

## **BAB II**

### **TINJUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Teori**

##### **1. Defenisi *Sectio Caesarea***

*Sectio caesarea* merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding perut untuk membuka dinding uterus. Seseorang dengan post *sectio cesarea* menimbulkan nyeri. Nyeri yang timbul berasal dari abdomen akibat insisi yang dilakukan untuk mengeluarkan bayi. Menurut (Safitri & Hastuti, 2023) Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi dengan demikian cara ini semakin umum di lakukan sebagai pengganti kelahiran normal.

*Sectio caesarea* merupakan suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram. Beberapa pengertian tentang *Sectio caesarea* diatas dapat diambil kesimpulan bahwa *Sectio caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan yang tujuannya untuk mengeluarkan janin didalam rahim melalui insisi pada dinding dan rahim perut ibu dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh dan bobot janin diatas 500 gram.

##### **2. Etiologi *Sectio caesarea***

*Sectio caesarea* merupakan prosedur bedah untuk melahirkan anak dengan cara membuat sayatan di dinding perut dan uterus ibu. Tindakan ini umumnya diambil ketika melahirkan secara normal melalui vagina berpotensi berbahaya bagi ibu atau bayi.

Penyebab atau etiologi dilakukannya *Sectio caesarea* bisa berasal dari faktor ibu maupun bayi:

###### **a. Faktor ibu**

###### **1) Plasenta previa**

Suatu keadaan di mana plasenta menutupi sebagian atau seluruh saluran kelahiran, menghambat proses kelahiran bayi secara alami.

2) Panggul sempit

Ukuran panggul wanita yang tidak cukup untuk memfasilitasi perjalanan bayi melalui jalan lahir.

3) Disproporsi sephalopelvik

Ketidakkcocokan antara ukuran kepala bayi dan panggul ibu, yang mengakibatkan bayi mengalami kesulitan saat melewati saluran kelahiran.

4) Hipertensi dan proteinuria

Suatu keadaan seperti pre-eklamsia yang ditandai dengan tekanan darah tinggi serta keberadaan protein dalam urine, yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin jika persalinan normal diteruskan.

b. Faktor Janin:

1) Letak sungsang atau abnormal

Posisi janin yang tidak biasa, seperti letak sungsang, di mana kaki atau bokong bayi berada pada posisi terendah dalam rahim, sehingga mempersulit proses persalinan normal.

2) Gawat janin

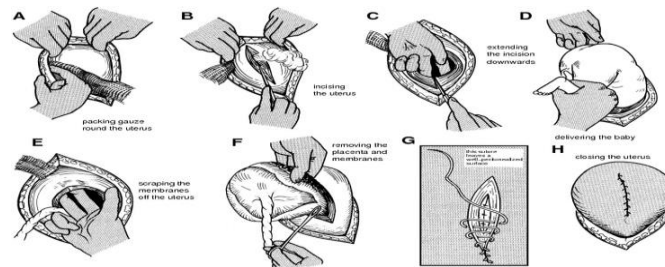
Situasi di mana janin mengalami tekanan atau kekurangan oksigen yang memadai selama proses melahirkan, sehingga dibutuhkan penanganan cepat untuk menyelamatkannya.

3) Makrosomia

Bayi dengan bobot tubuh yang sangat berat, umumnya lebih dari 4.000 gram, yang dapat mempersulit proses persalinan alami.

Selain itu, riwayat persalinan sebelumnya dengan *Sectio caesarea* juga dapat menjadi indikasi untuk melakukan prosedur yang sama pada kehamilan berikutnya, terutama jika ada risiko komplikasi seperti ruptur uteri (Sudarsih et al., 2023).

### 3. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi *Sectio caesarea*

#### a. Dinding Abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda : kulit, jaringan subkutan, otot dan fascia, peritonuem.

##### 1) Kulit

Garis Langer menunjukkan arah serat-serat dermis dalam kulit. Pada dinding abdomen depan, serat-serat tersebut tersusun secara transversal. Sehingga, insisi kulit vertikal menyebutkan peningkatan tegangan lateral dan akibatnya, meninggalkan jaringan parut yang lebih lebar.

##### 2) Jaringan Subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi superfisial, terutama lapisan lemak-Fasia Comper, dan yang lebih dalam, lebih banyak lapisan membranosa Fasia Scarpa. Lapisan-lapisan tersebut tidak terpisah, melainkan suatu lapisan jaringan subkutan yang kontinu (Juliathi et al., 2020).

##### 3) Peritoneum

Dibuka sedekat mungkin dengan umbilikus supaya tidak mengenai vesica urinaria yang kadang-kadang terletak tinggi, misalnya pada partus lama. Untuk mencegah perlukaan di bawah peritoneum, peritoneum dijepit dengan klem pada dua tempat oleh operator dan asisten, kemudian bergantian melepaskan dan menjepit peritoneum. Setelah peritoneum diiris, jari operator dan jari asisten atau jari operator diletakkan di bawah peritoneum melalui lubang sayatan diantara jari, ke atas dan ke bawah (Radetyo et al., 2024).

#### 4) Insisi Abdomen

Insisi vertikal lineal mediana infraumbilikal adalah insisi yang paling cepat dilakukan. Insisi harus cukup panjang supaya bayi dapat dilahirkan dengan mudah. Panjang insisi harus sesuai dengan perkiraan ukuran janin. Diseksi tajam dilakukan setinggi selubung rektus anterior, yang dibebaskan dari lemak subkutan untuk memperlihatkan fascia selebar 2 cm di linea mediana. Fascia transversalis dan lemak praperitoneal diseksi dengan hati-hati, baik secara tumpul atau mengelevasi dengan dua hemostat yang berjarak sekitar 2 cm (Juliathi et al., 2020).

#### 5) Penjahitan Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat diangkat melalui lubang insisi ke atas dinding abdomen yang tertutup kain, dan fundus ditutupi dengan kassa laparatomi yang lembab. Meskipun beberapa ahli lebih senang untuk tidak melakukan tindakan tersebut, eksteriorisasi uterus sering memberikan keuntungan yang lebih besar daripada kerugiannya. Sebagai contoh, uterus yang relaksasi dan atonik dapat segera diketahui dan diberikan pijatan. Luka insisi dan perdarahan lebih mudah terlihat dan diperbaiki, terutama jika terdapat perluasan ke lateral. Adneksa lebih terlihat, sehingga sterilisasi tuba lebih mudah dilakukan. Akibat traksi pada kelahiran caesar yang dilakukan dalam pengaruh analgesia regional. Mordibitas demam maupun kehilangan darah tidak meningkat pada eksteriorisasi uterus sebelum dijahit (Rosmawati et al., 2022).

#### 6) Penutupan Abdomen

Semua kassa dibuang, sulci paracolici dan cul-de-sac dikosongkan dari darah dan cairan amnion dengan *suction secara* perlahan. Setelah perhitungan spons dan instrumen bedah benar, insisi abdomen ditutup. Namun, bila terjadi distensi usus pada tempat insisi, penutupan peritoneum dapat membantu melindungi usus saat penjahitan fascia. Seiring dengan ditutupnya setiap lapisan, lokasi perdarahan dicari,

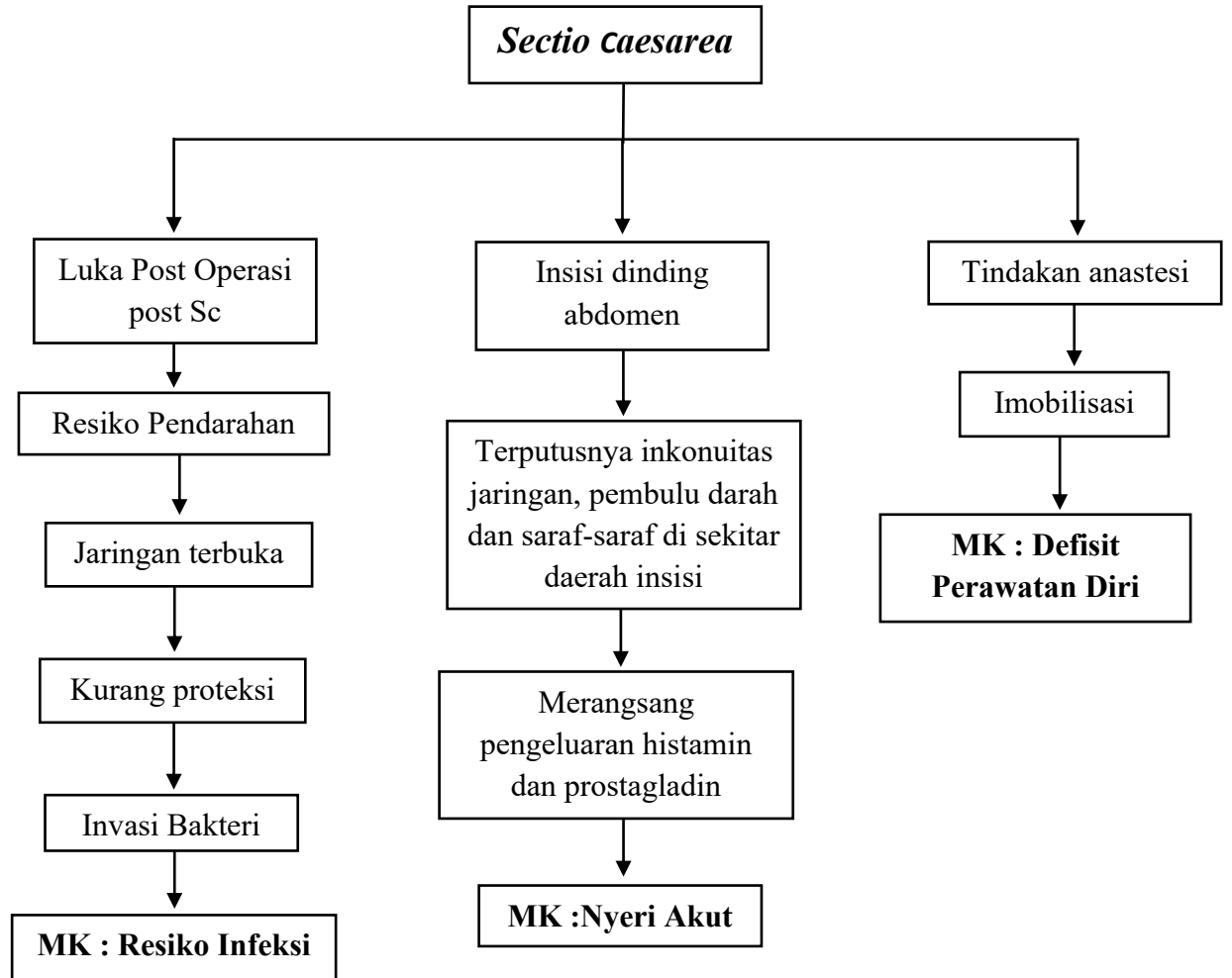
diklem, dan diligasi atau dikoagulasi dengan pisau elektrobedah. M.rectus dikembalikan ke posisi asal, dan rongga subfascia diperiksa dengan hati-hati untuk hemostatis. Fascia rektus diatasnya ditutupi dengan jahitan interuptus benang ukuran yang diabsorpsi lambat pada lateral dari tepi fascia dan berjarak tidak lebih dari 1 cm, atau dengan teknik kontinu non-locking menggunakan benang yang diabsorpsi lambat (Rosmawati et al., 2022).

#### **4. Patofisiologi**

*Sectio caesarea* adalah suatu proses persalinan buatan yang dilakukan melalui pembedahan dengan cara melakukan insisi pada dinding perut dan dinding rahim ibu, dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh, serta janin memiliki bobot badan di atas 500 gram. Jika bobot janin dibawah 500 gram, maka tidak perlu dilakukan tindakan persalinan *Sectio caesarea* (Astuti, 2021).

Dampak fisiologis yang sering muncul dirasakan oleh pasien pasca *Sectio caesarea* ini terutama rasa nyeri akibat dari efek pembedahan tersebut, rasa nyeri yang sering timbul setelah dilakukan tindakan *Sectio caesarea* terjadi akibat adanya torehan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus, nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke satu bagian jaringan. Jika hal tersebut tidak segera diatasi maka akan menimbulkan efek yang berbahaya dan akan mengganggu proses penyembuhan. Hal ini terjadi karena rasa nyeri yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan, baik pada aspek fisik maupun psikis klien, nyeri merupakan bentuk stressor yang dapat menimbulkan berbagai respons, seperti tidak mampu bernafas dengan dalam, gangguan mobilitas, menurunkan nafsu makan, dan mengganggu tidur sehingga menghambat proses penyembuhan. Selain itu, rasa nyeri yang tidak segera diatasi akan berdampak pada masalah psikologis pasien (Astuti, 2021).

## 5. Pathway *Sectio caesarea*



Bagan 2.1 Pathway (Astuti, 2021), (Tim Pojka SIKI DPP PPNI, 2018)

## 6. Manifestasi Klinis

- a. Manifestasi klinis pada ibu *post Sectio caesarea* adalah:
- b. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
- c. Terpasang kateter, urine jernih dan pucat
- d. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- e. Bising usus tidak ada
- f. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- g. Balutan abdomen tampak sedikit noda
- h. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak  
(Anggraini, 2023)

## 7. Komplikasi

Komplikasi yang bisa timbul pada ibu *post Sectio caesarea* seperti :

- a. Nyeri pada daerah insisi
- b. Potensi terjadinya thrombosis
- c. Potensi terjadinya penurunan kemampuan fungsional
- d. Penurunan elastisitas otot perut dan otot dasar panggul
- e. Perdarahan
- f. Luka kandung kemih
- g. Infeksi
- h. Bengkak pada ekstremitas bawah
- i. Gangguang laktasi (Supiarta, 2022)

## 8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan klien *post Sectio caesarea* menurut (Solehati et al., 2024) adalah:

- a. Penatalaksanaan non farmakologi
  - 1) Perawatan awal
    - a) Letakan pasien dalam posisi pemulihan.
    - b) Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar.

- c) Transfusi jika diperlukan.
  - d) Jika tanda vital dan hematokrit turun walau di berikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah.
- 2) Diet Pemberian cairan perinfusan biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu di mulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh di lakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.
- 3) Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :
- a) Miring kanan dan kiri dapat di mulai sejak 6-10 jam setelah operasi.
  - b) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.
  - c) Hari kedua *post operasi*, penderita dapat didudukan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
  - d) Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (*semifowler*).
- 4) Perawatan fungsi kandung kemih
- a) Jika urin jernih, kateter dilepas 8 jam setelah pembedahan atau sesudah semalam.
  - b) Jika urin tidak jernih biarkan kateter terpasang sampai urin jernih.
  - c) Jika terjadi perlukaan pada kandung kemih biarkan kateter terpasang sampai minimum 7 hari atau urin jenuh .
  - d) Jika sudah tidak memakai antibiotika berikan nirofurantion 100 mg peroral per hari sampai kateter di lepas.
- 5) Pembalutan dan perawatan luka
- a) Jika pada pembalutan luka terjadi perdarahan atau keluar cairan tidak terlalu banyak jangan mengganti pembalut.

- b) Jika pembalut agak kendur, jangan ganti pembalut ,tapi beri plester untuk mengencangkan.
  - c) Ganti pembalut dengan cara steril.
  - d) Luka harus di jaga agar tetap kering dan bersih.
  - e) Jahitan fasia adalah utama dalam bedah abdomen, angkat jahitan kulit dilakukan pada hari kelima pasca *Sectio caesarea*.
- b. Analgesik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan Menurut (Solehati et al., 2024) terapi farmakologi pada ibu *Sectio caesarea* yaitu :
- 1) Pemberian analgesia sesudah bedah sangat penting:
    - a) supositoria : Ketoprofen sup 2x/24 jam
    - b) Oral :Tramadol tiap 6 jam atau paracetamol
    - c) Injeksi : Pentinidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.
  - 2) Medis :
    - a) Cairan IV sesuai indikasi.
    - b) Anestesi regional atau general
    - c) Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan *Sectio caesarea*.
    - d) Tes laboratorium sesuai indikasi
    - e) Pemberian oksitosin sesuai indikasi
    - f) Tanda vital per protokol ruang pemulihan
    - g) Persiapan kulit pembedahan abdomen.

## 9. Pencegahan

- a. Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih satu tahun
- b. Kehamilan selanjutnya hendaknya diawasi dengan pemeriksaan antenatal yang baik
- c. Lakukan perawatan post operasi sesuai arahan tenaga medis selama dirumah
- d. Jaga kebersihan diri
- e. Konsumsi makanan yang bergizi dan istirahat yang cukup.

## **B. Konsep Dasar Nyeri**

### **1. Definisi Nyeri**

Nyeri adalah fenomena yang tidak menyenangkan dan sangat mengganggu saat beraktifitas. Nyeri didefinisikan sebagai suatu kondisi yang tidak nyaman yang dikaitkan dengan kerusakan nyata atau potensial. Nyeri adalah suatu perasaan yang bersifat subjektif yang dirasakan oleh seseorang yang terjadi akibat cedera atau luka. Nyeri merupakan respon sensori tidak menyenangkan yang dialami oleh individu secara unik yang diekspresikan secara berbeda oleh tiap individu serta dapat berdampak terhadap kondisi fisik dan psikis seseorang (Suastini & Pawestri, 2021).

Nyeri akut pada *post section caesarea* dirasakan setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar dan pada saat efek anastesi habis maka pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Rasa nyeri pada daerah sayatan yang membuat pasien terganggu dan merasa tidak nyaman. Sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan, sehingga individu merasa tersiksa yang akhirnya akan mengganggu aktifitas sehari- hari (Sari et al., 2022).

### **2. Etiologi Nyeri**

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 menstransmisikan informasi ke pusat yang lebih tinggi ke otak termasuk pembentukan jaringan system limbik, korteks, somatosensory dan gabungan korteks sehingga nyeri di persepsikan (Suastini & Pawestri, 2021).

### 3. Mekanisme Nyeri

Nyeri timbul akibat adanya rangsangan oleh zat-zat algesik pada reseptor nyeri yang banyak dijumpai pada lapisan superfisial kulit dan pada beberapa jaringan di dalam tubuh (Oktapia et al., 2022).

- a. Transduksi (*transduction*), merupakan proses stimuli nyeri (*naxious stimuli*) yang diterjemahkan atau diubah menjadi suatu aktivitas listrik pada ujung-ujung saraf.
- b. Transmisi (*transmission*), merupakan proses penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi. Impuls ini akan disalurkan oleh serabut saraf A delta dan serabut C sebagai neuron pertama dari perifer ke medulla spinalis.
- c. Modulasi (*modulation*), adalah proses interaksi antara sistem analgesik endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Sistem analgesik endogen meliputi, enkefalin, endofrin, serotonin dan noradrenalin yang mempunyai efek menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis.
- d. Persepsi (*perception*), adalah hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi, transmisi, dan modulasi yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri. proses terjadinya nyeri post operasi adalah ketika bagian tubuh terluka oleh tekanan, potongan, sayatan, dingin, atau kekurangan O<sub>2</sub> pada sel, maka bagian tubuh yang terluka akan mengeluarkan berbagai macam substansi yang normalnya ada di intraseluler.

### 4. Klasifikasi Nyeri

- a. Klasifikasi nyeri berdasarkan awitan  
Nyeri berdasarkan waktu kejadian dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis menurut (Bahrudin, 2020).
  - 1) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam waktu kurang dari 6 bulan atau durasi 1 detik. Nyeri akut dapat menghilang dengan sendirinya dengan atau tanpa tindakan setelah kerusakan jaringan sembuh.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri yang terjadi dalam waktu lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis umumnya timbul tidak teratur, intermiten atau bahkan persisten. Nyeri kronis menimbulkan kelelahan mental dan fisik bagi penderitanya.

b. Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasi

Menurut (Handayani, n.d.2020) berdasarkan lokasi dapat dibedakan menjadi lima jenis, yaitu :

1) Nyeri somatik dalam (*deep somatic pain*)

Adalah nyeri yang terjadi pada otot tulang serta struktur penyokongnya. Nyeri bersifat tumpul dan distimulasikan dengan adanya peregangan iskemia.

2) Nyeri visceral

Nyeri yang disebabkan oleh adanya luka pada organ atau jaringan tertentu.

3) Nyeri sebar (radiasi)

Sensasi nyeri yang meluas dari sensasi asal ke jaringan sekitar.

4) Nyeri bayangan (*fantom*)

Nyeri khusus yang dirasakan pada klien yang amputasi.

5) Nyeri alih (*referred pain*)

Adalah nyeri yang timbul akibat adanya nyeri *visceral* yang menjalar ke organ lain, sehingga dirasakan pada beberapa tempat.

## 5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Oktapia et al., 2022) antara lain:

- a. Usia  
Perbedaan usia mempengaruhi nyeri. Anak kecil memiliki kesulitan dalam memahami dan mengekspresikan nyeri dibandingkan orang dewasa.
- b. Jenis Kelamin  
Seorang laki-laki lebih berani sehingga menyebabkan laki-laki lebih tahan terhadap nyeri daripada wanita.
- c. Kebudayaan  
Ada kebudayaan yang mengajarkan untuk menutup perilaku untuk tidak memperlihatkan nyeri namun beberapa kebudayaan meyakini bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang wajar.
- d. Makna Nyeri  
Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan adaptasi terhadap nyeri.
- e. Perhatian  
Upaya pengalihan nyeri dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Apabila seseorang mampu mengalihkan perhatian maka sensasi nyeri akan berkurang.
- f. Ansietas  
Kecemasan meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri dapat menimbulkan kecemasan.
- g. Kelelahan  
Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri yang menurunkan kemampuan.
- h. Pengalaman sebelumnya  
Orang yang pertama kali mengalami nyeri akan mengalami nyeri yang lebih buruk daripada orang yang sudah memiliki pengalaman nyeri

karena sudah terbentuk koping yang baik untuk menangani nyeri tersebut.

i. Gaya Koping

Gaya koping berhubungan dengan pengalaman nyeri, klien sering menemukan cara mengembangkan koping terhadap efek fisiologis.

j. Dukungan Keluarga dan Sosial

Dukungan keluarga atau orang yang dicintai akan meminimalkan persepsi nyeri.

## 6. Karakteristik Nyeri

Menurut (Pinzon, 2020) karakteristik nyeri dapat dilihat berdasarkan metode PQRSST :

a. P : (*Provocate*)

Sebagai tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada pasien atau klien.

b. Q : (*Quality*)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali nyeri dideskripsikan dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti digencet.

c. R : (*Region*)

Untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta klien untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman.

d. S : (*Scale*)

Tingkat keparahan merupakan hal yang paling subjektif yang dirasakan oleh klien, karena akan menanyakan bagaimana kualitas nyeri. Kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggunakan skala nyeri yang sifatnya kuantitas.

e. T : (*Time*)

Mengkaji awitan, durasi, dan rangkaian nyeri. Perlu ditanyakan kapan nyeri mulai muncul, berapa lama nyeri, seberapa sering kambuh, dan lain-lain .

## 7. Penilaian Intensitas Nyeri

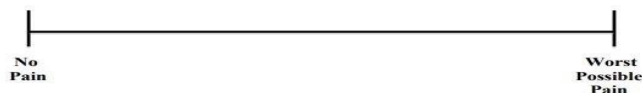
Menurut (Pinzon, 2020) ada beberapa cara untuk membantu menilai intensitas nyeri menggunakan skala *assessment* nyeri tunggal atau multidimensi.

### a. Skala *assessment* nyeri *Uni-dimensional*

Hanya mengukur intensitas nyeri, cocok (*appropriate*) untuk nyeri akut, skala yang biasa digunakan untuk evaluasi *outcome* pemberian analgetik. Skala *assessment* nyeri uni-dimensional meliputi :

#### 1) *Visual Analog Scale* (VAS)

(VAS) merupakan cara untuk menilai nyeri yang paling banyak digunakan. Rentang nyeri diwakili dengan garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin dirasakan. Digunakan pada pasien anak diatas 8 tahun dan dewasa. Penggunaan VAS sangat mudah dan sederhana, namun untuk menilai nyeri paska bedah tidak banyak bermanfaat karena memerlukan koordinasi visual dan motorik serta konsentrasi yang penuh.

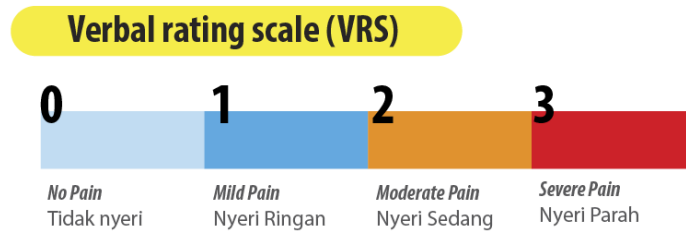


Bagan 2.2 Penilaian Intensitas Nyeri *Visual Analog Scale*

#### 2) *Verbal Rating Scale* (VRS)

Penilaian nyeri VRS menggunakan angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan intensitas nyerinya. VRS bisa digunakan untuk menilai periode paska bedah karena tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan katakata dan bukan garis atau angka. Skala yang digunakan berupa tidak ada nyeri, nyeri sedang, nyeri parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Skala

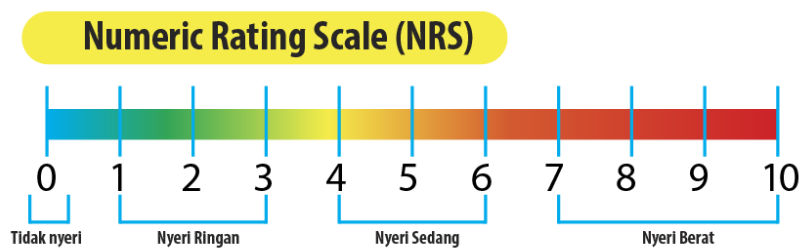
ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



Bagan 2.3 Penilaian Intensitas Nyeri Verbal Rating Scale (VRS)

3) *Numeric Rating Scale (NRS)*

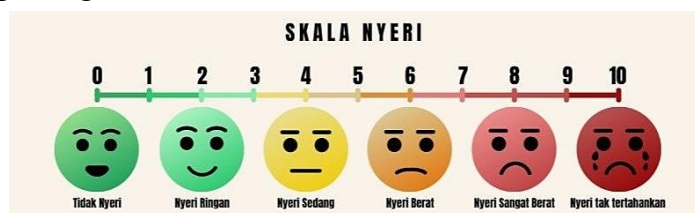
NRS dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. NRS lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Kekurangannya adalah keterbatasan pemilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri.



Bagan 2.4 Penilaian Intensitas Nyeri Numeric Rating Scale (NRS)

4) *Wong Baker Pain Rating Scale*

Digunakan untuk menilai intensitas nyeri pada pasien dewasa dan anak diatas 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan nyerinya dengan angka.



Bagan 2.5 Penilaian Intensitas Nyeri *Wong Baker Pain Rating* (Pinzon, 2020)

b. Skala *assessment* nyeri Multi-dimensional

Mengukur intensitas dan afektif (*un-pleasantness*) nyeri, diaplikasikan untuk nyeri kronis, dapat dipakai untuk *outcome assessment* klinis.

Menurut (Pinzon, 2020) skala multi-dimensional meliputi :

1) *McGill Pain Questionnaire* (MPQ)

Terdiri dari empat bagian :

- a) Gambar nyeri,
- b) Indeks nyeri (pri),
- c) Pertanyaan-pertanyaan mengenai nyeri terdahulu dan lokasinya, dan
- d) Indeks intensitas nyeri yang dialami saat ini.

2) *The Brief Pain Inventory* (BPI)

Adalah kuesioner medis yang digunakan untuk menilai nyeri. Awalnya hanya digunakan untuk menilai nyeri kanker, namun sudah divalidasi juga untuk menilai nyeri kronik.

3) *Memorial Pain Assessment Card*

Sedangkan menurut (SUPUTRA, n.d.) untuk mengukur derajat nyeri dapat digunakan cara yang sederhana dengan cara kualitatif, sebagai berikut :

- a) Nyeri ringan adalah nyeri yang hilang timbul, terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur.
- b) Nyeri sedang adalah nyeri terus menerus, aktivitas terganggu, yang hanya hilang apabila penderita tidur.
- c) Nyeri berat adalah nyeri yang berlangsung terus menerus sepanjang hari, penderita tak dapat tidur atau sering terjaga oleh gangguan nyeri sewaktu tidur.

## 8. Respon Tubuh Terhadap Nyeri

Respon tubuh terhadap trauma atau nyeri adalah terjadinya reaksi endokrin berupa mobilisasi hormon-hormon katabolik dan terjadinya

reaksi imunologik, yang secara umum disebut sebagai respon stress. Respon stress ini sangat merugikan pasien, karena selain akan menurunkan cadangan dan daya tahan tubuh, juga meningkatkan kebutuhan oksigen otot jantung, mengganggu fungsi respirasi dengan segala konsekuensinya, serta akan mengundang resiko terjadinya tromboemboli, yang pada gilirannya meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Haflaha & Safitri, 2022).

## 9. Penatalaksanaan Nyeri

Menurut (Solehati et al., 2024) penatalaksanaan nyeri dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

### a. Manajemen farmakologi

Manajemen farmakologi untuk penatalaksanaan nyeri menggunakan obat analgesik. Obat golongan analgesik akan merubah persepsi dan interpretasi nyeri dengan cara mendepresi system saraf pusat. Obat analgesik akan lebih efektif diberikan sebelum klien merasakan nyeri dibandingkan setelah mengeluh nyeri. Maka obat analgesik dianjurkan diberikan secara teratur dengan interval setiap 4 jam setelah pembedahan. Obat analgesik yang digunakan adalah analgetika narkotika dan analgetika non narkotika.

#### 1) Analgetika narkotika

Yang termasuk analgetika narkotika adalah : derivat opiate seperti morphine dan codein. Narkotik menghilangkan nyeri dengan merubah aspek emosional dari pengalaman nyeri seperti persepsi nyeri. Perubahan perilaku dan perasaan sehat membuat individu merasa lebih nyaman meskipun nyerinya masih timbul.

#### 2) Analgetika non narkotika

Yang termasuk kedalam analgetika non narkotika yaitu derivat dari Asam Salisilat (Aspirin), Paraaminophenols (Phenacetin), Pyrazolon (Phenylbutazone). Terdapat juga analgesik kombinasi seperti kombinasi dari analgesik kuat dengan analgesik ringan.

Contohnya: Tylenol, yang merupakan kombinasi dari acetaminophen (sebagai obat analgesic non narkotik) dengan codein 30 mg.

b. Manajemen non farmakologi

1) Stimulasi pada area kulit

Stimulasi pada area kulit (*cutaneous stimulation*) adalah teknik yang terdiri atas pemberian kompres dingin, kompres hangat, *massage*, dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*).

2) *Accupressure*

*Accupressure* adalah penekanan-penekanan pada titik pengaktif nyeri atau disebut titik akupuntur. Dengan tujuan memperlancar sirkulasi sehingga tercapai keseimbangan energi.

3) *Distraksi*

Distraksi merupakan manajemen nyeri non farmakologi dengan cara mengalihkan perhatian pasien untuk menurunkan ketakutan pasien terhadap nyeri. Jenis-jenis distraksi antara lain distraksi visual (menonton televisi, membaca koran dll), distraksi visual (bermain kartu, melakukan kegemaran dan menulis cerita), distraksi pendengaran (mendengarkan musik, suara burung atau suara air), distraksi pernafasan (bernafas ritmik dan memandang fokus pada objek gambar atau memejamkan mata).

4) Relaksasi

Merupakan teknik menurunkan kecemasan dan ketegangan otot yang mengakibatkan nyeri. Jenis-jenis relaksasi diantaranya :

- a) Relaksasi pernafasan
- b) Gambaran dalam pikiran (*imagery*)
- c) Regangan
- d) Senam
- e) Bertafakur

## **C. Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

### **1. Definisi Relaksasi Nafas Dalam**

Relaksasi napas dalam adalah teknik pernapasan yang digunakan untuk membantu mengurangi nyeri pada ibu pasca operasi caesar. Metode ini melibatkan pengaturan napas secara perlahan dan terkontrol untuk merangsang respons relaksasi tubuh. Melalui teknik ini, ibu diajarkan untuk menarik napas dalam, menahan sejenak, lalu menghembuskannya secara perlahan (Elimanafe et al., 2024).

Proses ini tidak hanya membantu mengurangi ketegangan otot, tetapi juga memperlambat respons stres yang dapat memperparah nyeri. Dengan berfokus pada pola pernapasan yang tenang, tubuh menjadi lebih rileks, sirkulasi oksigen meningkat, dan produksi hormon endorfin yang bersifat analgesik alami turut terstimulasi. Akibatnya, intensitas nyeri berkurang, memungkinkan ibu untuk merasa lebih nyaman saat beraktivitas dan mempercepat proses pemulihan (Sanjaya et al., 2024).

### **2. Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam**

Menurut (Haflaha & Safitri, 2022b) tujuan utama dari relaksasi pernapasan dalam pada ibu setelah operasi caesar adalah untuk mengurangi tingkat nyeri yang muncul akibat tindakan pembedahan. Metode ini mendukung tubuh untuk mencapai kondisi tenang, yang dapat mengurangi ketegangan otot dan menenangkan respons stres fisik, sehingga menurunkan persepsi rasa sakit. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa tindakan ini secara signifikan mengurangi tingkat nyeri, sehingga ibu dapat lebih nyaman dalam beraktivitas, menyusui, dan merawat bayi. Selain itu, pernapasan dalam yang relaks juga mendukung pemulihan yang lebih cepat dengan meredakan respons stres yang dapat mengganggu proses penyembuhan luka.

### **3. Manfaat Relaksasi Napas Dalam**

Relaksasi napas dalam bermanfaat bagi ibu pasca operasi caesar yang mengalami nyeri, dengan manfaat utama sebagai berikut:

- a. Mengurangi intensitas nyeri  
Membantu mengurangi rasa sakit dengan merelaksasikan otot dan mengurangi ketegangan fisik.
- b. Mengontrol respons stres  
Menurunkan respons stres yang dapat memperburuk nyeri, sehingga tubuh lebih rileks dan nyaman.
- c. Meningkatkan oksigenasi  
Membantu memperlancar aliran oksigen ke seluruh tubuh, mempercepat proses penyembuhan luka operasi.
- d. Memperbaiki mobilitas  
Mengurangi nyeri membuat ibu lebih mudah bergerak, mempercepat pemulihan, dan memudahkan aktivitas sehari-hari.
- e. Meningkatkan kualitas perawatan bayi  
Dengan nyeri yang terkendali, ibu bisa lebih fokus menyusui, merawat bayi, dan menjalani peran barunya dengan lebih optimal (Elimanafe et al., 2024).

### **4. Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Persepsi Nyeri**

Teknik relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui tiga mekanisme yaitu:

- a. Dengan merelaksasikan otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan insisi (trauma) jaringan saat pembedahan
- b. Relaksasi otot skelet akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri

- c. Teknik relaksasi napas dalam dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin (Haflaha & Safitri, 2022).

## **5. Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam**

- a. Tarik napas dalam, tarik napas dalam melalui hidung, isi paru-paru dengan udara, dan tahan napas selama beberapa detik.
- b. Tahan napas, tahan napas selama 2-3 detik, sambil merasakan udara yang masuk ke dalam paru-paru.
- c. Embuskan napas, embuskan napas perlahan-lahan melalui mulut, sambil merasakan udara yang keluar dari paru-paru.
- d. Intruksikan pasien mengulangi, ulangi langkah-langkah di atas beberapa kali, sambil merasakan tubuh.

## **D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Post Operasi *Sectio caesarea***

Definisi Pengkajian pada keperawatan adalah mencatat mengenai hasil pengkajian yang telah dilakukan guna menyatukan informasi dari pasien, kemudian pendataan dasar serta membentuk catatan mengenai reaksi kesehatan penderita guna menyatukan penjelasan dari pasien, membuat data dasar pasien. Pengkajian yang menyeluruh, runtutan yang benar akan condong serta membantu terhadap pemahaman problem pasien. Persoalan ini memakai data pengkajian menjadi alur informasi yang ditetapkan sebagai diagnosa keperawatan (Musarofah, 2022).

### **1. Pengkajian Keperawatan**

- a. Identitas, meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.
- b. Keluhan Utama, pada umumnya Ibu dengan *post Sectio caesarea* mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Karakteristik nyeri

dikaji dengan istilah PQRST. Untuk menentukan prioritas dalam perencanaan keperawatan keluhan yang dirasakan pasien saat ini dikumpulkan dalam data pasien. Hal tersebut dapat diuraikan dengan metode PQRST sebagai berikut:

- 1) *Provocate* yaitu apa yang menyebabkan terjadinya nyeri pada abdomen faktor pencetusnya adalah *post operasi section caesarea*
- 2) *Qualitative* yaitu bagaimana gambaran keluhan yang dirasakan dan sejauh mana tingkat keluhannya seperti berdenyut, ketat, tumpul, atau di tusuk.
- 3) *Region* atau radiasi yaitu lokasi keluhan yang dirasakan dan daerah penyebarannya.
- 4) *Scale* yaitu intensitas keluhan apakah sampai mengganggu atau tidak. Pada kasus *Sectio caesarea* nyeri selalu mengganggu dengan skala 7-8 (0-10).
- 5) *Time* yaitu kapan waktu mulai terjadi keluhan dan berapa lama kejadian ini berlangsung biasanya pada luka *Sectio caesarea* dirasakan secara hilang timbul atau terus menerus.

c. Riwayat kesehatan

- 1) Riwayat Kesehatan saat ini, berisi tentang pengkajian informasi yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *Sectio caesarea* misalnya letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, preeklampsia, ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.
- 2) Riwayat Kesehatan Dahulu, Hal yang perlu dikaji dalam riwayat penyakit dahulu merupakan penyakit yang pernah diderita pasien khususnya, penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit hipertensi, jantung, DM, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

3) Riwayat obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GPA (Gravida, Para, Abortus), riwayat menarche, siklus haid, terdapat adanya atau tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya.

4) Riwayat kontrasepsi

Hal yang dikaji dalam riwayat kontrasepsi untuk mengetahui apakah ibu pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipakai sebelumnya, apakah ada masalah dalam pemakaian kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

d. Pemeriksaan *head to toe*

1) Tanda- tanda vital, meliputi tekanan darah, suhu, nadi, RR

2) Kepala, meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah terdapat benjolan atau lesi, serta umumnya pada ibu post partum terdapat chloasma gravidarum

3) Leher, meliputi kelenjar tiroid dan vena jugularis

4) Payudara, meliputi inspeksi ada warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak, palpasi yang dilakukan untuk menilai apakah adanya benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan.

5) Abdomen

Pemeriksaan meliputi inspeksi untuk melihat apakah luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea, apakah ada terjadinya *diastasis rectus abdominis* yaitu pemisahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, cara pemeriksaannya dengan memasukkan kedua jari kita yaitu jari telunjuk dan jari tengah ke bagian dari diafragma dari perut ibu. Jika jari masuk dua jari berarti diastasis rectie ibu normal. Jika lebih dari dua jari berarti abnormal.

- 6) Genitalia, pemeriksaan genitalia untuk melihat apakah terdapat, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lochea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.
- 7) Ektremitas, pada pemeriksaan kaki apakah ada: varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis. Adanya tanda homan, caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan di lakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

## **2. Diagnosa Keperawatan**

### **a. Diagnosis Aktual**

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

### **b. Diagnosis Risiko**

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

### **c. Diagnosis Promosi Kesehatan**

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Berikut adalah uraian dari masing – masing komponen diagnosa keperawatan tersebut menurut (Tim Pojka SDKI DPP PPNI, 2018):

Tabel 2.1 Jenis, Komponen dan Penulisan Diagnosis Keperawatan

No	Jenis Diagnosis Keperawatan	Komponen dan Penulisan Diagnosis
1.	Diagnosis Aktual	Masalah b.d. Penyebab d.d. Tanda/Gejala
2.	Diagnosis Resiko	Masalah d.d. Faktor Resiko
3.	Diagnosis Promosi Kesehatan	Masalah d.d. Tanda/Gejala

SDKI mengelompokkan tanda dan gejala menjadi dua kategori, yaitu:

1) Mayor

Tanda dan gejala yang ditemukan dalam rentang 80 – 100% untuk validasi penegakan diagnosa (Tim Pojka SDKI DPP PPNI, 2018).

2) Minor

Tanda dan gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat digunakan sebagai pendukung tanda dan gejala mayor dalam penegakan diagnosa.

Diagnosa keperawatan yang mungkin terjadi pada ibu *post sectio caesarea*:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- 2) Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif.
- 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan imobilisasi.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pojka SIKI DPP PPNI, 2018).

**Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan																																										
		<p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun</p> <p><b>Kriteria hasil:</b> Luaran utama : tingkat nyeri (L.08066)</p>	<p>Intervensi utama : Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</li> <li>5. Monitor Keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, kompres hangat/dingin )</li> <li>7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.</li> </ol>																																										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menuntaskan aktifitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat	Kemampuan menuntaskan aktifitas	1	2	3	4	5																															
Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat																																								
Kemampuan menuntaskan aktifitas	1	2	3	4	5																																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Menarik diri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Keluhan nyeri	1	2	3	4	5	Meringis	1	2	3	4	5	Sikap protektif	1	2	3	4	5	Gelisah	1	2	3	4	5	Kesulitan tidur	1	2	3	4	5	Menarik diri	1	2	3	4	5	
Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																																								
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5																																								
Meringis	1	2	3	4	5																																								
Sikap protektif	1	2	3	4	5																																								
Gelisah	1	2	3	4	5																																								
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5																																								
Menarik diri	1	2	3	4	5																																								
		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Berfokus pada diri sendiri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Diaforesis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5	Diaforesis	1	2	3	4	5	Perasaan	1	2	3	4	5																									
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5																																								
Diaforesis	1	2	3	4	5																																								
Perasaan	1	2	3	4	5																																								

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil					Intervensi Keperawatan	
	depresi (tertekan) Perasaan takut mengalami cedera berulang Anoreksia Perineum terasa tertekan Uterus teraba membulat Ketegangan otot Pupil dilatasi Muntah Mual	1	2	3	4	5	suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 8. Berikan relaksasi napas dalam.  <b>Edukasi</b> 9. Jelaskan periode dan pemicu nyeri 10. Jelaskan strategi meredakan nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri.  <b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	
		<b>Hasil</b>	<b>Memburuk</b>	<b>Cukup memburuk</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup membaik</b>		
	Pola napas	1	2	3	4	5		
	Tekanan darah	1	2	3	4	5		
	Proses berpikir	1	2	3	4	5		
	Fokus	1	2	3	4	5		
	Fungsi berkemih	1	2	3	4	5		
	Perilaku	1	2	3	4	5		
	Nafsu makan	1	2	3	4	5		
	Pola tidur	1	2	3	4	5		

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan																																																																														
2	<p>Risiko infeksi. Kode diagnosa (D.0142)</p> <p><b>Definisi:</b> Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p> <p><b>Faktor risiko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus)</li> <li>2. Efek prosedur invasif</li> <li>3. Malnutrisi</li> <li>4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan</li> <li>5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gangguan peristaltik</li> <li>2) Kerusakan integritas kulit</li> <li>3) Perubahan sekresi ph</li> <li>4) Penurunan kerja</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun</p> <p><b>Kriteria hasil:</b> Luaran utama : tingkat infeksi (L.14137)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebersihan tangan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kebersihan badan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demam</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Vesikel</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Cairan berbau busuk</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sputum berwarna hijau</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Drainase purulen</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat	Kebersihan tangan	1	2	3	4	5	Kebersihan badan	1	2	3	4	5	Nafsu makan	1	2	3	4	5	Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Demam	1	2	3	4	5	Kemerahan	1	2	3	4	5	Nyeri	1	2	3	4	5	Bengkak	1	2	3	4	5	Vesikel	1	2	3	4	5	Cairan berbau busuk	1	2	3	4	5	Sputum berwarna hijau	1	2	3	4	5	Drainase purulen	1	2	3	4	5	<p>Intervensi pendukung : <b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>6. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>7. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>8. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>9. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>11. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>12. Berikan diet dengan kalori 30 –</li> </ol>
Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat																																																																												
Kebersihan tangan	1	2	3	4	5																																																																												
Kebersihan badan	1	2	3	4	5																																																																												
Nafsu makan	1	2	3	4	5																																																																												
Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																																																																												
Demam	1	2	3	4	5																																																																												
Kemerahan	1	2	3	4	5																																																																												
Nyeri	1	2	3	4	5																																																																												
Bengkak	1	2	3	4	5																																																																												
Vesikel	1	2	3	4	5																																																																												
Cairan berbau busuk	1	2	3	4	5																																																																												
Sputum berwarna hijau	1	2	3	4	5																																																																												
Drainase purulen	1	2	3	4	5																																																																												

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil						Intervensi Keperawatan	
6.	siliaris	Piuna	1	2	3	4	5	35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari 13. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi 14. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu <b>Edukasi</b> 15. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 16. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 17. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <b>Kolaborasi</b> 18. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 19. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	
	5) Ketuban pecah lam	Periode malaise	1	2	3	4	5		
	6) Ketuban pecah sebelum waktunya	Periode menggigil	1	2	3	4	5		
	7) Merokok	Lalergi	1	2	3	4	5		
	8) Statis cairan tubuh	Gangguan kognitif	1	2	3	4	5		
	6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder		<b>Hasil</b>	<b>Memburuk</b>	<b>Cukup memburuk</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup membaik</b>		<b>Membaik</b>
	1) Penurunan hemoglobin	Kadar sel darah putih	1	2	3	4	5		
	2) Imunosupresi	Kultur darah	1	2	3	4	5		
	3) Leukopenia	Kultur urine	1	2	3	4	5		
	4) Supresi respon inflamasi	Kultur sputum	1	2	3	4	5		
5) Vaksinasi tidak adekuat	Kultur area luka	1	2	3	4	5			
	Kultur feses	1	2	3	4	5			
3	Defisit perawatan diri. Kode diagnosa (D.0109) <b>Definisi:</b> Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.	<b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat  <b>Kriteria hasil:</b> Luaran utama : perawatan diri (L.11103)	<b>Hasil</b> <b>Menurun</b> <b>Cukup menurun</b> <b>Sedang</b> <b>Cukup meningkat</b> <b>Meningkat</b>						Intervensi utama: <b>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil					Intervensi Keperawatan	
	<b>Gejala dan tanda mayor</b> <b>Subjektif:</b> Menolak melakukan perawatan diri <b>Objektif:</b> 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoliet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang	Kemampuan mandi	1	2	3	4	5	3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
	Kemampuan menggunakan pakaian	1	2	3	4	5	<b>Terapeutik</b>	
	Kemampuan makan	1	2	3	4	5	4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)	
	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5	5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)	
	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5	6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	
	Minat melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5	7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	
	(Tim Pojka SDKI DPP PPNI, 2018)	Mempertahankan kebersihan diri	1	2	3	4	5	8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
		Mempertahankan kebersihan mulut	1	2	3	4	5	9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
		(Tim Pojka SLKI DPP PPNI, 2018)					<b>Edukasi</b>	
								10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (Tim Pojka SIKI DPP PPNI, 2018)

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik, yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi hasil berpusat kepada kebutuhan klien. Faktor – faktor yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Aziz et al., 2023).

Implementasi adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dan implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan intervensi atau perencanaan keperawatan. Dalam pelaksanaannya harus ada Standar Prosedur Operasional (SPO) atau panduan dalam melakukan implementasi.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses atau tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai dari tindakan. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Tujuan evaluasi adalah untuk menentukan hasil perawatan dan memberikan umpan balik terhadap keperawatan yang diberikan. Meskipun tahap evaluasi dilakukan di akhir proses keperawatan, itu adalah tahap pelengkap yang menunjukkan seberapa jauh diagnosis, rencana tindakan, dan pelaksanaan keperawatan telah berhasil dicapai. Setiap tahap proses keperawatan membutuhkan evaluasi.

Komponen catatan perkembangan antara lain yaitu SOAP (Data Subjektif, Data Objektif, Analisis atau assessment dan perencanaan/plan) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang.

a. S (Subjektif)

Data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.

b. O (Objektif)

Data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda – tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan atau akibat pengobatan.

c. A (Analisis atau Assessment)

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, analisis ada 3 yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan teratasi sebagian) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, sering memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana dan tindakan.

d. P (Perencanaan / Planning)

Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan periode yang ditentukan.