

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP *SECTIO CAESAREA* (SC)

1. Pengertian *Sectio caesarea*

Sectio caesarea adalah prosedur pembedahan dimana bayi dikeluarkan dari rahim ibu dengan cara membuat sayatan pada dinding perut dan rahim ibu. Prosedur ini biasanya dilakukan bila persalinan normal tidak memungkinkan bagi ibu atau bayi seperti jika terdapat masalah medis atau komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Setelah bayi dilahirkan melalui prosedur ini, ibu membutuhkan waktu pemulihan yang lebih lama dibandingkan dengan kelahiran normal (Rosemary, 2010, dalam Amita, Fernalia & Yulendasari, 2018).

Sectio caesarea merupakan suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan dengan dilakukan insisis pada dinding perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Amru & Sofian, 2012 dalam Panani *et al.*, 2022).

2. Indikasi *Sectio Caesarea* (SC)

Menurut Manuba, 2015 (dalam Sagita, 2019) indikasi ibu dilakukan *sectio caesarea* yaitu :

a. Indikasi Mutlak

1) Indikasi ibu

a) Panggul sempit absolut atau CPD (*Cephalo Pelvik Disproportion*)

- b) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi.
 - c) Tumor-tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi.
 - d) Stenosis serviks/vagina.
 - e) Plasenta previa.
 - f) Disproporsi sefalopelvik.
 - g) Ruptura uteri membakat.
- 2) Indikasi janin
- a) Kelainan letak (sungsang, presbo).
 - b) Gawat janin.
 - c) Prolapsus plasenta.
 - d) Perkembangan bayi yang terlambat.
 - e) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia.
- b. Indikasi Relatif
- 1) Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya.
 - 2) Presentasi bokong.
 - 3) Distosia.
 - 4) *Fetal distress*.
 - 5) Preeklamsi berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes.
 - 6) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu.
 - 7) Gemeli.
- c. Indikasi Sosial
- 1) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya.

- 2) Wanita yang ingin *sectio caesarea* elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul.
- 3) Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau *sexuality image* setelah melahirkan.

3. Manifestasi klinis

Menurut Manuba, 2015 (dalam Sagita, 2019) manifestasi klinis pada klien dengan *post sectio caesarea* antara lain :

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- b. Terpasang kateter, urin jernih dan pucat.
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- d. Bising usus tidak ada.
- e. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru.
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- g. Aliran lokhea sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak.

4. Patofisiologi

Persalinan Sectio Caesarea (SC) adalah suatu persalinan dengan dilakukan pembedahan pada bagian abdomen dan rahim dengan ketentuan rahim dalam kondisi utuh atau berat janin 500 gram keatas. Faktor lain selain dari ibu adalah panggul sempit yang absolut, persalinan normal tidak terjadi juga dikarenakan kurangnya adekuat stimulasi, adanya beberapa tumor atau benjolan di jalan lahir yang memicu adanya kendala atau obstruksi, indikasi lain dilaksanakannya tindakan SC juga berasal dari janin seperti kelainan letak, menyempitnya tulang belakang pada vagina,

plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, ruptura uteri membakat gawat janin, pengembungan pada plasenta, hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia (Rustam, 2012 dalam Fahmy dkk., 2018)

Trauma pada jaringan dan putusnya inkontinuitas jaringan dapat terjadi akibat sayatan pada perut dan rahim dan hal tersebut akan menimbulkan beberapa komplikasi seperti saraf dan juga pembuluh pada darah sekitar bekas insisi. Tindakan itu dapat memicu terbentuknya histamin dan prostaglandin. Kedua hal tersebut akan menyebabkan rasa nyeri yang terukur pada daerah bekas insisi. Ketika nyeri mulai terasa maka selanjutnya dapat memicu munculnya masalah keperawatan baru seperti hambatan mobilitas fisik. Adanya jaringan terbuka juga akan menimbulkan munculnya risiko tinggi terhadap masuknya bakteri dan virus yang akan menyebabkan infeksi apabila tidak dilakukan perawatan luka yang baik (Rustam 2012 dalam Sofyan, 2019).

5. Penatalaksanaan Medis

Menurut Affandi, B., & Trujatmo R. (2017, dalam Faj dkk., 2022) ada beberapa penatalaksanaan medis post operasi *Sectio Caesarea*, yakni :

a. Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intravena 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 (Martin, R., & Koniak-Griffin, 2011 dalam Ramandanty, 2019).

b. Diet

Melalui infus, cairan yang diberikan akan dihentikan apabila klien sudah mengeluarkan gas (flatus) kemudian akan dimulai dengan diberi minum dan makan peroral. Minum dengan jumlah yang sedikit dapat dilakukan pada rentan 6 -10 jam pasca operasi, minuman dapat berupa air mineral ataupun air teh (Praghlapati, 2020)

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi (Martin, R., & Koniak-Griffin, 2011 dalam Ramandanty, 2019).

d. Kateterisasi

Kateterisasi digunakan sebagai cara untuk meminimalisir rasa nyeri akibat kandung kemih yang penuh. Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak nyaman pada penderita,

menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita (Martin, R., & Koniak-Griffin, 2011 dalam Ramandanty, 2019).

Therapy atau obat-obatan

1) Antibiotik

Cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi (Martin, R., & Koniak-Griffin, 2011 dalam Ramandanty, 2019).

2) Analgetik

Jenis obat yang dapat digunakan sebagai pelancar kerja untuk saluran pencernaan dan obat-obatan. Obat yang dapat diberikan melalui suppositoria obat yang diberikan ketoprofen sup 2x/24 jam, melalui orang obat yang dapat diberikan tramadol atau paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu (Martin, R., & Koniak-Griffin, 2011 dalam Ramandanty, 2019).

3) Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobiant I vit C (Martin, R., & Koniak-Griffin, 2011 dalam Ramandanty, 2019).

e. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti (Martin, R., & Koniak-Griffin, 2011 dalam Ramandanty, 2019).

f. Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan (Martin, R., & Koniak-Griffin, 2011 dalam Ramandanty, 2019).

g. Perawatan payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan komplikasi, biasanya mengurangi rasa nyeri (Martin, R., & Koniak-Griffin, 2011 dalam Ramandanty, 2019).

**B. ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA PASIEN POST
SECTIO CAESAREA**

1. Konsep Nyeri

a. Pengertian

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) nyeri adalah sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau stimulus yang potensial menimbulkan kerusakan jaringan dimana fenomena ini mencakup respon fisik, mental dan emosional dari individu (Amris *et al.*, 2019).

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik multidimensi pada intensitas ringan sedang dan berat dengan kualitas tumpul, terbakar dan tajam, dengan penyebaran dangkal, dalam atau lokal dan

durasi sementara, intermiten dan persisten yang beragam tergantung penyebabnya (Ayudita, 2023).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Etiologi

Penyebab yang berasal dari nyeri ini bisa dikategorikan menjadi 3 menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) yaitu:

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).
- 2) Agen pencemaran kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan).
- 3) Agen cedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

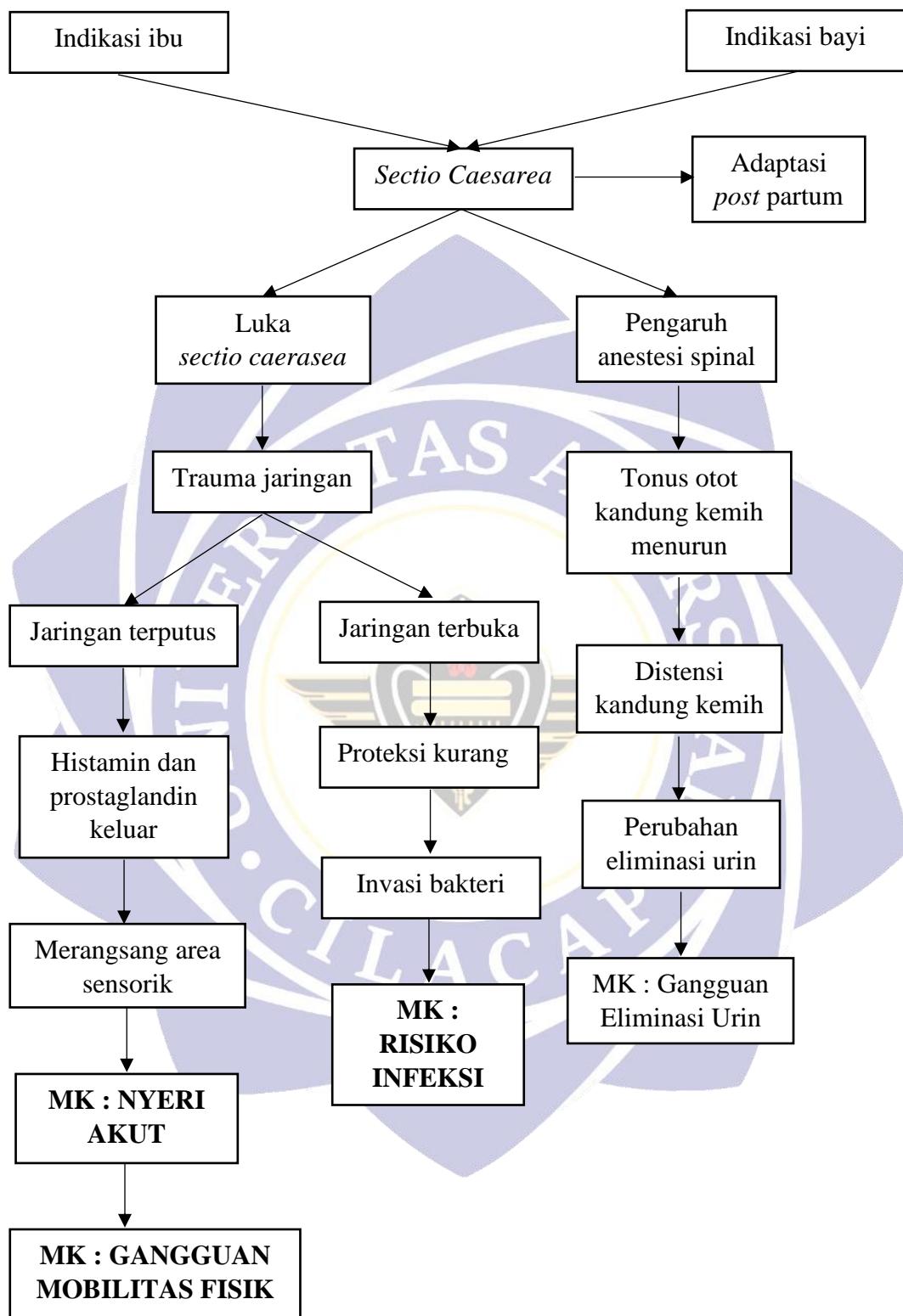
c. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala dari nyeri ini menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) dibagi menjadi tanda dan gejala mayor dan minor. Tanda dan gejala mayor subjektif mengeluh nyeri. Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur. Tanda dan gejala minor subjektif tidak tersedia. Objektif : tekanan darah meningkat,

pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu,
menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis.



d. *Pathways*



Bagan 2. 1 Pathways

d. Penatalaksanaan keperawatan

Menurut Barat (2023) penanganan nyeri yang dapat dilakukan adalah dengan :

- 1) Kolaborasi pemberian farmakologi atau berupa obat-obatan seperti analgesik dan NSAID.
- 2) Penanganan nyeri dengan nonfarmakologi berupa :
 - a) Imaginasi terbimbing (*guided imagery*)
 - b) Relaksasi nafas dalam
 - c) Hipnotherapi
 - d) Distraksi atau peralihan perhatian
 - e) Relaksasi progresif (meregangkan otot atau *stretching*)
 - f) Meditasi dan visualisasi.

Cara yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri pada pasien adalah dengan terapi farmakologi dan non farmakologi. Salah satu cara terapi non farmakologi dalam mengatasi nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam (Dewi & Rohni, 2020). Menurut Pandie *et al* (2022) teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan oksigenasi darah. Tujuan relaksasi nafas dalam yaitu agar individu dapat mengontrol

diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman menjadi nyaman.

e. Asuhan keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada ibu post operasi *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

1) Identitas Klien

Meliputi : nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, status pernikahan, tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi, dan diagnosa medis.

2) Keluhan Utama

Keluhan utama pada post operasi *Sectio Caesarea* biasanya adalah nyeri dibagian abdomen akibat luka jahitan setelah operasi, pusing dan sakit pinggang.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *Sectio Caesarea* seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, plasenta *accrete*, vasaprevia), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (*multiple pregnancy*), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien. Riwayat pada saat sebelum inpartus di

dapatkan cairan yang keluar pervaginan secara spontan kemudian tidak diikuti tanda-tanda persalinan.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Didapatkan data klien pernah riwayat *Sectio Caesarea* sebelumnya, panggul sempit, serta letak bayi sungsang.

Meliputi penyakit yang lain dapat juga mempengaruhi penyakit sekarang, seperti adanya penyakit Diabetes Melitus, jantung, hipertensi, hepatitis, abortus dan penyakit kelamin.

c) Riwayat Perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

d) Riwayat Obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas post operasi *Sectio Caesarea* yang lalu.

e) Riwayat Persalinan Sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak

f) Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah

terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

g) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah penyakit turunan dalam keluarga seperti jantung, Hipertensi, TBC, Diabetes Melitus, penyakit kelamin, abortus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien.

h) Pola Fungsi Kesehatan

(1) Pola Aktivitas

Aktivitas klien terbatas, dibantu oleh orang lain untuk memenuhi keperluannya karena klien mudah lelah, klien hanya bisa beraktivitas ringan seperti : duduk ditempat, tidur, menyusui

(2) Pola Eliminasi

Klien dengan post partum biasanya sering terjadi adanya perasaan sering/susah kencing akibat terjadinya edema dari trigono, akibat tersebut menimbulkan inpeksi uretra sehingga menyebabkan konstipasi karena takut untuk BAB.

(3) Pola Istirahat dan Tidur

Klien pada masa nifas sering terjadi perubahan pola istirahat dan tidur akibat adanya kehadiran sang bayi dan nyeri jahitan

(4) Pola Hubungan dan Peran

Klien akan menjadi ibu dan istri yang baik untuk suaminya

(5) Pola Penanggulangan Stress

Klien merasa cemas karena tidak bisa mengurus bayinya sendiri

(6) Pola Sensori Kognitis

Klien merasakan nyeri pada perineum karena adanya luka jahitan akibat *Sectio Caesarea*

(7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa dirinya tidak seindah sebelum hamil, semenjak melahirkan klien mengalami perubahan pada ideal diri.

(8) Pola Reproduksi dan Sosial

Terjadi perubahan seksual atau fungsi seksualitas akibat adanya proses persalinan dan nyeri bekas jahitan luka *Sectio Caesarea*.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Tanda - Tanda Vital

Apabila terjadi perdarahan pada post partum tekanan darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh turun.

b) Kepala

1) Rambut

Bagaimana bentuk kepala, warna rambut, kebersihan

rambut, dan apakah ada benjolan

2) Mata

Terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning

3) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga

4) Hidung

Adanya polip atau tidak dan apabila pada post partum kadang-kadang ditemukan pernapasan cuping hidung

5) Mulut dan Gigi

Mulut bersih/kotor, mukosa bibir kering/lembab

6) Leher

Saat dipalpasi ditemukan ada/tidak pembesaran kelenjar tiroid, karna adanya proses penerangan yang salah

7) Thorax, Payudara

Simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada payudara, aerola hitam kecoklatan, putting susu menonjol, air susu lancer dan banyak keluar,

8) Paru-Paru

Inspeksi : Simetris / tidak kiri dan kanan, ada / tidak terlihat pembengkakan.

Palpasi : Ada / tidak nyeri tekan, ada / tidak teraba massa

Perkusi : Redup / sonor

Auskultasi : Suara nafas Vesikuler / ronkhi / wheezing

9) Jantung

Inspeksi : *Ictus cordis* teraba / tidak

Palpasi : *Ictus cordis* teraba / tidak

Perkusi : Redup / timpani

Auskultasi : Bunyi jantung lup dupe.

10) Abdomen

Inspeksi : Terdapat luka jahitan post op ditutupi verban, adanya *striae* gravidarum

Palpasi : Nyeri tekan pada luka, konsistensi uterus lembek / keras

Perkusi : Redup

Auskultasi : Bising usus

11) Genitalia

Pengeluaran darah bercampur lendir, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekomium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak.

12) Ekstremitas

Pemeriksaan odema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarkan uterus, karena pre eklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan post operasi *section caesarea* menurut (SDKI, SLKI, SIKI, DPP PPNI 2017):

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi)

Pengertian

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.

a) Etiologi

- (1) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- (2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- (3) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

b) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis mayor nyeri akut subjektif mengeluh nyeri.

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur. Manifestasi klinis minor nyeri akut subjektif tidak tersedia. Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas

berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis.

c) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait nyeri akut antara lain : kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut dan glaukoma.

2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Pengertian

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

a) Etiologi

Etiologi dari gangguan mobilitas fisik diantaranya kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan dan gangguan sensori persepsi.

b) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis mayor gangguan mobilitas fisik subjektif mengeluh sulit menggerakan ekstermitas. Objektif : kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun. Manifestasi klinis minor gangguan mobilitas fisik subjektif antara lain nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan dan merasa cemas saat bergerak. Objektif antara lain sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lemah.

c) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait gangguan mobilitas fisik antara lain stroke, cedera medulla spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia dan keganasan

3) Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek Tindakan medis dan diagnostic (anestesi)

Pengertian

Disfungsi eliminasi urin

a) Etiologi

Etiologi dari gangguan eliminasi urin diantaranya penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan), kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet (mis. immobilisasi), hambatan lingkungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan

kebutuhan eliminasi, outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomaly saluran kemih kongenital) dan imaturitas (pada anak usia < 3 tahun).

b) Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis mayor gangguan eliminasi urin subjektif desakan berkemih (urgensi), urin menetes (dribbling), sering buang air kecil, nocturia, mengompol, enuresis. Objektif : distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas, volume residu meningkat.

c) Kondisi Klinis Terkait

Kondisi klinis terkait gangguan eliminasi urin antara lain infeksi ginjal dan saluran kemih, hiperglikemi, trauma, kanker, cedera / tumor / infeksi medula spinalis, neuropati diabetikum, neuropati alkoholik, stroke, parkinson, skeloris multiple dan obat alpha adrenergic.

4) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
Pengertian

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

a) Faktor risiko

Faktor risiko infeksi antara lain penyakit kronis (mis. diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (mis. gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris,

ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (mis. penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat).

b) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait risiko infeksi antara lain AIDS, luka bakar, penyakit paru obstruktif kronis, diabetes melitus, tindakan invasif, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW), kanker, gagal ginjal, imunosupresi, lymphedema, leukositopenia dan gangguan fungsi hati.

c. Intervensi Keperawatan

Pada intervensi atau perencanaan, ada empat hal yang harus diperhatikan dalam memberikan asuhan keperawatan, yaitu : menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, kriteria hasil, serta merumuskan intervensi dan aktivasi perawatan (Melliany, 2019). Dalam intervensi ini terdapat intervensi independen dan intervensi kolaboratif. Intervensi independen merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat secara mandiri tanpa bantuan dari tenaga kesehatan lain. Intervensi kolaboratif merupakan intervensi yang dilakukan dengan bantuan dari tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan lain-lain (Melliany, 2019).

1) Nyeri akut

SLKI : Tingkat nyeri (L.08066)

a) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

b) Tujuan dan kriteria hasil : Tingkat Nyeri Menurun

Dengan indikator keluhan nyeri menurun (5), meringis menurun (5), sikap protektif menurun (5), gelisah menurun (5), kesulitan tidur menurun (5), frekuensi nadi membaik (5) dan tekanan darah membaik (5).

SIKI : Manajemen nyeri (I.08238)

1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

2) Tindakan

a) Observasi

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

b) Terapeutik

- (1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Teknik relaksasi nafas dalam)
- (2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- (3) Fasilitasi istirahat dan tidur

c) Edukasi

- (1) Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
- (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- (5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

2) Gangguan mobilitas fisik

SLKI : Mobilitas fisik (L.05042)

a) Definisi

Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) Tujuan dan kriteria hasil : Mobilitas fisik Meningkat

Dengan indikator pergerakan ekstermitas meningkat (5), kekuatan otot meningkat (5), rentang gerak (ROM) meningkat

(5), nyeri menurun (5), cemas menurun (5), Gerakan terbatas menurun (5) dan kelemahan fisik menurun (5).

SIKI : Dukungan ambulasi (I.06171)

1) Definisi

Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah.

2) Tindakan

a) Observasi

(1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

(2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi

b) Terapeutik

(1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis.tongkat, kruk)

(2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu

(3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

c) Edukasi

(1) Anjurkan melakukan ambulasi dini

(2) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan

(mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

3) Gangguan eliminasi urin

SLKI : Eliminasi urin (L.04034)

a) Definisi

Pengosongan kandung kemih yang lengkap

b) Tujuan dan kriteria hasil : Eliminasi Urin Membuat

Dengan indikator sensasi berkemih meningkat (5), distensi kandung kemih menurun (5), berkemih tidak tuntas menurun (5), frekuensi BAK membaik (5), karakteristik urin membaik (5).

SIKI : Dukungan perawatan diri : BAB / BAK (I.11349)

1) Definisi

Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan BAK dan BAB

2) Tindakan

a) Terapeutik

(1) Sediakan alat bantu (kateter)

4) Risiko infeksi

SLKI : Tingkat infeksi (L.14137)

a) Definisi

Derajat infeksi berdasarkan observasi atau bersumber informasi.

b) Tujuan dan kriteria hasil : Tingkat Infeksi Menurun

Dengan indikator nyeri menurun (5), demam menurun (5), bengkak menurun (5), kemerahan menurun (5).

SIKI : Pencegahan infeksi (I.14539)

1) Definisi

Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik.

2) Tindakan

a) Observasi

(1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik

b) Terapeutik

(1) Berikan perawatan kulit pada area edema

(2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

(3) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

c) Edukasi

(1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

(2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

(3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi

(4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

(5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat oleh perawat guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya. Tujuan dari implementasi yaitu

melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya dievaluasi dengan tujuan mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat, mampu mempertahankan daya tahan tubuh pasien, mencegah komplikasi yang ditimbulkan, menemukan perubahan sistem tubuh, dan memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien (Polopadang & Hidayah,2019).

Implementasi yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri post operasi *section caesarea* yaitu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam. Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot, yang menghentikan siklus nyeri ansietas ketegangan otot (Engla, 2020). Menurut Pandie *et al* (2022) teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan oksigenisasi darah.

Tujuan relaksasi nafas dalam yaitu agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman menjadi nyaman. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Susilawati dan

Suherman (2023) relaksasi nafas dalam dilakukan sebanyak 1 siklus selama 5-10 menit dengan frekuensi 2 sampai 5 kali dalam sehari.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan paling terakhir dalam proses asuhan keperawatan (Silla, 2019). Evaluasi adalah tindakan intelektual yang melengkapi proses asuhan keperawatan dimana dapat menandakan sejauh mana diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan juga implementasi keperawatan berhasil dicapai. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk dapat melihat seberapa kemampuan pasien dalam mencapai tujuan (Aprilia, 2022).

Menurut Nanda (2020) terdapat dua jenis evaluasi :

1) Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif ini lebih berproses pada aktivitas proses keperawatan dan dari hasil tindakan keperawatan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni Subjektif, Objektif, Analisis dan Perencanaan.

S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan pasien dan yang dikatakan oleh pasien ataupun oleh keluarga.

O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.

A (analisis) : Masalah dan diagnosa keperawatan pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan objektif

P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

2) Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif ini merupakan evaluasi yang dilakukan kepada pasien setelah semua aktivitas dan tindakan keperawatan telah dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan untuk menilai dan juga memonitor kualitas asuhan keperawatan yang sudah dilakukan dan diberikan kepada pasien. Ada tiga kemungkinan evaluasi yang terkait dengan capaian tujuan keperawatan, yaitu :

- a) Tujuan tercapai atau bisa juga masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang ditentukan sebelumnya.
- b) Tujuan tidak tercapai atau masalah belum teratasi, jika pasien hanya menunjukkan perubahan sedikit atau bahkan tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan apapun.

Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah nyeri akut yaitu dilakukan dengan merespons rangsangan nyeri (Andarmoyo, 2013).

C. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

Tabel 2. 1 *Evidence Base Practice (EBP)*

Penulis / Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
Dita Fernalia, Amita, Rika	Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Terhadap	Teknik desain pre- experimental.	Penelitian dengan analisis menggunakan uji Wilcoxon

Yulendasari (2018)	Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Di Rumah Sakit Bengkulu	Rancangan penelitian yang digunakan adalah <i>One Group Pretest Postest</i> . Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Bengkulu. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien Post SC yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dengan jumlah sampel 30 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah <i>accidental sampling</i> . Variabel independen dalam penelitian ini adalah relaksasi napas dalam, pelaksanaannya dilakukan selama 5 kali sehari dalam 2 hari. Variabel dependennya adalah intensitas nyeri yang diukur menggunakan skala nyeri numerik dengan skor terendah 0 dan skor tertinggi 10.	didapatkan rata-rata intensitas nyeri sebelum intervensi relaksasi napas dalam adalah 5 dengan standar deviasi 0,516. Rata-rata skor intensitas nyeri setelah relaksasi napas dalam adalah 3 dengan standar deviasi 0,516. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,004$, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara skor intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi relaksasi napas dalam.
Susilawati, Finandita Siti Utari Kartaatmadja, Reni Suherman (2023)	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Partum <i>Sectio Caesarea</i> Di	Penelitian ini menggunakan metode penelitian <i>quasi experiment</i> . Bentuk pendekatan yang dilakukan	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang berada di RSUD Sekarwangi

Ruang Nifas Sekarwangi Sukabumi	Rawat RSUD	menggunakan <i>pretest-posttest control group design</i> pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Sample adalah pasien post partum <i>sectio caesarea</i> . sebanyak 36 responden, yaitu pada 18 responden pada kelompok kontrol, dan 18 responden pada kelompok intervensi yang diambil menggunakan cara <i>purposive sampling</i> . Analisis hipotesis menggunakan uji <i>Wilcoxon</i> dan uji <i>Mann-Whitney</i> . Intervensi yang dilakukan yaitu dengan melakukan 1 siklus relaksasi nafas dalam selama 5-10 menit dengan frekuensi 2 sampai 5 kali dalam sehari pada pasien hari ke- 0, 1, dan 2 pada kelompok intervensi. Instrumen pengukuran intensitas nyeri menggunakan skala pengukuran nyeri <i>Wong Baker Faces Pain Rating</i>	Cibadak Kabupaten Sukabumi sebelum diberikan teknik relaksasi nafas dalam pada kelompok intervensi memiliki intensitas nyeri sedang sebanyak 83,3% dan sebagian kecil memiliki intensitas nyeri berat sebanyak 16,7%. Sedangkan pada kelompok kontrol 50% mengalami nyeri sedang, 44,4% mengalami nyeri ringan dan 5,6% mengalami nyeri berat. Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan <i>Mann-Whitney</i> , diperoleh nilai <i>P value</i> = 0,000 yang berarti < 0,05. Yang berarti terdapat perbedaan intensitas nyeri pasien post partum <i>sectio caesarea</i> antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam pemberian teknik relaksasi nafas dalam.
---------------------------------	------------	--	--

Rita Dwi Pratiwi, Suyono, Safitri Rahayu, Riris Andriati, Irfan Ammar Mush'ab (2023)	Efektivitas Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Sectio Caesaria	Metode Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain <i>quasi experiment 1 group Pre Test - Post Test Control Group design</i> . Teknik pengambilan sampling yaitu <i>accidental sampling</i> dengan jumlah 30 sampel. Analisa data penelitian menggunakan uji <i>Wilcoxon</i> dengan menggunakan derajat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$).	Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan menunjukan sebagian kurang dari setengah responden Pre relaksasi nafas dalam merasa nyeri berat yaitu sebanyak 11 orang (36,7%) dan sebagian lebih dari setengah responden merasa nyeri sedang yaitu sebanyak 19 orang (63,3%). Sedangkan untuk post relaksasi nafas dalam dapat di ketahui bahwa setengah nya responden memiliki rasa nyeri berkurang yaitu sebanyak 25 orang (83,3%) dan di ketahui bahwa sebagian kurang dari setengah nya responden memiliki rasa nyeri tidak berkurang yaitu sebanyak 5 orang (16,7%).
--	--	--	---
