

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

SC merupakan upaya pembelahan guna mengeluarkan janin lewat insisipada dinding abdomen dan uterus (Subekti,2018). SC adalah salah satu bentuk pengeluaran janin melalui irisan pembedahan yng menembus abdomen seorang ibu (*Laparotomi*) dan uterus (*Histerektomi*) untuk mengeluarkan bayi satu atau lebih. SC adalah salah satu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan lebih dari 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Wahyuni,2018) .

SC umumnya dilakukan Ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya. Sebuah persalinan dengan prosedur pembedahan umumnya dilakukan oleh tim dokter yang beranggotakan spesialis kandungan, spesialis anastesi, serta bidan (Rahmawati, et al.,2018).

PPI merupakan ancaman pada kehamilan dimana timbulnya tanda-tanda persalinan pada usia kehamilan yang belum aterm (20 minggu -37 minggu) dan berat badan bayi kurang dari 2500 gram (Nisa dan Puspitasari, 2016). PPI ancama kelahiran premature yang dilandasi dengan adanya kontraksi uterus di sertai denganserviks yang berupa kontraksi sebelum 37 minggu usia kehamilan serta dapat menyebabkan kelahiran premature (Widiana, et al.,2019).

2. Etiologi

SC ada dua indikasi yaitu pada ibu dan janin, adapun penyebab pada ibu yaitu adanya sejarah kehamilan yang buruk, terdapat kesempitan pada panggul, *plasenta previa* terutama pada primigravida,, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantuf,DM), gangguan perjalanan persalinan (Kista Ovarium, Mioma uteri dan sebagainya). SC pada janin yaitu gawat janin, propulsi funikuli (tali pusat penumpang), primigravida tua, kehamilan kembar, kehamilan engan kelaminan

congenital, anomali janin, misalnya hidrosefalus, presentasi bokong, sungsang (Hartuti.,2019).

Secara garis besar PPI disebabkan oleh banyak faktor penyebab, namun demikian penyebabnya masih belum diketahui secara jelas. Persalinan preterm menyebabkan dampak yang besar terhadap morbiditas jangka pendek dan jangka Panjang. Tingkat morbiditas tersebut dapat dikurangi dengan pencegahan persalinan preterm, seperti prediksi janin dan akurat, intervensi untuk menghilangkan faktor resiko serta menunda terjadinya persalinan. yang diingkan dengan bayi yang lahir cukup bulan, bayi premature terutama yang lahir dengan usia kehamilan kurang dari 32 minggu, mempunyai resiko kematian 70 kali lebih tinggi karena mereka mempunyai kesulitan untuk beradaptasi dengan kehidupan di luar Rahim akibat ketidakmatangan system organ tubuhnya seperti paru-paru, jantung, ginjal, hati dan system pencernaan. Semakin dini kejadian kelahiran preterm, semakin besar resiko morbiditas dan mortalitas. Atas pertimbangan sebagai penyebab utama morbiditas dan mortalitas neonatal maka persalinan preterm perlu dicegah, salah satu caranya adalah dengan pemberian Tokolitik yang dapat mencegah berlanjutnya proses persalinan yang bermamfaat setidaknya memberi kesempatan proses pematangan paru (Yasa, I.P.E.K., I.Gusti Made Aman, dan Bags Komang Satriyasa (2019).

3. Patofisiologi

Persalinan Prematur menunjukkan adanya kegagalan mekanisme yang bertanggung jawab untuk mempertahankan kondisi tentang uterus selama kehamilan atau adanya gangguan yang menyebabkan singkatnya kehamilan atau membebani jalur persalinan normal sehingga memicu dimulainya proses persalinan secara dini. Empat jalur terpisah, yaitu stress, infeksi, rangangan dan pendarahan. Enzim sitokinin dan Prostaglandin, ruptur membrannya, ketuban pecah. Aliran darah ke plasenta yang berkurang mengakibatkan nyeri dan intoleransi aktifitas yang menimbulkan kontraksi uterus, sehingga menyebabkan persalinan premature. Akibat dari persalinan premature berdampak pada janin dan pada ibu. Pada janin, menyebabkan kelahiran yang belum matang pada waktunya sehingga terjadilah imaturitas

jarinan pada janin.

Salah satu dampaknya terjadilah maturitas paru yang menyebabkan resiko cedera pada janin. Sedangkan pada ibu, resiko tinggi pada Kesehatan yang menyebabkan ansietas dan kurangnya informasi tentang kehamilan mengakibatkan kurangnya pengetahuan untuk merawat dan menjaga Kesehatan saat kehamilan (Idarahmawati,Mutiara,V. Siska, Absari,N., & Andini,P. (2021).

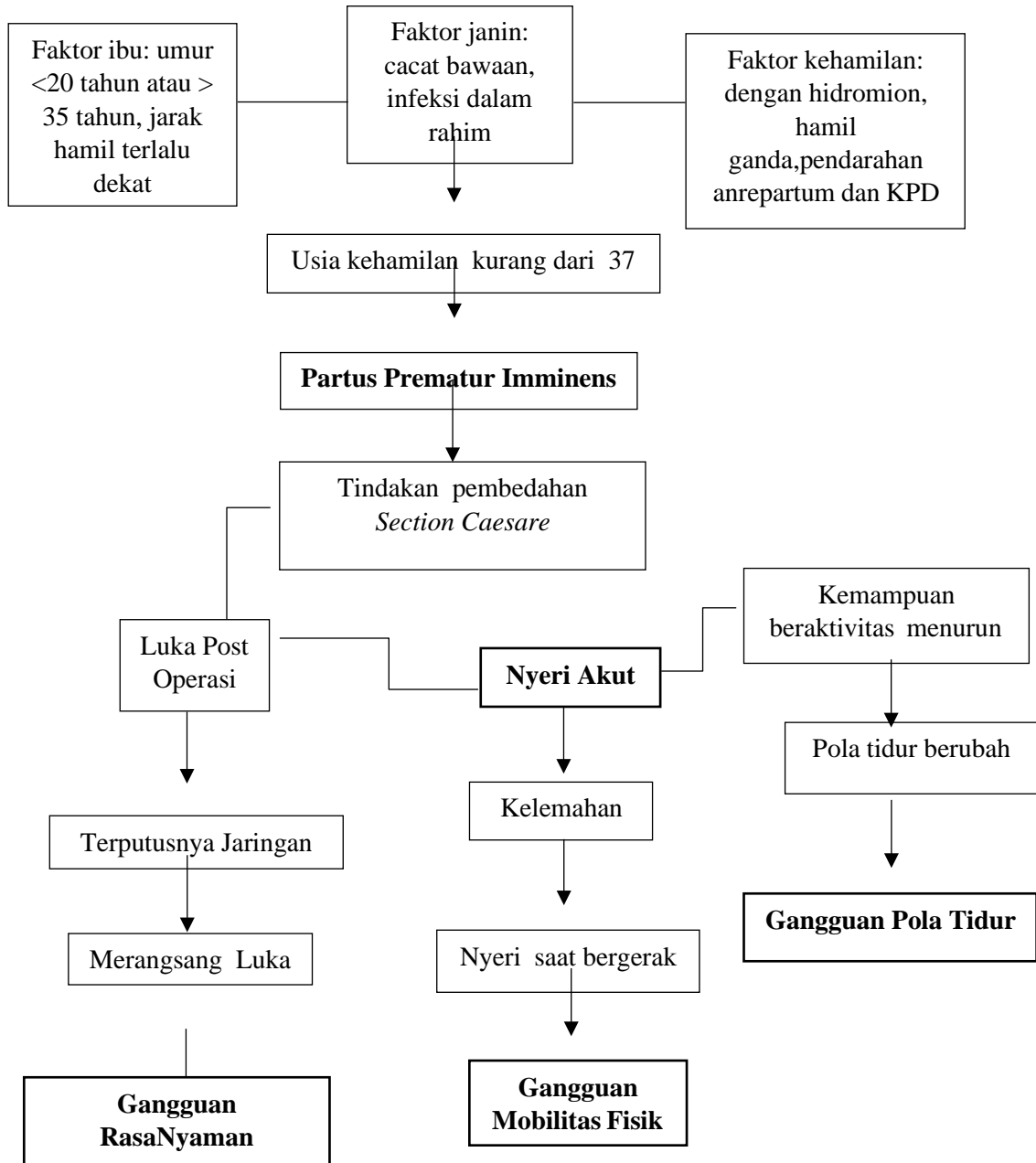
SC merupakan tindakan untuk mengeluarkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan ini yaitu disproporsi kepala panggul, disfungsi uterus, distoria jaringan lunak, sungsang atau presentasi bokong merupakan letak janin dengan memanjang dengan kepala berada di bagian atas Rahim, sedangkan yang dimaksud dengan posisi adalah keadaan bagian terendah bayi (Kasdu,2022). Seseorang yang baru saja mengalami operasi karena adanya nyeri akut cenderung untuk bergerak lebih lambat.Rasa sakitakan membuat pasien enggan untuk melakukan banyak pergerakan, apalagi turun ari tempat tidur. Pasien pasca SC di ruang pemuihan, saat pasien sadar dari anastesiumum atau regional mulai hilang akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat. Hal ini yang akan mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini yang kurang baik (Ruwayda,2015).

Dalam proses pembedahan akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluhdarah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini dapat merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang menyebabkan nyeri. Akibat nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan sering terbangun saat tidur, setelah proses pembedahan setelah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka operasi yang tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan kemerahan dan menyebabkan resiko infeksi (Mitayani,2016).Menurut (Fajar,2019) usia janin premature masing kurang dari 38 minggu,

Berat badan janin kurang dari 2500 gram. SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada

dinding uterus yang masih utuh indikasi di dilakukan tindakan ini yaitu faktor usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, panggul sempit, penyakit bawaan Hipertensi, DM Jantung, dan HIV, Riwayat SC dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin, janin besar dan kelainan letak bayi, faktor plasenta, kelainan tali pusat, bayi kembar, preeklamsi, ketuban pecah dini dll.

PATHWAY



Gambar 2.1
Pathway pada klien Post Sectio Caesarea *Partus Prematurus Imminens*

Sumber, (Nurarif dan Hardhi dalam Sofyan), 2019)

4. Manifestasi Klinis

Menurut Doenges (2010) Manifestasi klinis dari Sectio Caesarea sebagai berikut:

- a. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
- b. Nyeri akibat adanya luka
- c. Fundus uterus terletak pada umbilicus
- d. Kehilangan darah selama proses pembedahan sekitar 700-1000ml
- e. Menahan batuk akibat rasa nyeri yang berlebihan
- f. Biasanya terpasang kateter urine
- g. Pengaruh anastesi dapat menyebabkan muntah
- h. Terbatas melakukan pergerakan akibat nyeri

Partus Prematurus Imminens ditandai dengan:

- a. Kontraksi uterus dengan atau tanpa rasa sakit
Kontraksi yang terjadi dengan frekuensi 4 kali dalam 20 menit atau delapan kali dalam 60 menit plus perubahan progresif pada serviks. Dilatasi serviks lebih dari 1 cm, pendaratan serviks sebesar 80% atau lebih.
- b. Rasa berat di panggul
- c. Kejang uterus yang mirip dengan dismonorea
- d. Keluarnya cairan pervaginam
- e. Nyeri punggung

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang Menurut (Aspiani,2017) pada Pasien dengan SC yaitu: Hitungan darah lengkap, cek golongan darah, urinalisis: menentukan kadar albumin/glukosa, kultur: mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II, ultrasonografi: melokasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin, amniosintesis: mengkaji maturitas paru janin, tes stress kontraksi atau tes non-stres mengkaji respon janin terhadap gerakan/stress dari pola kontraksi uterus/pola abnormal, penentuan elektronik selanjutnya: memastikan statusjanin/aktivitas uterus.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan SC menurut (Aspiani,2017) yaitu: pendarahan dari vagib harus dipantau dengan cermat, fundus uteri harus sering di palpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat, pemberian analgetik dan antibiotic, pemeriksaan aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam, pemberian cairan intravaskuler, 3 liter cairan biasanya untuk 24 jam pertama setelah pembedahan, ambulasi satu hari setelah pembedahan pasien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain, perawatan luka. Insisi di periksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan, pemeriksaan laboratorium Hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan pendarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hypovolemia.

7. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada pasien dengan tindakan Sectio Caesarea yaitu, infeksi, pendarahan dan komplikasi berkelanjutan, infeksi komplikasi ini bisa bersifat ringan seperti peritonitis, sepsis. Pendarahan yang banyak bisa timbul pada saat waktu pembeaan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka maka terjadi komplikasi lain, seperti luka kandung kencing, emolisme paru-paru, komplikasi lanjutan, yaitu kurang kuatnya perut pada dinding uterus sehingga pada kehamilan berikutnya terjadi rupture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah operasi Sectio Caesarea.

Menurut WHO setiap tahunnya diperkirakan 15 juta bayi mengalami kelahiran premature dan kurang lebih 1 dari 10 bayi mengalami kelahiran premature. Bayi premature terutama bayi yang memiliki berat badan lahir rendah memiliki risiko kematian yang tinggi. Mortalitas pada bayi premature dapat disebabkan oleh neonatal sepsis dan ketidakmatangan sistem organ seperti pernafasan dan pencernaan. Menurut data WHO menunjukkan bahwa hampir 1 juta bayi meninggal akibat kelahiran premature, anak yang selamat dari komplikasi tersebut kebanyakan menghadapi berbagai masalah disabilitas, seperti masalah

penglihatan dan pendengaran serta kesulitan dalam belajar. Pencegahan komplikasi kelahiran premature memerlukan penanganan yang tepat. Salah satunya dengan cara menangani ancaman kelahiran premature atau *Partus Prematurus imminens* dengan tepat.

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Menurut Abraham Maslow Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) adalah unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologis maupun psikologis, hal ini tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan Kesehatan. Teori Hierarki kebutuhan yang menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar:



Gambar 2.2

Kebutuhan Dasar menurut Maslow .

Sumber (Zainur, 2020)

1. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen dan pertukaran gas, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis.
 - a. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya

- b. Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatir yang dialami seorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan sebagainya.
- 3. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok social, dan sebagainya.
- 4. Kebutuhan akan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri, selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- 5. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya (Zainur, 2020).

Berdasarkan teori Maslow, kasus post SC *PPI* pada pasien mengalami gangguan kabutuhan dasar fisiologi yaitu gangguan kebutuhan aktivitas. Kebutuhan aktivitas adalah suatu kebutuhan dasar manusia untuk melakukan sebuah aktivitas pergerakan ekstremitas secara bebas sehingga dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Kebutuhan aktivitas ini di atur oleh beberapa system anggota gerak baik aktif (otot) maupun pasif (tulang) serta system lainnya yaitu tendon, sendi Ligamen, kartilago, cairan sinovial dan system saraf. Kelainan pada salah satu sistem akan mengakibatkan gangguan pemenuhan kebutuhan individu untuk melakukan pergerakan secara mandiri, bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya (Paryono, et al., 2021). Persalinan SC memiliki resiko tinggi karena dilakukan pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus, dengan adanya luka bekas SC maka hal itu akan menimbulkan nyeri pada ibu sehingga pasien enggan bergerak dan cenderung untuk berbaring saja sehingga menimbulkan kaku persendian, postur yang buruk, kontakurotot, nyeri tekan apabila tidak melakukan mobilisasi dini. Manfaat mobilisasi dini bagi ibu post SC adalah mampu memperlancar pengeluaran lokia dan

mengurangi infeksi puerperium, mempercepat involus alat kandungan, memperlancar fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan, meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga nutrisi yang dibutuhkan luka terpenuhi dan mempercepat kesembuhan luka, mempercepat fungsi pengeluaran ASI dan pengeluaran sisa metabolisme. Sedangkan tidak melakukan mobilisasi maka kerugian terutama bagi ibu post SC yaitu terjadinya peningkatan suhu tubuh, pendarahan yang abnormal dan involusi uterus yang tidak baik (Heryani & Ardenny, 2016)

1. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori yang tidak menyenangkan, unsure utama yang harus ada untuk disebut nyeri adalah rasa yang tidak menyenangkan. Tanpa unsur itu tidak dapat dikategorikan sebagai nyeri, walaupun sebaliknya, semua yang tidak menyenangkan tidak dapat disebut sebagai nyeri (Zakiyah, 2015). Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang didalamnya (Hidayat dkk, 2016).

2. Jenis Nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri akut di definisikan sebagai nyeri yang dirasakan seseorang selama beberapa detik sampai dengan 6 (enam) bulan. Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba, umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, jika ada kerusakan maka berlangsung tidak lama dan tidak ada penyakit sistemik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan proses penyembuhan. Beberapa pustaka lain menyebutkan nyeri akut adalah bila < 12 minggu. Nyeri antara 6-12 minggu adalah nyeri sub akut. Nyeri di atas 12 minggu adalah nyeri kronis.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama 6 (enam) bulan atau lebih. Nyeri kronis bersifat konstan atau intermiten yang menetap sepanjang satu periode waktu. Nyeri

kronis dapat yang ditetapkan dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

1) Berdasarkan intensitasnya

- a) Tidak nyeri Nilai (0) Kondisi dimana seseorang tidak mengeluhkan adanya rasa nyeri atau disebut juga bahwa seseorang terbebas dari rasa nyeri.
- b) Nyeri ringan Nilai (123) Seseorang merasakan nyeri dalam intensitas rendah. Pada nyeri ringan seseorang masih bisa melakukan komunikasi dengan baik, masih bisa melakukan aktivitas seperti biasa dan tidak terganggu kegiatannya
- c) Nyeri sedang Nilai (456) Rasa nyeri seseorang dalam intensitas yang lebih berat. Biasanya mulai menimbulkan respon nyeri sedang akan mulai mengganggu aktivitas seseorang.
- d) Nyeri berat Nyeri berat/ hebat Nilai (78910) merupakan nyeri yang dirasakan berat oleh pasien dan membuat pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa, bahkan akan terganggu secara psikologis dimana orang akan merasa marah dan tidak mampu untuk mengendalikan diri.

c. Pengukuran Nyeri

1) Pengkajian Nyeri berdasarkan PQRST

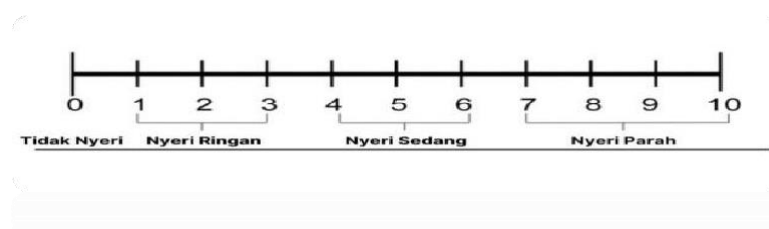
- a) Provokes/palliates: Pengkajian provokatif/paliatif dapat dikaji dengan menanyakan apa yang menyebabkan nyeri? apa yang membuat nyerinya lebih baik? apa yang menyebabkannya lebih buruk? apa yang anda lakukan saat nyeri? apakah rasa nyeri itu membuat anda terbangun saat tidur?
- b) Quality (Q) Merupakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien atau seperti apa (bagaimana) nyeri dirasakan oleh pasien,

seperti tertusuk, panas, terbakar, tertindih dan sebagainya.

- c) Region/Radiation (R) Merupakan lokasi dimana nyeri dirasakan oleh pasien dan jika terasa menyebar maka ke arah mana penyebaran rasa nyeri itu dirasakan.
- d) Severity (S) Merupakan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Biasanya menggunakan skala dan derajat nyeri.
- e) Time: Timing merupakan catatan waktu dimana kita akan menanyakan 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?

d. Pengkajian Nyeri berdasarkan Numeric Rating Scale

Skala NRS adalah skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Skala NRS adalah versi angka dari VAS yang menggambarkan 0-10 dalam skala nyeri. Pada umumnya dalam bentuk garis. Skala untuk NRS adalah skala numerik tunggal berisi 11 nilai, yaitu 0 “tidak sakit sama sekali” dan 10 “sakit terhebat yang bisa dibayangkan”. Nilai NRS bisa digunakan untuk evaluasi nyeri, dan pada umumnya pengukuran kedua tidak lebih dari 24 jam pasca pengukuran pertama. Nilai NRS dapat disampaikan secara verbal maupun dalam bentuk gambar. Klasifikasi nilai NRS adalah nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), dan nyeri hebat (7-10).



Gambar 2.3

Numeric Rating Scale

Sumber : Pinzon (2016)

- e. Nyeri Akut pada pasien post SC bisa di atasi dengan terapi nonfarmakologis salah satunya dengan kompres hangat. Rasa nyeri pasca operasi merupakan stressor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis (Ferinawati, 2019).

Berdasarkan penelitian, tindakan SC dapat menyebabkan sensasi nyeri pada luka post operasi lebih tinggi sekitar 27,3% dibanding dengan persalinan normal yang hanya sekitar 9%. Sehubungan dengan itu maka diperlukan penanganan nyeri untuk meminimalisir komplikasi yang lebih serius pada pasien post SC (Ahmad Redho 2019).

Penanganan nyeri pada ibu Post SC dapat dilakukan dengan menggunakan terapi farmakologic dan terapi non farmakologic. Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologic yang digunakan antara lain dengan menggunakan relaksasi, hipnosis, pergerakan dan perubahan posisi, masase, hidroterapi, terapi panas/dingin, musik, akupresur, aromaterapi, teknik imajinasi, dan distraksi (Komann et al., 2019). Salah satu terapi nonfarmakologis yang baik untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien SC saat post operasi adalah dengan kompres hangat (Devi et al. 2019).

Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan yang berupa memberikan rasa hangat dengan suhu 43°C – 46°C pada daerah tertentu menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan, sehingga kebutuhan rasa nyaman terpenuhi. Penggunaan kompres hangat pada pasien SC dalam menurunkan tingkat nyeri dikarenakan penggunaan farmakologi tidak mampu membantu dalam meningkatkan kemampuan mengontrol nyeri (Mutia, 2015). Berdasarkan

penelitian sebelumnya kompres hangat juga dapat membantu terapi modalitas dalam bentuk stimulasi kutaneus. Teknik stimulasi kutaneus dapat meredakan nyeri secara efektif. Selain itu, kompres hangat merupakan terapi sederhana, tidak memerlukan banyak biaya, dapat menurunkan nyeri, dan tidak menimbulkan efek yang serius pada pasien post sectio caesarea (Eka Yuniarti & Suraning Wulandari, 2020).

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses Keperawatan didefinisikan sebagai “ proses terstruktur berupa urutan Langkah Langkah pemecahan masalah yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan yang berorientasi pada tujuan dan humanistic yang efisien dan efektif” (Adraro & Mengistu,2020)

Proses keperawatan memiliki mamfaat yang besar karena melalui penerapan pengetahuan dan keterampilan, perawat akan diarahkan untuk meningkatkan kemampuan komunikasinya baik pada sesama perawat atau dengan professional Kesehatan lainnya, meningkatkan pendokumentasian yang lebih baik dan menetapkan standar dunia untuk mengaudit asuhan keperawatan (Gazari et al.,2021).

1. Pengkajian Section Cesare

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dimana seseorang perawat mulai melakukan mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk melakukan evaluasi dan mengidentifikasi status Kesehatan pasien. Pengkajian adalah suatu proses pengumpulan data yang dapat dilaksanakan dengan wawancara observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostic dan lain lain (Suarni & Apriyani, 2017).

Menurut Aspirani (2017) paa pasien post SC data yang dapat ditemukan dari hasil pengkajian yaitu:

- a. Identitas pasien, Ruangan, tanggal masuk RS, meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, Riwayat kehamilan.
- b. Keluhan utama, pada umumnya pasien dengan Post SC mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, takut bergerak, badan merasa lemah, dan

merasa tidak nyaman.

- c. Riwayat keluhan sekarang, pada Riwayat Kesehatan yang perlu dikaji yaitu keadaan umum pasien dan data pengkajian yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya Tindakan operasi SC
- d. Riwayat penyakit dahulu, apakah pasien memiliki Riwayat operasi sebelumnya, memiliki masalah penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.
- e. Riwayat penyakit keluarga, peran keluarga atau keturunan adalah faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah dialami misalnya keluarga memiliki Riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit kelamin.
- f. Riwayat perkawinan yaitu status perkawinan.
- g. Riwayat kehamilan dan Persalinan meliputi berapa kali ibu melahirkan, bagaimana cara persalinan, dimana ibu melakukan persalinan, siapa penolong persalinan, jumlah anak, apakah ibu pernah mengalami keguguran.
- h. Eliminasi, meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan post SC, untuk BAK dengan menggunakan kateter urine yang sebelumnya sudah terpasang.
- i. Istirahat/tidur pada klien dengan Post SC akan mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya nyeri post operasi di Abdomen bawah dan rasa tidak nyaman pada uretra yang terpasang selang kateter urine.
- j. Kebutuhan personal Hygiene, pasien dengan post SC sebelum dibuka kateter, pasien membutuhkan orang lain untuk memersihkan diri dalam hal ini pasien harus dalam keadaan bersih
- k. Aktivitas, pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga pasien membatasi Gerakan, aktivitas sehari-hari masih dalam bantuan keluarga dan mobilisasi dilakukan secara bertahap.
- l. Gerakan dan keseimbangan tubuh, aktivitas pasien berkurang, tidak bisa berjalan akibat nyeri luka operasi dan ketidak nyamanan.
- m. Kebutuhan berpakaian, pasien dengan post SC mengalami gangguan

dalam menggunakan pakaian.

- n. Kebutuhan keamanan, kebutuhan kenyamanan ini perlu dipertanyakan apakah pasien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya, pasien mampu menghindari bahaya dari lingkungan sekitarnya.
 - o. Pemeriksaan fisik memeriksa keadaan umum, kesadaran, TTV, dan pemeriksaan pasien dari ujung kepala sampai ujung kuku (*head to toe*) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit.
2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah suatu kegiatan penilaian yang dilakukan oleh perawat berdasarkan respon yang diberikan pasien secara holistik terhadap penyakit atau gangguan kesehatan yang sedang dialaminya. Diagnosa Keperawatan sama pentingnya serta memiliki muatan etis dan aspek legal yang sesuai dengan diagnosis medis, maka diagnosis keperawatan merupakan suatu kunci perawat dalam membuat rencana asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien yang sedang dirawat (Fatimah, Wanda Mifta.2020), Menurut (Nurarif dan Hardhi dalam Sofyan),2019) masalah yang dapat timbul ialah:

- a. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka post operasi.
 - b. Gangguan Pola Tidur (D.0055) berhubungan dengan nyeri
 - c. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri, ketidaknyamanan, dan penurunan kekuatan otot.
 - d. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) berhubungan dengan Gejala Penyakit.
3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan maternitas merupakan kerangka sistematis yang dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan untuk memenuhi reaksi dan respon individu. Proses keperawatan itu sendiri meliputi tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan/intervensi, implementasi, dan evaluasi. Perencanaan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan, dalam tahap perencanaan ini berfokus pada prioritas masalah, merumuskan tujuan dan kriteria hasil, dan intervensi. Tujuan untuk mengetahui bagaimana

Langkah- langkah perencanaan dalam merumuskan rencana keperawatan. Metode yang digunakan adalah Teknik pengumpulan data dengan melakukan analisi, eksplorasi kajian bebas yang relevan (Rahma,J., & Simamora,R.H 2020). penetapan intervensi keperawatan yang tepat dan pembuatan asuhan keperawatan, terdapat pada tabel dibawah

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan Pasien Dengan Nyeri Akut Pada Kasus PostSectio
Caesarea Partus Prematurus Imminens
Menurut SDKI, SLKI, dan SIKI

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri Akut kode (D.0077)	<p>Tingkat nyeri kode (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2.keluhan nyeri menurun 3.Meringis menurun 4.Sikap protektif menurun 5.Gelisah menurun 6.kesulitan tidur menurun menarik diri menurun 8.Berfokus pada diri sendiri menurun 9.Diaforesis menurun 10.Perasaan depresi tertekan menurun 11.Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12.Anoreksia menurun 13.Perineum terasa tertekan menurun 14.Uterus teraba membulat menurun 15.ketegangan otot menurun 16.Pupil dilatasi menurun 17.Muntah menurun 18.mual menurun 19.Frekuensi nadi membaik 20.Pola nafas membaik 21.Tekanan darah membaik 22.Proses berpikir membaik 23.Fokus membaik 24.Fungsi berkemih membaik 25.Perilaku membaik 26.Nafsu makan membaik 27.Pola tidur membaik 	<p>Manajemen nyeri Kode (I.0823)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi lokasi, Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal Iden 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

1	2	3	4. Anjurkan menggunakan analgetik
3.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Mobilitas fisik Kode (L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat	Dukung dan tidak Kode (J.0517) Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Observasi : 1. Kelelahan pemberian analgetik 2. Kelelahan lainnya
2.	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Bola Redang gerak (ROM) Kode (L.05045) 4. Nyeri menurun 5. Kemampuan beraktivitas meningkat 6. Kekingadai menurun 7. Gerakan tidur terkoordinasi menurun 8. Gerakan serbagat terjaga menurun 9. Keluhan tidurnya menurun 5. Keluhan pola tidur berubah menurun 6. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan kalsium Kode (B.05174) 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai amulasi 4. Monitor frekuensi aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pangsang gangguan tidur (fisik dan atau psikologis) B. Hasil fisik tindakan dan dalam tindakan yang baik gangguan waktu tidur (ms, 2. Konsultasi dengan dokter fisik, waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan konsumsi Tarapubikasi. Edukasi Modifikasi lingkungan (mis, 1. pasang matras dan tempat tidur) anjurkan melakukan ambulansi dini 2. Bantulah pasien segera bangun 3. Hasil fisik mengilang beres waktu tidur ke kursi roda, berjalan 4. Tetap mandi dan tidak mandi 5. Berjalan prosedur tolak meningkatkan
4	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)	Status Kenyamanan (L.08064) 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun 3. Keluhan sulit tidur menurun 4. Merintih menurun	Terapi Relaksasi (109.326), pengaturan posisi, terapi akupresur) Observasi: 1. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit ketidakmampuan beraktivitas 2. Anjurkan konsep kebersihan waktu tidur yang mengganggu kemampuan beraktivitas 3. Anjurkan menghindari makan/minuman yang mengganggu waktu tidur efektif digunakan 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap REM sebelumnya 5. Ajarkan faktor yang berkontribusi terhadap gangguan tidur dalam psikologis, gaya hidup sering berubah sifat respons terhadap relaksasi Tradisional relaksasi otot autogenik atau cara farmakologi lainnya yang tenang dan tanpa gangguan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika perlu

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur tekni relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan anagenik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis, musik, meditasi, nafas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau mengaitkan relaksasi yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis, nafas dalam, peregangan, atau imajinasi)
--	--	--	--

4. Implementasi

Menurut Apriani (2017) implementasi adalah rencana tindakan untuk mencapai sebuah tujuan yang sudah ditetapkan kegiatan ini juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon seseorang sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan serta menilai data yang akan datang. Ada 4 tahap pelaksanaan pajak implementasi yang pertama berfokus pada pasien kedua berorientasi pada tujuan ketiga memperhatikan keamanan fisik dan psikologis klien keempat kompeten. Pengisian format dan tindakan keperawatan dibagi menjadi 3 yang pertama nomor diagnosa keperawatan yang kedua tanggal dan jam yang ketiga tindakan atau intervensi.

5. Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan Pasien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku Pasien yang tampil. Tujuan dari evaluasi yaitu : Untuk menentukan perkembangan kesehatan Pasien, untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktivitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik dan Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan. Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Subjektive adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan. Objektive adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Analisis adalah membandingkan antara informasi subjektive dan objektive dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni & Apriyani, 2017).