui

- c) kurangnya dukungan keluarga
 - d) faktor budaya
- 2) Gejala dan tanda mayor
- a) Subjektif
 - (1) kelelahan maternal
 - (2) kecemasan maternal
 - b) Obejektif
 - (1) bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
 - (2) ASI tidak menetes
 - (3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
 - (4) nyeri dan lecet terus menerus setelah minggug kedua
- 3) Gejala dan tanda minor
- a) Subjektif : (tidak tersedia)
 - b) Objektif
 - (1) intake bayi tidak adekuat
 - (2) bayi menhisia tidak terus menerus
 - (3) bayi menangis saat disusui
 - (4) bayi rewel dan menangis dalam jam pertama setelah menyusui
 - (5) menolak untuk menghisap
- 4) Luaran Status Menyusui (L.03039)

Kriteria hasil membaik. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat(1), kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat(1), miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat(1), berat badan bayi meningkat(1), tetesan/pancaran ASI meningkat(1), supai ASI adekuat

meningkat(1), putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat(1), kepercayaan diri ibu meningkat(1), bayi tidur setelah menyusu meningkat(1), payudara, kosong setelah menyusui meningkat meningkat (1), intake bayi meningkat(1), hisapan bayi meningkat(1). Lecet ada putting menurun(5), kelelahan maternal menurun(5), kecemasan maternal(5), bayi rewel meurun(5), bayi rewel setelah menyusui menurun(5).

5) Intervensi Edukasi Menyusui (1.12393)

Observasi :

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

Terapeutik

- 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) Berikan Teknik pijat Oksitosin untuk meningkatkan menyusui efektif
- f) Libatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga Kesehatan dan masyarakat

Edukasi

- a) Berikan konseling menyusui
- b) Jelaskan manfaat menyusui pada ibu dan bayi
- c) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar

- d) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
- e) Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin).

b. Implementasi

Implementasi bertujuan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan berupa peningkatan kesehatan, pengetahuan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelaksanannya implementasi ini berpusat yang sedang dibutuhkan pasien.

c. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan untuk membandingkan antara hasil implementasi dengan standar kriteria yang sudah ditetapkan melihat keberhasilannya. Dalam evaluasi dapat dilakukan dengan cara evaluasi formatif dan sumatif dengan menggunakan SOAP dengan "S" yaitu dimana perasaan dan keluhan yang diungkapkan secara subjektif oleh keluarga setelah implementasi keperawatan, "O" yaitu dimana keadaan objektif yang ditemukan perawat dengan pengamatan atau pemeriksaan, "A" yaitu analisis perawat setelah adanya respon subjektif maupun objektif dari keluarga. Dan "P" yaitu perencanaan selanjutnya adanya tindakan oleh perawat.

F. Metode Penelitian

Menjelaskan secara detail langkah-langkah yang akan dilakukan pada penelitian dalam dilakukan penelitian dan pengumpulan data. Dan dapat dilakukan berinteraksi pada individu, keluarga atau subyek penelitian lainnya serta menggunakan metode atau cara yang dapat digunakan dalam pengambilan data untuk

dapat mengaplikasikan dengan teori pengkajian yang dipilih. Adapun metodologinya dapat meliputi sebagai berikut.

1. Jenis, Rancangan, Penelitian, Pendekatan

Dalam pembuatan rancangan dalam proposal karya tulis ilmiah ini dengan menggunakan rancangan kuantitatif deskriptif dengan rancangan study kasus. Desain dari studi kasus tergantung dengan keadaan kasus tetapi masih mempertimbangkan waktu. Adanya riwayat dan pola prilaku sebelumnya dan biasanya harus dikaji secara runtut dan rinci. Keuntungan yang paling penting besar dari desain ini merupakan pengkajian secara runtut dan rinci dapat memiliki jumlah meskipun dari responden sedikit, sehingga akan mendapatkan gambaran dalam satu unit mendapatkan subjek secara jelas (Nursalam, 2014).

2. Subyek Penelitian

Subyek dalam studi kasus ini yaitu pasien yang mengalami nyeri post sectio caesarea.

3. Waktu dan Tempat

Peneliti berencana akan melakukan penelitian Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi selama 2-3 hari dengan waktu yang ditentukan.

4. Fokus Studi

Penelitian ini berfokus pada pemberian asuhan keperawatan pada klien fokus intervensi terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri pada ibu post sectio caesarea.

5. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen ini merupakan alat yang dapat digunakan dalam pengumpulan data yaitu cara peneliti untuk dapat mengumpulkan data dalam penelitian (Alimul, 2010).

Instrumen penelitian adalah alat dan fasilitas yang dapat digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaan tugasnya lebih mudah dan hasilnya lebih maksimal atau lebih baik (Saryono, 2020)

6. Metode Pengumpulan Data

Menurut Alimul (2017) pada karya tulis ini dalam metode pengambilan data yang dapat digunakan sebagai berikut :

a. Wawancara

Wawancara ini merupakan metode adanya pengumpulan data dapat mewawancarai dengan secara langsung dari responden yang secara mendalam serta adanya jumlah responden yang sedikit. Adanya metode tersebut wawancara ini dapat digunakan instrument.

b. Observasi

Observasi ini adalah adanya cara melakukan pengumpulan data penelitian dengan adanya observasi secara langsung pada responden yang dapat dilakukan penelitian yang dapat mencari perubahan atau hal-hal yang akan dirancang atau diteliti. Dalam metodi ini terdapat adanya instrument yang dapat digunakan antara lain pada lembar dan panduan pengamatan.

c. Studi dokumen

teks merupakan pengkajian dari dokumen tertulis seperti buku, jurnal dan catatan kasus. Teknik pengkajian dalam penulisan karya tulis ilmiah yaitu dengan menggunakan data yang diperoleh secara langsung dari klien dan data yang didapatkan dari catatan, buku, laporan pemerintah.

7. Etika Penelitian

Etika penelitian menurut Alimun (2009), yang bertujuan dapat melindungi hak hak subyek. Dalam penelitian ini peneliti yang dapat menekankan masalah dan etika yang dapat melindungi :

a. *Informed Consent*

Informed Consent adalah bentuk yang ada persetujuan antara peneliti dan adanya responden penelitian. Informed consend ini juga dapat diberikan sebelum adanya penelitian ini bisa dapat di lakukan dengan memberikan adanya lembar persetujuan untuk dapat menjadi responden. Yang bertujuan untuk agar subyek yang bisa bisa mengerti maksud dan tujuan penelitian serta dapat mengetahui dampaknya. Jika subyek sudah bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tetapi jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati responden.

b. *Anonymity*

Masalah keperawatan yang merupakan masalah bisa memberikan jaminan yang dapat di pergunakan subyek peneliti dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar atau alat ukur dan hanya dapat menuliskan kode atau inisial pada lembar pengumpulan data atau mendapatkan hasil penelitian yang akan dapat disajikan.

c. *Confidentiality*

Semua informasi yang di kumpulkan di jamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya bisa mngkelompokkan data yang bisa di tentukan akan dapat di laporan pada hasil riset.