

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Persalinan Sectio Caesarea (SC)**

##### **1. Pengertian**

Beda atau operasi merupakan tindakan pembedahan cara dokter untuk mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana (Potter & Perry, 2014). Operasi adalah tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh yang dilakukan di ruang operasi rumah sakit dengan prosedur yang sudah ditetapkan (Smeltzer & Bare, 2018).

Istilah *sectio caesarea* berasal dari perkataan Latin *Caedere* yang artinya memotong. *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Leniwita & Anggraini, 2019). Menurut Saifuddin (2018), *sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram.

##### **2. Indikasi *Sectio Caesarea***

Oxorn dan Forte (2012) menjelaskan bahwa indikasi SC adalah sebagai berikut:

- 1) Panggul sempit dan dystocia mekanis; Disproporsi fetopelik, panggul sempit atau jumlah janin terlampaui besar, malposisi dan

malpresentasi, disfungsi uterus, dystocia jaringan lunak, neoplasma dan persalinan tidak maju.

- 2) Pembedahan sebelumnya pada uterus; sectio caesarea, histerektomi, miomektomi ekstensif dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan cervical atau perbaikan ostium cervicis yang inkompeten dikerjakan sectio caesarea.
- 3) Perdarahan; disebabkan plasenta previa atau abruptio pasenta.
- 4) Toxemia gravidarum; mencakup preeklamsi dan eklamsi, hipertensi esensial dan nephritis kronis.
- 5) Indikasi fetal; gawat janin, cacat, insufisiensi plasenta, prolapses funiculus umbilicalis, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post moterm caesarean dan infeksi virus herpes pada traktus genitalis.

### 3. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Klasifikasi SC menurut Leniwita dan Anggraini (2019) adalah sebagai berikut:

- a. *Sectio Caesarea* klasik atau corporal yaitu insisi pada segmen atas uterus atau korpus uteri. Pembedahan ini dilakukan bila segmen bawah rahim tidak dapat dicapai dengan aman, bayi besar dengan kelainan letak terutama jika selaput ketuban sudah pecah.
- b. *Sectio Caesarea* ismika atau profundal (*low servical* dengan insisi pada segmen bawah rahim) merupakan suatu pembedahan dengan melakukan insisi pada segmen bawah uterus. Hampir 99% dari seluruh kasus SC memilih teknik ini karena memiliki beberapa

keunggulan seperti kesembuhan lebih baik dan tidak banyak menimbulkan perlekatan.

- c. *Sectio Caesarea* yang disertai histerektomi yaitu pengangkatan uterus setelah seksio sesarea karena atoni uteri yang tidak dapat diatasi dengan tindakan lain, pada miomatousus yang besar dan atau banyak atau pada ruptur uteri yang tidak dapat diatasi dengan jahitan.
- d. *Sectio Caesarea vaginal* yaitu pembedahan melalui dinding vagina anterior ke dalam rongga uterus. Seksio sesarea ekstraperitoneal yaitu seksio yang dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

Yustanta (2016) menjelaskan bahwa berdasarkan waktu dan pentingnya dilakukan SC, maka dikelompokkan 4 kategori yaitu:

- a. Kategori 1 atau emergency, dilakukan sesegera mungkin untuk menyelamatkan ibu atau janin, contohnya abrupsi plasenta, atau penyakit parah janin lainnya.
- b. Kategori 2 atau urgent, dilakukan segera karena adanya penyulit namun tidak terlalu mengancam jiwa ibu ataupun janinnya, contohnya distosia.
- c. Kategori 3 atau scheduled, tidak terdapat penyulit.
- d. Kategori 4 atau elective, dilakukan sesuai keinginan ibu dan kesiapan tim.

#### 4. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Seksio cesarea adalah suatu proses persalinan melalui pembedahan pada bagian perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh. Indikasi persalinan SC disebabkan karena faktor ibu dan janin. Setiap operasi sectio caesarea anestesi spinal lebih banyak dipakai dikarenakan lebih aman untuk janin. Tindakan anestesi yang diberikan dapat mempengaruhi tonus otot pada kandung kemih sehingga mengalami penurunan yang menyebabkan gangguan eliminasi urin (Ainuhikma, 2018).

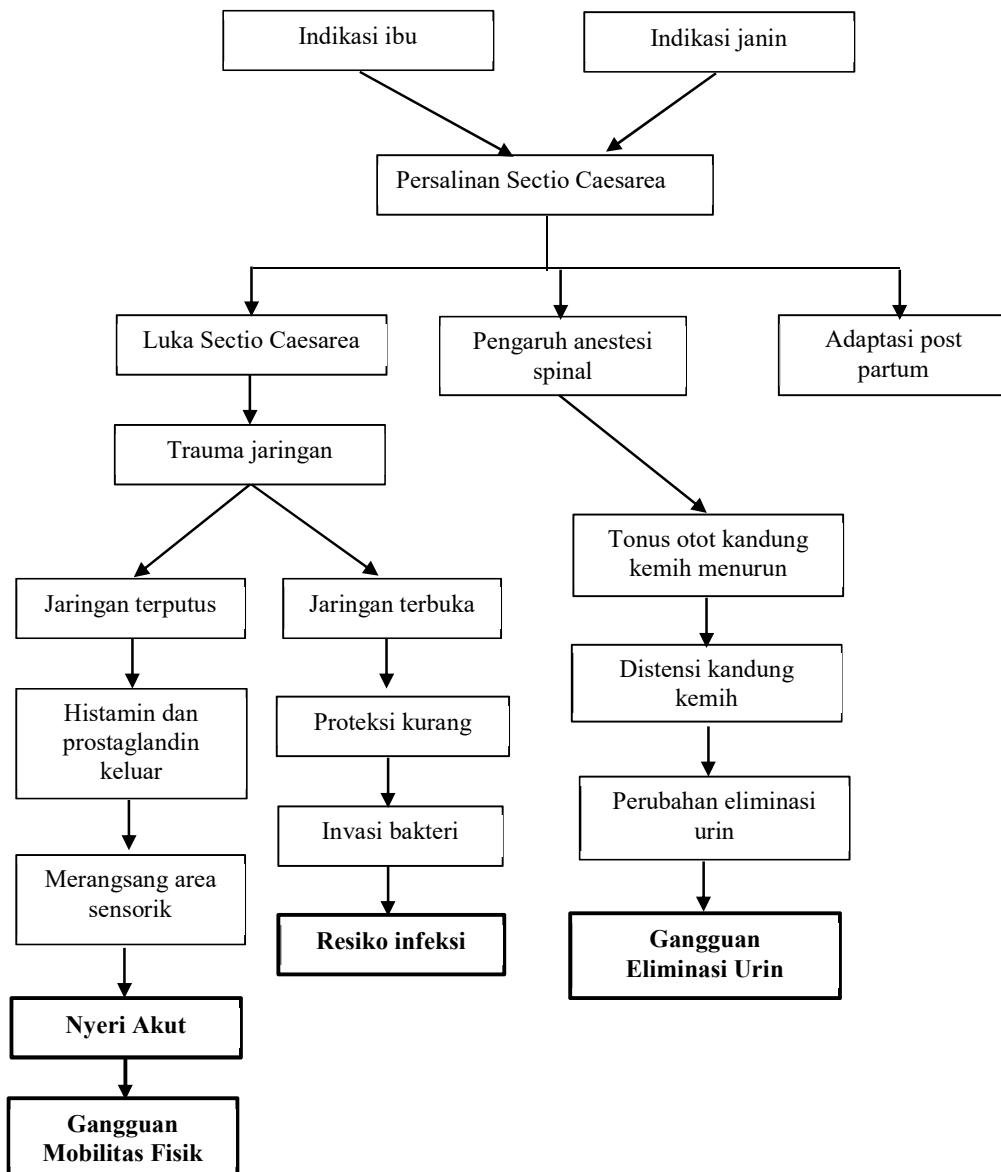
Sayatan pada perut dan rahim akan menimbulkan trauma jaringan dan terputusnya inkontinensia jaringan, pembuluh darah, dan saraf disekitar daerah insisi. Hal tersebut merangsang keluarnya histamin dan prostaglandin. histamin dan prostaglandin ini akan menyebabkan nyeri pada daerah insisi. Rangsangan nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan munculnya masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Selanjutnya hambatan mobilisasi fisik yang dialami oleh ibu nifas dapat menimbulkan masalah keperawatan defisit perawatan diri. 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 (Potter & Perry, 2014).

#### 5. Komplikasi

Morbiditas pada seksio sesarea lebih besar jika dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Ancaman utama bagi wanita yang menjalani seksio sesarea berasal dari tindakan anastesi, keadaan sepsis yang berat,

serangan tromboemboli dan perlukaan pada traktus urinarius, infeksi pada luka (Bobak et al., 2018).

## 6. Pathway



Bagan 2.1  
Pathway

Sumber: Ainuhikma (2018) dan Potter & Perry (2014).

## B. Konsep Nyeri Post SC

### 1. Pengertian

Nyeri (*pain*) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan.

Sifatnya sangat subjektif karna perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengefakuasi rasa nyeri yang dialaminya (Widaningsih & Rosya, 2019). Menurut Faisol (2022), nyeri merupakan pengalaman manusia yang paling kompleks dan merupakan fenomena yang dipengaruhi oleh interaksi antara emosi, prilaku, kognitif dan faktor-faktor sensori fisiologi. Nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian yang dilukiskan dengan istilah kerusakan.

Pada proses operasi pasien tidak merasakan nyeri pada saat dibedah.

Namun setelah selesai operasi, pasien mulai sadar dan efek anastesi habis bereaksi, pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Banyak ibu yang mengeluhkan rasa nyeri dibekas jahitan, keluhan ini sebetulnya wajar karena tubuh tengah mengalami luka dan penyembuhan luka tersebut tergolong panjang dan dalam. Pada operasi sectio caesarea ada tujuh lapisan perut yang harus disayat dan kemudian dijahit. Rasa nyeri di daerah sayatan yang membuat sangat terganggu dan merasa tidak nyaman (Dina & Ira, 2000).

## 2. Klasifikasi nyeri

Wardani (2014) menjelaskan bahwa berdasarkan sumber nyeri, maka nyeri dibagi menjadi:

- a. Nyeri somatik luar, nyeri yang stimulusnya berasal dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Nyeri biasanya dirasakan seperti terbakar, jatam dan terlokalisasi.
- b. Nyeri somatik dalam, nyeri tumpul (*dullness*) dan tidak terlokalisasi dengan baik akibat rangsangan pada otot rangka, tulang, sendi, jaringan ikat.
- c. Nyeri viseral, nyeri karena perangsangan organ viseral atau membran yang menutupinya (pleura parietalis, perikardium, peritoneum). Nyeri tipe ini dibagi lagi menjadi nyeri viseral terlokalisasi, nyeri parietal terlokalisasi, nyeri alih viseral dan nyeri alih parietal.

Widaningsih dan Rosya (2019) menjelaskan bahwa klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang 10 lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali.

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu, Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan.

3. Etiologi nyeri post sectio caesarea

Penyebab nyeri post SC adalah adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan Sectio Caesarea (SC). Dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut).

4. Dampak nyeri post SC

Mubarak et al. (2015) menjelaskan bahwa nyeri akut yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari:

a. Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologi dapat menunjukkan nyeri pada pasien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan.

Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonomi. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung tekanan darah dan frekuensi pernapasan meningkat.

b. Dampak perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vocal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien sering kali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, dan hanya focus pada aktivitas menghilangkan nyeri.

c. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan kebersihan normal serta dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

Nyeri post sectio caesarea akan menimbulkan reaksi fisik dan psikologi pada ibu nifas seperti gangguan mobilisasi, bounding attachment (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, Activity of Daily Living (ADL) terganggu, Inisiasi Menyusu Dini (IMD) tidak terpenuhi dengan baik serta kesulitan dalam perawatan bayi, sehingga diperlukan cara untuk

mengontrol rasa nyeri agar dapat beradaptasi dengan nyeri post sectio caesarea dan mempercepat masa nifas (Denny et al., 2019).

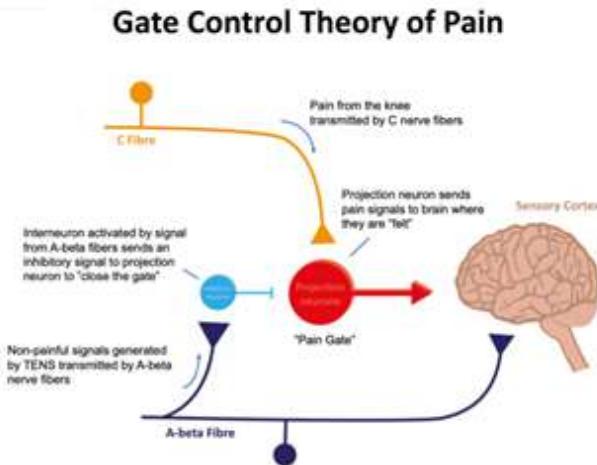
##### 5. Patofisiologi Nyeri Post Sectio Caesarea

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan.

Dalam proses pembedahan sectio caesarea akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar abdomen. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine, bradikinin, dan prostaglandin yang akan menimbulkan nyeri akut. Selanjutnya akan merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf bebas dan nyeri di hantarkan ke dorsal spinal. Setelah impuls nyeri naik ke medulla spinalis, thalamus menransmisikan informasi ke pusat yang lebih tinggi ke otak termasuk pembentukan jaringan system limbik, korteks, somatosensory dan gabungan korteks sehingga nyeri di persepsikan. Maka untuk mengurangi rasa nyeri post sectio caesarea dapat dilakukan dengan teknik farmakologis dan nonfarmakologis seperti teknik distraksi dan relaksasi, sehingga akan menghasilkan hormone endorphin dari dalam tubuh. Endorpin berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri yang memblok transmisi impuls dalam otak dan medula spinalis.

Terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana nosireseptor dapat menghasilkan rangsang nyeri. Sampai saat ini dikenal berbagai teori yang mencoba menjelaskan bagaimana nyeri dapat timbul,

namun *Gate control theory* dianggap paling relevan (Widaningsih & Rosya, 2019).



Gambar 2.2 *Gate Control Theory of Pain*  
Sumber: Widaningsih & Rosya (2019)

Impuls nyeri diatur oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan (Potter & Perry, 2014)..

Mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mechanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan

tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromedulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. Teknik distraksi, musik, konseling dan pemberian placebo merupakan upaya untuk melepaskan endorfin (Potter & Perry, 2014).

#### 6. Faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri

Mohamad et al. (2022) menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri adalah sebagai berikut:

##### a. Faktor fisiologis

1) Kelemahan (*fatigue*) meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan untuk mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi disepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar. Nyeri terkadang jarang dialami stelah tidur atau istirahat cukup daripada di akhir yang panjang (Potter & Perry, 2014).

2) Usia memiliki peranan penting dalam mempersiapkan rasa nyeri.

Usia akan memengaruhi seseorang tersebut terhadap sensasi nyeri baik persepsi maupun ekspresi. Perkembangan usia, baik anak-anak, dewasa, dan lansia akan sangat berpengaruh terhadap nyeri yang dirasakan. Usia anak-anak akan sulit

menginterpretasikan dan melokalisakan nyeri yang dirasakan karena belum dapat mengucapkan kata-kata dan mengungkapkan secara verbal maupun mengekspresikan nyeri yang dirasakan sehingga nyeri yang dirasakan biasanya akan diinterpretasikan kepada orang tua atau tenaga kesehatan (Mohamad et al., 2022).

b. Faktor psikologis.

Keadaan individu yang cemas dan stress dapat menghambat keluarnya endokrin yang berfungsi menurunkan persepsi nyeri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

c. Faktor sosial

- 1) Keluarga dan dukungan sosial, meski nyeri masih terasa, tetapi kehidupan keluarga ataupun teman terkadang dapat membuat pengalaman nyeri yang menyebabkan stress berkurang (Potter & Perry, 2014).
- 2) Perhatian, tingkatan dimana klien memfokuskan perhatian terhadap nyeri yang dirasakan memperngaruhi persepsi nyeri. Meningatkannya perhatian berhubungan dengan kurangnya respon nyeri (Potter & Perry, 2014).
- 3) Pengalaman sebelumnya, Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang

akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu yang terhadap penanganan nyeri saat ini (Mubarak & Chayatin, 2020).

- d. Faktor coping, Individu yang memiliki lokasi kendali internal mempersiapkan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki fokus kendali eksternal mempersepsikan faktor lain didalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir dari suatu peristiwa (Mubarak & Chayatin, 2020).

#### 7. Penilaian nyeri

Potter dan Perry (2014) menjelaskan bahwa untuk menilai skala nyeri terdapat beberapa macam skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri seseorang antara lain:

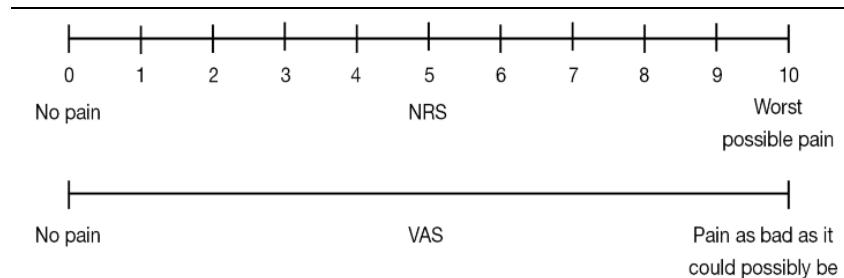
- a. *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

*Verbal Descriptor Scale (VDS)* adalah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang telah disusun dengan jarak yang sama sepanjang garis. Ukuran skala ini diurutkan dari “tidak adanya rasa nyeri” sampai “nyeri hebat”. Perawat menunjukkan ke klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih skala nyeri terbaru yang dirasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh

nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS memungkinkan klien untuk memilih dan mendeskripsikan skala nyeri yang dirasakan.

b. *Visual Analogue Scale (VAS)*

VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata



Gambar 2.3 *Visual Analogue Scale (VAS)*

Skala nyeri pada skala 0 berarti tidak terjadi nyeri, skala nyeri pada skala 1-3 seperti gatal, tersetrum, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, mules. Skala nyeri 4-6 digambarkan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar, ditusuk-tusuk. Skala 7-9 merupakan skala sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien, sedangkan skala 10 merupakan skala nyeri yang sangat berat dan tidak dapat

dikontrol. Ujung kiri pada VAS menunjukkan “tidak ada rasa nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “nyeri yang paling berat”.

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri yang ringan, angka 4-6 termasuk dalam nyeri sedang, sedangkan angka 7-10 merupakan kategori nyeri berat. Oleh karena itu, skala NRS akan digunakan sebagai instrumen penelitian.



Gambar 2.4 *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

- a) Skala 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.
- b) Skala 1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.
- c) Skala 4-6 : rasa nyeri yang menganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang.
- d) Skala 7-10 : rasa nyeri sangat menganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat.

## 9. Penanganan Nyeri

### a. Farmakoterapi

Panji (2019) menjelaskan bahwa semua obat yang mempunyai efek analgetika biasanya efektif untuk mengatasi nyeri akut. Hal ini

dimungkinkan karena nyeri akut akan mereda atau hilang sejalan dengan laju proses penyembuhan jaringan yang sakit. Praktik dalam tatalaksana nyeri, secara garis besar strategi farmakologi mengikuti "WHO Three Step Analgesic Ladder" yaitu :

- 1) Tahap pertama dengan menggunakan abat analgetik nonopiat seperti NSAID atau COX2 *specific inhibitors*.
- 2) Tahap kedua, dilakukan jika pasien masih mengeluh nyeri. Maka diberikan obat-obat seperti pada tahap 1 ditambah opiat secara intermiten.
- 3) Tahap ketiga, dengan memberikan obat pada tahap 2 ditambah opiat yang lebih kuat.

b. Non farmakologi

Walaupun terdapat berbagai jenis obat untuk meredakan nyeri, semuanya memiliki resiko dan biaya. Tindakan non farmakologi merupakan terapi yang mendukung terapi farmakologi dengan metode yang lebih sederhana, murah, praktis, dan tanpa efek yang merugikan (Potter & Perry, 2014). Intervensi kognitif-perilaku mengubah presepsi nyeri, menurunkan ketakutan, juga memberikan kontrol diri yang lebih. Terapi non farmakologi yang dapat digunakan adalah stimulasi kutaneus, pijat, kompres panas dan dingin, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), akupuntur, akupresur, teknik nafas dalam, musik, *guide imagery* dan distraksi (Black & Hawks, 2014).

### C. Konsep Teknik Relaksasi Napas Dalam

#### 1. Pengertian

Relaksasi adalah metode efektif untuk menurunkan nyeri yang merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan dengan mekanismenya yang menghentikan siklus nyeri (Faisol, 2022). Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Andriyana et al., 2021).

#### 2. Tujuan teknik relaksasi napas dalam

Tujuan dari teknik relaksasi napas dalam yaitu untuk meningkatkan ventilasi alveoli, meningkatkan efisiensi batuk, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, dan mengurangi tingkat stres baik itu stres fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intesitas nyeri yang dirasakan oleh individu (Smeltzer & Bare, 2018). Menurut Aryani (2022), tujuan nafas dalam adalah untuk mengatur frekuensi pola napas, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, mengurangi udara yang terperangkap, meningkatkan inflasi alveolar, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan, dan memperbaiki mobilitas dada dan vertebra thorakalis.

#### 3. Manfaat relaksasi nafas dalam

Aryani (2022) menjelaskan bahwa ada beberapa manfaat teknik relaksasi nafas dalam meliputi: rasa cemas, gelisah, khawatir berkurang

atau menurun, menurunkan tekanan darah dan juga ketegangan jiwa, hati menjadi lebih tenram tidak ada rasa gelisah, mengontrol tekanan darah pada pasien, detak jantung tidak berdetak kencang dan menjadi menurun, keyakinan pada diri sendiri lebih meningkat dan kesehatan mental menjadi lebih baik.

#### 4. Prosedur teknik relaksasi napas dalam

Lusianah et al. (2016) menjelaskan bahwa langkah-langkah tindakan dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam adalah sebagai berikut:

##### a. Persiapan

- 1) Mengecek program terapi medik klien.
- 2) Mengucapkan salam terapeutik pada klien.
- 3) Melakukan evaluasi atau validasi.
- 4) Melakukan kontrak (waktu, tempat, dan topik) dengan klien.
- 5) Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur pada klien.
- 6) Mempersiapkan alat: satu bantal
- 7) Mencuci tangan.

##### b. Pelaksanaan

- 1) Mengatur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau di kursi atau dengan posisi lying position (posisi berbaring) di tempat tidur atau di kursi dengan satu bantal.
- 2) Memfleksikan (membengkokkan) lutut klien untuk merilekskan otot abdomen.

- 3) Menempatkan satu atau dua tangan klien pada abdomen yaitu tepat dibawah tulang iga.
- 4) Meminta klien untuk menarik napas dalam melalui hidung, menjaga mulut tetap tertutup. Hitunglah sampai 3 selama inspirasi.
- 5) Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap dalam kondisi rileks dan cegah lengkung pada punggung. Jika ada kesulitan menaikkan abdomen, tarik napas dengan cepat, lalu napas kuat melalui hidung.
- 6) Meminta klien untuk menghembuskan udara melalui bibir, seperti meniup dan ekspirasi secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembangkan pipi, teknik pursed lip breathing ini menyebabkan resistensi pada pengeluaran udara paru, meningkatkan tekanan di broncus (jalan napas utama) dan meminimalkan kolapsnya jalan napas yang sempit.
- 7) Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan turunnya abdomen ketika ekspirasi. Hitunglah sampai 7 selama ekspirasi.
- 8) Menganjurkan klien untuk menggunakan latihan ini dan meningkatkannya secara bertahap 5-10 menit. Latihan ini dapat dilakukan dalam posisi berbaring.
- 9) Merapikan lingkungan dan kembalikan klien pada posisi semula.

- c. Terminasi
  - 1) Membereskan alat.
  - 2) Mencuci tangan.
  - 3) Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan memantau respon klien.

#### **D. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori**

##### 1. Fokus pengkajian

Pengkajian merupakan salah satu proses keperawatan yang mencakup pengumpulan informasi objektif dan subjektif serta peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien maupun keluarga pasien atau ditemukan dalam rekam medis pasien yang memiliki tujuan untuk menghimpun data maupun informasi terkait kondisi pasien agar dapat menentukan masalah kesehatan, mengidentifikasi serta mengetahui kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien (Herdman & Kamitsuru, 2018). Pengkajian keperawatan pada ibu post sectio caesarea menurut Ratih (2019) adalah :

- a. Identitas pasien meliputi nama, umur, prndidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record.
- b. Keluhan utama, subjektif: mengeluh nyeri dan objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut:

- 1) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa:
  - a) Apa yang menyebabkan gejala nyeri?
  - b) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri?
  - c) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?
- 2) Q (kualitas atau kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:
  - a) Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?
  - b) Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang di rasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?
- 3) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa:
  - a) Dimana gejala nyeri terasa?
  - b) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat?
- 4) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa : seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10 ?

- 5) T (timing atau waktu ) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:
- a) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?
  - b) Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap?
  - c) Berapa lama nyeri berlangsung?
  - d) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap?
- c. Riwayat persalinan sekarang, untuk mendapatkan data persalinan yang perlu dikaji yaitu: kehamilan keberapa, tahun lahir, jenis persalinan, komplikasi persalinan, penolong dan tempat persalinan, keadaan bayi.
- d. Riwayat menstruasi, pada ibu yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.
- e. Riwayat perkawinan, usia perkawinan, perkawinan keberapa, usia pertama kali kawin.
- f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali periksaan saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir.
- g. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi, tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah

digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

h. Pola kebutuhan sehari-hari

- 1) Bernafas, pada pasien dengan post sectio caesarea tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.
- 2) Makan dan minum, pada pasien post sectio caesarea tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam sehari.
- 3) Eliminasi, pada pasien post sectio caesarea pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.
- 4) Istirahat dan tidur, pada pasien post sectio caesarea terjadi gangguan pada pola istirahat dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- 5) Gerak dan aktifitas, pada pasien post sectio caesarea terjadi gangguan gerak dan aktifitas karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
- 6) Kebersihan diri, pada pasien post sectio caesarea kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- 7) Berpakaian, pada pasien post sectio caesarea biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.

- 8) Rasa nyaman, pada pasien post section caesarea akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
  - 9) Konsep diri, pada pasien post sectio caesarea seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.
  - 10) Sosial, pada ibu sectio caesarealebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
  - 11) Bermain dan rekreasi, pada pasien post sectio caesarea ibu biasanya belum bisa bermain dan berkreasi.
  - 12) Prestasi, kaji hal-hal yang membanggakan dari ibu yang ada hubungan dengan kondisinya.
  - 13) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partu untuk ibu dengan sectio caesarea meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang perawatan bayi diantaranya, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.
  - 14) Data spiritual, kaji kepercayaan ibu terhadap Tuhan.
- i. Pemeriksaan fisik
    - 1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, keadaan kulit berat badan, dan tinggi badan.

- 2) Pemeriksaan kepala wajah: Konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak.
  - 3) Pemeriksaan leher : Ada tidaknya pembesaran tiroid.
  - 4) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
  - 5) Pemeriksaan payudara : Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan putting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
  - 6) Pemeriksaan abdomen: Tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat luka.
  - 7) Pemeriksaan eksremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, eksremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
  - 8) Genitalia: Menggunakan dower kateter.
  - 9) Data penunjang, pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC).
2. Diagnosa Keperawatan ibu post sectio caesarea
- Diagnosa keperawatan ialah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosa asuhan keperawatan pada ibu post sectio caesarea meliputi:

a. Nyeri akut

1). Pengertian

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

Penyebab nyeri akut menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah sebagai berikut: agen pencedera fisik, agen pencedera kimiawi dan agen pencedera fisiologi

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor: Subjektif: mengeluh nyeri dan Objektif : Tampak meringis bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) gelisah frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur

b) Gejala dan tanda minor: Subjektif tidak tersedia dan Objektif: Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri berfokus pada diri sendiri, diaforesis kondisi klinis terkait kondisi pembedahan, cedera traumatis infeksi, sindrom koroner akut dan glaukoma.

4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut dan glaukoma.

b. Gangguan mobilisasi fisik

1). Pengertian

Gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

Penyebab gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah sebagai berikut: kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, 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.

### 3) Manifestasi klinis

Untuk dapat mengangkat diagnosis gangguan mobilitas fisik, Perawat harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

DO: Kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun

### 4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah disorganisasi perilaku bayi, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, keletihan, kesiapan peningkatan tidur, risiko disorganisasi perilaku bayi dan risiko intoleransi aktivitas.

#### c. Risiko infeksi

##### 1). Pengertian

Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

##### 2) Etiologi

Penyebab risiko infeksi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah penyakit kronis (mis: diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh) dan

ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; imunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat).

3) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis risiko infeksi adalah demam, luka kemerahan, nyeri, bengkak dan kadar sel darah putih memburuk.

4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah gangguan integritas kulit/jaringan, hipertermia, hipotermia, perilaku kekerasan, perlambatan pemulihan pascabedah, risiko alergi, risiko bunuh diri, risiko cedera, risiko cedera pada ibu, risiko cedera pada janin, risiko gangguan integritas kulit/jaringan, risiko hipotermia, risiko hipotermia perioperatif, risiko jatuh, risiko luka tekan, risiko mutilasi diri, risiko perilaku kekerasan, risiko perlambatan pemulihan pascabedah, risiko termoregulasi tidak efektif dan termoregulasi tidak efektif.

d. Gangguan eliminasi urin

1). Pengertian

Gangguan eliminasi urin merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai disfungsi eliminasi urin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

Penyebab gangguan eliminasi urin menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah 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. anomali saluran kemih kongenital) dan imaturitas (pada anak usia < 3 tahun).

3) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis gangguan eliminasi urin yaitu: DS: Desakan berkemih (urgensi), urin menetes (dribbling), sering buang air kecil, nocturia (buang air kecil pada malam hari), mengompol dan enuresis (tidak dapat menahan kencing). DO: Distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (hesistancy) dan volume residu urin meningkat.

4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah gangguan eliminasi urin, inkontinensia fekal, inkontinensia urin berlanjut, inkontinensia urin berlebih, inkontinensia urin fungsional, inkontinensia urin refleks, inkontinensia urin stres, inkontinensia urin urgensi, kesiapan peningkatan eliminasi urin, konstipasi, retensi urin, risiko inkontinensia urin urgensi dan risiko konstipasi.

### 3. Intervensi Asuhan Keperawata

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) menjelaskan bahwa intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran atau outcome yang diharapkan. Rencana keperawatan atau intervensi yang dapat diberikan pada ibu post SC dengan nyeri akut dijelaskan pada tabel 2.1 di bawah ini.

**Tabel 2.1**  
**Intervensi Keperawatan pada Ibu Post SC**

<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)</b>	<b>Intervensi (SIKI)</b>
<b>Nyeri akut</b>	<p><b>Tingkat Nyeri (I.08066)</b></p> <p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam masalah nyeri akut diharapkan menurun dan teratasi dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Kesulitan Tidur menurun</li> <li>5. Menarik menurun diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>7. Diaforesis menurun</li> <li>8. Perasaan depresi (tertekan) menurun</li> <li>9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>10. Anoreksia menurun</li> <li>11. Perineum terasa tertekan menurun</li> <li>12. Uterus teraba membulat menurun</li> <li>13. Ketegangan otot menurun</li> <li>14. Pupil dilatasi menurun</li> <li>15. Muntah menurun</li> <li>16. Mual menurun</li> <li>17. Frekuensi nadi membaik</li> <li>18. Pola nafas membaik</li> <li>19. Tekanan darah membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p>Tindakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi           <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri</li> <li>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ul> </li> <li>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p>2. Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri berupa relaksasi nafas dalam.</li> </ul>

<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)</b>	<b>Intervensi (SIKI)</b>
	<p>20. Proses berfikir membaik      21. Fokus membaik      22. Fungsi berkemih membaik      23. Perilaku membaik      24. Nafsu makan membaik      25. Pola tidur membaik</p>	<p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)      c. Fasilitasi istirahat dan tidur      d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>3. Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>d. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>e. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>f. Kolaborasi</li> <li>g. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>
<b>Gangguan mobilisasi fisik</b>	<p><b>Mobilitas fisik (L.05042)</b>      Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <p>Pergerakan ekstremitas meningkat      Kekuatan otot meningkat      Rentang gerak (ROM) meningkat</p>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p>1. Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>2. Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p>3. Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> </ul>

<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)</b>	<b>Intervensi (SIKI)</b>
<b>Risiko infeksi</b>	<p><b>Tingkat infeksi (L.14137)</b>  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> <li>5. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>b. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>d. Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> </li> <li>3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>c. Ajarkan etika batuk</li> <li>d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> </li> <li>4. Kolaborasi Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>
<b>Gangguan eliminasi urin</b>	<p><b>Eliminasi urin (L.04034)</b>  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka eliminasi urin membaik, dengan kriteria hasil:  Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa eliminasi urin membaik adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensasi berkemih meningkat</li> <li>2. Desakan berkemih (urgensi) menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Eliminasi Urin (I.04152)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin</li> <li>b. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin</li> <li>c. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</li> </ol> </li> </ol>

<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)</b>	<b>Intervensi (SIKI)</b>
	3. Distensi kandung kemih menurun 4. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) menurun 5. Volume residu urin menurun 6. Urin menetes (dribbling) menurun 7. Nokturia menurun 8. Mengompol menurun 9. Enuresis menurun	2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Catat waktu-waktu dan haluanan berkemih</li> <li>b. Batasi asupan cairan, jika perlu</li> <li>c. Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur</li> </ul> 3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih</li> <li>b. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluanan urin</li> <li>c. Ajarkan mengambil spesimen urin midstream</li> <li>d. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih</li> <li>e. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan</li> <li>f. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi</li> <li>g. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur</li> </ul> 4. Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra, jika perlu

#### 4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan.

Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul

setelah intervensi keperawatan di lakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjective yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: Objective yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A: Analisys yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Ratih, 2019).

#### E. Evidence Base Practice (EBP)

1. Susilawati et al. (2023), Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Partum Sectio Caesarea Di Ruang Rawat Nifas RSUD Sekarwangi Sukabumi

- a. P (*patient, population, problem*)

Sampel penelitian ini adalah ibu post partum post SC sebanyak 36 responden, yaitu 18 responden pada kelompok kontrol, dan 18 responden pada kelompok intervensi.

- b. I (*intervention, prognostic factor, exposure*)

Intervensi yang diberikan adalah terapi rileksasi nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri yang timbul setelah post operasi SC. Terapi dilakukan dengan melakukan 1 siklus relaksasi nafas dalam selama 5-10 menit dengan frekuensi 3 sampai 5 kali dalam sehari pada pasien hari ke- 0, 1, dan 2

- c. C (*comparison, control*)

Tidak membandingkan dengan intervensi lainnya.

d. O (*outcome*)

Terdapat perbedaan intensitas nyeri pasien post partum sectio caesarea antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam pemberian teknik relaksasi nafas dalam ( $p = 0,000$ ).

2. Amita et al. (2018), Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea di Rumah Sakit Bengkulu

a. P (*patient, population, problem*)

Sampel penelitian ini adalah ibu post sectio caesaria sebanyak 30 orang.

b. I (*intervention, prognostic factor, exposure*)

Intervensi yang diberikan dalam penelitian ini adalah terapi rileksasi nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri. Pelaksanaannya dilakukan selama 5 kali dalam sehari selama 2 hari.

c. C (*comparison, control*)

Tidak membandingkan dengan intervensi lainnya.

d. O (*outcome*)

Rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam didapat skala nyeri 5. Rata rata intensitas nyeri sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam didapat skala nyeri 3.

3. Herdiani & Fitriani (2023), Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Post Sectio Caesarea di RSUD Rupit

- a. P (*patient, population, problem*)

Sampel penelitian ini adalah ibu post sectio caesaria sebanyak 20 orang.

- b. I (*intervention, prognostic factor, exposure*)

Intervensi yang diberikan adalah terapi rileksasi nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri yang timbul setelah post operasi sc.

- c. C (*comparison, control*)

Tidak membandingkan dengan intervensi lainnya.

- d. O (*outcome*)

Skala nyeri post sectio caesarea sebelum diberikan teknik relaksasi nafas dalam di RSUD Rupit memperoleh mean 5,30 dengan rata-rata nyeri sedang, skala nyeri post sectio caesarea. Sesudah diberikan teknik relaksasi nafas dalam memperoleh mean 2.85 dengan rata-rata kategori nyeri ringan. Ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap nyeri post sectio caesarea di RSUD Rupit (pv = 0,000).

