

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Sectio Caesarea (SC)

1. Definisi

Sectio caesarea (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan ibu (laparotomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi, *Sectio caesarea (SC)* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan untuk dilakukan karena beresiko pada komplikasi medis lainnya (Hutabarat, dkk, 2022).

Sectio caesarea (SC) yaitu persalinan buatan, di mana embrio dilahirkan melalui pintu masuk di dalam perut serta dinding abdomen dengan syarat rahim dalam kondisi intaglio/utuh serta berat embrio lebih dari 500 gram. *Sectio caesarea* adalah suatu metode pembedahan yang bertujuan untuk memungkinkan lahirnya janin dengan cara membuka dinding abdomen serta uterus ibu. (Welan, 2019). Aspiani (2017) menambahkan, SC merupakan salah satu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan SC adalah suatu proses persalinan buatan dengan cara melakukan insisi atau sayatan pada dinding perut dan dinding rahim yang

dilakukan bila rahim dalam keadaan utuh dan berat janin lebih dari 500 gram.

2. Etiologi

Etiologi merupakan istilah yang mengacu pada penyebab suatu penyakit:

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, plasenta previa terutama pada primigravida, terdapat kesempitan panggul atau cefalopelvic disproporsi (CPD), kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulus, stenosis serviks atau vagina, ruptur uteri membakat, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, preeklampsia berat (PEB), atas permintaan ingin SC elektif, kehamilan yang disertai penyakit jantung, diabetes melitus (DM), gangguan perjalanan persalinan seperti kista ovarium, mioma uteri dan sebagainnya, ketuban pecah dini (KPD), bekas sectio caesarea sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir (Juliathi et al., 2020).

b. Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress atau gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil dan kegagalan persalinan vakum dan forceps ekstraksi (Juliathi et al., 2020).

3. Manifestasi Klinis

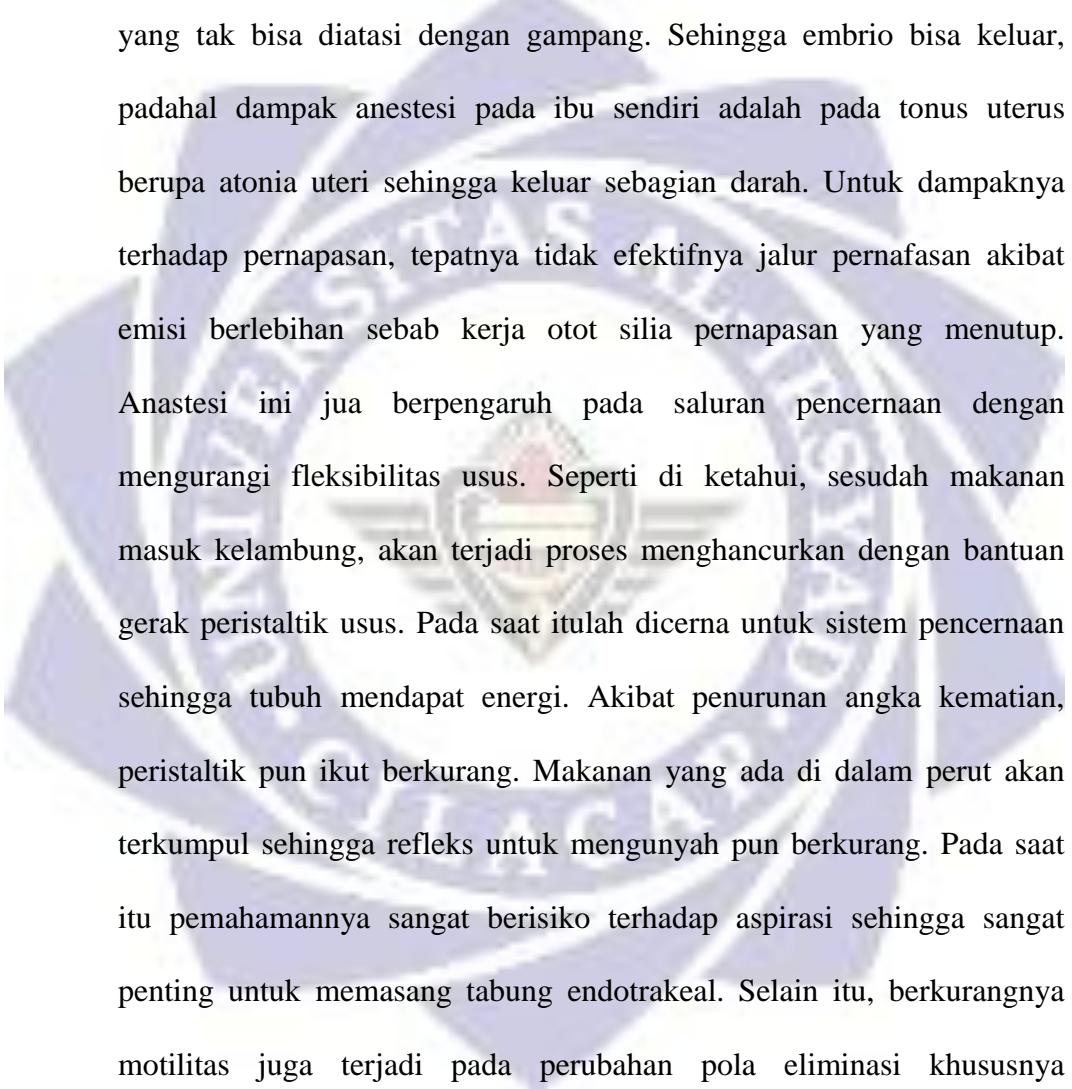
Beberapa manifestasi klinis post op sectio caesarea pada ibu adalah sebagai berikut (Febiantri & Machmudah, 2021) :

a. Nyeri akibat luka pembedahan

- b. Luka insisi pada bagian abdomen
- c. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus
- d. Aliran lokhea sedang dan bebas bekuan berlebihan
- e. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml
- f. Emosi pasien labil dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru
- g. Terpasang kateter urinarius pada sistem eliminasi BAK
- h. Dengan auskultasi bising usus tidak terdengar atau mungkin samar
- i. Immobilisasi karena adanya pengaruh anastesi
- j. Bunyi paru jelas dan vesikuler dengan RR 20x/menit
- k. Karena kelahiran secara SC mungkin tidak direncanakan maka biasanya kurang memahami prosedur

4. Patofisiologi

SC yaitu tindakan melahirkan bayi dengan berat badan di atas 500 gram dengan jalan masuk di dalam dinding uteri yang masih intaglio. Tanda gejala tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, pecahnya uteri, terpuntirnya jaringan halus, plasenta previa, serta lainnya, pada ibu. Sedangkan bagi bayi, bisa jadi krisis janin. Janin besar serta posisi melintang sesudah dilaksanakan. SC ibu akan mengalami penyesuaian pasca bersalin baik dari sudut pandang kognitif dalam bentuk kebutuhan informasi. Karena kebutuhan akan data dan dari segi fisiologis, khususnya kekurangan produk oxitocin akan mengakibatkan seolah olah keluarnya ASI sedikit, luka akibat sayatan akan menjadi post de entreis bagi bakteri serta kuman. Oleh sebab itu cara ini penting untuk



memberikan antibiotik serta merawat luka dengan standar steril. Nyeri sebab sayatan yang menimbulkan ketidaknyamanan. Sebelum pembedahan, ketenangan harus dibius, yang bisa bersifat teritorial atau umum. Bagaimana pun anestesi umum lebih berdampak pada bayi dan ibu, anestesi umum mengakibatkan anak terlahir dalam keadaan apnea yang tak bisa diatasi dengan gampang. Sehingga embrio bisa keluar, padahal dampak anestesi pada ibu sendiri adalah pada tonus uterus berupa atonia uteri sehingga keluar sebagian darah. Untuk dampaknya terhadap pernapasan, tepatnya tidak efektifnya jalur pernafasan akibat emisi berlebihan sebab kerja otot silia pernapasan yang menutup. Anastesi ini juga berpengaruh pada saluran pencernaan dengan mengurangi fleksibilitas usus. Seperti di ketahui, sesudah makanan masuk kelambung, akan terjadi proses menghancurkan dengan bantuan gerak peristaltik usus. Pada saat itulah dicerna untuk sistem pencernaan sehingga tubuh mendapat energi. Akibat penurunan angka kematian, peristaltik pun ikut berkurang. Makanan yang ada di dalam perut akan terkumpul sehingga refleks untuk mengunyah pun berkurang. Pada saat itu pemahamannya sangat berisiko terhadap aspirasi sehingga sangat penting untuk memasang tabung endotrakeal. Selain itu, berkurangnya motilitas juga terjadi pada perubahan pola eliminasi khususnya penyumbatan (Supratti & Ashriady, 2018).

5. Penatalaksanaan Post Operasi Sectio Caesarea

Penatalaksanaan post operasi sectio caesarea, antara lain (Haniah et al., 2021):

- a. Pasien dibaringkan miring didalam kamar dengan pemantauan tensi, nadi, nafas tiap 15 menit jam kemudian 30 menit dalam satu jam berikutnya dan selanjutnya tiap jam
- b. Pasien tidur dengan muka kesamping dan kepala agak tengadah agar jalan nafas bebas
- c. Letakkan tangan diatas didepan badan agar mudah melakukan pemantauan tensi
- d. Tungkai bagian atas dalam posisi fleksi
- e. Beri analgetik
- f. Pasien boleh menggerakkan sedikit kaki dan tangan serta tubuhnya dapat duduk pada jam 8 – 12 dan 24 jam post operasi boleh jalan
- g. Setelah 6 jam post operasi, peristaltik positif maka klien dapat diberikan
- h. Klien dapat makan lunak pada hari 1, infus dapat dicabut setelah 24 jam pasca bedah Kateter dapat dicabut 24 jam pasca bedah
- i. Kasa pada luka operasi harus dilihat pada hari 1 pasca bedah umumnya balut diganti pada hari 3 – 4 dan sebelum pulang klien dapat mengantinya sendiri dengan diberi zalf betadine
- j. Jahitan dapat dibuka pada hari 5 paska pembedahan

- k. Pasien dapat dirawat gabung dengan bayi dan memberikan ASI pada posisi tidur / duduk
- l. Pemeriksaan laborat yang diperlukan adalah Hb, Ht dan biasanya akan terjadi penurunan Hb s/d 2 %
- m. Bila turun dibawah 8 % dipertimbangkan untuk transfusi
- n. Perawatan cukup 3 – 4 hari, berikan instruksi mengenai perawatan luka dan keterangan tertulus mengenai teknik pembedahan
- o. Pasien diminta datang dengan segera bila terdapat : perdarahan, demam, nyeri perut berlebihan
- p. Pasien diminta kontrol 1 minggu setelah pulang

B. Konsep letak sungsang

1. Pengertian

Posisi sungsang yaitu posisi embrio pada posisi memanjang didalam rahim, kepala berada difundus, bokong..berada dibawah (Reny, 2017). Posisi sungsang adalah suatu kondisi dimana bayi ditemukan jauh dengan..kepala berada difundus rahim serta bokong ada di bawah cekungan rahim (Prawirohardjo, 2018).

2. Etiologi

Penyebab letak sungsang ditemukan beberapa faktor, diantaranya adalah abnormalitas uterus, bentuk rahim yang tidak normal seperti uterus bikomuat, kehamilan ganda, polihidramnion, oligohidramnion dan prematuritas (Selvi, dkk 2024).

3. Manifestasi klinis

Menurut (Bratakoesoema, 2015 dalam syaifulina, 2023) tanda-tanda perlu diperhatikan adalah :

- a. Ibu merasakan tumbuh kembang anak pada bagian ulu hati bagian bawah, bagian tengah bawah serta ibu sering mengeeluh merasakan adanya benda keras (kepala) yang mendseak pada tulang rusuk
- b. Merasakan sakit (menendang) di daerah leher rahim atau dubur.
- c. Primigravida tidak merasakan janinnya tergelincir beberapa saat baru lahir.
- d. Pada palpasi anda akan merasakan bagian fundus uteri yang keras, melingkar dan melenting. Punggung bayi bisa di raba pda satu sisi abdomen serta sebagian kecil di sisi sebaliknya. Diatas simfisis, dapat dirasakan bagian yang tidak terlalu melingkar serta lunak.
- e. Pada punggung bayi setiingga pusat terdengar suara jantung
- f. Pada pemeriksaan vagina biasanya terlihat bagian paling kecil tidak enena serta terasa halus tanpagaris jahitan atau ubun-ubun

4. Patofisiologi

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau

letak lintang. Ada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih kecil disegmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimenerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala (Winkjosastro, 2020).

5. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan medis letak sungsang menurut Aspiani (2019) antara lain:
 - 1) Saat kehamilan melakukan versi luar
Versi luar dilakukan pada kasus letak lintang yang dapat menuju letak kepala dan letak bokong.
 - 2) Pertolongan persalinan pervaginam
Teknik pertolongan letak sungsang spontan pervaginam terdiri dari tiga tahapan, yaitu fase lambat pertama, fase cepat dan fase lambat kedua.
 - 3) Persalinan dengan *sectio caesarea* (SC)
Letak sungsang biasanya dilahirkan dengan *sectio caesarea* karena perbedaan yang besar antara ukuran kepala dengan ukuran bokong janin, dimana ukuran kepala janin lebih besar.

C. Konsep dasar Nyeri

1. Pengertian

Rasa nyaman berupa terbebas dari rasa yang tidak menyenangkan adalah suatu kebutuhan individu. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri itu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan pada seorang pasien di rumah sakit (Perry & Potter, 2009).

Menurut PPNI (2017) 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.

2. Penyebab

Menurut PPNI (2017) ada beberapa penyebab masalah keperawatan Nyeri akut :

- a. Agen pencedera fisiologis (Misalnya. Inflamasi, Iskemia, Neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (misalnya Terbakar, Bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3. Tanda dan Gejala

Gejala dan tanda menurut PPNI (2017) adalah sebagai berikut:

- a. Gejala dan Tanda Mayor
 - 1) Subjektif : pasien mengeluh nyeri
 - 2) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat,

sulit tidur.

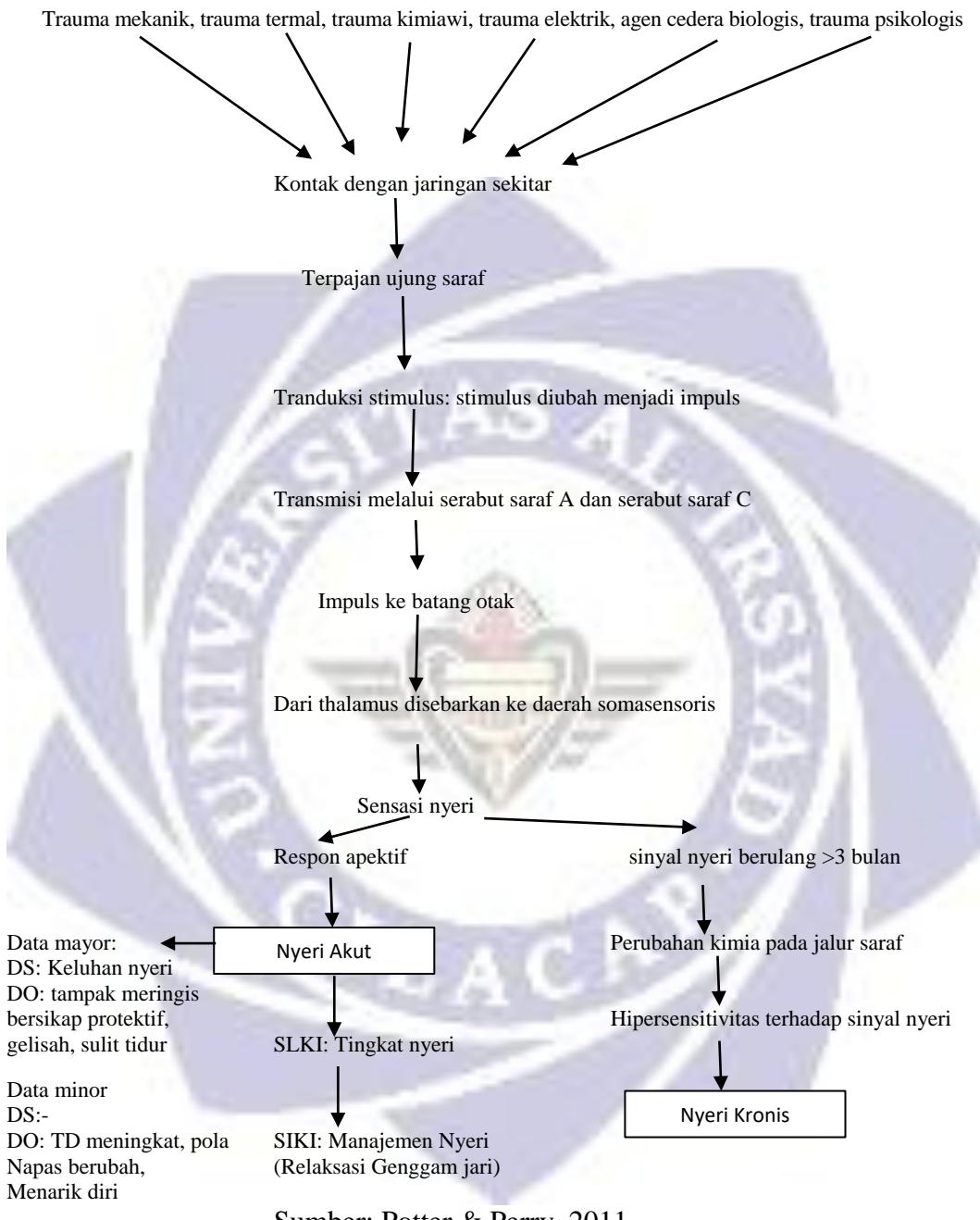
b. Gejala dan Tanda Minor

- 1) Subjektif : tidak tersedia
- 2) Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.



4. Pathways

Gambar 2.1 Pathway



Sumber: Potter & Perry, 2011

5. Penatalaksanaan

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat

kenyamanan yang dirasakan oleh klien. Manajemen nyeri post operasi meliputi pemberian terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi berupa intervensi perilaku *kognitif* seperti teknik relaksasi, terapi musik, *imagery* dan *biofeedback*, namun begitu banyak aktivitas keperawatan non farmakologis yang dapat membantu dan menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2011).

Pada kasus nyeri yang dialami post operasi dalam teknik non farmakologi penanganan nyeri yang biasa digunakan yaitu

- 1) *Pijat atau masase*

Pijat dapat dilakukan dengan jumlah tekanan dan stimulasi yang bervariasi terhadap berbagai titik-titik pemicu miofasisal di seluruh tubuh. Pijat akan melemaskan ketegangan otot dan meningkatkan sirkulasi lokal.

- 2) *Akupuntur*

Akupuntur adalah insersi jarum halus ke dalam berbagai “titik akupuntur (pemicu)” diseluruh tubuh untuk meredakan nyeri.

- 3) *Akupresure*

Akupresure pemberian tekanan dengan ibu jari, suatu teknik yang disebut dengan. *Akupresure* memungkinkan alur energi yang terkongesti untuk meningkatkan kondisi yang lebih sehat.

- 4) *Range Of- Motion (ROM)*

Digunakan untuk melemaskan otot, memperbaiki sirkulasi, dan mencegah nyeri yang berkaitan dengankekakuan dan imobilitas

5) Aplikasi panas

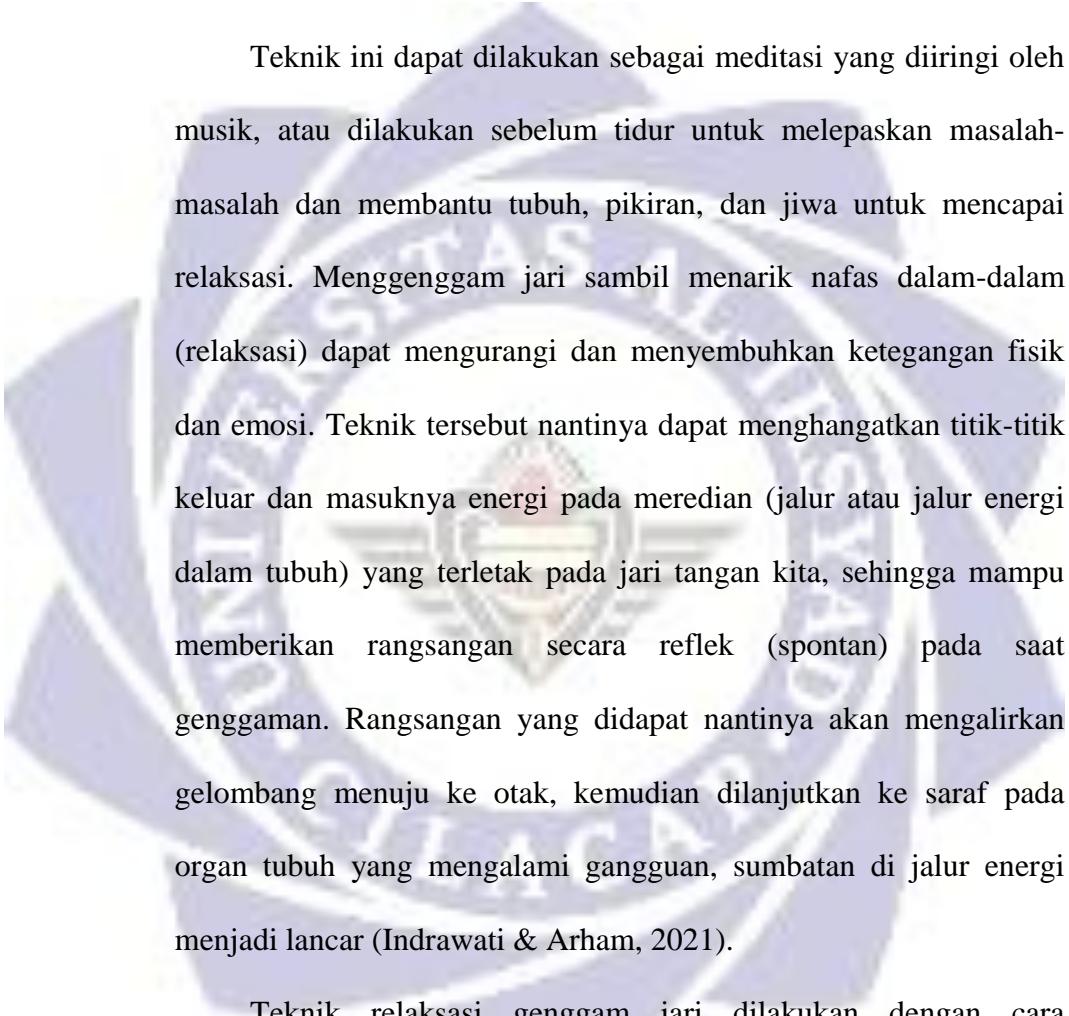
Panas dapat disalurkan melalui konduksi (botol air panas, bantalan pemanas listrik, lampu), konveksi (*whirpool, sitz bath, berendam air panas*) atau konversi (*ultrasonografi, diatermi*). Panas dapat melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah, sehingga memungkinkan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi, seperti *bradikinin, histamin, dan prostaglandin* yang menimbulkan nyeri local.

6) Aplikasi dingin

Aplikasi dingin lebih efektif untuk nyeri akut (misalnya, trauma akibat luka bakar, tersayat, terkilir). Dingin dapat disalurkan dalam bentuk berendam atau kompres air dingin, kantung es, *aquamatic K pads* dan pijat es. Aplikasi dingin mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan serta *edema*.

7) Relaksasi Genggam Jari

Relaksasi genggam jari adalah teknik sederhana yang mengabungkan bernafas dan memegang setiap jari (Curley, 2014). Tindakan ini dapat digunakan untuk mengelola nyeri, emosi, dan stress.



Teknik genggam jari ini sangat berguna untuk kehidupan sehari-hari. Saat kita menangis, merasa marah, atau gelisah karena situasi yang sulit, teknik ini dapat membantu kita untuk menjadi lebih tenang dan focus sehingga kita dapat mengambil tindakan atau respon yang tepat dalam menghadapi situasi tersebut.

Teknik ini dapat dilakukan sebagai meditasi yang diiringi oleh musik, atau dilakukan sebelum tidur untuk melepaskan masalah-masalah dan membantu tubuh, pikiran, dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Teknik tersebut nantinya dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meredian (jalur atau jalur energi dalam tubuh) yang terletak pada jari tangan kita, sehingga mampu memberikan rangsangan secara reflek (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan yang didapat nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Indrawati & Arham, 2021).

Teknik relaksasi genggam jari dilakukan dengan cara menggenggam kelima jari satu persatu dimulai dari ibu jari hingga jari kelingking selama sekitar 2-3 menit. Sentuhan pada ibu jari dipercaya dapat meredakan kecemasan dan sakit kepala. Genggaman pada jari telunjuk dilakukan untuk meminimalisir frustasi, rasa takut serta nyeri otot dan berhubungan langsung dengan ginjal. Jari tengah

berhubungan erat dengan sirkulasi darah dan rasa lelah, sentuhan pada jari tengah menciptakan efek relaksasi yang mampu mengatasi kemarahan dan menurunkan tekanan darah serta kelelahan pada tubuh. Sentuhan pada jari manis dapat membantu mengurangi masalah pencernaan dan pernafasan juga dapat mengatasi energy negatif dan perasaan sedih. Jari kelingking berhubungan langsung dengan organ jantung dan 7 usus kecil. Dengan melakukan genggaman pada jari kelingking dipercaya dapat menghilangkan rasa gugup dan stres (Sari, 2020).

Genggam jari dengan lembut, tidak keras, tidak menekan tapi genggam lembut seperti menggenggam tangan bayi, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut. Lakukan satu persatu pada jari tangan mulai dari ibu jari selama kurang lebih 2-3 menit Lakukan hal yang sama untuk jari-jari lainnya dengan rentang waktu yang sama Sesi selesai dengan menanyakan kembali bagaimana intensitas nyeri yang dirasakan pasien dan mendokumentasikan respon pasien.



8) Teknik pengalihan atau distraksi

Teknik-teknik pengalihan mengurangi nyeri dengan memfokuskan perhatian pasien pada stimulus lain dan menjauhi nyeri

9) Penciptaan khayalan dengan tuntunan atau imajinasi terbimbing

Penciptaan khayalan dengan tuntunan adalah suatu bentuk pengalihan fasilitator yang mendorong pasien untuk memvisualisasikan atau memikirkan pemandangan atau sensasi yang menyenangkan untuk mengalihkan perhatian menjauhi nyeri

D. Konsep Asuhan Keperawatan berdasarkan teori

1. Pengkajian

Menurut Prawirohardjo (2020) Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung. Pada tahap ini terbagi atas :

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

Menurut Prawirohardjo (2018) Didalam identitas yang beresiko tinggi meliputi umur yaitu ibu yang mengalami kehamilan pertama dengan indikasi letak (primigravida), nama, tanggal lahir, alamat, no.RM, tanggal pengkajian.

2) Keluhan utama

Pasien post operasi biasanya mengeluh nyeri pada luka post SC (sectio caesaria)

3) Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan setelah pasien operasi

4) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien pernah mengalami operasi sesar sebelumnya

5) Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat penyakit keluarga seperti penyakit DM, jantung, asma dari komplikasi tersebut akan dilakukan operasi sesar karena jika terjadi DM, jantung dan asma pasien akan mengalami

6) Riwayat perkawinan

Meliputi menikah sejak umur berapa dan berlangsung sudah berapa tahun pernikahannya tetapi ini tidak ada hubungannya dengan post SC yang akan dilakukan pada pasien

7) Riwayat kehamilan saat ini

Menghitung usia kehamilan dan tanggal tafsiran persalinan (HPHT), mengetahui perkiraan lahir bayi, apakah bayi lahir premature karena bayi premature merupakan factor predisposisi dari letak sungsang

8) Riwayat persalinan

Meliputi jenis persalinan yang pernah dialami (SC/normal) adanya perdarahan atau tidak

9) Riwayat ginekologi

(a) Riwayat menstruasi

Meliputi menarche berapa siklus, berapa lama, haid pertama dan haid terakhir (HPHT)

(b) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas

Meliputi kehamilan keberapa anak keberapa , umur kehamilan berapa, ada penyulit atau tidak, penolong dalam persalinan, jenis persalinan SC atau normal, terdapat komplikasi nifas atau tidak

(c) Riwayat keluarga berencana

Apakah pernah melakukan KB sebelumnya, jenis kontrasepsinya apa, sejak kapan menggunakan kontrasepsi, apakah ada masala saat menggunakan kontrasepsi

10) Pemeriksaan fisik

Menurut Prawirohardjo (2018) Pemeriksaan fisik adalah komponen pengkajian kesehatan yang bersifat obyektif yang dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan pada tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki dengan melihat keadaan pasien (inspeksi). Peraba suatu sistem atau organ yang hendak diperiksa (Palpasi) mengetuk suatu sistem atau organ (Perkusi), dan mendengar suatu sistem atau organ (Auskultasi).

(a) Keadaan umum

Biasanya pada pasien post operasi keadaan umumnya lemah

(b) Tanda-tanda vital meliputi pemeriksaan tekanan darah, suhu, pernafasan, nadi

(c) Breathing (B1) Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas teratur, tidak ada retraksi dada, otot bantu nafas, frekuensi nafas, penggunaan alat bantu nafas Palpasi : pemeriksaan

vocal fremitus Perkusi : sonor Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan

(d) Blood (B2) Inspeksi : tidak mengalami sianosis, CRT Palpasi : irama jantung teratur, tekanan darah bisa meningkat atau menurun Perkusi : pekak Auskultasi : bunyi jantung S1, S2 tunggal

(e) Brain (B3) Inspeksi : kesadaran komposmentis, orientasi baik, conjunctiva merah muda, pupil isokor Palpasi, Perkusi, Auskultasi : tidak ada masalah 6) Bladder (B4) Inspeksi : menggunakan kateter, warna urine kuning kemerahan, berbau amis terdapat lochia rubra berwarna merah segar, sedikit kotor. Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada perkemihan Perkusi : tidak ada Auskultasi : tidak ada

(f) Bowel (B5) Inspeksi : mukosa bibir lembab, bibir normal, Palpasi : kontraksi uterus bisa baik/tidak, terdapat nyeri tekan pada TFU 2 diatas pusat Perkusi : abdomen tympani Auskultasi : terjadi penurunan pada bising usus

(g) Bone (B6) Inspeksi : turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang atau kuning langsat, tidak ada edema, kelemahan otot, tampak sulit bergerak, kebutuhan klien masih dibantu keluarga, payudara menonjol, aerola hitam, puting menonjol, terdapat luka post operasi masih dibalut, terdapat striae Palpasi : akral hangat Perkusi : reflek patella (+) Auskultasi : tidak ada

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Prawirohardjo (2018) Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post op SC
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

3. Perencanaan atau intervensi keperawatan

Perencanaan adalah rencana tindakan dan rasional yang sengaja dibuat untuk kepentingan pasien atas dasar keputusan dokter atau perawat atau intervensi kolaboratif antar keduanya (Yopangumilar, 2012).

Menurut Prawirohardjo (2018) perencanaan yang dilakukan pada kasus section caesaria dengan indikasi Letak Sungsang yaitu :

Tabel 3.1 Nursing Care Plan

No	Diagnosa	SLKI				SIKI
1	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : SLKI: Tingkat nyeri (L.08066)				Manajemen Nyeri Observasi
		No	Indikator	Awl	Akh	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
		1	Keluhan nyeri	3	5	2. Identifikasi skala nyeri
		2	Meringis	3	5	3. Identifikasi respons nyeri non verbal
		3	Sikap protektif	3	5	4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri
						5. Identifikasi pengetahuan

		<p>4 Kesulitan 3 5 tidur</p> <p>Keterangan no 1-4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>dan keyakinan tentang nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, relaksasi, akupresure, terapi musik,, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, terapi kompres hangat/dingin. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika Perlu 																
2	Gangguan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : SLKI: mobilitas fisik (L.05042)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Awl</th> <th>Akh</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Rentang gerak</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan no 1-3:</p>	No	Indikator	Awl	Akh	1	Pergerakan ekstremitas	3	5	2	Kekuatan otot	3	5	3	Rentang gerak	3	5	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi
No	Indikator	Awl	Akh																
1	Pergerakan ekstremitas	3	5																
2	Kekuatan otot	3	5																
3	Rentang gerak	3	5																

		<p>1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat</p>	<p>dengan alat bantu (mis pagar tempat tidur)</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi Sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 																				
3	Risiko Infeksi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : SLKI: tingkat infeksi (L.14137)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Awl</th><th>Akh</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>demam</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>kemerahan</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4</td><td>bengkak</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan no 1-4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	No	Indikator	Awl	Akh	1	demam	3	5	2	kemerahan	3	5	3	nyeri	3	5	4	bengkak	3	5	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
No	Indikator	Awl	Akh																				
1	demam	3	5																				
2	kemerahan	3	5																				
3	nyeri	3	5																				
4	bengkak	3	5																				

4. Implementasi

Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh

perawat untuk membantu Klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penanganan nyeri dibagi menjadi dua yaitu farmakologi dan non farmakologi. Dalam penanganan nyeri apabila salah satu penanganan nyeri nonfarmakologi belum berhasil maka akan dilakukan kolaborasi antara penanganan nyeri non farmakologi dan farmakologi. Nyeri yang dialami oleh Klien merupakan nyeri akut dengan skala sedang. Maka perlu adanya dilakukannya kedua penanganan nyeri tersebut. (Smeltzer and Bare, 2010 dalam Hermanto etal., 2020).

Dalam terapi farmakologi yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri sedangkan teknik nonfarmakologi terdapat beberapa teknik diantaranya teknik relaksasi genggam jari. teknik terapi relaksasi menggunakan jari jemari serta gelombang tenaga yang ada di dalam tubuh (Kurniawaty & Febrianita, 2020).

5. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga

kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan Klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

S : keluhan secara subjektif yang dirasakan Klien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan

O : keadaan objektif Klien yang dapat dilihat oleh perawat

A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisisoleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).

P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

E. Evident Best Praktis (EBP)

Terdapat beberapa hasil penelitian sebelumnya yang digunakan oleh peneliti sebagai dasar melakukan tindakan pemberian pemberian relaksasi genggam jari terhadap penurunan tingkat nyeri pada asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *Post Sectio Caesarea*.

Tabel 3.2 EBP

Nama (Tahun)	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Lasati ika & Utami (2018)	Teknik Relaksasi Genggam Jari Untuk Menurunkan Nyeri Pada Ibu Post Op Sectio Caesarea Hari 1-7	Penelitian ini merupakan penelitian dengan desain quasy eksperimental. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan teknik: observasi untuk skala nyeri pada ibu post op sectio caesarea. Pemberian teknik relaksasi genggam jari menggunakan standar prosedur operasional. Besar sampel penelitian ini adalah 38 responden, yang dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok control	Hasil penelitian tersebut diuji dengan menggunakan Uji statistic Mann Whitney, yang menghasilkan $p=0,000$ dengan $\alpha<0,005$, maka H_0 ditolak dan H_1 diterima. Yaitu ada pengaruh teknik genggam jari dengan nyeri ibu post op section caesarea hari 1-7.
Mulyani, dkk, (2023)	Pengaruh Relaksasi Genggam Jari Terhadap Pasien Pasca Operasi Untuk Penurunan Nyeri <i>Sectio Caesarea</i>	Desain <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> yang merupakan <i>quasi-eksperimental</i> . Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah ibu yang menjalani operasi caesar pada hari ke 1-2 di RS Advent Bandung dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari-Februari 2023. Sampel berjumlah 30 orang	Relaksasi genggama jari terhadap terhadap penurunan nyeri ibu sectio caesarea memiliki nilai signifikan p-value sebesar 0,000 dimana nilai probabilitas 0,000 kurang dari 0,05
Windyastuti, dkk (2018)	Pengaruh Relaksasi Genggam Jari	Populasi adalah 169 pasien dan Sampel sebanyak 20 responden.	Hasil penelitian yang mengalami nyeri terbanyak

Nama (Tahun)	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	Terhadap Skala Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea	Desain penelitian menggunakan quasi – eksperimen pre and post test without control. Pengambilan sampel dengan consecutive sampling sebanyak 49 responden, skala nyeri diukur dengan menggunakan numerical rating scales, dianalisa menggunakan uji statistik wilcoxon.	sebelum relaksasi genggam jari adalah nyeri sedang yaitu (71,4 %), sedangkan nyeri terbanyak setelah dilakukan relaksasi genggam jari yaitu nyeri ringan yaitu (63,3 %), dengan hasil uji statistik p value $0,000 \leq 0,05$ dan nilai Z hitung -6,260. Ada pengaruh relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pada ibu post sectio caesarea di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang.
Aizah, dkk (2024)	Penerapan Terapi Finger Hold (Genggam Jari) Dengan Media Bola Squishy Untuk Mengurangi Tingkat Nyeri Akut Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Sectio Caesarea Di RS Muhammadiyah Ahmad Dahlan Kota Kediri	Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Subjek dalam penelitian ini adalah 2 responden yang mengalami nyeri akut 6-8 jam pasca persalinan dengan diagnosa medis post sectio caesarea. Analisis skala nyeri pada dua responden menggunakan NRS atau numerical rating scale untuk mengetahui skala nyeri pasien. Pengukuran dilakukan selama 10 menit sebelum dan sesudah dilakukan terapi.	Hasil dalam penelitian ini menunjukkan terdapat penurunan tingkat nyeri pada kedua responden dengan nyeri berat dengan skala nyeri 9 sebelum dilakukan terapi menjadi nyeri ringan dengan skala 2 setelah dilakukan terapi finger hold (genggam jari) dengan media bola squishy. Dapat disimpulkan terapi finger hold dapat menurunkan tingkat nyeri pada pasien post op sectio caesarea dengan mendistraksi rasa nyeri pasien saat tubuh pasien dalam keadaan rileks.