

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Definisi *Sectio Caesarea*

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 (Ramandanty, 2019). *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuka dinding abdomen dan dinding rahim untuk melahirkan janin dengan berat janin di atas 500 gram dan usia janin >28 minggu dan dilakukan dengan cara pembedahan pada dinding abdomen (*laparotomy*) dan uterus (*histerektomi*) dengan tujuan untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Tindakan persalinan secara *sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin dan ibu karena adanya suatu komplikasi yang akan terjadi pada persalinan secara pervaginam.

2. Jenis-jenis *Sectio Caesarea*

Menurut (Ramandanty, 2019) terdapat beberapa jenis tindakan *sectio caesarea* yaitu :

a. *Sectio Caesarea* Klasik

Sectio caesarea klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b. *Sectio Caesarea Transperitonel Profunda*

Sectio caesarea transperitonel profunda disebut juga *low cervical* yaitu sayatan vertikal pada segmen rahim bawah. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. *Sectio Caesarea Histerektomi*

Sectio caesarea histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea*, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim.

d. *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

Sectio caesarea ekstraperitoneal, yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara *ekstraperitoneum*.

3. Indikasi dan Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

a. Indikasi

Terdapat beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea* yaitu (Ainuhikma, 2018) :

1) Indikasi mutlak

a) Indikasi ibu

(1) Panggul sempit absolut

(2) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi

(3) Tumor-tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi

(4) Stenosis serviks/vagina

(5) Plasenta previa

(6) Disproporsi sefalopelvik

(7) Ruptura uteri membakat

b) Indikasi janin

(1) Kelainan letak

(2) Gawat janin

(3) Prolapsus plasenta

(4) Perkembangan bayi yang terlambat

(5) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia

2) Indikasi Relatif

(a) Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya

(b) Presentasi bokong

(c) Distosia

(d) Fetal distress

(e) Preeklamsi berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes

(f) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu

(g) Gemeli, *sectio cesarea* dianjurkan : Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu. Bila terjadi interlock, distosia oleh karena tumor

(h) IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*)

b. Kontraindikasi

Adapun kontraindikasi untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea* seperti (Gerald, 2020)

- 1) Janin mati
- 2) *Shock*
- 3) Anemia berat
- 4) Kelainan kongenital berat
- 5) Infeksi piogenik pada dinding abdomen
- 6) Fasilitas yang kurang memadai dalam operasi *sectio caesarea*

Pelaksanaan persalinan *sectio caesare* tanpa didasari indikasi medis adalah tidak etis, kecuali jika telah melalui tahapan konseling. Pasien memiliki hak otonomi untuk meminta dilakukan persalinan SC, bila pasien sadar dan tanpa tekanan dalam memutuskan untuk dilakukan persalinan SC. Tetapi indikasi medis yang tentu harus jelas, ibu seharusnya menjalani persalinan normal. Namun, masih banyak persepsi yang belum menemukan titik tengah tentang persalinan SC. Akibatnya, persalinan pervaginam maupun SC dijadikan pilihan dalam persalinan, walaupun persalinan SC merupakan pilihan jika terdapat kedaruratan dalam persalinan.

4. Patofisiologi

Sectio caesare merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami

adaptasi *post partum* baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi *port of entry* bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril (Chania, 2018).

Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan *upnea* yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup (Chania, 2018).

Anestesi juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltic usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Chania, 2018).

5. Komplikasi

Komplikasi utama persalinan *sectio cesarea* adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilangsungkannya operasi, komplikasi anestesi, perdarahan, infeksi dan *tromboemboli*. Kematian ibu lebih besar pada persalinan *sectio cesarea* dibandingkan persalinan pervagina (Ainuhikma, 2018).

Takipneu dapat terjadi sesaat pada bayi baru lahir lebih sering terjadi pada persalinan *sectio cesarea*, dan kejadian trauma persalinan pun tidak dapat disingkirkan. Risiko jangka panjang yang dapat terjadi adalah terjadinya plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta dan ruptur uteri (Ainuhikma, 2018).

Komplikasi pasca operasi *sectio caesarea* meningkatkan morbiditas ibu secara drastis dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Penyebab utamanya adalah endometriitis, perdarahan, infeksi saluran kemih, dan tromboembolisme. Infeksi panggul dan infeksi luka operasi meningkat dan, meskipun jarang, dapat menyebabkan fasiitis nekrotikans (Ainuhikma, 2018).

B. Masalah Nyeri Akut Pada Pasien Dengan Post *Sectio Caesarea*

1. Pengertian

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2018a).

2. Data mayor dan minor

Menurut PPNI (2018) Data mayor dan minor masalah keperawatan nyeri akut adalah :

a. Data Mayor

1) Subjektif

a) Mengeluh nyeri

2) Objektif

a) Tampak meringis

b) Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

b. Data minor

1) Subjektif : tidak tersedia

2) Objektif

a) Tekanan darah meningkat

b) Pola napas berubah

c) Nafsu makan berubah

d) Proses berpikir terganggu

e) Menarik diri

f) Berfokus pada diri sendiri

g) *Diaforesis*

3. Faktor penyebab

Menurut PPNI (2018), faktor penyebab masalah keperawatan nyeri akut adalah :

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan).
- c. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma. Latihan fisik berlebihan).

4. Penatalaksanaan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2018b) intervensi manajemen nyeri yang dapat dilakukan adalah :

Manajemen Nyeri.

Observasi :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b. Identifikasi skala nyeri.
- c. Identifikasi respons nyeri non verbal.
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- e. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.
- f. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

Terapeutik :

- a. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.
- 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.

Edukasi :

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

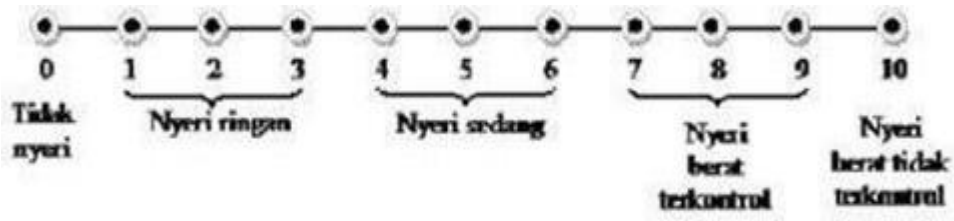
Penatalaksanaan nyeri dapat menggunakan metode farmakologi dan non farmakologi. Secara farmakologi yaitu mengkonsumsi obat yang memberikan efek analgesik, tindakan ini efektif dalam mengatasi nyeri karena nyeri akan mereda seiring dengan laju penyembuhan jaringan yang rusak atau sakit. Penanganan non farmakologi dengan memberikan *guided imagery*.

5. Cara pengukuran intensitas nyeri

Penilaian intensitas nyeri menurut (Rawal, 2016) dapat diukur menggunakan skala sebagai berikut :

- a. Skala Deskriptif

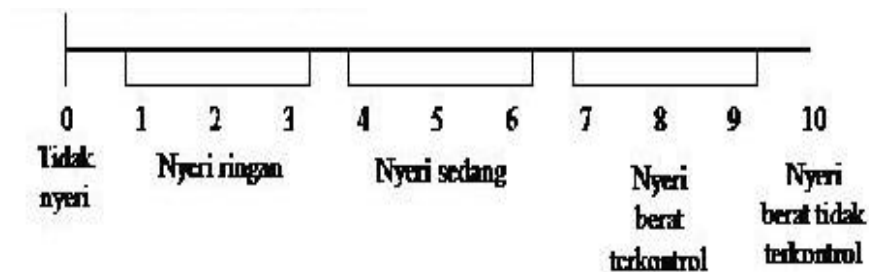
Merupakan cara yang lebih objektif untuk mengukur tingkat keparahan nyeri. *Verbal Descriptor Skala (VDS)* adalah skala garis yang terdiri dari tiga kata sampai lima kata yang disusun sama dengan spasi di sepanjang baris. Deskriptor ini diberi tanda dari "tidak ada rasa nyeri" hingga "rasa nyeri yang tak tertahankan".



Gambar 1. Skala Deskriptif

b. Skala Numerik

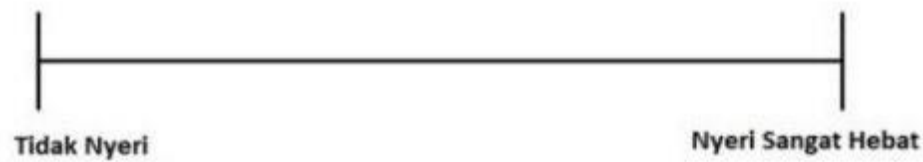
Numerical Rating Scales (NRS) lebih banyak digunakan sebagai alat untuk mendeskripsikan sebuah kata. Untuk menilai intensitas nyeri pasien menggunakan skala 0-10. Jika skala yang digunakan untuk menilai rasa nyeri, disarankan menggunakan skala 10 cm.



Gambar 2. Skala Numerik

c. Skala Analog Visual

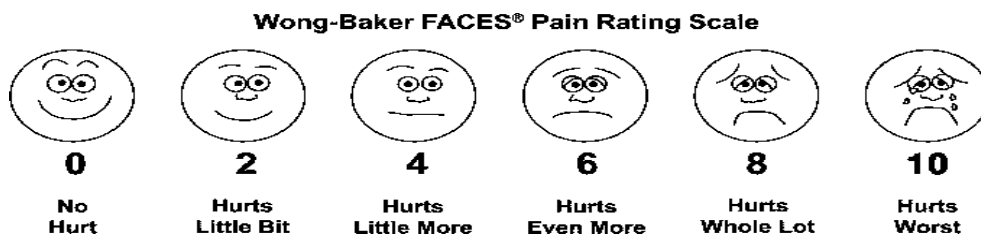
Analog Scale (VAS) merupakan suatu garis lurus horizontal dengan panjang 10 cm, yang digunakan untuk mengetahui intensitas nyeri dan mendeskripsikan secara verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk ke suatu titik yang ada di sepanjang garis skala untuk menunjukkan dimana letak nyeri terjadi.



Gambar 3. Skala Analog Visual

d. **Skala Nyeri Wajah**

Skala nyeri wajah merupakan pengkajian tingkat nyeri pada responden menggunakan skala yang terdiri dari enam bentuk ekspresi wajah berupa kartun yang memiliki wajah tersenyum yang artinya tidak ada rasa nyeri, kemudian wajah kurang bahagia, wajah sedih, sangat sedih sampai gambar wajah ketakutan.



Gambar 4. Skala Nyeri Wajah

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Dengan Post *Section* Caesarea

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan suatu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Arif Muttaqin, 2020). Berdasarkan format asuhan *postnatal* yang dikembangkan oleh tim dosen keperawatan maternitas Poltekkes Kemenkes Denpasar, berikut beberapa hal yang perlu dikaji pada ibu *post section*

caesrea dengan nyeri akut :

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor *medical record*.

b. Keluhan utama

Subjektif : mengeluh nyeri

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 beberapa, 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 beberapa, 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 pemeriksaan 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 sectio 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 caesarea* lebih 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 partum* 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 ekstremitas atas : ada tidaknya *oedema*, suhu akral, ekstremitas 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. Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pengkajian terkini terhadap respon aktual dan potensial terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan yang dialami pasien (Tim Pokja DPP PPNI, 2016). Diagnosa keperawatan ditegakkan dengan menggunakan pola PES yang meliputi *Prbolem* (P) yaitu masalah yang ditangani, Etiologi (E) sebagai penyebab atau faktor yang berhubungan atau faktor penyebab, dan *Sign and Symptom* (S) sebagai tanda dan gejala pada data mayor dan minor.

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses keidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Metode penulisan diagnosis ini dilakukan pada diagnosis aktual terdiri atas masalah, penyebab dan tanda atau gejala. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2018a)

Tabel 1
Diagnosis Keperawatan Nyeri Akut Pada Ibu *Post Sectio Caesarea*
Dengan *Guided Imagery* Di RSUD Bali Mandara

Nyeri Akut		
Kategori : Psikologis		
Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan		
Definisi : 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.		
Penyebab : Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).		
Gejala tanda	Mayor	Minor
(1)	2)	(3)
Data Subjektif	1. Mengeluh nyeri	(tidak tersedia)
Data Objektif	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. diaforesis

Sumber: PPNI. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. 2018

Adapun diagnosis yang muncul pada ibu *post sectio caesarea* adalah Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan tanda atau gejala mayor dan minor yang ditemukan dan divalidasi pada pasien.

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment pada perawatan yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Setiap intervensi keperawatan pada standar terdiri dari 3 komponen yaitu label, definisi, dan tindakan (observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi) (PPNI,2018).

Tabel 2
Rencana Keperawatan Nyeri Akut Pada Ibu *Post Sectio Caesarea*
Dengan *Guided Imagery* Di RSUD Bali Mandara

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 6. Pola tidur membaik (5)	Intervensi utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik,	Intervensi utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Agar mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien 3. Agar mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya 4. Agar dapat mengurangi faktor- faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan oleh pasien 5. Agar mengetahui sejauh mana

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		<i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	kemajuan yang dialami pasien setelah dilakukan terapi komplementer 5. Agar ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita dapat menghentikan pemberian obat analgetik itu sendiri Terapeutik 1. Agar pasien juga mengetahui kondisinya dan mempermudah perawatan 2. Agar dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan menggunakan cara nonfarmakologis 3. Agar nyeri yang dirasakan oleh pasien tidak menjadi lebih buruk 4. Agar kebutuhan pasien terpenuhi Edukasi 1. Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan 2. Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			ketika sudah pulang dari rumah sakit
			3. Agar ketika nyeri yang dirasakan klien mulai parah dapat memberitahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan segera
			Kolaborasi
			1. Agar rasa nyeri yang dirasakan pasien dapat dihilangkan atau dikurangi

SDKI (PPNI,2016), SLKI (PPNI,2019), SIKI (PPNI,2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi/pelaksanaan keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan berdasarkan intervensi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hadinata *et al.*, 2022).

Tabel 3
Implementasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ibu *Post Sectio Caesarea*
Dengan *Guided Imagery* Di RSUD Bali Mandara

Waktu	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)
Ditulis dengan hari, tanggal, bulan, tahun dan pukul berapa tindakan diberikan	Intervensi utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	Respon dari pasien atau keluarga pasien setelah diberikan tindakan berbentuk data subjektif dan data objektif	Pemberian paraf yang dilengkapi dengan nama terang sebagai bukti tindakan bahwa tindakan keperawatan sudah diberikan

SIKI (PPNI,2018)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah aktivitas berkelanjutan yang direncanakan secara terarah ketika pasien dan tenaga kesehatan menentukan perkembangan kondisi pasien menuju pencapaian tujuan atau hasil keefektifan asuhan keperawatan mulai dari proses diagnosis keperawatan, rencana intervensi hingga proses implementasi keperawatan (Adinda, 2019). Jenis-jenis evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah :

- a. Evaluasi formatif : hasil dari kualitas asuhan keperawatan dan proses keperawatan yang dilaksanakan
- b. Evaluasi sumatif : merupakan kesimpulan terhadap analisis dan observasi status kesehatan pasien yang disesuaikan dengan tujuan dan waktu yang telah ditetapkan (Adinda, 2019)

Hasil dari evaluasi asuhan keperawatan adalah :

- a. Masalah teratasi/Tujuan tercapai : Terdapat perubahan kondisi klien dari standar dan kriteria yang diharapkan
- b. Masalah teratasi sebagian/Tujuan tercapai sebagian : Terdapat sebagian perubahan kondisi klien dari standar dan kriteria yang diharapkan
- c. Masalah tidak teratasi/Tujuan tidak tercapai : Tidak terdapat perbaikan dan perubahan pada kondisi klien, atau menimbulkan masalah baru (Adinda, 2019).

Penentuan pencapaian asuhan keperawatan dilakukan dengan membandingkan tujuan dan kriteria hasil dengan SOP.

- a. S (*Subjective*) : data yang diperoleh dari ungkapan kata kata pasien setelah implementasi keperawatan dilakukan

- b. O (*Objective*) : pengamatan data yang dilakukan perawat setelah implementasi keperawatan dilakukan berupa hasil penilaian dan pengukuran
- c. A (*Analysis*) : penentuan pencapaian masalah teratasi, masalah teratasi sebagian atau masalah tidak teratasi dengan melakukan perbandingan antara tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dengan data *subjective* dan *objective* yang diperoleh
- d. P (*Planning*) : rencana keperawatan selanjutnya yang akan dilaksanakan sesuai hasil analysis yang diperoleh (Adinda, 2019)

Tabel 4
Evaluasi Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Ibu *Post Sectio Caesarea*
Dengan *Guided Imagery* Di RSUD Bali Mandara

Waktu	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
(1)	(2)	(3)
Ditulis dengan hari, tanggal, bulan, tahun dan pukul berapa evaluasi keperawatan dilakukan	S (<i>Subjektif</i>) : Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang O (<i>Objektif</i>) : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 6. Pola tidur membaik (5) A (<i>Analisis</i>) : Masalah nyeri akut teratasi	Pemberian paraf yang dilengkapi dengan nama terang sebagai bukti tindakan bahwa tindakan keperawatan sudah diberikan

Waktu	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
(1)	(2)	(3)

P (*Planning*) :

1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respons nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Berikan terapi *guided imagery* untuk mengurangi rasa nyeri
6. Fasilitasi istirahat dan tidur

SLKI (PPNI,2019) dan SIKI (PPNI,2018)

D. Guided Imagery

1. Definisi

Guided Imagery adalah suatu metode relaksasi berimajinasi atau membayangkan tempat dan peristiwa yang berhubungan dengan perasaan yang menyenangkan untuk mengurangi stres agar mendapatkan pengaruh fisik, emosional dan spiritual, dengan cara perawat meminta pasien dengan perlahan untuk menutup mata dan memfokuskan nafas, pasien diminta untuk rileks, mengosongkan pikiran dan mengisi pikiran dengan hal-hal atau kejadian yang menurut pasien menyenangkan dan dapat membuat rasa tenang (Amir & Rantesigi, 2021).

Guided Imagery merupakan suatu teknik yang digunakan untuk menurunkan kecemasan dan mengurangi rasa nyeri yang bisa diterapkan pada pasien sebelum atau sesudah operasi, terapi ini memfokuskan pada pengalihan pikiran negatif menjadi pikiran positif pasien, sehingga membuat pasien menjadi merasa lebih

tenang atau rileks. hal ini terjadi karena efek yang dirasakan secara langsung dari dalam tubuh, yaitu produksi *endorfin* menjadi meningkat ketika pikiran merasa tenang dan rileks (Legi, 2019)

2. Teknik *Guided imagery*

Menurut (George et al., 2016) teknik *guided imagery* meliputi :

a. *Guided Walking Imagery*

Teknik ini ditemukan oleh para psikolog. Dalam teknik ini pasien diminta untuk membayangkan pemandangan alam seperti lautan, pegunungan, padang rumput

b. *Autogenic abstraction*

Teknik ini pasien diminta untuk memikirkan suatu hal yang mengganggu atau pikiran negatif yang ada dalam pikirannya, kemudian pasien mengungkapkannya secara lisan maupun tulisan tanpa adanya batasan. Jika berhasil, akan terlihat perubahan emosional pada raut wajah pasien

c. *Covert sensitization*

Teknik ini didasarkan pada teori pengetahuan yang menyimpulkan bahwa proses imajinasi dapat di ubah berdasarkan prinsip yang sama dalam perubahan perilaku yang dialami.

d. *Covert behaviour rehearsal*

Pada teknik ini perawat mengajak pasien untuk membayangkan perilaku yang diinginkan.

Terapi ini diberikan kepada pasien dengan cara, perawat meminta pasien untuk menutup matanya dengan perlahan dan memfokuskan nafas. Pasien diminta untuk tetap tenang dan rileks, mengosongkan pikiran dan mengisi pikiran dengan

hal- hal atau kejadian yang menurut pasien menyenangkan dan dapat membuat tenang (Safitri & Agustin, 2020). *Guided imagery* efektif diberikan 4-6 jam *post sectio caesarea*, dilakukan selama 15-20 menit, *guided imagery* dapat menurunkan nyeri selama 3 hari berturut-turut (Sari & Rumhaeni, 2020).

Berikut ini merupakan standar operasional prosedur melakukan *guided imagery* menurut (Cole, 2021) adalah :

- a. Membina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien.
- b. Menjelaskan prosedur, tujuan, posisi, waktu dan peran perawat.
- c. Posisikan pasien nyaman mungkin.
- d. Perawat duduk di dekat pasien, usahakan tidak mengganggu pasien.
- e. Mulai untuk melakukan bimbingan kepada pasien, lakukan dengan baik dan benar.
- f. Kemudian perawat memfokuskan pikiran pasien dengan cara perawat meminta pasien memikirkan bahwa seolah-olah pergi ke sebuah pegunungan yang begitu sejuk dan merasa senang ditempat tersebut.
- g. Anjurkan pasien nafas pelan dan dalam untuk menghirup kesejukan pegunungan.
- h. Anjurkan pasien menikmati berada ditempat tersebut.
- i. Ketika pasien sudah mulai rileks, pasien hanya fokus pada momen itu saja. perawat diam dan tidak perlu berbicara.
- j. Jika pasien menunjukkan tanda kegelisahan atau ketidaknyamanan, perawat harus menghentikan bimbingan dan melanjutkannya lagi ketika pasien sudah siap kembali.

- k. Relaksasi berlangsung selama 15-20 menit. Biasanya pasien akan merasa lebih rileks setelah memejamkan mata untuk membantunya agar merasa lebih tenang.
- l. Mencatat hal-hal yang dijelaskan oleh pasien kedalam lembar kerja keperawatan yang digunakan untuk latihan selanjutnya.

3. Fisiologi

Guided imagery memberikan sensasi yang rileks sehingga membuat tubuh menjadi nyaman dan dapat menurunkan otot yang tegang, sehingga nyeri dapat berkurang. Pasien dengan kondisi tubuh yang tenang dan rileks maka secara otomatis dapat membuat tubuh mengeluarkan hormon *endorphin*. Hormon ini merupakan hormon yang diproduksi oleh sistem saraf pusat, hormon ini dapat membuat seseorang merasa senang dan dapat beristirahat dengan tenang (Antoro & Amatiria, 2018).

4. Manfaat *Guided Imagery*

Manfaat *guided imagery* adalah untuk membantu mengatasi nyeri, kecemasan dan stress, yang nanti pikiran pasien akan dipusatkan ke suatu hal atau kejadian yang menyenangkan. Banyak sekali manfaat dari *guided imagery* menurut (Handayani & Rahmayati, 2018) antara lain :

- a. *Guided imagery* bisa digunakan untuk metode mengurangi tingkat kecemasan dan nyeri yang sedang dialami pasien
- b. Memberikan rasa nyaman pada pasien
- c. Menurunkan tekanan darah tinggi dan gula darah
- d. Mengurangi pusing karena sakit kepala
- e. Mempercepat proses penyembuhan luka dan tulang

- f. Memperlancar masalah pernafasan
- g. Tidak ada efek samping sama sekali bagi pasien
- h. Mengurangi biaya rumah sakit yang dikeluarkan

5. Tujuan *Guided Imagery*

Tujuan penerapan *guided imagery* menurut (Darmadi et al., 2020) sebagai berikut :

- a. Menjaga kesehatan tubuh agar tetap rileks dengan cara melakukan komunikasi dari dalam tubuh yang melibatkan seluruh indera, sehingga terbentuk keseimbangan antara pikiran, tubuh, dan jiwa
- b. Mempercepat proses penyembuhan yang efektif dan mencegah tubuh dari berbagai macam penyakit seperti stres
- c. Mengurangi stres dan memberikan perasaan yang tenang dan nyaman
- d. Mencegah pasien terkena depresi

6. Indikasi *Guided Imagery*

Indikasi dari *guided imagery* adalah semua pasien yang sedang mengalami masalah gangguan pikiran negatif atau pikiran yang menyimpang dan menyebabkan perubahan perilaku pada pasien. Contohnya : over generalization, stres, kecemasan, depresi, nyeri, hipokondria, dan lain-lain (Felix et al., 2018).