

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Seksio Sesarea

1. Definisi seksio sesarea

Seksio sesarea adalah persalinan yang dilakukan dengan cara membuat sayatan pada perut untuk mengeluarkan janin (Putra *et al.*, 2021). Persalinan seksio sesarea merupakan tindakan yang dilakukan untuk menyelamatkan nyawa ibu dan juga bayi (Masitoh, 2024). Menurut Sudarsih *et al.*, (2023) seksio sesarea merupakan tindakan bedah yang dilakukan untuk mengeluarkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim. Seksio sesarea merupakan proses persalinan janin sayatan perut terbuka (*laparotomi*) dan sayatan di rahim (*histerotomi*) (Lutfi Aeni *et al.*, 2024).

2. Indikasi seksio sesarea

Menurut Safitri, (2020) ada beberapa indikasi dilakukan tindakan seksio sesarea, yaitu :

a. Umur beresiko

Umur adalah salah satu indikasi dari dilakukannya tindakan persalinan seksio sesarea. Usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan usia wanita hamil yang berisiko tinggi. Wanita yang sedang hamil pada umur muda (< 20 tahun) dari segi biologis perkembangan alat-alat reproduksinya belum sepenuhnya optimal. Sedangkan dari segi psikisnya belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, dan emosional. Sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun, elastisitas dari otot-otot panggul dan sekitarnya serta alat-alat reproduksi pada

umumnya mengalami kemunduran, kadangterdapat penyakit degenerasi seperti hipertensi yang dapat berkembang ke arah pre eklamsi, dan juga wanita pada usia tersebut, besar kemungkinan akan mengalami kelelahan jika dilakukan persalinan normal.

b. Riwayat seksio sesarea

Seorang ibu saat persalinan pertamanya dilakukan tindakan bedah seksio sesarea maka pada kelahiran berikutnya akan dilakukan tindakan bedah seksio sesarea kembali, namun hal tersebut bergantung pada indikasi sebelumnya, apakah indikasi tersebut bersifat sementara dan dapat dikendalikan pada saat dilakukan persalinan berikutnya.

c. Partus tak maju

Partus tidak maju atau gagal maju (*failure to progress*) adalah terhentinya pembukaan. Hal tersebut dapat mengakibatkan kelelahan pada ibu, terjadinya dehidrasi, dan bahkan dapat mengakibatkan terjadinya syok.

d. *Postdate* (usia kehamilan lebih dari hari perkiraan lahir)

Kehamilan *postdate* merupakan suatu kondisi kehamilan yang berlangsung lebih dari 40 minggu (setiap waktu yang melebihi tanggal perkiraan lahir).

e. Induksi gagal

Induksi gagal merupakan kegagalan timbulnya persalinan dalam satu siklus terapi, solusi yang dilakukan pada kasus kegagalan induksi adalah dengan meneruskan induksi atau melakukan persalinan seksio sesarea.

f. Kelainan ketuban

Ketuban pecah dini adalah kejadian di mana terjadinya ketuban pecah sebelum proses persalinan berlangsung, yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan dalam rahim. Ketika air ketuban habis maka pada keadaan tersebut janin harus segera dilahirkan karena dikhawatirkan dapat mengalami fetal distress yang dapat mengancam janin.

g. Penyakit ibu

Seorang wanita dengan penyakit atau riwayat penyakit seperti hipertensi, preeklamsi/eklamsi, penyakit jantung, diabetes melitus (DM), HIV/AIDS, malaria, dan lainnya termasuk dalam kategori ibu dengan risiko tinggi yang dapat membahayakan kondisi ibu dan janin yang ada di dalam kandungannya.

h. Gawat janin

Gawat janin adalah salah satu penyebab dilakukannya tindakan persalinan seksio sesarea. Gawat janin terjadi bila ditemukan denyut jantung janin diatas 160 kali/menit atau dibawah 100 kali/menit, denyut jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan. Keadaan tersebut dapat menyebabkan janin harus segera dilahirkan. Selain itu kelainan letak juga menjadi penyebab dilakukan tindakan seksio sesarea.

i. Indikasi sosial

Indikasi sosial berdasarkan APS (atas permintaan sendiri) merupakan persalinan seksio sesarea yang dilakukan atas permintaan pasien sendiri berdasarkan rasa cemas dan takut untuk melakukan persalinan pervaginam.

3. Patofisiologis

Tindakan seksio sesarea adalah suatu proses persalinan buatan yang dilakukan dengan melalui proses 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, tidak perlu dilakukan tindakan persalinan seksio sesarea. Salah satu dampak fisiologis yang sering dirasakan pasien post seksio sesarea ini adalah rasa nyeri akibat dari efek pembedahan tersebut, rasa nyeri yang sering timbul setelah dilakukan tindakan seksio sesarea terjadi karena adanya torehan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus, sehingga nyeri terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat Tindakan operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke satu bagian jaringan. Jika masalah tersebut tidak segera ditangani maka akan menimbulkan efek yang berbahaya yang dapat mengganggu proses penyembuhan. Hal tersebut terjadi karena rasa nyeri yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan, baik pada aspek fisik maupun aspek psikis pasien (Marcillo, 2022).

4. Kontraindikasi seksio sesarea

- a. Janin mati
- b. Shock
- c. Anemia berat
- d. Kelainan kongenital berat
- e. Infeksi piogenik pada dinding abdomen
- f. Fasilitas yang kurang memadai dalam operasi *Seksio Sesarea*(Geraldly, 2020).

5. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemantaun janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/Hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- j. Ultrasound

B. Masalah Nyeri Akut pada Pasien dengan Seksio Sesarea

1. Pengertian nyeri post seksio sesarea

Menurut Rahayu Ningtyas, (2023), nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan pengalaman emosional yang tidak nyaman yang terjadi akibat kerusakan jaringan. Nyeri dapat bersifat akut maupun kronis dan dapat terjadi diberbagai bagian tubuh.

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan mendadak atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat yang berlangsung selama kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Tindakan operasi seksio sesarea dapat mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan, hal ini menyebabkan timbulnya rasa nyeri (Arfan *et al.*, 2024). Nyeri pembedahan seksio sesarea biasanya dirasakan setelah pasca persalinan, karena pada waktu proses pembedahan seksio sesarea dokter telah melakukan pembiusan dan pengaruh obat bius biasanya akan menghilang sekitar 2 jam setelah proses persalinan selesai dilakukan. Setelah efek bius hilang, nyeri pada bagian perut mulai dirasakan karena luka yang terdapat di bagian perut (Oktapia *et al.*, 2022).

2. Tanda dan gejala nyeri akut

Tanda dan gejala nyeri akut menurut, Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) :

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

Mengeluh nyeri

2) Objektif

a) Tampak meringis

b) Bersikap protektif (misal : waspada, posisi menghindari nyeri)

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

b. Gejala dan tanda minor

1) Subjektif : -

2) Objektif

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola nafas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

3. Penyebab nyeri

- a. Agen pencedera fisiologis (misal : inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (misal : terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (misal : abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

4. Pengkajian nyeri

Menurut Rejeki (2020) ada beberapa cara pengkajian nyeri, yaitu :

- a. Pengkajian nyeri berdasarkan PQRST

1) *Provokes/palliates*:

Pengkajian *provokatif/paliatif* dikaji dengan menanyakan beberapa pertanyaan, seperti : apa yang menyebabkan nyeri? Apa yang membuat nyerinya

lebih baik? Apa yang menyebabkan nyerinya lebih buruk? apa yang anda lakukan saat nyeri? apakah rasa nyeri itu membuat anda terbangun saat tidur?

2) *Quality*:

Qualitas/ kuantitas rasa nyeri dapat dilakukan dengan mengkaji seberapa berat keluhan nyeri yang dirasakan pasien? bisakah anda menggambarkan rasa nyerinya? apakah seperti diiris, tajam, ditekan, ditusuk tusuk, rasa terbakar, kram, kolik, diremas? (biarkan pasien mengatakan dengan kata-katanya sendiri.

3) *Region and Radiates*:

Region atau radiasi merupakan lokasi dimana keluhan nyeri tersebut dirasakan atau ditemukan.

4) *Scale / Severity*:

Skala severity dartikan sebagai skala kegawatan yang dapat dilihat menggunakan skala nyeri yang berkaitan dengan keluhan pasien seberapa parah nyerinya? Dari rentang skala 0-10 dengan 0 tidak ada nyeri dan 10 adalah nyeri hebat.

5) *Time*:

Timing merupakan catatan waktu mengenai kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan / dirasakan, seberapa sering keluhan nyeri tersebut dirasakan / terjadi. Ditanyakan juga apakah terjadi secara mendadak atau bertahap kapan nyeri itu timbul? apakah onsetnya cepat atau lambat? berapa lama nyeri itu timbul? apakah terus menerus atau hilang timbul? apakah pernah merasakan nyeri ini sebelumnya? apakah nyerinya sama dengan nyeri sebelumnya atau berbeda?

b. Skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale merupakan salah satu cara mengkaji tingkat nyeri dengan melihat ekspresi wajah saat nyeri dirasakan. Skala nyeri yang satu ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas.



Gambar 1. *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*

c. Skala Nyeri 0-10 (*Comparative Pain Scale*)

Penilaian tingkat nyeri dengan menggunakan skala nyeri 0-10 (*Comparative Pain Scale*) dengan pengelompokan :

- 1) Skala nyeri 1-3 berarti nyeri ringan (masih bisa ditahan, aktifitas tak terganggu)
- 2) Skala nyeri 4-6 berarti nyeri sedang (mengganggu aktifitas fisik)
- 3) Skala nyeri 7-10 berarti nyeri berat. Biasanya pasien tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri.

d. Verbal Rating Scale (VRS)

Verbal Rating Scale (VRS) merupakan cara pemeriksaan intensitas nyeri dengan menggunakan angka pada setiap kata yang sesuai.

- 1) *None* (tidak ada nyeri) dengan skor 0
- 2) *Mild* (kurang nyeri) dengan skor 1
- 3) *Moderate* (rasa nyeri yang sedang) dengan skor 2
- 4) *Severe* (Nyeri yang berat/hebat) dengan skor 3
- 5) *Very severe* (nyeri yang tidak tertahankan/sangat hebat) dengan skor 4

e. Numeral rating scale (NRS)

Numerik Rating Scale (NRS) adalah alat ukur tingkat nyeri dimana cara penilaian dengan meminta pasien untuk menilai rasa nyeri yang dirasakan sesuai dengan level/tingkatan rasa nyerinya. Tingkat nyeri dapat diukur atas dasar: tidak nyeri (none: 0), sedikit nyeri (mild: 1-3), nyeri sedang (moderate: 4-6) dan nyeri hebat (severe: 7-10).

5. Penatalaksanaan nyeri

Manajemen nyeri untuk mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan ibu post seksio sesarea yaitu dengan cara farmakologi maupun dengan non farmakologi (Oktapia *et al.*, 2022).

1) Secara farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi dilakukan dengan penggunaan obat-obat untuk mengurangi nyeri.

2) Non farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi dapat dilakukan dengan beberapa hal, seperti :

- a) Stimulasi dan masase kutaneus.
- b) Terapi es
- c) *Trancutaneous electric nerve stimulation (TENS)*
- d) Distraksi
- e) Teknik relaksasi
- f) Hipnosis

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Penderita Seksio Sesarea

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah langkah pertama dalam proses keperawatan. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan pengumpulan informasi mengenai kebutuhan fisiologis, psikologis, sosiologis, kultural dan spiritual (Pangkey, Ballsy.C.A, 2021).

Menurut Sari (2020), data pengkajian meliputi :

a. Identitas pasien

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

b. Keluhan utama

Keluhan yang paling menonjol pada saat dilakukan pengkajian, biasanya nyeri pada area operasi.

c. Riwayat kesehatan

Ibu dengan persalinan post seksio sesarea mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST.

1) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang meliputi pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi seksio sesarea.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan riwayat penyakit yang pernah diderita atau dialami oleh pasien khususnya, penyakit konis, penyakit menular, dan penyakit menahun seperti penyakit hipertensi, jantung, DM, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Hal ini mengenai apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, seperti penyakit jantung, penyakit hipertensi, penyakit diabetes, serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis, dan penyakit kelamin yang mungkin penyakit tersebut diturunkan pada pasien.

4) Riwayat obstetri

Riwayat obstetric berisi tentang riwayat kehamilan, riwayat persalinan, maupun riwayat abortus yang dinyatakan dengan kode GAPAH (*gravidarum, aterm, premature, abortus, hidup*), berapa kali ibu mengalami kehamilan, siapa penolong saat persalinan, cara tindakan persalinan yang dilakukan, penyembuhan luka persalinan, keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak. Riwayat menarche, siklus haid, dan ada atau tidaknya nyeri haid serta gangguan haid lainnya.

5) Riwayat kontrasepsi

Yang perlu dikaji pada riwayat kontrasepsi adalah ibu pernah ikut program kontrasepsi atau tidak, jenis kontrasepsi yang digunakan sebelumnya dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

6) Pola kesehatan fungsional

a) Pola manajemen kesehatan dan persepsi

Tentang status kesehatan pasien, persepsi sehat sakit bagi pasien, manajemen terhadap kesehatan, pemeriksaan diri, perilaku dalam menghadapi masalah kesehatan.

b) Pola nutrisi-metabolik

Tentang pola makan dan minum, jenis makanan, frekuensi, porsi serta makanan pantangan. Pola nutrisi dapat mempengaruhi produksi ASI pada ibu nifas. Nutrisi yang baik dapat mempercepat proses penyembuhan post seksio sesarea.

c) Pola eliminasi

Pola buang air kecil dan besar. Meliputi frekuensi, konsistensi bau dan warna, serta kebiasaan saat buang air ataupun kendala.

d) Pola aktivitas latihan

Aktivitas pasien setiap hari. Yang perlu dikaji pada pola ini yaitu pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi seperti misalnya, seberapa sering, apakah ada kesulitan, dengan bantuan atau sendiri. Ambulansi dilakukan secara bertahap, setelah 6 jam pertama dapat dilakukan ambulansi dengan miring kanan dan miring kiri, kemudian dilakukan posisi setengah duduk atau semi fowler.

e) Pola istirahat-tidur

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan tidur siang. Pasien post seksio sesarea biasanya merasakan perubahan pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran bayi dan nyeri yang dirasakan akibat luka pembedahan.

f) Pola persepsi-kognitif

Biasanya ibu yang tidak mampu untuk menyusui bayi akan menghadapi kecemasan tingkat sedang panik dan akan mengalami penyempitan persepsi

yang dapat mengurangi fungsi kerja dari indra.

g) Pola hubungan-peran

Peran pasien terhadap keluarga, kepuasan atau ketidakpuasan menjalankan peran, struktur dan dukungan keluarga, proses pengambilan keputusan, hubungan dengan orang lain.

h) Pola seksual-reproduksi

Masalah pada seksual-reproduksi, menstruasi, jumlah anak, pengetahuan yang berhubungan dengan kebersihan reproduksi.

i) Pola toleransi stress-koping

Tentang penyebab, tingkat, respon stress, strategi koping yang biasa dilakukan untuk mengatasi stress.

j) Pola keyakinan-nilai

Latar belakang budaya, tujuan hidup pasien, keyakinan yang dianut, serta adat budaya yang berkaitan dengan kesehatan.

7) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh mulai dari ujung kepala hingga kaki (*head to toe*).

a) Kepala

Meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi.

b) Mata

Pemeriksaan mata meliputi : kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman penglihatan.

c) Hidung

Pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, ada perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan yang mengganggu pernafasan.

d) Telinga

Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga.

e) Leher

Pada leher dilakukan pemeriksaan ada atau tidak pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

f) Dada

Paru:

Inspeksi : pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.

Palpasi : pergerakan sama atau simetris, fermitus rabasama.

Perkusi : suara ketok sonor, tak ada erdup atau suaratambahan lainnya.

Auskultasi : suara nafas normal, tak ada wheezing, atausuara tambahan lainnya seperti stridor danronchi.

Jantung:

Inspeksi : tidak tampak iktus jantung.

Palpasi : nadi meningkat, iktus tidak teraba.

Auskultasi : suara S1 dan S2 tunggal, tak ada mur-mur.

g) Payudara

Pemeriksaan payudara dilakukan dengan inspeksi adanya warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak. Pada hari ke-3 post partum, payudara tampak membesar karena vaskularisasi dan engorgement (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari I-III), teraba keras dan nyeri, ada hiperpigmentasi areola mammae serta penonjolan dari papila mammae. Hal ini menandai permukaan sekresi air susu dan apabila areola mammae dipijat, keluarlah cairan kolostrum. Pada payudara yang tidak disusui, akan mengalami engorgement (bengkak) yang akan berkurang dalam 2-3 hari. Pada ibu yang tidak menyusui, payudara akan mengecil pada 1-2 hari. Palpasi dilakukan untuk menilai apakah terdapat benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan atau tidak.

h) Abdomen

Pemeriksaan abdomen dilakukan inspeksi dengan melihat luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan atau tidak, apakah terdapat striae dan linea, auskultasi dilakukan dengan mendengar peristaltik usus dengan nilai normalnya 5-35 kali permenit, palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak.

i) Genitalia

Pemeriksaan genitalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lochea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.

j) Anus

Pemeriksaan anus dilakukan untuk mengetahui terdapat hemoroid atau tidak.

k) Integumen

Pemeriksaan integumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi.

l) Ekstriemitas

Pemeriksaan ekstremitas meliputi : CRT, varises, oedema, nyeri tekan atau panas pada betis, dan tanda homan.

8) Diagnosa medis

Kondisi medis atau penyakit yang dialami oleh pasien.

9) Terapi obat

Terapi obat yang diberikan kepada pasien

10) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan darah, yaitu hemoglobin dan hematokrit.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan (Pangkey, Ballsy.C.A, 2021). Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Terdapat langkah-langkah dalam perumusan diagnosa keperawatan, yaitu :

a) Analisa data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya fikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan. Analisis data dimulai dari pengelompokan data yang diperoleh dari anamnesa, pengamatan dan pemeriksaan fisik lalu hasil yang didapat dibandingkan dengan standar (kondisi normal), sehingga dapat diketahui permasalahan kesehatan yang dialami pasien dan dapat dirumuskan masalah kesehatan. Saat melakukan analisis data untuk perumusan diagnosa keperawatan diperlukan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori, sehingga mampu merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat (Hasina *et al.*, 2023).

b) Analisa masalah

Analisa masalah adalah proses sistematis dan berbasis standar nasional, yang menghubungkan data hasil pengkajian pasien dengan kriteria diagnosis keperawatan agar diagnosis yang ditegakkan.

c) Rumusan diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan menggunakan format *problem, etiology, sign and symptom* (PES) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), masalah yang muncul pada pasien post seksio sesarea adalah nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri tampak meringis bersifat protektif (misalnya. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas

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

3. Intervensi keperawatan

Intervensi/perencanaan keperawatan merupakan suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana asuhan keperawatn dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Tabel 1
Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan / Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
(1)	(2)	(3)
<p>Nyeri Akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>a. Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif</p> <p>a. Tampak meringis</p> <p>b. Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri)</p> <p>c. Gelisah</p> <p>d. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>e. Sulit tidur</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Keluhan nyeri menurun</p> <p>b. Meringis menurun</p> <p>c. Sikap protektif menurun</p> <p>d. Gelisah menurun</p> <p>e. Kesulitan tidur menurun</p> <p>f. Bergerak nyaman</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>a. Observasi</p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p>

(1)	(2)	(3)
Gejala dan Tanda Minor		7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
Subjektif : -		8. Observasi TFU, pengeluaran pervaginam, pengeluaran ASI
Objektif :		
a. Tekanan darah meningkat		
b. Pola nafas berubah		Terapeutik
c. Nafsu makan berubah		1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya teknik relaksasi nafas dalam)
d. Menarik diri		2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)
e. Berfokus pada diri sendiri		3. Fasilitasi istirahat dan tidur)
f. Diaforesis		Edukasi
		1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
		Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian analgesik : paracetamol 3 x 500mg

Sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari intervensi keperawatan (Pangkey, Ballsy.C.A, 2021). Implementasi dilaksanakan mengacu pada SIKI yang telah dibuat pada rencana keperawatan. Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, menidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri,

mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri, mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya teknik relaksasi nafas dalam), mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan), memfasilitasi istirahat dan tidur), menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, kolaborasi pemberian analgesik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi keperawatan

Berdasarkan Pangkey, Ballsy.C.A, (2021), evaluasi keperawatan merupakan fase terakhir dari asuhan keperawatan. Evaluasi keperawatan dilakukan sesuai dengan format subjektif, objektif, analisis, perencanaan lanjutan (SOAP).

D. Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Pengertian

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu teknik yang sederhana di mana paru-paru dibiarkan menghirup oksigen sebanyak mungkin (Mulki, Mohamad Malikul, 2020).

Menurut Susilawati *et al.*, (2023), teknik relaksasi nafas dalam merupakan teknik memposisikan tubuh secara rileks dan menarik nafas dalam agar mengalirkan oksigen ke darah dan mengeluarkan hormon endorphin. Pelaksanaan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan 15 – 30 menit sebanyak tiga kali atau sampai pasien merasakan rileks selama 3 hari (Arfan *et al.*, 2024).

2. Manfaat latihan relaksasi nafas dalam

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Susilawati *et al.*, (2023), teknik relaksasi nafas bermanfaat untuk menurunkan intensitas nyeri pasien post seksio sesarea.

3. Indikasi terapi relaksasi napas dalam

- a) Pasien yang mengalami nyeri akut tingkat ringan sampai dengan sedang akibat penyakit yang kooperatif
- b) Pasien yang nyeri kronis
- c) Nyeri pasca operasi
- d) Pasien yang mengalami stress (Kurniawati, 2019).

4. Kontraindikasi terapi relaksasi nafas dalam

Terapi relaksasi nafas dalam tidak diberikan pada pasien yang mengalami sesak nafas (Kurniawati, 2019)

5. Teknik terapi relaksasi nafas dalam

- a) Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
- b) Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara dalam 3 hitungan
- c) Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan

merasakan lega

- d) Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
- e) Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
- f) Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya
- g) Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
- h) Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
- i) Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit (Kurniawati, 2019)