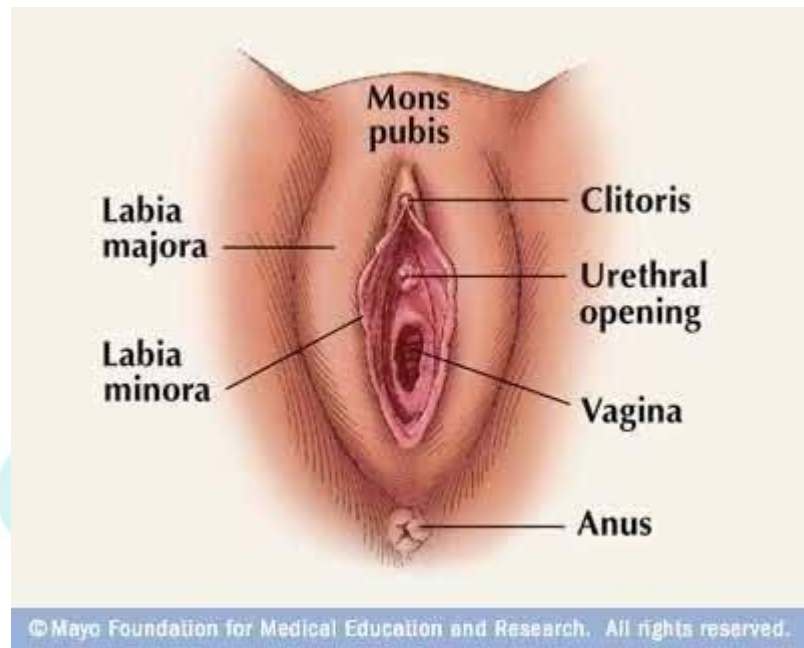


BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1
Sumber Sukarni, (2024)

Organ reproduksi wanita terbagi atas organ eksterna dan interna. Organ eksterna berfungsi dalam kopulasi sedangkan organ interna berfungsi dalam ovulasi, sebagai tempat fertilasi sel telur dan perpindahan blastosis dan sebagai tempat implantasi, dapat dikatakan berfungsi untuk pertumbuhan dan kelahiran janin (James, 2023).

1. Organ Eksternal (Vulva)

Menurut Sukarni (2024) organ luar sistem reproduksi yang terlihat dari luar meliputi :

- a. Mons pubis adalah bantalan jaringan lemak yang terletak di bagian atas simfisis pubis (tulang kemaluan). Setelah pubertas, area ini ditumbuhi rambut kemaluan.

Fungsi:

- 1) Melindungi tulang pubis dari benturan
- 2) Menjadi bantalan selama aktivitas seksual
- 3) Berperan dalam karakteristik seksual sekunder wanita

- b. Labia Mayora adalah dua lipatan kulit besar yang terletak di bagian luar vulva dan memanjang dari mons pubis hingga perineum. Permukaannya berambut dan mengandung kelenjar keringat serta kelenjar sebacea.

Fungsi:

- 1). Melindungi struktur genitalia internal
- 2). Menjaga kelembapan dan suhu area genital
- 3). Menjadi pelindung utama terhadap trauma dan infeksi

- c. Labia minora adalah dua lipatan kulit tipis yang berada di dalam labia majora, tidak berambut, dan sangat kaya pembuluh darah serta saraf.

Fungsi:

- 1). Melindungi muara uretra dan vagina
- 2). Berperan dalam lubrikasi
- 3). Sensitif terhadap rangsangan seksual

- d. Klitoris adalah organ erektile kecil yang terletak di pertemuan anterior labia minora. Struktur ini sangat kaya akan ujung saraf sensorik.

Fungsi:

- 1). Organ utama sensasi dan respons seksual wanita

- 2). Mengalami ereksi saat terangsang akibat peningkatan aliran darah
- e. Vestibulum vagina adalah area di antara labia minora yang berisi beberapa struktur penting, yaitu: muara uretra, muara vagina, kelenjar bartholin dan skene

Fungsi:

- 1). Jalur masuk ke saluran reproduksi
- 2). Membantu proses lubrikasi vagina
- 3). Berperan dalam proses persalinan dan hubungan seksual

2. Organ Internal

Organ dalam utama sistem reproduksi wanita menurut (Annisa, 2024) terdiri dari :

a. Ovarium

Struktur seukuran kacang almond di sisi kiri dan kanan uterus.

Fungsi:

- 1) Menghasilkan gamet (oosit) dan hormon seks seperti estrogen dan progesteron.
- 2) Tempat utama terjadinya oogenesis (pembentukan sel telur).

b. Tuba Fallopi (Oviduk)

Dua saluran yang menghubungkan ovarium dengan uterus.

Fungsi:

- 1) Menyalurkan sel telur dari ovarium ke uterus dan tempat terjadinya fertilisasi.

c. Uterus (Rahim)

- 1) Organ berotot tempat implantasi sel telur yang telah dibuahi.
- 2) Terdiri dari tiga lapisan: perimetrium, miometrium, dan endometrium.
- 3) Berperan dalam perkembangan dan perlindungan janin hingga lahir.

d. Serviks & Vagina

- 1) Serviks: bagian bawah uterus yang membuka ke vagina.
- 2) Vagina: saluran otot yang menghubungkan serviks dengan eksterior tubuh; berfungsi sebagai saluran persalinan dan tempat hubungan seksual.

B. Konsep Sectio Caesarea (SC)

1. Definisi



Gambar 2.2

Sumber Sarwono, (2025)

Sectio caesarea (SC) merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu proses persalinan apabila persalinan normal tidak memungkinkan, biasanya disebabkan oleh kondisi kesehatan ibu atau janin. SC merupakan pembedahan untuk mengeluarkan fetus dengan membuka dinding *abdomen* ibu dan dinding *uterus* untuk mengeluarkan janin dari dalam rahim melalui sayatan pembedahan yang menembus *abdomen* seorang ibu dan *uterus* untuk mengeluarkan *fetus* (Kristensen *et al.*, 2024).

Sectio caesarea merupakan prosedur operatif, yang dilakukan dibawah anestesia sehingga janin, plasenta dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding *abdomen* dan *uterus*. Prosedur ini biasanya dilakukan setelah viabilitas tercapai, misal usia kehamilan lebih dari 24 minggu. Tindakan *sectio caesarea*

umumnya dilakukan atas dasar indikasi medis tertentu, seperti adanya komplikasi pada ibu maupun janin yang dapat membahayakan proses persalinan jika dilakukan secara normal (Myless, 2023).

2. Etiologi

Etiologi SC menurut Safitri, (2024) dapat dibedakan sebagai berikut:

a. Faktor Ibu

Riwayat persalinan SC, panggul sempit, partus tak maju, kelainan ketuban (ketuban pecah dini), penyakit ibu (seperti HIV, hipertensi, diabetes melitus, *preklamsia/eklamsia*), air ketuban keruh, permintaan ibu, kelainan tali pusat, infeksi, dan hamil kembar.

b. Faktor janin

Status janin yang tidak memungkinkan seperti tali pusat abnormal atau detak jantung janin yang tidak normal, *prolaps* tali pusat, gagal lahir pervagina, *malpresentation*, *makrosomia* (BB bayi diatas rata-rata lebih dari 4kg), anomalia kongenital atau kelainan bawaan, trauma kelahiran neonatal sebelumnya.

3. Klasifikasi

Secara umum tindakan *sectio caesarea* dapat dibagi menjadi 4 jenis menurut Mochtar, (2023) yaitu :

a. *Sectio Transperitonealis Profunda*

Sectio transperitonealis profunda dengan insisi di segemn bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Keunggulan/kelebihan cara ini antara lain sebagai berikut:

- a. Perdarahan insisi tidak banyak.
- b. Penjahitan luka lebih mudah.
- c. Penutupan luka dengan reperitoneal yang baik.
- d. Bahaya peritonitis tidak besar.
- e. Perut pada uterus umumnya kuat, sehingga bahaya rupture uteri tidak besar dikemudian hari.

Kelemahan/kerugian adalah sebagai berikut :

- a. Luka dapat menyebar ke kiri, kanan, bawah yang dapat menyebabkan putusnya ateri uterine.
- b. Keluhan pada kandung kemih post operasi tinggi.

b. *Sectio Caesarea Peritoneal*

Insisi dibuat pada korpus uteri, pembedahan ini yang lebih mudah dilakukan, hanya diselenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan *sectio caesarea transperitonealis profunda* misalnya melekat erat uterus pada dinding perut karena sectio yang sudah atau insisi segmen bawah uterus mengandung bahaya perdarahan yang banyak (Prawihardjo, 2024).

Kelebihan :

- a. Mengeluarkan janin lebih cepat.
- b. Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik.
- c. Sayatan bisa diperpanjang paroksimal atau distal.

Kekurangan :

- a. Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
- b. Untuk persalinan berikutnya sering terjadi ruptur uteri spontan.

c. *Sectio Caesarea Peritoneum*

Dilakukan tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi pembedahan ini jarang dilakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uterin berat (Sarwono, 2025).

Menurut arah sayatan pada rahim *sectio* dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut Kroning.
- b. Sayatan melintang (*transversal*) menurut Kerr.

Berdasarkan saat dilakukan *sectio caesarea* dapat dibagi atas :

- a. *Sectio* primer : direncanakan pada waktu antenatal care.
- b. *Sectio* sekunder : tidak direncanakan terlebih dahulu waktu sulit.

c. *Sectio Caesarea Hysteroctomi*

Setelah sectio caesarea, dilakukan hysteroktomy dengan indikasi :

- a. Antonia uteria.
- b. Plasenta accrete.
- c. Myoma uteri.
- d. Infeksi intra uteri berat.

4. Komplikasi

Menurut Safitri, (2024) kompikasi yang dapat terjadi setelah dilakukan SC antara lain :

a. *Infeksi Puerperal* (Nifas)

- a. Infeksi Puerperal adalah infeksi bakteri pada traktus genitalia yang terjadi setelah melahirkan, ditandai dengan kenaikan suhu tubuh 38°C
- b. Perdarahan Mengakibatkan banyak pembuluh darah yang terpotong dan terbuka dan perdarahan pada dasar plasenta
- c. Emboli paru dan masalah pada kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi

a) Metode anestesi SC

1) Metode konvensional

Metode konvensional merupakan teknik yang umum digunakan dalam tindakan pembedahan. Pada metode ini, pemberian anestesi tidak disertai dengan obat analgetik saat prosedur berlangsung; analgetik baru diberikan setelah operasi selesai. Untuk menghambat respons nyeri, anestesi dalam metode konvensional memerlukan dosis yang cukup tinggi guna mempertahankan fungsi motorik pasien dan pemulihan sensorik yang dapat berlangsung hingga delapan jam pascaoperasi. Pada tindakan SC dengan metode konvensional, pasien diwajibkan berpuasa total sejak malam sebelum prosedur dilakukan (Nisak *et al.*, 2023).

b) Metode ERACS

Metode *ERACS (Enhanced Recovery After Caesarean Surgery)* merupakan suatu program percepatan pemulihan pascaoperasi Caesar yang mencakup rangkaian penatalaksanaan mulai dari tahap praoperatif, intraoperatif, hingga perawatan pascaoperatif sampai pasien dipulangkan. Konsep *ERACS* dikembangkan dari pendekatan *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)*, yang awalnya diterapkan pada prosedur bedah saluran pencernaan (Tika *et al.*, 2022)

Pada tindakan operasi SC dengan metode *ERACS*, jenis anestesi yang digunakan adalah anestesi spinal yang dikombinasikan dengan obat anestesi dan tambahan agen antinyeri seperti morfin atau fentanyl. Fentanyl merupakan agonis opioid sintetis turunan dari fenilpiperidin. Sebagai analgesik, fentanyl memiliki potensi kekuatan 75 hingga 125 kali lebih tinggi dibandingkan analgesik lainnya (Nisak *et al.*, 2023).

5. Patofisiologi

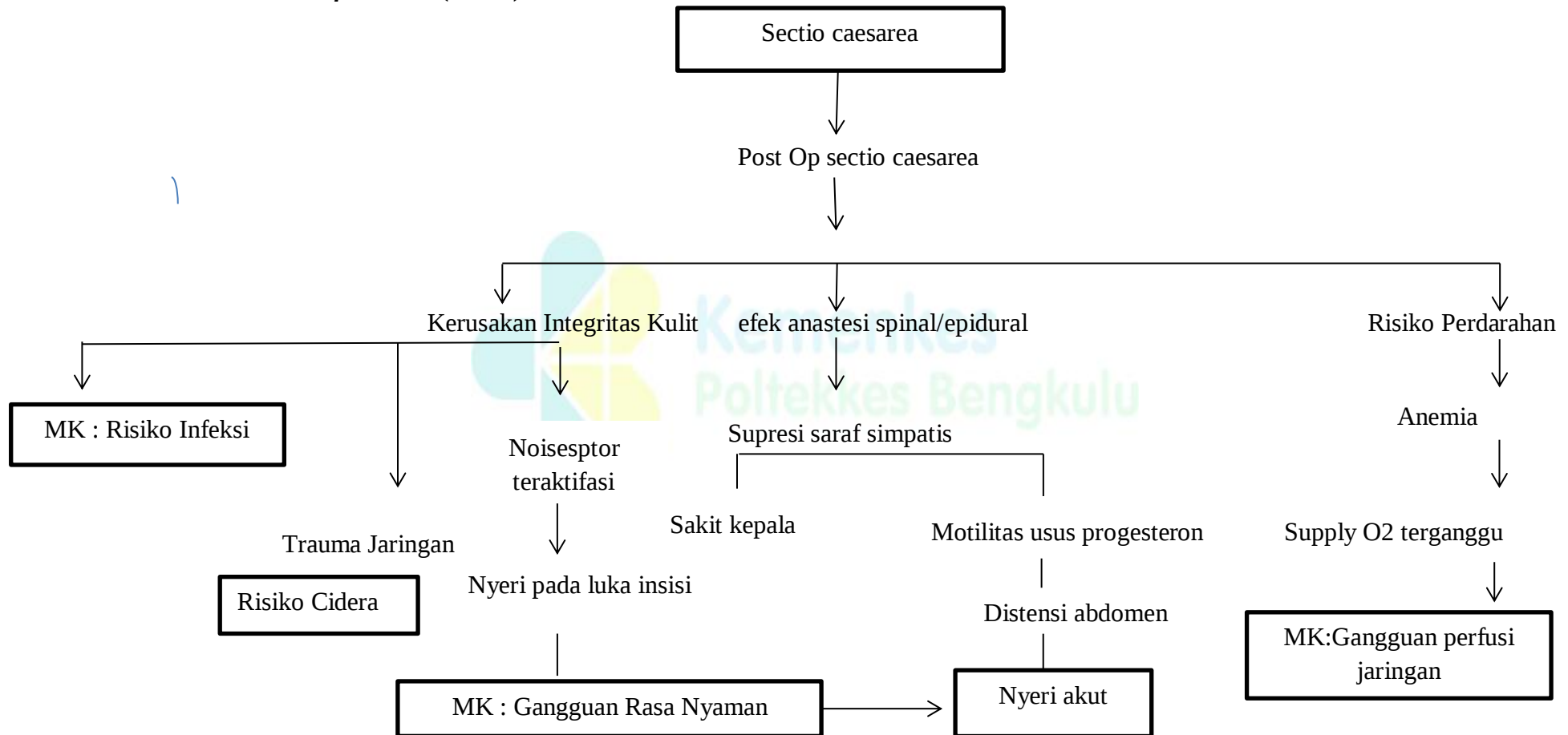
Sectio Caesarea adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan SC ini bertujuan untuk mencegah kematian janin atau ibu apabila melahirkan secara pervaginam. Ada beberapa kondisi yang menjadi faktor untuk dilakukannya SC misalnya faktor dari ukuran panggul ibu, usia ibu, berat badan bayi yang akan lahir, faktor letak plasenta, malpresentasi dan malposisi serta kondisi amnion. Faktor –faktor tersebut bisa menjadi penyulit persalinan normal atau membuat persalinan kala II lama sehingga harus dilakukan induksi persalinan sc. (Yadhi *et al.*, 2023).

Section caesarea (SC) dilakukan secara sistematis, dimana pasien akan di bius untuk dilakukan sayatan pada area perut. Pembiusan yang diambil biasanya jenis pembiusan regional, yaitu bius yang disuntikan ke sub

arachnoid dan epidural yang mengakibatkan pasien masih bisa sadar karena pembiusan ini berefek mati rasa pada bagian bawah tubuh saja. Namun pasien masih tidak bisa melihat prosedur bedah karena tertutup tirai. Hal ini akan membantu pasien untuk mengurangi ansietas selama pembedahan. Kemudian setelah di bius, bagian perut akan disterilisasi dan akan dibuat insisi proses pembedahan. Proses pembedahan ini akan mengakibatkan terputusnya jaringan dan merangsang area sensorik. Sehingga akan menyebabkan gangguan rasa nyaman yaitu nyeri (Syaiful, 2024).

Setelah pasien dioperasi, luka akan ditutup menyebabkan adanya luka bekas operasi. Proses penyembuhan luka pasca sesar pada dasarnya sama dengan luka lainnya yaitu secara fisiologis penyembuhan luka meliputi respon inflamasi akut terhadap cedera, fase destruktif, fase foliperatif dan fase maturasi. Luka akan dikatakan sembuh jika kontinuitas lapisan kulit atau jaringan parut mampu tidak mengganggu aktivitas sehari-hari pasien. Mobilisasi dini harus disampaikan kepada pasien untuk mendukung tahap proses penyembuhan luka sehingga dapat mengurangi infeksi dan angka kesakitan ibu post SC. Pada saat post partum hormone progesterone dan esterogen akan menurun sehingga menyebabkan involusi dan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga terjadi perdarahan dan resiko syok, Hb menurun, kekurangan O₂, terjadinya kelemahan dan defisit perawatan diri. Hal-hal tersebut masih dapat dicegah bila pasien dipantau kondisinya dan dibimbing untuk melakukan mobilisasi secara baik dan mengatur diet ibu untuk pemulihan luka (Eva, 2023)

6. Web Of Caotion (WOC)



Bagan 2.1 : Web Of Saotion (WOC)
 Sumber : Sjamsuhidayat (2024) & SDKI PPNI (2023)

7. Faktor Risiko

Sectio caesarea dapat terjadi karena berbagai faktor yang berkaitan dengan kondisi ibu, janin, maupun proses persalinan. Beberapa faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya persalinan dengan *sectio caesarea* antara lain usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua, riwayat operasi caesar sebelumnya, adanya komplikasi kehamilan, serta kondisi janin yang tidak normal. Faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan persalinan pervaginam menjadi berisiko sehingga diperlukan tindakan pembedahan untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi (Cunningham *et al.*, 2024).

Menurut Sarwono (2024) secara umum, faktor risiko *sectio caesarea* dapat dibagi menjadi beberapa kelompok, yaitu:

a) Faktor ibu

Faktor yang berasal dari kondisi ibu, seperti usia ibu yang terlalu muda (<20 tahun) atau terlalu tua (>35 tahun), obesitas, panggul sempit, riwayat *sectio caesarea* sebelumnya, hipertensi dalam kehamilan, diabetes gestasional, serta adanya infeksi selama kehamilan.

b) Faktor janin

Faktor yang berkaitan dengan kondisi janin, seperti gawat janin (fetal distress), ukuran janin yang terlalu besar (makrosomia), kelainan posisi janin seperti sungsang atau lintang, serta kelainan kongenital tertentu.

c) Faktor plasenta dan tali pusat

Kondisi seperti plasenta previa, solusio plasenta, serta prolaps tali pusat dapat menghambat proses persalinan normal sehingga meningkatkan kemungkinan dilakukan *sectio caesarea*.

d) Faktor proses persalinan

Proses persalinan yang tidak berjalan normal, seperti persalinan lama (partus lama), kegagalan induksi persalinan, atau disproporsi sefalopelvik (ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan panggul ibu), juga menjadi faktor risiko dilakukannya tindakan *sectio caesarea*.

8. Manifestasi Klinis

Menurut (Prawirihardjo,2024) terdapat beberapa gejala yang dapat timbul pada pasien post *section caesarea* :

1. Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
2. Adanya luka insiasi dibagian abdomen
3. Aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
4. Ada kurang lebih 600 – 800ml darah yang hilang selama proses pembedahan
5. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional
6. Rata-rata terpasang kateter urinarius
7. Tidak terdengarnya auskultasi bising usus
8. Pengaruh anestesi dapat memicu mual muntah

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Arda & Hartaty, (2021) ibu post SC perlu melakukan pemeriksaan sebagai berikut :

a. USG kandungan

Pemeriksaan menggunakan gelombang ultrasonik untuk melihat kondisi kehamilan, meliputi usia kehamilan, posisi dan jumlah janin, denyut jantung janin, letak plasenta, serta jumlah cairan ketuban. Pemeriksaan ini membantu mendeteksi kelainan pada ibu maupun janin sejak dini.

e) Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan darah lengkap bertujuan untuk menilai kondisi umum ibu hamil, seperti kadar hemoglobin (Hb) untuk mendeteksi anemia, jumlah leukosit untuk mengetahui adanya infeksi, serta trombosit untuk menilai risiko perdarahan. Hasil pemeriksaan ini penting sebagai dasar pemantauan kesehatan ibu selama kehamilan dan persalinan.

f) Urinalis

Pemeriksaan urin untuk mendeteksi adanya protein, glukosa, leukosit, eritrosit, dan bakteri. Pemeriksaan ini berguna untuk mendeteksi infeksi saluran kemih, preeklampsia (proteinuria), serta gangguan metabolik seperti diabetes gestasional.

g) Ultrasonografi

Metode pemeriksaan diagnostik noninvasif menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi untuk menghasilkan gambaran organ dalam tubuh. Dalam kebidanan, ultrasonografi digunakan untuk menilai kondisi uterus, ovarium, serta perkembangan janin secara menyeluruh dan aman tanpa radiasi.

10. Penatalaksanaan

Menurut Ramadanty, (2025), penatalaksanaan *section caesarea* adalah sebagai berikut :

a. Pemberian cairan

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

b. Diet

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

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan miring kiri dapat dimulai setelah 6 sampai 10 jam setelah operasi.

d. Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involus uterus dan menyebabkan pendarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam atau lebih tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

11. Penatalaksanaan

Terdapat 3 macam penatalaksanaan pada pasien post SC (Metha, 2024):

a. Penatalaksanaan farmakologis

1) Analgesik

Setelah tindakan *sectio caesarea*, pasien umumnya mengalami nyeri pada area luka operasi akibat sayatan pada dinding abdomen dan uterus. Oleh karena itu, pemberian analgesik seperti parasetamol, ibuprofen, atau obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) sering digunakan untuk mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien.

2) Antibiotik

Antibiotik diberikan sebagai terapi profilaksis untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi maupun infeksi pada rahim (*endometritis*). Pemberian antibiotik biasanya dilakukan sebelum atau setelah tindakan operasi sesuai dengan indikasi medis.

3) Uterotonika

Uterotonika seperti oksitosin diberikan untuk merangsang kontraksi rahim setelah persalinan. Kontraksi rahim yang baik dapat membantu menghentikan perdarahan dan mempercepat proses involusi uterus.

4) Antikoagulan (bila diperlukan)

Pada beberapa kasus tertentu, terutama pada pasien yang memiliki risiko tinggi trombosis, dokter dapat memberikan obat antikoagulan untuk mencegah terbentuknya bekuan darah setelah operasi.

b. Penatalaksanaan non farmakologis

1) Teknik relaksasi

Teknik relaksasi seperti latihan pernapasan dalam dapat membantupasien mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan rasa nyaman setelah operasi. Teknik ini juga membantu menurunkan ketegangan otot dan kecemasan pada pasien (Sarwono, 2025).

2) Mobilisasi dini

Mobilisasi dini dianjurkan pada pasien post *sectio caesarea* setelah kondisi pasien stabil. Mobilisasi seperti duduk, berdiri, dan berjalan secara bertahap dapat membantu memperlancar sirkulasi darah, mencegah trombosis, serta mempercepat pemulihan fungsi tubuh (Vitinawati, 2024).

3) Perawatan luka operasi

Perawatan luka dilakukan untuk menjaga kebersihan luka operasi serta mencegah terjadinya infeksi. Luka operasi harus dijaga tetap bersih dan kering, serta dilakukan pemantauan terhadap tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau keluarnya cairan dari luka (Sarmajo, 2024).

4) Pemenuhan nutrisi yang adekuat

Asupan nutrisi yang cukup sangat penting untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan meningkatkan daya tahan tubuh ibu setelah operasi (Dumiri *et al.*, 2024).

5) Dukungan psikologis dan keluarga

Dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan sangat penting untuk membantu ibu beradaptasi dengan kondisi setelah operasi serta meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya (Berman *et al.*, 2025).

C. Konsep Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman

e. Definisi Kebutuhan Rasa Nyaman

Kenyamanan atau rasa nyaman merupakan suatu keadaan di mana individu mengalami sensasi terpenuhinya kebutuhan dasar yang bebas dari rasa nyeri, kecemasan, dan ketidaknyamanan fisik maupun psikologis. Menurut pakar teori keperawatan *Katharine Kolcaba*, kenyamanan diartikan sebagai suatu pengalaman holistik yang diterima oleh seseorang dari intervensi asuhan keperawatan. Konsep kenyamanan *Kolcaba* mencakup tiga bentuk utama, yaitu *relief* (kelegaian dari ketidaknyamanan spesifik, seperti berkurangnya nyeri), *ease* (kondisi tenteram dan damai), serta *transcendence* (kemampuan individu untuk mengatasi masalah atau rasa sakitnya). (Uki *et al.*, 2024)

Dalam pandangan keperawatan di Indonesia, berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), status kenyamanan didefinisikan sebagai keseluruhan rasa sejahtera dan aman baik secara fisik, psikospiritual, sosial, budaya, maupun lingkungan (Uki *et al.*, 2024).

b. Tujuan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman

Tujuan utama dari pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dari aspek fisiologis adalah untuk memfasilitasi dan mempercepat proses penyembuhan jaringan tubuh. Ketika seorang pasien merasa nyaman dan terbebas dari rasa nyeri yang hebat, respons stres tubuh (sistem saraf simpatis) akan menurun, yang ditandai dengan stabilnya denyut nadi, tekanan darah, serta frekuensi pernapasan. Kondisi fisiologis yang stabil ini akan memastikan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan luka operasi berjalan optimal, sehingga fase proliferasi dalam penyembuhan luka tidak terhambat (Nursalam, 2024).

Dari aspek psikologis dan emosional, pemenuhan rasa nyaman bertujuan untuk mencegah terjadinya kecemasan (*ansietas*), depresi, dan trauma akibat hospitalisasi. Pasien yang merasa nyaman dan terlindungi di lingkungan rumah sakit akan memiliki tingkat koping yang lebih baik dalam menghadapi penyakitnya. Perasaan tenang dan hilangnya ketegangan emosional ini sangat penting karena akan meningkatkan motivasi serta kooperatifnya pasien terhadap berbagai tindakan keperawatan dan medis yang diberikan, seperti kemauan untuk minum obat teratur atau berpartisipasi dalam latihan fisik (Nursalam, 2024).

c. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Rasa Nyaman

Faktor pertama yang sangat memengaruhi rasa nyaman seseorang adalah faktor fisik atau biologis. Faktor fisik mencakup segala bentuk kerusakan jaringan, proses penyakit, atau disfungsi organ tubuh yang menghasilkan stimulus berbahaya (nosiseptif). Pada kasus bedah, adanya luka insisi, proses peradangan akut, spasme otot, atau bahkan sekadar posisi tubuh yang statis di atas tempat tidur dalam waktu lama, menjadi faktor biologis utama yang merusak integritas kenyamanan fisik pasien dan memicu respons nyeri akut (Sensussiana, 2024).

Faktor kedua meliputi aspek psikospiritual dan sosiokultural. Tingkat stres, kecemasan, ketakutan akan kematian, dan pengalaman masa lalu terhadap rasa sakit sangat memengaruhi bagaimana otak mempersepsikan ketidaknyamanan. Pasien yang mengalami cemas berlebihan akan merasakan nyeri yang jauh lebih hebat dibandingkan kenyataannya. Selain itu, nilai-nilai budaya juga memengaruhi cara pasien mengekspresikan ketidaknyamanannya; ada budaya yang mengajarkan untuk menahan rasa sakit dengan diam (stoik), dan ada pula yang lebih ekspresif. Dukungan spiritual dan keyakinan agama juga menjadi faktor protektif yang sering kali membantu pasien menemukan makna dari rasa sakit sehingga mereka merasa lebih damai secara batin (Vitinawati, 2024).

D. Konsep Nyeri Post SC

1. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan salah satu masalah utama yang sering dialami oleh ibu setelah menjalani tindakan *sectio caesarea* (SC). Tindakan pembedahan ini menyebabkan kerusakan jaringan pada kulit, otot, dan lapisan uterus sehingga menimbulkan respons inflamasi yang dapat memicu timbulnya nyeri pada area luka operasi. Nyeri yang terjadi setelah tindakan pembedahan ini dikenal sebagai nyeri post operasi atau postoperative pain yang biasanya muncul setelah efek anestesi mulai berkurang. (Sarmajo, 2024).

Nyeri pada pasien post *sectio caesarea* terjadi melalui proses fisiologis yang melibatkan aktivasi reseptor nyeri atau nosiseptor akibat kerusakan jaringan selama tindakan pembedahan. Insisi pada dinding abdomen dan uterus menyebabkan pelepasan berbagai mediator kimia seperti prostaglandin, histamin, bradikinin, dan substansi P yang merangsang nosiseptor pada jaringan yang mengalami cedera. Rangsangan tersebut kemudian dihantarkan melalui serabut saraf perifer menuju medula

spinalis dan diteruskan ke otak melalui jalur saraf sensorik. Di dalam otak, impuls tersebut diinterpretasikan sebagai sensasi nyeri yang dirasakan oleh pasien. Proses ini dikenal sebagai mekanisme transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi nyeri. Pada ibu post sectio caesarea, nyeri biasanya meningkat saat terjadi pergerakan seperti batuk, perubahan posisi, berjalan, atau saat menyusui karena adanya peregangan pada jaringan luka operasi.

2. Etiologi Nyeri

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (2017) dijelaskan sebagai faktor-faktor penyebab atau yang berhubungan (*related factors*) dengan munculnya masalah keperawatan nyeri, baik nyeri akut maupun kronis. Dalam SDKI, etiologi nyeri tidak hanya berfokus pada kerusakan fisik, tetapi juga mempertimbangkan aspek fisiologis, psikologis, dan situasional yang memengaruhi persepsi nyeri pasien.

Pada pasien post sc menurut pendekatan keperawatan, khususnya mengacu pada PPNI dalam SDKI, bersifat multifaktorial dan berkaitan erat dengan proses pembedahan serta respons tubuh terhadap trauma jaringan. Nyeri yang muncul umumnya termasuk dalam kategori nyeri akut yang terjadi akibat kerusakan jaringan selama tindakan operasi. Secara utama, etiologi nyeri pada pasien post SC disebabkan oleh agen pencedera fisik, yaitu insisi atau sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang menimbulkan kerusakan jaringan, sehingga merangsang reseptor nyeri. Selain itu, manipulasi jaringan selama prosedur operasi juga dapat memperparah respons nyeri yang dirasakan pasien (Puspita, 2024).

Selanjutnya, pada agen pencedera biologis turut berperan dalam timbulnya nyeri, terutama melalui proses inflamasi pada area luka operasi. Proses ini ditandai dengan pelepasan mediator kimia seperti prostaglandin, bradikinin, dan histamin yang meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri. Selain itu, agen pencedera kimia juga berkontribusi, yaitu

zat-zat kimia yang dilepaskan akibat kerusakan jaringan yang dapat memperkuat impuls nyeri menuju sistem saraf pusat (Sukmadi, 2025).

3. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri pada dasarnya disusun untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan pengkajian, diagnosis, dan penatalaksanaan nyeri secara tepat. Nyeri diklasifikasikan berdasarkan beberapa aspek yaitu berdasarkan durasi nyeri dan berdasarkan mekanisme terjadinya nyeri (Potter *et al.*, 2024).

Berdasarkan durasinya, nyeri dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang terjadi secara tiba-tiba akibat cedera atau tindakan medis dan bersifat sementara, sedangkan nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lebih dari tiga bulan dan sering kali menetap meskipun penyebab awal telah teratasi.

Berdasarkan mekanisme terjadinya, nyeri dibagi menjadi nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik. Nyeri nosiseptif muncul akibat rangsangan pada reseptor nyeri karena adanya kerusakan jaringan atau proses inflamasi, yang secara klinis sering ditemukan pada luka operasi. Sementara itu, nyeri neuropatik terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada sistem saraf, baik perifer maupun pusat, yang ditandai dengan sensasi terbakar, kesemutan, atau seperti tersengat listrik (Potter *et al.*, 2024).

4. Manifestasi Klinis

Dalam diagnosis keperawatan nyeri akut, tanda dan gejala atau batasan karakteristik umumnya dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif merupakan informasi yang diperoleh langsung dari ungkapan pasien mengenai pengalaman nyeri

yang dirasakan. Pasien biasanya melaporkan adanya rasa tidak nyaman seperti nyeri tajam, berdenyut, menusuk, atau terbakar, yang dapat disertai dengan intensitas tertentu menggunakan skala nyeri. Selain itu, pasien juga dapat mengeluhkan nyeri yang meningkat saat bergerak, batuk, atau saat dilakukan palpasi pada area luka, khususnya pada pasien post sectio caesarea (Vitinawati, 2024).

Sementara itu, data objektif adalah tanda-tanda yang dapat diamati oleh tenaga kesehatan sebagai respons terhadap nyeri yang dialami pasien. Tanda objektif ini meliputi ekspresi wajah meringis, gelisah, menangis, atau tampak protektif terhadap area yang nyeri. Selain itu, dapat ditemukan perubahan tanda-tanda vital seperti peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, dan pernapasan akibat aktivasi sistem saraf simpatis. Pasien juga dapat menunjukkan penurunan aktivitas, keterbatasan mobilitas, gangguan pola tidur, serta perubahan nafsu makan. Dengan demikian, pengelompokan tanda dan gejala menjadi data subjektif dan objektif sangat penting dalam menegakkan diagnosis keperawatan nyeri akut secara akurat serta menentukan intervensi yang tepat (Berman *et al.*, 2025)

5. Mekanisme Nyeri

Mekanisme terjadinya nyeri dalam bidang keperawatan dijelaskan sebagai suatu proses kompleks yang melibatkan interaksi antara sistem saraf, jaringan tubuh, serta mediator kimia. Secara umum, nyeri terjadi melalui empat tahapan utama, yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Pada tahap transduksi, rangsangan nyeri dimulai ketika terjadi kerusakan jaringan, seperti pada luka operasi sectio caesarea, yang menyebabkan pelepasan zat kimia seperti prostaglandin, histamin, dan bradikinin. Zat-zat ini akan mengaktifasi reseptor nyeri (nosiseptor)

sehingga stimulus mekanik, termal, atau kimia diubah menjadi impuls listrik (Potter *et al.*, 2024).

Pada tahap transmisi, impuls nyeri tersebut dihantarkan melalui serabut saraf perifer menuju medula spinalis, kemudian diteruskan ke otak melalui jalur saraf tertentu. Setelah itu, terjadi tahap modulasi, yaitu proses pengaturan atau penghambatan impuls nyeri oleh sistem saraf pusat melalui pelepasan zat seperti endorfin dan enkefalin yang berfungsi menekan intensitas nyeri. Terakhir, pada tahap persepsi, impuls nyeri diinterpretasikan di korteks serebri sehingga individu menyadari dan merasakan nyeri secara subjektif, yang dipengaruhi oleh faktor psikologis, emosional, dan pengalaman sebelumnya (Risna, 2024).

6. Kondisi Klinis Terkait Nyeri

Kondisi klinis yang terkait dengan nyeri merupakan berbagai keadaan patologis maupun fisiologis yang dapat memicu munculnya sensasi nyeri sebagai respons terhadap kerusakan jaringan aktual atau potensial. Nyeri dapat terjadi pada berbagai situasi klinis, baik yang bersifat akut maupun kronis. Pada kondisi akut, nyeri sering dijumpai pada pasien pasca pembedahan seperti *sectio caesarea* (post SC), trauma, luka bakar, infeksi, maupun inflamasi jaringan. Nyeri pada kondisi ini umumnya bersifat tiba-tiba, dengan durasi singkat, dan berhubungan langsung dengan proses penyembuhan jaringan (Hall *et al.*, 2022).

Pada pasien post *sectio caesarea*, nyeri terutama berkaitan dengan kerusakan jaringan akibat insisi pembedahan, proses inflamasi, serta kontraksi uterus pasca persalinan. Selain faktor fisik, kondisi psikologis seperti kecemasan, stres, dan ketakutan juga dapat memperberat persepsi nyeri yang dirasakan pasien. Oleh karena itu, pemahaman mengenai kondisi klinis yang terkait dengan nyeri sangat penting dalam praktik keperawatan, karena dapat membantu tenaga kesehatan dalam

menentukan diagnosis yang tepat serta intervensi yang komprehensif, baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis (Dumiri *et al.*, 2024).

7. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor yang memengaruhi nyeri merupakan berbagai aspek yang dapat menentukan bagaimana seseorang merasakan, menilai, dan merespons nyeri. Nyeri tidak hanya dipengaruhi oleh kerusakan jaringan, tetapi juga oleh interaksi kompleks antara faktor fisiologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Secara fisiologis, usia, jenis kelamin, kondisi kesehatan, serta tingkat keparahan cedera atau penyakit sangat berperan dalam menentukan intensitas nyeri. Misalnya, pada pasien post *sectio caesarea*, luas luka operasi, adanya komplikasi, serta kondisi fisik ibu dapat memengaruhi tingkat nyeri yang dirasakan (Putri, 2024).

Individu yang mengalami kecemasan tinggi cenderung merasakan nyeri lebih berat dibandingkan dengan individu yang lebih tenang. Sebaliknya, mekanisme koping yang baik dapat membantu menurunkan persepsi nyeri. Faktor sosial dan budaya juga turut memengaruhi, seperti nilai-nilai budaya terkait ekspresi nyeri, dukungan keluarga, serta lingkungan sekitar pasien. Beberapa budaya mendorong individu untuk menahan nyeri, sementara yang lain lebih terbuka dalam mengekspresikannya (Sarmajo, 2024).

E. Konsep Pengukuran Skala Nyeri

Pengukuran nyeri merupakan proses penting dalam praktik keperawatan untuk menilai intensitas, karakteristik, dan dampak nyeri yang dirasakan pasien. Nyeri bersifat subjektif, sehingga pengkajian yang akurat sangat bergantung pada laporan pasien (*self-report*). Oleh karena itu, tenaga kesehatan menggunakan berbagai skala nyeri yang terstandar untuk membantu mengukur tingkat nyeri secara lebih objektif (Annisa, 2025).

Pengkajian nyeri secara komprehensif oleh perawat dengan menggunakan metode PQRST (Annisa, 2025).

- B. P (*Provoking/Palliating*) mengkaji apa yang memicu munculnya nyeri (misal: batuk, bergerak) dan apa yang meredakannya.
- 2) Q (*Quality*) mengkaji kualitas atau bagaimana rasa nyeri itu dirasakan (misal: tajam, seperti tertusuk, berdenyut).
- 3) R (*Region/Radiation*) mengkaji lokasi persis nyeri dan apakah menjalar ke area lain.
- 4) S (*Severity/Scale*) mengkaji intensitas atau keparahan nyeri menggunakan instrumen skala angka.
- 5) T (*Time*) mengkaji kapan nyeri mulai timbul, berapa lama durasinya, dan apakah keluhannya hilang timbul atau menetap secara konstan.

Selain teknik PQRST, instrumen pengukuran yang paling umum digunakan pada pasien dewasa yang kooperatif dan memiliki kemampuan komunikasi verbal yang baik adalah *Numeric Rating Scale* (NRS). Pada skala ini, pasien diminta untuk menilai tingkat nyeri yang dirasakannya menggunakan rentang angka dari 0 hingga 10. Angka 0 merepresentasikan ketiadaan nyeri; angka 1-3 menunjukkan nyeri ringan yang masih dapat ditoleransi dan tidak mengganggu aktivitas; angka 4-6 menandakan nyeri sedang yang mulai mengganggu aktivitas fisik; sedangkan angka 7-10 mendeskripsikan nyeri berat hingga sangat hebat yang tidak tertahankan. Skala ini sangat aplikatif dan direkomendasikan untuk pasien post *sectio caesarea* karena mudah dipahami dan perubahan respons nyerinya dapat dinilai secara cepat dan spesifik (Bakti 2023).



Gambar 2.3 *Numeric Rating Scale*

Sumber: Bakti (2023)

F. Konsep Dasar Terapi Rileksasi

a. Pengertian Terapi Rileksasi

Terapi relaksasi merupakan salah satu bentuk terapi komplementer atau intervensi nonfarmakologis yang bertujuan menciptakan kondisi rileks secara fisik maupun psikologis. Terapi ini dilakukan melalui berbagai teknik, seperti relaksasi napas dalam, relaksasi otot progresif, meditasi, visualisasi, maupun kombinasi dari beberapa teknik tersebut. Keadaan relaks yang dicapai mampu membantu tubuh mengurangi respons terhadap stres, meningkatkan kenyamanan, serta memperbaiki keseimbangan fungsi fisiologis (Edmund, 2023).

b. Tujuan Terapi Rileksasi

- 1) Mengurangi stres dan kecemasan.
- 2) Mengurangi persepsi nyeri.
- 3) Menurunkan ketegangan otot.
- 4) Meningkatkan kualitas tidur.
- 5) Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis.
- 6) Membantu meningkatkan kualitas hidup individu

G. Penelitian Terkait Perawatan Kenyamanan Pada Pasien Dengan Gangguan Rasa Nyaman Pada Pasien Post *Sectio Caesarea*

1. Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengurangi Intesitas Nyeri Pada Pasien Post SC

Salah satu intervensi nonfarmakologis yang efektif adalah teknik relaksasi napas dalam, yang membantu mengurangi ketegangan otot, menenangkan sistem saraf, dan mengalihkan fokus dari nyeri. Teknik relaksasi napas dalam digunakan untuk menurunkan skala nyeri akut pada ibu post-SC. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap tingkat nyeri pasien post-SC (Multazam *et al.*, 2023)

Penelitian yang dilakukan oleh Natalia *et al.*, (2023) di IHC Rumah Sakit Lavalette menggunakan metode desain *quasi Eksperimental* dengan rancangan *Pretest-Posttest Control Group Design*. Dengan jumlah responden sebanyak 32 orang melalui teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian ini membuktikan adanya penurunan skala nyeri yang sangat signifikan antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi. Berdasarkan analisis uji statistik yang dilakukan oleh peneliti, didapatkan nilai signifikansi sebesar $p\text{-value} = 0,000$. Kesimpulan dari studi ini menegaskan bahwa terdapat pengaruh yang sangat signifikan dari penerapan teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri pasien post sc.

2. Pengaruh Terapi *Progressive Muscle Relaxation* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post SC

Teknik relaksasi ini yang paling mudah dipelajari dan dikelola. Intervensi ini tidak mahal dapat dilakukan oleh pasien dan tidak ada efek samping. Teknik relaksasi otot progresif ini dapat mengurangi stres dan mencapai keadaan relaksasi yang mendalam. Hal ini akan meningkatkan kekebalan tubuh akan melakukan pelepasan endorfin yang merupakan pereda rasa sakit dan dapat menciptakan perasaan nyaman. Teknik relaksasi progresif adalah teknik merelaksasikan otot dalam pada bagian tertentu atau seluruhnya melalui teknik program terapi ketegangan otot, teknik relaksasi otot dalam merupakan teknik relaksasi yang tidak membutuhkan imajinasi atau sugesti (Greenberg, 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh Tasya (2023) menggunakan desain *pre eksperimen* dengan pendekatan *one group pretest* dan *posttest* di ruang Kebidanan RSUD Dr Rasidin dengan melibatkan 11 responden melalui teknik *purposive sampling* pengumpulan data menggunakan lembar kuesioner *Numeric Rating Scale* dan analisa data menggunakan analisa univariat dan bivariat dengan uji statistik yang digunakan *Uji*

Wilcoxon. Hasil penelitian didapatkan rerata skala nyeri sebelum diberi perlakuan Terapi *Progressive Muscle Relaxation* adalah mean 5,09 dan setelah diberikan perlakuan mean 3,18 didapatkan hasil selisih 1,909. Setelah dilakukan uji statistik *Wilcoxon* didapatkan nilai p value (0,004) $< \alpha$ 0,05. Maka disimpulkan ada pengaruh terapi *progressive muscle relaxation* terhadap tingkat nyeri pada pasien post *sectio caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD Dr. Rasidin Padang.

3. Pengaruh Terapi *Guided Imagery* Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post SC

Terapi *guided imagery* adalah teknik yang mempelajari kekuatan pikiran yang terbimbing saat sadar atau tidak sadar untuk menciptakan imajinasi yang menghadirkan ketenangan dan kesunyian. Adanya suatu bayangan akan merangsang *hypothalamus* dan sistim limbic mengeluarkan *corticotrophin realizing factor* (CRP) yang dapat memicu pitutari untuk menstimulasi opioid endogen yang menghasilkan beta endorphin sebagai neuro *guided imagery* transmitter yang mempengaruhi suasana hati menjadi rileks serta produksi enkefalin oleh medulla meningkat yang pada akhirnya akan menimbulkan perasaan rileks dan mengurangi nyeri. Efek menyebabkan pasien mengalihkan perhatiannya pada rasa sakit ke hal-hal yang membuatnya senang dan bahagia sehingga melupakan rasa sakit yang dialaminya (Napisah *et al.*, 2022). Hal ini yang menyebabkan intensitas nyeri yang dirasakan pasien pasca operasi *sectio caesarea* menurun setelah dilakukannya teknik *guided imagery* (Indriani & Dharma, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh Ni Wayan *et al.*, (2024) di RSUD Sanjiwani Gianyar dengan menggunakan rancangan penelitian *pre-eksperimen* dengan desain *one group pre-test post test design*, penelitian ini melibatkan 20 sampel pasien post SC. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability* sampling atau total

sampling. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh ibu post operasi *sectio caesarea* di RSUD Sanjiwani Gianyar. Penelitian ini dilakukan di Ruang Rawat Inap RSUD Sanjiwani Gianyar pada bulan Oktober-November 2024. Instrumen pada penelitian ini adalah kuesioner *Numeric Rating Scare (NRS* dan SOP terapi relaksasi *guided imagery*. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *wilcoxon*, dengan nilai signifikan $p < 0,05$.

4. Pengaruh Terapi Musik Klasik Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post SC

Nyeri merupakan hal yang paling sering dikeluhkan dan dapat mengganggu kenyamanan pasien. Oleh sebab itu dilakukan tindakan untuk mengatasi nyeri tersebut, yaitu dengan manajemen nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan secara farmakologis dan non-farmakologis. Adapun beberapa terapi non farmakologis yang dapat menurunkan nyeri ialah, terapi musik, terapi relaksasi, terapi komplementer, penggunaan aroma terapi lavender, terapi nature based sound, pijak minyak zaitun dan elastic abdominal binders. Salah satu terapi non farmakologi untuk menurunkan nyeri pasien post sc ialah terapi musik klasik, terapi musik klasik merupakan salah satu manajemen nyeri non farmakologi yang dapat dilakukan untuk mengurangi skala nyeri pada pasien post sectio caesaria (Esadella & Maryati, 2023).

Musik klasik memiliki tempo yang lambat dan menenangkan, sehingga bisa dijadikan alat alternatif untuk menjadikan musik sebagai terapi di bidang kesehatan (Nur *et al.*, 2024). Terapi musik klasik dapat memberikan ketenangan dengan alunan lembut yang selaras dengan denyut nadi sehingga menimbulkan efek distraksi terhadap pikiran tentang rasa nyeri (Esadella & Maryati, 2024). Terapi musik mampu mempengaruhi persepsi dengan cara mendistraksi, yaitu pengalihan

fikiran dari nyeri, musik dapat mengalihkan konsentrasi klien pada hal-hal yang menyenangkan.

Penelitian yang dilakukan oleh Lumbantobing & Herliana, (2025) menggunakan pendekatan *Quasy Experiment* dengan rancangan One Grup *Pretest-Posttest* di Ruang Rawat Inap RSUD Cengkareng, dengan melibatkan 15 responden yang ditarik menggunakan teknik *consecutive sampling*. Evaluasi mendalam terhadap intensitas nyeri pasien sebelum dan sesudah diberikan terapi musik klasik menunjukkan penurunan angka nyeri yang sangat drastis dan signifikan. Analisis statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test* memperkuat temuan klinis ini dengan nilai signifikansi *p-value* = 0,001. Berdasarkan uji hipotesis tersebut, dapat disimpulkan bahwa kombinasi relaksasi napas dalam dan terapi musik suara alam sangat direkomendasikan karena berpengaruh signifikan terhadap penurunan skala nyeri pascaoperasi.

5. Pengaruh Aromaterapi Lemon Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post SC

Aromaterapi lemon merupakan salah satu bentuk terapi komplementer yang menggunakan minyak esensial dari buah lemon (*Citrus limon*) untuk meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis individu. Minyak esensial lemon diperoleh melalui proses ekstraksi kulit buah dengan metode cold-pressed yang mempertahankan kandungan senyawa aktif seperti limonene, linalool, dan citral yang berperan dalam memberikan efek terapeutik. Secara fisiologis, aromaterapi lemon bekerja melalui sistem penciuman (olfaktori), di mana molekul aroma yang dihirup akan merangsang reseptor di hidung dan diteruskan ke sistem limbik di otak, khususnya bagian yang berhubungan dengan emosi, memori, dan respon stres. Stimulasi ini kemudian memicu pelepasan

neurotransmitter seperti serotonin dan dopamin yang berperan dalam meningkatkan suasana hati, menurunkan kecemasan, serta memberikan efek relaksasi.

Penelitian oleh Marlin Sutrisna, Yusran Hasymi *et al* pada rentang bulan Maret hingga April 2024, ini menggunakan rancangan *Quasi eksperimen*. Penelitian dilakukan di RS Bhayangkara Denpasar pada bulan November hingga Desember 2024 sampai dengan Januari 2025 dengan melibatkan sampel pada penelitian ini berjumlah 30 orang yang terdiri dari 15 kelompok eksperimen dan 15 kelompok kontrol. yang ditentukan menggunakan teknik sampling jenis *nonprobability* sampling yaitu *accidental sampling*. Pengumpulan data dilakukan menggunakan lembar observasi dan dianalisis menggunakan analisis uji *Wilcoxon sign rank test* mendemonstrasikan hasil penurunan skala nyeri yang sangat tajam secara statistik ($p\text{-value} < 0,05$). Sehingga, dari hasil penelitiannya disimpulkan bahwa aromaterapi lemon dapat menurunkan nyeri post SC.

Tabel 2.1
Tabel Penelitian Terkait

No.	Penulis dan Judul	Jurnal dan Tahun Terbit	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Natalia Goncalves “Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Sectio Caesarea”	Media Husada Journal of Nursing Science. Vol 6 (No.3), halaman 212-217. (2025)	Sampel pada penelitian ini menggunakan 32 responden.	Penelitian ini menggunakan metode <i>quasi experiment</i> dengan pendekatan one group pre-post test.	Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pemberian teknik relaksasi nafas dalam Teknik ini efektif dijadikan intervensi mandiri keperawatan dengan nilai <i>p value</i> sebesar $0,000 < 0,05$.
2.	Dea Elanda Putri, Rischa Hamdanesti “Pengaruh Terapi Progressive Muscle Relaxation Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea di Ruangan	Jurnal Penelitian Nusantara (2025)	Sampel yang digunakan pada penelitian ini yaitu sebanyak 25 responden.	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian <i>Pre Eksperiment Design</i> dengan jenis rancangan	Hasil penelitian didapatkan dilihat bahwa rerata skala nyeri sebelum diberikan terapi progressive muscle relaxation adalah mean 5,09, standar deviasi 0,831 dan skala nyeri terendah adalah 4 dan skala nyeri tertinggi adalah 6 dan sesudah diberikan terapi progressive muscle relaxation adalah mean 3,18, standar deviasi 1,168 dan skala nyeri terendah adalah 1 dan skala nyeri tertinggi

	Kebidanan RSUD Dr. Rasidin Padang”			Pre-Post Test One Group Design.	adalah 5. dengan nilai <i>p value</i> sebesar 0,000 < 0,05.
3.	Ni Wayan Liliana “Pengaruh Terapi Guided Imagery Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Sanjiwani Gianyar”	CARING, Volume 8 Nomor 2, Desember 2024)	Sampel yang digunakan 40 Pasien.	Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain <i>pre-eksperimen</i> dengan desain <i>one group pre-test post-test design</i> .	Terdapat pengaruh yang signifikan antara terapi guided imagery terhadap nyeri post operasi sectio caesarea di RSUD Sanjiwani Gianyar dengan nilai <i>p value</i> sebesar 0,000 < 0,05.
4.	Masyitah Wahab, Jamila Kasim “Pengaruh Terapi Musik	Jurnal Nursing Bina Bangsa Volume 2 No 1 April	Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien Post SC	Desain pada penelitian ini ialah metode <i>Pra Eksperimental</i>	Data analisis dengan menggunakan uji statistic Paired sample test didapatkan nilai $p=0.001$. Ada pengaruh terapi musik klasik terhadap penurunan intensitas nyeri post

	<i>Klasik Terhadap Penurunan intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea Di Ruang Perawatan Sakura RSUD Hajjah Andi Depu Polewali Mandar”</i>	(2025)	yang dirawat di ruang sakura RSUD Hajjah Andi Depu yaitu 111 pasien. Jadi sampel dalam penelitian ini adalah 37 orang yang diberikan terapi musik klasik.	dengan rancangan penelitian yang digunakan adalah <i>one group pretest-posttest design</i> , yaitu melakukan pengukuran sebelum dilakukan intervensi (pretest) adanya perlakuan (treatment) dan setelah itu dilakukan pengukuran lagi (<i>posttest</i>)	sectio caesarea di Ruang perawatan sakura RSUD Hajjah Andi Depu Polewali Mandar.
5.	Marlin Sutrisna, Yusran Hasymi, Mutia Sefta	<i>Jurnal Kesehatan Saintika Meditory,</i>	Sampel yang digunaan 46	Penelitian ini menggunakan	Data diolah menggunakan <i>Wilcoxon test</i> . Hasil menunjukkan bahwa terdapat

	Utami “Pengaruh Terapi Aroma Lemon Terhadap Tingkat Nyeri Pasien <i>Post Operasi</i> SC ”	(Vol. 7, No. 4) (2024)	pasien apendisitis pasca operasi	metode kuantitatif dengan metode penelitian <i>Quasy Experiment</i> dengan rancangan “ <i>One Grup Pretest-Posttest</i> ”	pengaruh yang signifikan dari pemberian terapi aroma lemon terhadap penurunan skala nyeri dengan nilai <i>p value</i> = 0,001 Terdapat pengaruh yang signifikan dari terapi lemon terhadap skala nyeri pasien <i>post</i> apendiktomi. Terapi ini direkomendasikan sebagai terapi <i>adjuvan</i> /alternatif.
--	--	---------------------------	-------------------------------------	---	---



H. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post *Sectio Caesarea* dengan Masalah Gangguan Rasa Nyaman

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yang sistematis dan komprehensif yang diberikan kepada pasien untuk menyelesaikan masalah kesehatannya. Pada pasien *post* operasi appendisitis, asuhan keperawatan berfokus pada pemulihan pasca bedah dan manajemen nyeri akut (Sukmadi *et al.*, 2024).

1. Pengkajian

Tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2024).

- a. Identitas pasien dan penanggung
- b. Keluhan utama Pada ibu dengan kasus post section ceasarea keluhan utama yang timbul yaitu nyeri pada luka operasi, kaki kesemutan, pusing dan tidak mau kentut, efek anastesi dan pendarahan.
- c. Riwayat Kesehatan Sekarang: Mengkaji kondisi pasien setelah operasi, kapan operasi dilakukan, jenis anastesi, dan status kesadaran. Pengkajian nyeri dilakukan secara komprehensif menggunakan pendekatan PQRST:
 1. P (*Provoking*): Nyeri bertambah saat pasien bergerak, batuk, atau mengejan, dan berkurang saat istirahat atau diberikan posisi nyaman.
 2. Q (*Quality*): Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, disayat, atau panas pada area insisi.
 3. R (*Region*): Nyeri terlokalisasi pada area abdomen (lokasi insisi post sc).
 4. S (*Severity*): Skala nyeri diukur menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) 1-10, biasanya berada pada rentang sedang hingga berat pada 24 jam pertama.

5. T (*Time*): Nyeri dirasakan terus-menerus atau hilang timbul, terutama akut setelah efek anestesi menghilang.

d. Riwayat Kehamilan

Persalinan dan Nifas Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), hamil pertama umur berapa, berapa kali pernah hamil, berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah pernah mengalami keguguran atau pendarahan, berapa kali imunisasi TT, persalinan dimana, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir, keadaan ibu setelah melahirkan, umur anak saat ini.

e. Penggunaa Alat Kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, sejauh mana pengetahuan ibu tentang alat kontrasepsi.

f. Riwayat Penyakit Yang Pernah Diderita

Tanyakan tentang penyakit yang pernah diderita yang ada hubungannya dengan sistem reproduksi serta penyakit lain yang dapat mempengaruhi kehamilan atau persalinan.

g. Riwayat Penyakit Keluarga

Tanyakan pada ibu apakah ada keluarga ibu yang menderita penyakit yang bersifat menurun seperti: TBC. Jantung, hipertensi, HIV/AIDS, diabetes militus (DM), asthma, penyakit menular seksual (sifilis, gonorrhea), serta tanyakan apakah ada riwayat gemeli (kembar).

h. Data Biologis

- 1) Bernafas Tanyakan kesulitan dalam bernafas terutama pasca persalinan.
- 2) Makan dan Minum Tanyakan bagaimana kebiasaan makan dan minum pasien apakah telah mengandung zat gizi.

- 3) Eliminasi Tanyakan kebiasaan dan kesulitan atau masalah BAB dan BAK.
- 4) Istirahat dan tidur Perlu ditanyakan bagaimana kebiasaan dan masalah apa yang dapat mengganggu istirahat dan tidur pasien.
- 5) Gerak dan aktifitas Tanyakan hal-hal yang dapat dilakukan oleh pasien sebelum dan setelah pembedahan.
- 6) Kebersihan diri Tanyakan kebiasaan menjaga kebersihan diri terutama payudara dan vulva.
- 7) Berpakaian Tanyakan kebiasaan mengganti baju.
- 8) Pengaturan suhu tubuh Tanyakan apakah pernah mengalami peningkatan suhu tubuh.
- 9) Seksualitas Tanyakan sebelum.Saat dan setelah hamil berapa kali frekuensi dalam seminggu melakukan seksualitas.

i. Data Psikologis

- 1) Rasa nyaman Tanyakan ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- 2) Rasa aman Kaji hal-hal yang berkaitan dengan kecemasan ibu.
- 3) Konsep diri
 - a. Identitas diri Tanyakan pada ibu tentang identitasnya di dalam keluarga.
 - b. Harga diri Bagaimana perasaan ibu setelah melahirkan anaknya.
 - c. Ideal diri Apa yang ingin dilakukan ibu setelah melahirkan.
 - d. Gambaran diri Tanyakan kepada ibu bagaimana perasaan ibu dengan perubahan tubuh yang dialami ibu selama hamil, ataupun setelah melahirkan.
 - e. Pesan diri Tanyakan kepada ibu apa perannya di dalam keluarga.

j. Data Sosial

- 1) Sosial Targetkan tentang interaksi atau tingkat ketergantungan pasien terhadap orang lain.
- 2) Bermain dan Rekreasi Tanyakan tentang kebiasaan pengisian waktu luang.
- 3) Prestasi Kaji hal-hal yang membanggakan dari pasien yang ada hubungan dengan kondisinya.
- 4) Belajar Kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partum terutama untuk ibu dengan section caesarea meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.

k. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum: Pasien tampak lemah, posisi tubuh cenderung menahan nyeri (*guarding*), ekspresi wajah meringis, gelisah, dan membatasi pergerakan.
- 2) Kesadaran: Umumnya compos mentis, namun dapat tampak gelisah atau tidak nyaman akibat nyeri. Pada kondisi tertentu dapat terjadi penurunan kesadaran akibat efek anestesi.
- 3) Tanda-tanda Vital
 - a. Tekanan darah dilakukan untuk menilai adanya peningkatan tekanan darah akibat stimulasi sistem saraf simpatis sebagai respon terhadap nyeri.
 - b. Frekuensi pernapasan dilakukan untuk menilai adanya takipnea dan pola napas dangkal akibat pasien menahan nyeri saat inspirasi.
 - c. Frekuensi nadi dilakukan untuk menilai adanya takikardia sebagai respon terhadap nyeri atau kondisi stres pasca pembedahan.

- d. Suhu tubuh dilakukan untuk menilai adanya peningkatan suhu yang dapat mengindikasikan infeksi pasca operasi.
- 4) Kepala dan Leher
- a. Inspeksi dilakukan untuk menilai ekspresi wajah (meringis, menahan nyeri), kondisi mata, bibir, dan mukosa (dapat kering).
 - b. Palpasi dilakukan untuk menilai adanya pembesaran kelenjar atau kelainan lain pada leher (umumnya tidak ditemukan kelainan).
 - c. Perkusi dilakukan untuk menilai resonansi paru, umumnya didapatkan bunyi sonor.
 - d. Auskultasi dilakukan untuk menilai bunyi napas, biasanya vesikuler, dan memastikan tidak ada suara napas tambahan seperti ronki atau wheezing.
- 5) Thoraks
- a. Inspeksi dilakukan untuk menilai bentuk dada, kesimetrisan pergerakan dada, serta pola napas. Pada pasien post operasi biasanya tampak napas dangkal akibat menahan nyeri.
 - b. Palpasi dilakukan untuk menilai ekspansi dada dan adanya nyeri tekan. Ekspansi dada dapat menurun karena pasien menghindari napas dalam.
 - c. Perkusi dilakukan untuk menilai resonansi paru, umumnya didapatkan bunyi sonor.
 - d. Auskultasi dilakukan untuk menilai bunyi napas, biasanya vesikuler, dan memastikan tidak ada suara napas tambahan seperti ronki atau wheezing.
- 6) Abdomen
- a. Inspeksi dilakukan untuk menilai bentuk dan kontur abdomen, adanya distensi, kondisi luka operasi di kuadran kanan bawah (kemerahan, edema, tanda infeksi), keadaan balutan luka (kering

atau basah), adanya rembesan darah atau pus, serta pergerakan dinding abdomen saat bernapas.

- b. Auskultasi dilakukan sebelum palpasi dan perkusi untuk menilai bising usus, apakah normal, hipoaktif, atau tidak terdengar akibat efek anestesi dan manipulasi pembedahan.
- c. Perkusi dilakukan untuk menilai bunyi timpani atau pekak yang dapat mengindikasikan adanya penumpukan gas atau cairan dalam rongga abdomen.
- d. Palpasi dilakukan secara hati-hati untuk menilai adanya nyeri tekan terutama di area luka operasi, kekakuan otot abdomen (defans muskular), serta adanya tanda iritasi peritoneum.

7) Ekstermitas

- a. Inspeksi dilakukan untuk menilai warna kulit, adanya edema, serta kemampuan pergerakan. Pasien biasanya membatasi gerakan akibat nyeri.
- b. Palpasi dilakukan untuk menilai suhu kulit (akral hangat), turgor kulit, dan perfusi perifer (CRT < 3 detik).

8) Integumen

- a. Inspeksi dilakukan untuk menilai warna kulit, adanya kemerahan, luka, atau lesi, terutama di sekitar area luka operasi. Kaji kondisi balutan luka (kering atau basah), adanya rembesan darah atau pus, serta tanda-tanda infeksi seperti eritema, edema, dan peningkatan suhu lokal. Selain itu, perhatikan kelembapan kulit dan adanya perubahan integritas kulit.
- b. Palpasi dilakukan untuk menilai suhu kulit (hangat atau meningkat pada area luka), turgor kulit (menurun jika terjadi kekurangan cairan), serta adanya nyeri tekan di sekitar luka operasi.

h. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan, baik yang berlangsung aktual maupun berisiko, yang menjadi dasar dalam pemilihan intervensi keperawatan. Berdasarkan keluhan utama pada pasien *post sectio caesarea*, diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat adalah Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi/insisi bedah) (D.0077).

Etiologi nyeri akut pada kasus pembedahan umumnya berkaitan dengan adanya trauma jaringan akibat tindakan operasi. Prosedur pembedahan yang melibatkan insisi pada kulit, jaringan otot, dan organ akan menyebabkan kerusakan sel dan memicu respon inflamasi. Kondisi ini mengakibatkan pelepasan mediator kimia seperti prostaglandin, histamin, dan bradikinin yang berperan dalam merangsang nosiseptor (reseptor nyeri). Impuls nyeri kemudian dihantarkan melalui serabut saraf menuju sistem saraf pusat sehingga dipersepsikan sebagai nyeri oleh individu. Selain itu, faktor lain seperti spasme otot di sekitar area luka operasi, iritasi atau kerusakan saraf selama tindakan, serta pemasangan alat medis seperti drain dan kateter turut memperberat sensasi nyeri. Dengan demikian, nyeri akut pasca pembedahan merupakan respon fisiologis tubuh terhadap kerusakan jaringan dan proses inflamasi yang terjadi selama dan setelah tindakan operasi (Anggita *et al.*, 2025).

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Nyeri Akut didefinisikan sebagai 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. Batasan karakteristik (tanda dan gejala) berdasarkan SDKI adalah sebagai berikut:

a. Gejala dan Tanda Mayor:

- 1) Subjektif: Mengeluh nyeri.
- 2) Objektif:
 - a) Pasien tampak meringis.
 - b) Bersikap protektif (misalnya waspada atau mengambil posisi tubuh tertentu untuk menghindari area yang nyeri).
 - c) Mengalami kegelisahan (gelisah).
 - d) Terjadi peningkatan frekuensi nadi.
 - e) Mengalami kesulitan tidur (insomnia sekunder akibat nyeri).
- b. Gejala dan Tanda Minor:
 - 1) Subjektif: (Tidak tersedia spesifik pada SDKI, biasanya tergabung dalam keluhan utama).
 - 2) Objektif:
 - a) Tekanan darah meningkat akibat respons stimulasi saraf simpatis.
 - b) Pola napas berubah (menjadi lebih cepat atau dangkal saat nyeri timbul).
 - c) Nafsu makan berubah (menurun).
 - d) Proses berpikir terganggu (fokus menyempit hanya pada rasa nyeri).
 - e) Menarik diri atau berfokus pada diri sendiri.
 - f) Berkeringat (diaforesis).
2. Intervensi Keperawatan

Manajemen nyeri secara umum terbagi menjadi dua pendekatan utama, yakni farmakologis melalui kolaborasi pemberian analgetik, dan non-farmakologis yang sepenuhnya merupakan ranah tindakan mandiri (independen) keperawatan. Hal ini dikarenakan intervensi asuhan keperawatan mandiri memiliki keunggulan pendekatan yang lebih holistik, minim efek samping, serta mampu memberdayakan koping pasien secara langsung. Rangkaian intervensi non-farmakologis ini bekerja dengan cara memodulasi respons fisiologis dan psikologis

pasien terhadap stimulus rangsangan nyeri, sehingga terbukti secara empiris mampu mempercepat proses penyembuhan luka insisi dan meningkatkan kualitas kenyamanan pasien selama masa perawatan di rumah sakit (Anggita *et al.*, 2024).



Tabel 2.2
Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional Tindakan
Nyeri Akut (D.0077) Berhubungan dengan: Agen Pencedera Fisik (dibuktikan dengan prosedur operasi sc). Dibuktikan dengan (Data Mayor) Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur (Data Minor) Subjektif:	Setelah dilakukan an intervensi keperawatan selama 3 x 4 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: SLKI: Tingkat Nyeri (L.08066) Ekspetasi: Membaik Keterangan Skor Indikator 1-5: 1=Meningkat 2=Cukup Meningkat 3=Sedang 4=Cukup Menurun n, 5=Menurun Keterangan Skor Indikator 6-7: 1=Memburuk 2=Cukup Memburuk	SIKI: : Manajemen Nyeri (L.08238) Observasi: 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif menggunakan PQRST secara berkala. 2. Monitor respons non-verbal terhadap nyeri (mis. ekspresi wajah, gelisah). Terapeutik: 1. Berikan lingkungan yang tenang untuk mendukung istirahat. 2. Atur posisi yang nyaman (mis. semi-Fowler) untuk mengurangi tegangan pada luka abdomen. 3. Berikan teknik non-farmakologis (mis. teknik relaksasi napas dalam, distraksi).	Observasi: 1. Membantu membedakan nyeri akibat komplikasi atau murni insisi bedah. 2. Menjadi parameter dasar (baseline) untuk mengevaluasi efektivitas intervensi. 3. Isyarat non-verbal merupakan indikator objektif nyeri, terutama jika pasien menahan sakit. 4. Mengetahui pemicu agar perawat dapat meminimalkan stimulus nyeri. Terapeutik: 1. Teknik relaksasi dan distraksi (EBN) memicu pelepasan endorfin, menghambat transmisi gate control nyeri ke otak, dan menekan saraf simpatis sehingga persepsi nyeri menurun secara signifikan. 2. Lingkungan yang tenang menurunkan rangsangan saraf simpatis dan memfasilitasi relaksasi. 3. Tidur memulihkan energi dan meningkatkan batas toleransi tubuh terhadap nyeri. 4. Mobilisasi meminimalkan spasme otot,

Tidak ada Objektif: - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Berfokus pada diri sendiri	3=Sedang 4=Cukup Membaik 5=Membaik Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik	Edukasi: 1. Ajarkan dan demonstrasikan teknik relaksasi napas dalam. 2. Ajarkan teknik <i>splinting</i> (menahan area luka dengan bantal) saat akan batuk, bernapas dalam, atau bergerak. Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgesik terjadwal (bukan hanya PRN) untuk 24-48 jam pertama. EBN: 1. Terapi relaksasi napas dalam (Natalia 2025). 2. Terapi relaksasi otot progresif (Dea Elanda <i>et al.</i>, 2025). 3. Terapi relaksasi <i>guided imagery</i> (Ni Wayan Liliana, 2024) 4. Terapi Musik Klasik (Masyitah Wahab, Jamila Kasim, 2025) Terapi aroma lemon (Marlin Sutrisna <i>et al.</i>, 2024)	melancarkan sirkulasi darah ke area insisi, dan mempercepat pemulihan peristaltik usus. Edukasi: 1. Pengetahuan mengurangi respons kecemasan yang dapat memperparah persepsi nyeri. 2. Meningkatkan kontrol diri dan kemandirian pasien dalam mengatasi nyeri. 3. Pasien dapat segera melaporkan dan menangani nyeri sebelum menjadi berat. 4. Memastikan pasien melakukan teknik relaksasi dengan prosedur yang tepat saat nyeri timbul. Kolaborasi: Analgetik bekerja memblokir reseptor nyeri pada sistem saraf pusat untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat secara farmakologis. EBN: 1. Mengalihkan fokus dari nyeri dan merangsang relaksasi sehingga menurunkan persepsi nyeri. 2. Menurunkan aktivitas simpatik, meningkatkan relaksasi dan endorfin sehingga nyeri berkurang. 3. Stimulasi saraf dan relaksasi menurunkan ketegangan serta persepsi nyeri. 4. Melancarkan sirkulasi dan mengurangi
--	---	---	---

			kekakuan sehingga menurunkan nyeri. 5. Efek relaksasi dan peningkatan mood membantu menurunkan persepsi nyeri.
--	--	--	---



1. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik dengan mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan yang telah ditetapkan. Pada kasus pasien *post* operasi appendisitis dengan masalah nyeri akut, pelaksanaan tindakan keperawatan difokuskan pada upaya manajemen nyeri dan perawatan kenyamanan secara komprehensif, meliputi tindakan observasi seperti memantau skala dan karakteristik nyeri secara berkala, tindakan terapeutik melalui penciptaan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta tindakan edukasi dengan mengajarkan dan membimbing pasien mempraktikkan terapi non-farmakologis (Diningrat *et al.*, 2024).

2. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang dilakukan secara terus-menerus dan terencana untuk menilai sejauh mana tujuan keperawatan telah tercapai menggunakan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, *Asesmen*, *Planning*). Secara teoritis, tahap ini bertujuan untuk membandingkan respons pasien setelah diberikan asuhan keperawatan (seperti penerapan perawatan kenyamanan dan terapi relaksasi) dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam SLKI; di mana data Subjektif (S) berisi pernyataan pasien mengenai penurunan skala nyerinya, data Objektif (O) berisi hasil observasi perawat seperti pasien tampak lebih rileks, nadi dan tekanan darah stabil serta wajah tidak meringis, *Asesmen* (A) adalah kesimpulan perawat apakah masalah nyeri akut teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi, dan *Planning* (P) berisi rencana tindak lanjut yang dapat berupa menghentikan, memodifikasi, atau melanjutkan intervensi seperti memotivasi

pasien untuk mengaplikasikan teknik relaksasi secara mandiri ketika nyeri mulai timbul kembali ((Bakti *et al.*, 2024).

