

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Post Partum *Sectio Caesarea*

2.1.1 Pengertian *Sectio Caesarea*

Istilah persalinan *sectio caesarea* berasal dari bahasa latin cedera yang berarti memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetrik, istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan untuk mengeluarkan atau melahirkan bayi dengan membuka perut rahim ibu (Ningsih, 2022). *Sectio caesarea* adalah jalan alternatif menyambut kelahiran seorang bayi melalui operasi praktis. Pembedahan dilakukan pada perut dan rahim ibu. *Sectio caesarea* dilakukan sebagai tindakan penyelamatan terhadap kasus-kasus persalinan normal yang berbahaya. Oleh karena itu tindakan ini hanya dilakukan ketika proses persalinan alamiah melalui vagina tidak memungkinkan karena risiko medis tertentu (Imas Setiani et.al, 2024). Periode postpartum adalah waktu penyembuhan dan perubahan, waktu kembali pada keadaan tidak hamil, serta penyesuaian terhadap hadirnya anggota keluarga baru. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dalam waktu kurang lebih 6 minggu (Suastini & Pawestri, 2021).

2.1.2 Etiologi *Sectio Caesarea*

Menurut (Nor Khimayasari et al., 2023) berikut ini merupakan beberapa penyebab yang menjadikan ibu harus menjalani prosedur persalinan secara SC, yaitu:

1. CPD (Cepalo Pelvik Disproportion)

Cepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi.

2. PEB (Pre Eklampsi Berat)

Pre eklampsi dan eklampsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklampsi dan eklampsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling sering. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklampsi.

3. PRM atau KPD

Prematur Rupture of Membrane atau ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu.

4. Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

5. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

6. Kelainan letak janin

- a. Kelainan letak kepala : letak kepala menengadah, presentasi muka, atau presentasi dahi
- b. Letak sungsang atau melintang.

2.1.3 Indikasi *Sectio Caesarea*

Secara umum, indikasi operasi *Sectio Caesarea* adalah adanya masalah pada jalan lahir (*passage*), kontraksi (*power*), dan masalah janin (*passenger*) serta terdapat kontraindikasi persalinan per vaginam. Indikasi ini dapat dibedakan menjadi 3 kelompok besar, yaitu indikasi dari ibu, indikasi dari janin, dan, dari rahim. Indikasi-indikasi tersebut diantaranya adalah (Ningsih, 2022) :

1. Indikasi dari ibu

- a. Pernah melakukan operasi SC sebelumnya.
- b. Keinginan dari ibu sendiri.

- c. Ibu mengalami preeklamsia.
 - d. Adanya deformitas panggul atau disproporsi sefalopelvik.
 - e. Ibu pernah operasi rekonstruksi panggul atau operasi dubur sebelumnya.
 - f. Ibu mengalami penyakit jantung atau paru-paru
2. Indikasi dari janin
- a. Kondisi janin yang abnormal, seperti tali pusar tidak normal atau adanya kelainan jantung janin.
 - b. Prolaps tali pusar.
 - c. Persalinan pervaginam yang gagal.
 - d. Janin mengalami anomali kongenital.
3. Indikasi dari rahim
- a. Pernah operasi histerektomi klasik sebelumnya.
 - b. Adanya Riwayat dehisensi sayatan rahim.
 - c. Ibu memiliki kanker serviks invasif.

2.1.4 Kontra Indikasi *Sectio Caesarea*

Secara umum ada beberapa kontra indikasi tidak dilakukannya operasi *sectio caesarea* diantaranya sebagai berikut (Ningsih, 2022) :

1. Ibu hamil tidak setuju dilakukan operasi *sectio caesarea*.
2. Ibu hamil dengan koagulopati atau gangguan pembekuan darah.
3. Ibu memiliki riwayat operasi abdomen yang ekstensif sehingga menjadi risiko dalam pembedahan.
4. Adanya kematian janin dan janin terlalu prematur untuk bertahan hidup.

5. Ibu hamil mengalami anemia berat yang belum diatasi.

2.1.5 Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas

Menurut (Melani et al., 2023) mengatakan pada masa nifas banyak sekali ditandai perubahan-perubahan baik secara fisiologis maupun psikologis pada ibu, di antaranya yaitu:

1. Adaptasi Fisiologis Ibu Nifas

a. Involusio uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU (Tinggi Fundus Uteri). Proses ini segera setelah pascapartum, berat uterus menjadi 1.000 gram. Selama masa nifas, dua hari setelah proses melahirkan, maka uterus mulai berinvolusi. Sekitar 4 minggu setelah kelahiran uterus kembali ke ukuran sebelum hamil.

b. Involusio tempat perlekatan plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. pengeluaran lengkap tempat perlekatan plasenta memerlukan waktu sampai 6 minggu. Jika terjadi gangguan pada proses ini, dapat terjadi perdarahan.

c. 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 proses melahirkan, namun kemudian secara cepat ukurannya berkurang oleh proses involusi.

d. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama uterus, setelah persalinan ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tengah, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

e. Vulva dan vagina

Pada proses persalinan pervaginam, vulva dan vagina mengalami pembengkakan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dalam beberapa hari pertama setelah partus keadaan vulva dan vagina masih kendur, setelah 3 minggu secara perlahan akan kembali ke keadaan sebelum hamil.

f. Perineum

Pada persalinan normal, perineum akan menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi dan tampak terdapat robekan jika dilakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu.

g. Lokhea

Lokhea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea terus keluar sampai 3 minggu. Bau normal seperti menstruasi, jumlah meningkat saat berdiri. Jumlah keluaran rata-rata 240-270 ml. Pengeluaran lokhea dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya sebagai berikut:

(1) Lokhea rubra : lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

(2) Lokhea sanguinolenta : lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

(3) Lokhea serosa : lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

(4) Lokhea alba : lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati, berupa cairan putih. Lokhea alba dapat berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

(5) Lokhea purulenta : lokhea ini disebabkan karena terjadinya infeksi, cairan yang keluar seperti nanah yang berbau busuk

Lochiostatis: merupakan pengeluaran lokhea yang tidak lancer.

h. Payudara

Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vaskular sementara, air susu saat diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi. Air susu yang keluar pada hari kedua pasca persalinan belum mengandung susu, melainkan mengandung colostrum. Colostrum adalah cairan kuning yang mengandung banyak protein dan garam.

i. Dinding perut dan rongga peritoneum

Setelah persalinan dinding perut menjadi longgar karena teregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu. Pada persalinan dengan metode SC, tentunya akan dijumpai adanya jahitan dari bekas sayatan SC pada abdomen bawah ibu. Untuk itu, perlu diberikan edukasi kepada ibu untuk menjaga agar balutan luka tetap kering dan tidak kotor, serta mengedukasi ibu untuk rutin kontrol jahitan dan menjaga personal hygiene dengan baik. Akan terjadi penyembuhan selama kurang lebih 2-4 minggu.

j. Afterpains (nyeri setelah melahirkan)

Merupakan kontraksi uterus yang intermiten setelah melahirkan dengan berbagai intensitas. Afterpains sering kali terjadi bersamaan dengan menyusui, saat kelenjar hipofisis posterior melepaskan oksitosin yang disebabkan oleh isapan bayi. Oksitosin menyebabkan kontraksi saluran lakteal pada payudara, yang mengeluarkan kolostrum atau air susu, dan menyebabkan otot-otot uterus berkontraksi. Sensasi afterpains dapat terjadi selama kontraksi uterus aktif untuk mengeluarkan bekuan bekuan darah dari rongga uterus.

2. Adaptasi Psikologis Ibu Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas dibagi menjadi 3 fase (Melani et al., 2023) diantaranya adalah :

1. Fase *Taking In*

Fase *taking in* merupakan fase dependen dimana pada fase ini ibu nifas bergantung pada orang lain selama 24 jam pertama sampai 2 hari setelah melahirkan. Fase *taking in* lebih berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dan cenderung tidak memperdulikan lingkungan. Pemenuhan kebutuhan dasar seperti kebutuhan rasa nyaman, pola tidur, kebutuhan makan/minum, dan mengulang cerita pengalaman melahirkan. Beberapa hal penting dalam fase ini adalah memenuhi pola tidur yang cukup, mengkomunikasikan ketidaknyamanan kepada perawat atau keluarga, memperhatikan asupan nutrisi. Pada tahap ini risiko *postpartum blues* dapat terlihat karena adanya penurunan hormon sehingga muncul gangguan psikologis seperti rasa kecewa pada bayinya, merasa cemas karena fisiknya berubah, perubahan suasana hati, adanya kritikan dari orang lain tentang merawat bayinya, dan merasa tidak mampu memberikan ASI.

2. Fase *Taking Hold*

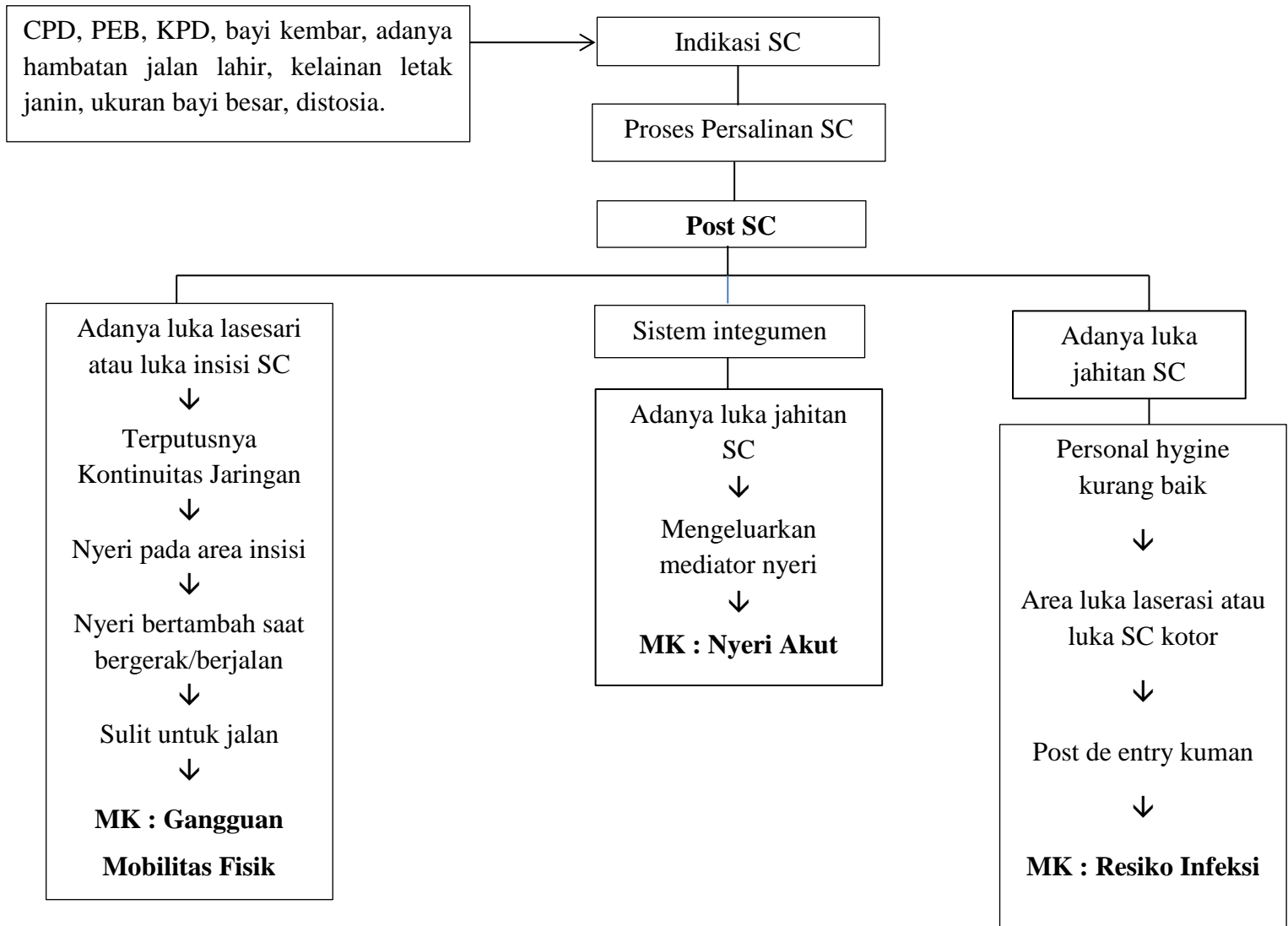
Fase *taking hold* atau independen yang dimulai 3 sampai 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu mulai mandiri untuk memenuhi perawatan diri dan bayinya. Ciri-ciri fase ini adalah ibu mulai menerima kehadiran bayinya, berkeinginan untuk merawat bayinya dengan sedikit bantuan pengasuhan, dan bersikap terbuka serta dapat menerima pendidikan kesehatan dengan baik. Pada

fase taking hold ibu cenderung merasa cemas karena merasa tidak mampu merawat diri maupun bayinya, kondisi tersebut membuat mood ibu menjadi lebih sensitif. Tahap ini memerlukan komunikasi yang baik dengan ibu, dukungan keluarga, dan memberikan penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang merawat diri dan bayinya.

3. Fase *Letting Go*

Fase *letting go* atau fase interdependen (saling bergantung) dimana ibu sudah memiliki rasa tanggung jawab menjadi orang tua dan mampu menyesuaikan diri. Fase ini berlangsung 10 hari hari setelah melahirkan, berfokus pada penyesuaian diri dan meningkatkan hubungan antara anggota keluarga serta berusaha mandiri untuk melakukan sesuatu.

2.1.6 Pathway *Post Partum Sectio Caesarea*



2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan

2.2.1 Pengertian

Nyeri akut merupakan 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

2.2.2 Data Mayor dan Data Minor

Gejala dan tanda dari nyeri akut terbagi menjadi dua yaitu:

1. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subjektif: mengeluh nyeri
 - 2) Objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misal: waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur
2. Gejala dan tanda minor
 - 1) Subjektif: (tidak tersedia)
 - 2) b) Objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

2.2.3 Faktor Penyebab

Faktor penyebab dari nyeri akut menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) yaitu:

1. Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan)

3. Agen pencedera fisik (misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

2.2.4 Alat Ukur Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah representasi dari seberapa intens nyeri dirasakan oleh individu, penilaian intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, potensi nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan cukup berbeda oleh dua orang yang berbeda (Cahyawati & Wahyuni, 2023). Salah satu alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur intensitas atau skala nyeri yaitu Numeric Rating Scale (NRS). Pada alat ukur ini, pasien dapat menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1 sampai 10, yang mana 0 = tidak nyeri, 1-4 = nyeri ringan, 5-6 = nyeri sedang, 7-10 = nyeri berat. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi. NRS yang diturunkan dari VAS (Visual Analog Scale) sangat membantu untuk pasien yang menjalani operasi, setelah anestesi pertama, dan sekarang sering digunakan untuk pasien yang menderita nyeri di unit pasca operasi (Cahyawati & Wahyuni, 2023).

2.3 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien terbagi menjadi dua, yaitu dengan terapi farmakologis dan terapi non farmakologis. Pemberian intervensi berupa terapi farmakologis yaitu pemberian intervensi untuk mengurangi nyeri dengan bantuan obat, seperti: analgetik non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgetik narkotik atau opioid, dan obat tambahan adjuvant. Penatalaksanaan nonfarmakologi nyeri yang bisa dilaksanakan

adalah melakukan relaksasi, tarik nafas, melakukan gerak/pergantian posisi, massage (pemijatan), musik, hidroterapi, terapi dingin ataupun panas, hypobirthing, aromaterapi, dan mobilisasi dini (Rangkuti et al., 2023).

Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin ditempat tidur dengan melatih bagian-bagian tubuh untuk melakukan peregangan yang berguna untuk membantu penyembuhan luka pada ibu post sectio caesarea. Mobilisasi penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu sehingga dapat melakukan kembali aktivitas sehari-hari secara normal (Triana Agustini, Febra Ayudiah, 2020).

Aromaterapi adalah salah satu teknik pengobatan atau perawatan dengan menggunakan wewangian atau bau-bauan yang menggunakan minyak esensial aromaterapi (Widayani, 2017). Lavender merupakan jenis aromaterapi yang paling banyak digunakan oleh masyarakat karena memiliki banyak manfaat dalam kehidupan, antara lain sebagai analgesik atau antinyeri yang dapat menurunkan rasa nyeri (Mubarak, 2019 dalam Diyah Wahyu Utami et al., 2023).

2.4 Mobilisasi Dini

2.4.1 Pengertian

Mobilisasi dini adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan sectio caesaria (Aisyah Nilam Cahyani & Maryatun Maryatun, 2023). Mobilisasi dini merupakan upaya memandu kemandirian pasien sedini mungkin untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Mita Putri Sugiyanto et al., 2023). Mobilisasi dini post sectio caesarea merupakan suatu gerakan, atau kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam

melahirkan (Nor Khimayasari et al., 2023). Mobilisasi post sectio caesarea merupakan suatu pergerakan, posisi dengan Sectio Caesarea untuk memulihkan fungsi tubuh seperti peristaltik usus, sirkulasi darah, mengurangi rasa nyeri, dan meningkatkan toleransi otot perut (Farlikhatun, 2024).

2.4.2 Tujuan dan Manfaat

Mobilisasi dini dilakukan ibu setelah sectio caesarea secara fisik, bertujuan untuk melatih otot dan persendian setelah operasi untuk mencegah kekakuan dalam sistem pencernaan, meningkatkan mobilitas lambung, menstimulasi peristaltik dan meningkatkan toleransi otot perut (Aisyah Nilam Cahyani & Maryatun Maryatun, 2023).

Mobilisasi dini bermanfaat untuk mengurangi risiko perdarahan pada ibu setelah melahirkan, selain itu mobilisasi dini juga dapat membantu ibu dalam mempercepat proses pemulihan dan mobilitas fisik ibu setelah melahirkan (Mita Putri Sugiyanto et al., 2023). Mobilisasi dini bermanfaat dalam peningkatan sirkulasi darah yang dapat menyebabkan pengurangan rasa nyeri, mengurangi pembekakan, involusi uterus menjadi baik, memberi nutrisi pada daerah penyembuhan luka dan meningkatkan status pencernaan kembali normal (Nor Khimayasari et al., 2023).

2.4.3 Mekanisme

Mobilisasi dini memiliki efek terapeutik, yaitu dengan cara menurunkan diameter konduksi saraf yang akhirnya akan menurunkan persepsi nyeri, mengurangi respon peradangan pada jaringan, mengurangi aliran darah dan edema. Secara tidak langsung

mobilisasi dini mengurangi mediator-mediator inflamasi yang mengaktivasi dan mensensitifasi ujung-ujung saraf nyeri sehingga nyeri yang di persepsikan berkurang (Aisyah Nilam Cahyani & Maryatun Maryatun, 2023). Latihan gerak yang dilakukan dalam mobilisasi dini menyebabkan terjadinya proses interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan tubuh dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Ketika impuls nyeri masuk ke nosiseptor sebagian jalur nyeri aferen mengeluarkan substansi P dan mengaktifkan jalur nyeri asenden (Cahyawati & Wahyuni, 2023).

Substansi P merupakan suatu substansi yang dikeluarkan oleh kornu dorsalis saat terdapat impuls nyeri dan berfungsi sebagai pencetus timbulnya nyeri dan penyaluran atau transmisi impuls nyeri dari jalur aferen. Secara bersamaan impuls nyeri juga menstimulasi substansi grisea periakwaduktus dan formasio retikularis pada jalur analgesik asendens untuk mengeluarkan opiat endogen (endorphin, enkefalin, dan dinorfin) yang kemudian berikatan dengan reseptor opiat di synaptic knob serat nyeri aferen. Pengikatan ini menekan pelepasan substansi P melalui inhibisi prasinaps yang menyebabkan transmisi impuls nyeri sepanjang jalur nyeri asendens terhambat sehingga nyeri dapat berkurang (Farlikhatun, 2024).

2.5 Aromaterapi Lavender

2.5.1 Pengertian

Aromaterapi adalah salah satu teknik pengobatan atau perawatan dengan menggunakan wewangian atau bau-bauan yang menggunakan minyak esensial aromaterapi (Diyah Wahyu Utami et al., 2023). Aromaterapi merupakan bentuk

pengobatan pelengkap yang memakai minyak tanaman atau memengaruhi alam perasaan dan akhirnya memengaruhi kesehatan. Minyak hasil ekstraksi dari tanaman tersebut dikenal sebagai minyak esensial. Minyak esensial yang digunakan dalam aromaterapi adalah minyak yang diambil dari bagian tanaman, seperti kelenjar kecil di bunga, daun, kayu dan kulit kayu (Rosselini, 2022). Lavender merupakan jenis aromaterapi yang paling banyak digunakan oleh masyarakat karena memiliki banyak manfaat dalam kehidupan, antara lain sebagai analgesic atau antinyeri yang dapat menurunkan rasa nyeri (Tirtawati et al., 2020).

2.5.2 Tujuan dan Manfaat

Aromaterapi lavender terbukti sangat efektif dan bermanfaat saat dihirup atau digunakan pada bagian luar karena indera penciuman berhubungan dekat dengan emosi manusia dan tubuh akan memberikan respon psikologis seperti merasa lebih nyaman dan rileks (Nurinnisa Shiddiqiyah & Tin Utami, 2023). Lavender merupakan jenis aromaterapi yang paling banyak digunakan oleh masyarakat karena memiliki banyak manfaat dalam kehidupan, antara lain sebagai analgesik atau antinyeri yang dapat menurunkan rasa nyeri (Rahmayani & Machmudah, 2022).

2.5.3 Mekanisme

Aromaterapi lavender bekerja merangsang sel saraf penciuman dan mempengaruhi system kerja limbik. System limbik merupakan pusat nyeri, senang, marah, takut, depresi, dan berbagai emosi lainnya. Hipotalamus yang berperan sebagai relay dan regulator, memunculkan pesan-pesan ke bagian otak serta bagian tubuh yang lain. Pesan yang diterima kemudian diubah menjadi tindakan berupa pelepasan

hormone melatonin dan serotonin yang menyebabkan euporia, rileks atau sedatif (Diyah Wahyu Utami et al., 2023). Aromaterapi lavender terbukti sangat efektif dan bermanfaat saat dihirup atau digunakan pada bagian luar karena indera penciuman berhubungan dekat dengan emosi manusia dan tubuh akan memberikan respon psikologis seperti merasa lebih nyaman dan rileks (Tirtawati et al., 2020).

Gelombang alfa otak, yang meningkatkan ketenangan, ditingkatkan dengan aromaterapi atau menghirup minyak esensial lavender. Hal ini terjadi karena efek aromaterapi atau minyak esensial yang lima kali lebih besar dalam mengurangi stres pada pasien yang baru saja menjalani operasi caesar (CS) dalam dua puluh empat jam pertama setelah operasi berhasil menurunkan tingkat ketidaknyamanan dari intens menjadi ringan (Rubianti & Wijayanti, 2022). Menggunakan aromaterapi lavender secara inhalasi lebih dianjurkan dalam membantu mengurangi intensitas nyeri pasca *sectio caesarea*. Hal ini dikarenakan lavender memiliki kandungan utama asetat linalyl (35%) dan linalool (51%) yang bersifat relaksasi, mengurangi nyeri, stress dan bekerja pada sistem saraf otonom, yang merupakan bagian dari sistem yang mempertahankan homeostatis dan juga mempengaruhi kelancaran sirkulasi darah, sehingga suplai nutrisi ke jaringan luka dapat tercukupi dan proses penyembuhan akan lebih cepat (Diyah Wahyu Utami et al., 2023).

2.6 Asuhan Keperawatan

2.6.1 Fokus Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada ibu post partum menurut (Mansjoer, 2021) adalah sebagai berikut:

1. Riwayat obstetrik

- 1) Riwayat menstruasi: dikaji terkait usia berapa ibu mengalami menstruasi, berapa hari siklus menstruasi, apakah siklus menstruasi teratur atau tidak, dan lain-lainnya
- 2) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu: dikaji terkait jenis persalinan, tempat persalinan, siapa saja yang membantu, apakah ada komplikasi pada ibu atau bayi, bagaimana keadaan bayi saat lahir, dan bagaimana proses nifas ibu berlangsung, apakah ibu menyusui atau menggunakan susu formula.
- 3) Riwayat kontrasepsi: hal yang dikaji dalam riwayat kontrasepsi untuk mengetahui apakah ibu pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipakai sebelumnya, apakah ada masalah dalam pemakaian kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

2. Riwayat persalinan saat ini

- 1) Dilakukan pengkajian terkait tanggal dan waktu persalinan, tempat persalinannya dimana siapa saja penolong persalinan, jenis persalinan apakah pervaginam atau SC, apakah ada komplikasi persalinan pada ibu atau bayi, bagaimana keadaan plasenta dan tali pusatnya, berapa lamanya waktu persalinan berlangsung, berapa jumlah perdarahan, dan bagaimana kondisi bayi saat baru lahir.
- 2) Riwayat operasi abdomen/SC: dikaji terkait tempat, penolong, dan tanggal dilakukannya operasi
- 3) Riwayat psikososial: bagaimana seorang ibu melewati fase taking in, taking hold, dan letting go serta saat ini ibu sedang berada pada fase yang mana

4) Pengkajian status fisiologis maternal: untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian postpartum, banyak perawat menggunakan istilah BUBBLE-LE yaitu termasuk Breast (payudara), Uterus (rahim), Bowel (fungsi usus), Bladder (kandung kemih), Lochia (lokia), Episiotomy (episiotomi/perinium), Lower Extremity (ekstremitas bawah), dan Emotion (emosi).

3. Data objektif/pemeriksaan fisik

- 1) Tanda-tanda vital Pada Ibu masa nifas terjadi perubahan tanda-tanda vital, meliputi:
 - a. Suhu tubuh: pada 24 jam setelah melahirkan suhu badan naik sedikit (37,5 C-38 C) sebagai dampak dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan, dan kelelahan
 - b. Nadi: sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat dari denyut nadi normal orang dewasa (60-80x/menit).
 - c. Tekanan darah, biasanya tidak berubah, kemungkinan bila tekanan darah tinggi atau rendah karena terjadi kelainan seperti perdarahan dan preeklamsia.
 - d. Pernafasan, frekuensi pernafasan normal orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu postpartum umumnya pernafasan lambat atau normal. Bila pernafasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

2) Pemeriksaan fisik thorax (payudara)

a. Inspeksi payudara

Kaji ukuran, bentuk, warna dan kesimetrisan yang perlu diperhatikan jika ada kelainan, seperti pembesaran masif, permukaan yang tidak rata seperti adanya lesi atau ada luka pada kulit payudara perlu dipikirkan kemungkinan adanya tumor. Kaji warna kulit, adanya kemerahan pada kulit yang dapat menunjukkan adanya peradangan.

b. Palpasi payudara .

Pengkajian palpasi di payudara selama masa post-partum untuk mengecek apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Pada hari 1-2 post-partum, payudara tidak banyak berubah kecuali sekresi kolostrum yang banyak. Saat menyusui, perhatikan perubahan payudara dengan menginspeksi puting dan areola apakah ada tanda tanda kemerahan dan pecah. Setelah menyusui payudara yang sebelumnya penuh dan bengkak biasanya akan menjadi lembut dan nyaman.

3) Pemeriksaan fisik abdomen

a. Inspeksi abdomen

Mengkaji keadaan abdomen, apakah teksturnya lembek atau keras. Jika keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan. Kemudian, pada pasien dengan postpartum SC perlu di inspeksi pula terkait balutan luka SC, bagaimana kondisinya, apakah bersih dan kering atau kotor dan basah karena rembesan darah/pus/air.

b. Palpasi uterus

Perawat mengkaji tonus uterus, posisi dan tinggi fundus uteri dengan meminta pasien untuk mengosongkan kandung kemih posisi kepala datar posisi supinasi.

4) Pemeriksaan kandung kemih

Perawat harus mengkaji urin yang keluar pada ibu postpartum untuk mengidentifikasi kesulitan berkemih, buang air kecil yang harus terjadi dalam waktu 6-8 jam setelah melahirkan dengan jumlah urin kurang dari 8 jam setelah melahirkan minimal 150 ml. Pada pasien yang terpasang dower kateter, maka perlu di evaluasi terkait produksi urine sebelum di buang.

5) Pemeriksaan perineum

Pengkajian perineum harus dilakukan 4 jam untuk 24 jam pertama setelah melahirkan, menginspeksi perineum dengan cara posisi ibu miring dan menekuk kaki kearah dada digunakan istilah REEDA untuk menilai kondisi episiotomi atau laserasi perineum, REEDA singkatan (Redness/kemerahan, Edema, Ecchymosis/ ekimosis, Discharge/keluaran, dan Approximate/ perlekatan) pada luka episiotomi.

6) Pemeriksaan lochea

Mengkaji jumlah, warna, konsistensi dan bau lochea pada ibu post-partum, lochea yang berbau busuk yang dinamakan lochea purulenta menunjukkan adanya infeksi disaluran reproduksi dan harus segera ditangani.

7) Pemeriksaan fisik ekstremitas bawah

Biasanya pada ekstermitas bawah perawat mengkaji kekuatan, edema, nyeri dan tanda-tanda tromboembolis pada periode immediate postpartum. Untuk mengkaji Deep Vein Thrombosis (DVT) pada ekstermitas bawah diperiksa apakah adanya panas, merah, rasa sakit dan pembengkakan dengan menilai sirkulasi kaki dan memeriksa puls daerah pedalis dan mencatat suhu dan warna. Adanya tanda homan, caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan di lakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

8) Pengkajian tingkat energi dan kualitas istirahat

Perawat harus mengkaji mengenai pola istirahat dan gangguan tidur yang dialami seperti jumlah istirahat, tidur, dan mencarikan solusi untuk meningkatkan istirahat pada ibu postpartum.

9) Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri dapat dilakukan untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan oleh pasien post partum, baik nyeri pada area perineum maupun nyeri pada area abdomen pada post partum dengan metode SC. Karakteristik nyeri dapat juga dilihat berdasarkan metode PQRST

- a. P (Provocate), tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada pasien, dalam hal ini perlu dipertimbangkan bagian-bagian tubuh mana yang mengalami cedera atau terdapat luka termasuk menghubungkan antara nyeri yang diderita dengan faktor psikologisnya, karena bisa terjadi terjadinya nyeri hebat karena dari faktor psikologis bukan dari cideranya

- b. Q (Quality) kualitas nyeri, merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendiskripsikan nyeri dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti di tekan.
- c. R (Region), untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman.
- d. S (Scale), tingkat keparahan merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggunakan skala nyeri yang sifatnya kuantitas. Rentang skala nyeri yaitu antara 1-10.
- e. T (Time), tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama menderita, seberapa sering untuk kambuh, dan lain-lain.

10) Pengkajian emosi

Pada pengkajian emosi biasa terjadi postpartum blues seperti mudah marah, sering menangis, tidak bisa tidur dan mood yang berubah-ubah yang dialami ibu post partum.

11) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan darah lengkap, utamanya hemoglobin dan hematokrit setelah post partum 12-24 jam (jika Hb < 10 g% sehingga diberikan suplemen FE), eritrosit, leukosit dan trombosit.

2.7 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, diagnosa yang mungkin muncul pada ibu post partum yaitu:

1. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat, dan berfokus pada diri sendiri.
2. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, dan gerakan terbatas.
3. (D.0142) Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

2.8 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien baik secara individu atau perorangan, keluarga, dan komunitas. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Sesuai dengan diagnosa keperawatan

yang telah disusun, maka tindakan keperawatan yang dapat direncanakan sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat, dan berfokus pada diri sendiri	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Berfokus pada diri sendiri menurun e. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non-verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur 7. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi :

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		<p>8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>9. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>10. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
<p>(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik (L.05042) mobilitas fisik b.d nyeri d.d nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, dan gerakan terbatas</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Nyeri menurun</p> <p>b. Kecemasan menurun</p> <p>c. Gerakan terbatas menurun</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal: pagar tempat tidur)</p> <p>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi :</p> <p>5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal: duduk di sisi tempat tidur dan pindah dari tempat tidur ke kursi)
(D.0142) Resiko infeksi	Tingkat Infeksi (L.14137)	Pencegahan Infeksi
d.d efek prosedur invasive	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: a. Nyeri menurun b. Bengkak menurun c. Demam menurun d. Kemerahan menurun e. Kadar sel darah putih membaik	(1.14539) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: 2. Batasi jumlah pengunjung dan petugas 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan Edukasi : 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		Perawatan Luka (1.14564)
		Observasi :
		1. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)
		2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik:
		3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
		4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
		5. Pasang balutan sesuai jenis luka
		Edukasi:
		6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
		7. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

2.9 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang khusus dan diperlukan untuk melaksanakan intervensi atau rencana keperawatan. Perawat dapat melaksanakan dan mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang telah disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap dalam implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dan respon pasien terhadap tindakan keperawatan tersebut (Cahyawati & Wahyuni, 2023).

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien post partum sectio caesarea yaitu manajemen nyeri baik dengan pemberian terapi farmakologis maupun non farmakologis seperti terapi relaksasi napas dalam, terapi relaksi benson, atau terapi non farmakologis lainnya, selain itu dukungan mobilitas fisik juga perlu diberikan kepada pasien post partum sectio caesarea agar pasien dapat segera melakukan mobilisasi pasca operasi, dan juga implementasi terkait dengan pencegahan terjadinya infeksi pada luka SC dengan melakukan perawatan luka, menjaga lingkungan agar tetap bersih, dan didukung dengan asupan gizi yang adekuat untuk menunjang proses penyembuhan luka SC (Cahyawati & Wahyuni, 2023).

2.10 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan, merupakan tindakan akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan. Tujuan evaluasi keperawatan yaitu untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang

telah ditetapkan, mengidentifikasi variable-variabel yang akan mempengaruhi pencapaian tujuan, dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, dimodifikasi, atau dihentikan (Mita Putri Sugiyanto et al., 2023).