

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep Penyakit

#### 1. *Sectio Caesaria*

##### a. Definisi

*Sectio Caesarea (SC)* digambarkan sebagai prosedur medis dimana bayi dilahirkan didalam rahim dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim, atau histerektomi (April, 2023). SC adalah operasi persalinan dengan membuka dinding depan perut dan rahim yang masih utuh, dengan asumsi rahim dalam keadaan sehat dan berat janin lebih dari 5000 gram (Ilmiah & Sandi, 2021).

##### b. Indikasi

Indikasi dilakukannya SC sebagai berikut (Sofyan, (2019) dalam Wijaya, (2023)).

##### a. Indikasi Ibu ( Mutlak )

Kehamilan pertama disertai adanya kelainan posisi letak seperti *Cefalo Pelvik Disproportion* atau CPD, adanya riwayat persalinan dengan masalah yang buruk sebelumnya, tidak seimbang antara ukuran kepala bayi dengan panggul ibu, keracunan yang serius saat persalinan, beberapa masalah saat kehamilan seperti eklampsia berat dan pre-eklampsia, atas permintaan mandiri klien, kehamilan dengan penyakit bawaan, gangguan pada jalan persalinan seperti mioma uteri, kista ovarium, dan sebagainya.

##### b. Indikasi Bayi

*Fetal distress* atau biasa dikenal dengan gawat janin, kelainan posisi dan kedudukan janin contohnya, bayi yang berukuran lebih besar (*giant baby*), kelainan letak bayi yakni lintang atau sungsang, adapun faktor dari plasenta seperti plasenta previa, solutio plasenta, plasenta accreta, dan vasa

previa, kelainan tali pusat dengan pembukaan kecil seperti prolapsus tali pusat, terlilit tali pusat, adanya kegagalan untuk menarik atau forseps ekstraksi, dan bayi terlahir kembar saat persalinan atau *multiple pregnancy* (Wijaya, 2023).

c. Etiologi

Menurut Falentina (2019) penyebab sectio caesarea sebagai berikut :

1. CPD (*Cepalo Pelvik Disproportion*)

*Cepalo pelvik disproportion* (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami.

2. Pre-Eklamsi Berat

Pre-eklamsi merupakan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, ditandai dengan tekanan darah tinggi dan adanya protein dalam urine, namun tidak disertai kejang.

3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.

4. Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan SC

Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

#### 5. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor, dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernapas.

#### 6. Kelainan letak janin

##### a) Kelainan pada letak kepala

Letak kepala tengadah, Presentasi muka, dan Presentasi dahi

##### b) Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri, dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

##### c) Kelainan letak lintang

Letak lintang ialah jika letak bayi di dalam rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh bayi melintang terhadap paksi rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh bayi tegak lurus pada rahim dan menjadikan sudut  $90^\circ$ ). Pada letak lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain. Pada keadaan ini, janin biasa berada pada presentase bahu atau *acromion*.

#### d. Patofisiologi

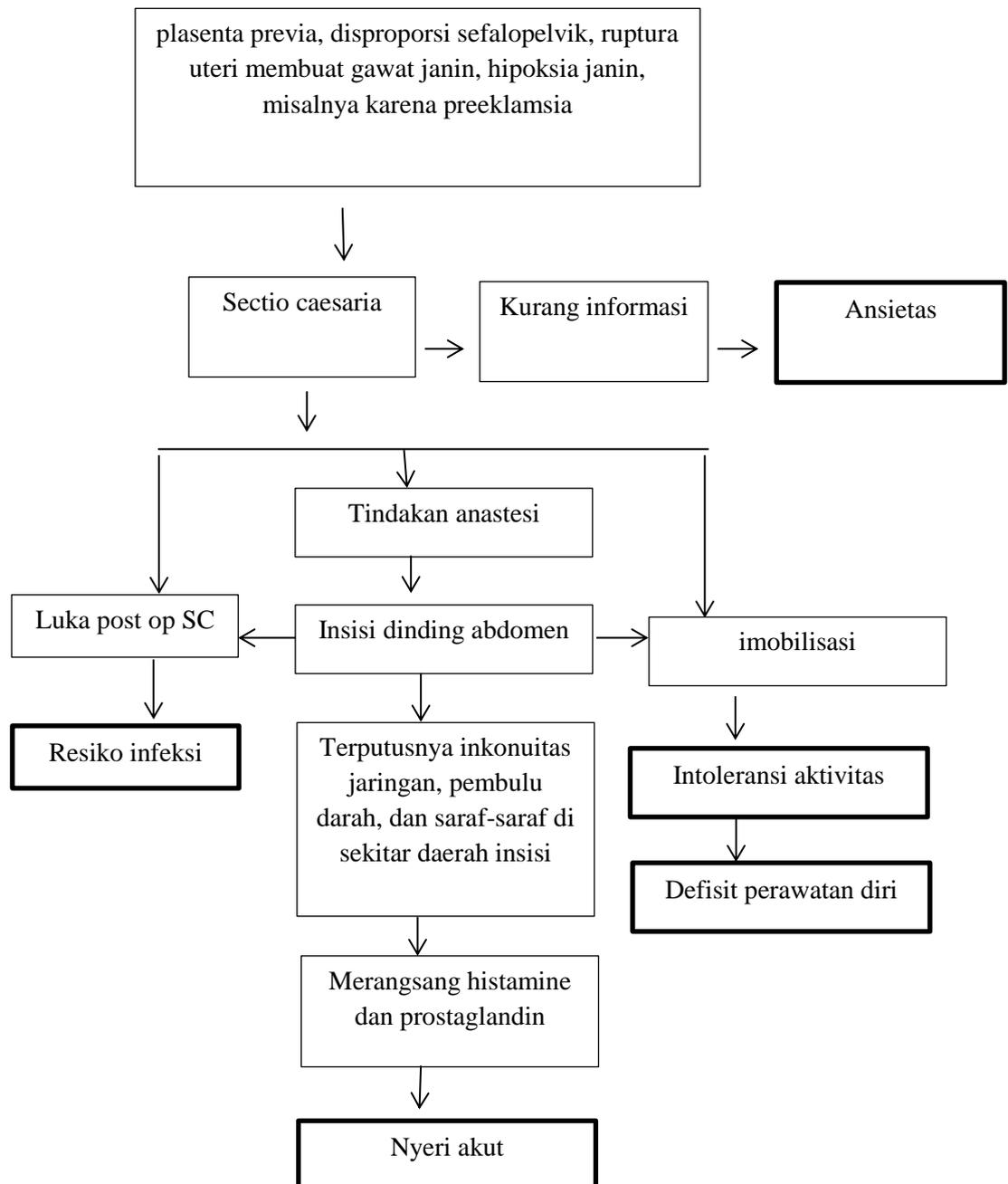
Persalinan SC adalah suatu persalinan dengan dilakukan pembedahan pada bagian abdomen dan rahim dengan ketentuan rahim dalam kondisi utuh atau berat janin 500gram keatas. Faktor lain selain dari bayi adalah panggul sempit, persalinan normal tidak

terjadi juga dikarenakan kurangnya stimulasi yang adekuat, adanya beberapa tumor atau benjolan di jalan lahir yang memicu adanya kendala atau obstruksi.

Indikasi lain dilaksanakannya tindakan SC juga berasal dari janin seperti kelainan letak, menyempitnya tulang belakang pada vagina, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, ruptura uteri membakat gawat janin, pembengkakan pada plasenta, hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia (Fahmy dkk., (2018) dalam Wijaya, (2023)).

Trauma pada jaringan dan putusnya inkontinensia jaringan dapat terjadi akibat sayatan pada perut dan rahim dan hal tersebut akan menimbulkan beberapa komplikasi seperti saraf dan juga pembuluh pada darah sekitar bekas insisi. Tindakan itu dapat memicu terbentuknya histamin dan prostaglandin. Kedua hal tersebut akan meyebabkan rasa nyeri yang terukur pada daerah bekas insisi (Sofyan, (2019) dalam Wijaya, (2023)).

## e. Pathway

Gambar 2. 1 *Sectio Caesarea*

Sumber : (Ratnasari, 2020)

#### f. Klasifikasi

Bentuk pembedahan *Sectio Caesarea* menurut Manuaba (2012) dalam Ramandanty (2019) meliputi :

1) *Sectio Caesarea Klasik*

SC Klasik Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira- kira sepanjang 10 cm.

2) *Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda*

SC *Transperitoneal Profunda* disebut juga *low cervical* yaitu sayatan vertikal pada segmen lebih bawah Rahim

3) *Sectio Caesarea Histerektomi*

SC *Histerektomi* adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan SC, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim.

4) *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

SC *Ekstraperitoneal*, yaitu SC berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan SC.

Pada umumnya ibu *post SC* mengatakan nyeri sebagai keluhan utama mereka karena terjadi robekan pada jaringan dinding perut dan uterus. Nyeri yang dirasakan pada abdomen karena luka operasi bersifat akut yang berakibat menimbulkan beberapa masalah, antara lain gangguan pola tidur serta mobilisasi yang mengakibatkan penundaan proses penyembuhan (Haryati & Hamidah, 2023).

#### g. Gejala Pasca Operasi *Sectio Caesarea*

Menurut Sawahlunto (2019) beberapa gejala pasca operasi SC sebagai berikut :

1. Demam : demam ringan pasca operasi adalah hal yang biasa, kondisi ini merupakan cara tubuh melawan segala infeksi potensial yang mungkin ada dari tindakan bedah.
2. Rasa tidak nyaman pada mulut dan tenggorokan  
Hal ini dapat terjadi akibat pemberian obat anestesi atau alat anestesi selama tindakan operasi berlangsung, biasanya dokter

anestesi akan memasukan alat khusus hingga tenggorokan untuk mengamankan jalan nafas pasien dari kemungkinan terjadinya aspirasi.

3. Luka setelah operasi

Luka yang tidak kunjung sembuh, seperti luka yang basah, mengeluarkan cairan terus menerus, dan tidak mengering.

4. Rasa tidak nyaman saat BAB dan BAK

Anyang-anyangan pada BAK merupakan hal yang umum karena selama tindakan operasi pasien dipasang selang kencing (kateter). Pada keluhan BAB pasien merasa takut akan luka jahit sehingga BAB tidak lancar.

5. Infeksi

Infeksi pasca operasi dapat bertambah berat terutama pada kasus pasien dengan kondisi imun yang rendah atau pasien untuk kondisi imun yang rendah.

**h. Komplikasi**

Menurut Sugiarti (2018) dalam Wijaya (2023) komplikasi tindakan SC pada ibu adalah perdarahan yang meningkat, infeksi, lamanya waktu untuk penyembuhan, dan terbentuknya gumpalan darah. Sedangkan komplikasi tindakan SC bagi bayi antara lain menyebabkan atensi jika tindakan berlangsung dalam waktu yang lama, yang menyebabkan bayi tidak menangis dan terjadi keterlambatan menangis inilah yang mengakibatkan kelainan hemodinamika.

**i. Penatalaksanaan**

1) Penatalaksanaan medis

Pemberian analgetik atau analgetik

2) Penatalaksanaan nonfarmakologis

Terapi kompres hangat

## 2. Nyeri

### a. Definisi

Nyeri adalah sensasi subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang diakibatkan karena kerusakan jaringan actual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terkait terjadinya kerusakan. Nyeri bervariasi dari nyeri yang ringan hingga ke nyeri berat (Basuki, 2019).

### b. Klasifikasi

#### 1) Klasifikasi nyeri berdasarkan sifatnya yaitu:

##### a) Nyeri akut

Nyeri akut adalah sensasi yang terjadi secara tiba-tiba atau sebagai respons terhadap suatu trauma. Penyebab nyeri akut yang paling umum adalah trauma akibat kecelakaan, infeksi, dan operasi. Nyeri akut bersifat jangka pendek, sekitar 6 bulan atau kurang, dan biasanya bersifat intermiten (sesekali) dan tidak terus-menerus. Jika penyebab utamanya rutin diobati, nyeri akut akan cepat hilang.

##### b) Nyeri kronik

Nyeri kronik atau disebut nyeri neuropatik adalah perasaan tidak nyaman yang berlangsung lama yaitu (6 bulan atau lebih) dan kadang bersifat permanen. Penyebab nyeri kronis seringkali tidak diketahui. Nyeri kronis terjadi akibat kesalahan sistem saraf dalam memproses input ( asupan ) sensori. Nyeri kronis memerlukan waktu pemulihan normal yang lebih lama dibandingkan nyeri akut. Orang dengan nyeri kronis sering kali melaporkan nyeri seperti terbakar, kesemutan, dan nyeri menusuk. (Kozier Erb, (2011) dalam Lara, (2022))

#### 2) Menurut tempat

##### a) *Periferal pain*

Nyeri permukaan (*superficial pain*), nyeri dalam (*deep*), nyeri alihan (*referred pain*), nyeri yang dirasakan pada area yang bukan merupakan sumber nyerinya.

b) *Central pain*

Terjadi karena perangsangan pada susunan saraf pusat, medula spinalis, batang otak dan lain-lain.

c) *Psychogenic pain*

Nyeri dirasakan tanpa penyebab organik, tetapi akibat dari trauma psikologis.

d) *Phantom pain*

Merupakan perasaan pada bagian tubuh yang sudah tak ada lagi. Contohnya pada amputasi, phantom pain timbul akibat dari stimulasi dendrit yang berat dibandingkan dengan stimulasi reseptor biasanya. Oleh karena itu, orang tersebut akan merasa nyeri pada area yang telah diangkat.

e) *Radiating pain*

Nyeri yang dirasakan pada sumbernya yang meluas ke jaringan sekitar.

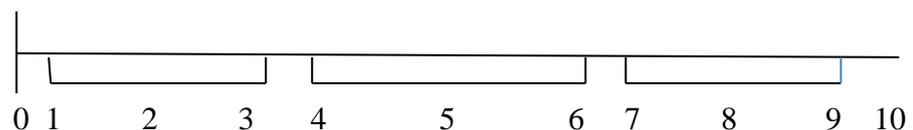
## f) Nyeri somatis dan nyeri viseral

Kedua nyeri ini umumnya bersumber dari kulit dan jaringan dibawah kulit (*superfisial*) pada otot tulang.

## 3. Cara Mengukur Intensitas Nyeri

Skala penilaian numerik lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 1-10 menurut Agency For Health Care Policy and Research (AHCPR), (1992) dalam Ratnasari, (2020).

Dengan menggunakan skala nyeri :



**Gambar 2. 2 Skala Nyeri**

Keterangan :

- a. 0 : Tidak nyeri
- b. 1-3 : Nyeri ringan, secara objektif pasien berkomunikasi dengan baik
- c. 4-6 : Nyeri sedang, secara objektif pasien mendesis, dapat menunjukkan lokasi nyeri, mendeskripsikan nyeri dan mengikuti perintah
- d. 7-9 : Nyeri berat, secara objektif pasien sering tidak mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.
- e. 10 : Nyeri berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

#### 4. Dampak Nyeri *Pada Post Sectio Caesarea*

Nyeri pasca bedah akan menimbulkan reaksi fisik maupun psikologis pada ibu seperti mobilisasi terganggu, malas beraktivitas, sulit tidur, tidak nafsu makan, tidak mau merawat bayi, sehingga perlu adanya cara untuk mengontrol nyeri agar dapat beradaptasi dengan nyeri pasca SC.

#### 5. Fisiologis Nyeri

Nyeri dapat disebabkan oleh berbagai stimulus seperti mekanik, termal, kimia, atau elektrik pada ujung-ujung syaraf. Perawat dapat mengetahui adanya nyeri dari keluhan pasien dan tanda umum atau respons fisiologis tubuh pasien terhadap nyeri. Sewaktu nyeri biasanya pasien akan tampak meringis, kesakitan, nadi meningkat, berkeringat, nafas lebih cepat, pucat, berteriak, menangis, dan tekanan darah meningkat (Sari, 2022).

## 6. Penanganan Nyeri

### A. Farmakologi

#### 1) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri atas berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini membuat ikatan dengan reseptor opiate dan mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Namun, penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernafasan di medula batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernafasan jika menggunakan analgesik jenis ini.

#### 2) Analgesik nonnarkotik

Analgesik nonnarkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki antiinflamasi dan antipiretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi (Ratnasari, 2020).

### B. Nonfarmakologis ( kompres hangat )

Kompres hangat merupakan metode untuk memberikan sensasi hangat yang dimaksudkan untuk memberikan rasa nyaman, mengurangi, atau menghilangkan rasa nyeri pada area tertentu. Penerapan kompres hangat pada daerah yang tegang dan nyeri dianggap bisa mengurangi sensasi nyeri dengan menghambat atau mengurangi kejang otot yang disebabkan oleh kurangnya pasokan darah. Penerapan kompres hangat tidak hanya berkontribusi dalam mengurangi sensasi nyeri, namun juga dapat mempercepat proses pemulihan pada jaringan yang telah mengalami kerusakan.

Selain itu, penggunaan panas tidak hanya menghilangkan sensasi nyeri, tetapi juga menginduksi respons fisiologis seperti

meningkatnya reaksi inflamasi, peningkatan aliran darah dalam jaringan, dan pertumbuhan edema yang lebih besar (Andreinie, (2018) dalam Maulana, Nova, Zis (2021, 2022)).

Menurut Apipah (2022), Yuniarti et al., (2023), dan Putri (2015) Efektifitas kompres hangat terhadap penurunan nyeri pada ibu post SC di tunjang oleh beberapa faktor, diantaranya adalah media yang digunakan yaitu menggunakan buli-buli sebagai media pengompresan.

Buli-buli diisi air hangat dengan suhu yang paling efektif dan aman untuk menurunkan nyeri adalah pada suhu kehangatan 43°C-46°C dengan lama pengompresan yang paling efektif adalah 20 menit. Pemberian kompres hangat diberikan pada area punggung bawah karena *spinal cord* adalah salah satu reseptor suhu didalam tubuh yang berisi sekumpulan saraf yang dapat membantu mengirimkan rasa hangat ke bagian luka operasi SC tanpa diberikan secara langsung dibagian luka insisi.

### C. Standar Prosedur Operasional Kompres Hangat

**Tabel 2. 1 SOP Kompres Hangat**

No	Aspek Yang Dinilai
<b>A. Fase Pre Interaksi</b>	
1	Memeriksa lembar catatan keperawatan dan medik
2	Mencuci tangan
3	Mempersiapkan alat : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buli-buli berisi air hangat (43<sup>0</sup> – 46<sup>0</sup>C)</li> <li>- handscoend bersih</li> </ul>
<b>B. Fase Interaksi</b>	
1	Mengucapkan salam terapeutik
2	Melakukan evaluasi/ validasi
3	Melakukan kontrak (waktu, tempat, topic)
4	Menjelaskan tujuan tindakan
5	Menjaga privacy klien

<b>C. Fase Kerja</b>	
1	Cuci tangan
2	Atur posisi pasien, pasang pengalas pada area yang akan dilakukan kompres hangat
3	Jika lokasi kompres merupakan area privat, gunakan selimut mandi
4	Siapkan air hangat
5	Pakai handscoend, kaji kondisi kulit area yang akan dikompres: inflamasi, warna kulit, ekimosis
6	Memakai sarung tangan
7	Masukan air hangat kedalam buli-buli hingga terisi setengah
8	Lalu letakan buli-buli di punggung bawah dilapisi dengan kain
9	Lepaskan handscoend dan lakukan hand hygiene.
10	Perhatikan lamanya waktu pengompresan, awasi respon pasien terhadap sensai nyeri dan kepanasan
11	Setelah periode waktu yang direkomendasikan (biasanya maksimal 20 menit), angkat buli-buli dan pakai hanscoend
12	Angkat kompres sambil mengkaji kondisi kulit area kompres dan respon pasien. Perhatikan adanya perubahan kondisi
14	Lepaskan handscoend dan tur posisi nyaman pasien
15	Bereskan dan rapihkan peralatan
<b>D. Fase Terminasi</b>	
1	Menjelaskan bahwa tindakan telah selesai
2	Memberikan pujian atas kerjasama pasien selama prosedur dilakukan
3	Mengevaluasi respon klien
4	Melakukan kontrak yang akan datang
6	Mencuci tangan
7	Mendokumentasikan tindakan
<b>E. Perilaku / penampilan profesional (10X%)</b>	
1	Menerapkan prinsip kehati – hatian
2	Berkerja secara sistematis

Sumber : (Hall, (2019) dalam Haryati & Hamidah, (2023)).

## B. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga atau kelompok yang dilakukan secara komprehensif untuk menentukan perencanaan yang akan ditetapkan.

#### a. Pengumpulan data

Identitas pasien meliputi :

- 1) Nama : Untuk mengetahui nama pasien agar memperlancar komunikasi dalam pengkajian sehingga tidak terlihat kaku dan bisa lebih akrab.
- 2) Umur : Untuk mengetahui apakah pasien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun merupakan umur yang beresiko tinggi untuk hamil.
- 3) Agama : Sebagai keyakinan individu untuk proses kesembuhan.
- 4) Alamat : Untuk memudahkan saat pertolongan persalinan dan untuk mengetahui jarak rumah dengan tempat rujukan.
- 5) Suku Bangsa : Ras, etnis, dan keturunan harus diidentifikasi dalam rangka memberikan perawatan yang peka budaya kepada pasien.
- 6) Pendidikan : Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien sehingga mempermudah dalam memberikan pendidikan kesehatan.
- 7) Pekerjaan : Untuk mengkaji potensi kelahiran, premature, dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin.

#### b. Keluhan utama

Pasien post operasi biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi SC.

#### c. Riwayat kesehatan sekarang

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

P : (*paliatif atau provocatif*) merupakan yang menyebabkan timbul masalah

Q : (*quality dan quantity*) merupakan kualitas dan kuantitas nyeri

R : (*region*) merupakan lokasi nyeri

S : (*severity*) merupakan menentukan tingkat keparahan nyeri

T : (*time*) merupakan waktu saat nyeri muncul

d. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien pernah mengalami operasi SC sebelumnya, adakah pasien pernah mempunyai riwayat penyakit sebelumnya seperti jantung, hipertensi, DM dan yang lainnya.

e. Penampilan umum

Kesadaran pasien, tampak edema, akral, gelisah, pemeriksaan TTV meliputi; suhu, tekanan darah, nadi, respirasi kesadaran dan keadaan umum.

f. Psikologis

Pasien dengan post SC biasanya mengalami gangguan psikologis karena nyeri yang dirasakan terutama pada pasien yang baru pertama kali melakukan operasi.

g. Pengkajian pola aktivitas

Kemampuan perawatan diri meliputi, makan, minum, mandi, berpakaian, mobilitas di tempat tidur, toileting, ambulasi dan ROM pada ibu *post* SC akan terganggu karena ibu merasakan nyeri pada luka SC.

h. Pengkajian pola nutrisi

Kaji frekuensi makan, jenis makanan yang disukai dan tidak disukai, apa makanan alergi, nafsu makan, porsi makan, biasanya pada pasien *post* SC akan mengalami penurunan nafsu makan karena nyeri.

i. Pengkajian pola istirahat dan tidur

Klien *post* SC membutuhkan waktu tidur yang cukup tetapi sering mengalami masalah tidur karena nyeri yang sering timbul akibat luka SC.

j. Pengkajian pola eliminasi

Biasanya terjadi pada pasien post SC terjadi konstipasi karena pasien merasa takut untuk BAB akibat dari rasa nyeri yang ditimbulkan setelah operasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan SDKI (2017) masalah yang mungkin muncul, sebagai berikut :

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik, luka *post Sectio Caesarea*. (D.0007).

3. Perencanaan Keperawatan

**Tabel 2. 2 Perencanaan Untuk Mengatasi Nyeri Akut Sebagai Berikut :**

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0007)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan (L.08066) 3x24 jam, diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaphoresis menurun 10. Perasaan depresi menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekn menurun 14. Uterus teraba membulat	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : – identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri – indentifikasi skala nyeri – identifikasi respon nyeri verbal non verbal – identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri – identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri – identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri – identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup – monitor keberhasilan tetrapati komplementer

	<p>menurun</p> <p>15. Ketegangan otot menurun</p> <p>16. Pupil dilatasi menurun</p> <p>17. Muntah menurun</p> <p>18. Mual menurun</p> <p>19. Pola nafas membaik</p> <p>20. Frekuensi nafas membaik</p> <p>21. Tekann darah membaik</p> <p>22. Proses berfikir membaik</p> <p>23. Focus membaik</p> <p>24. Fungsi berkemih membaik</p> <p>25. Perilaku membaik</p> <p>26. Nafsumakan membaik</p> <p>27. Pola tidur membaik</p>	<p>yang telah di berikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor efeksamping penggunaan analgetik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, hypnosis, akupresur,terapi music, biofeedback,terapi pijat,aromaterapi,teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin,terapi bermain)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab,periode, dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>- Anjurkan menggunakan alagesik dengan tepat</li> <li>- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	---	--

Sumber : SDKI (2017), SIKI (2018), SLKI (2019).

#### 4. Evaluasi

Evaluasi adalah suatu metode untuk membandingkan hal yang sistematis dan terencana disertai pembahasan kesehatan klien sesuai tujuan yang telah ditetapkan. Dianjurkan dilakukan dengan cara yang berkaitan terhadap klien, keluarga dan tenaga kesehatan lain.

Menurut Setiadi (2012) dalam Mahendra.M (2021) evaluasi keperawatan terbagi kepada dua bagian sebagai berikut :

##### a. Evaluasi Formatif (proses)

Evaluasi formatif merupakan suatu kegiatan dari proses keperawatan dengan hasil yang berupa kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Dapat diartikan sebagai evaluasi yang harus dilakukan segera setelah adanya sebuah perencanaan (intervensi) keperawatan yang telah diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi formatif dilaksanakan terus menerus hingga mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

##### b. Evaluasi Sumatif (hasil)

Evaluasi sumatif adalah ulangan singkat serta berupa kesimpulan dari hasil observasi dan analisa status kesehatan yang sesuai pada waktu dan tujuan yang sebelumnya telah ditulis. Evaluasi ini terdapat di bagian catatan perkembangan. Fokus dari evaluasi sumatif berupa perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan.

Contoh evaluasi sumatif adalah SOAP dijabarkan sebagai berikut :

- 1) *Subjective* (S) merupakan pernyataan juga keluhan yang dirasakan pasien
- 2) *Obective* (O) merupakan data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga
- 3) *Analys* (A) merupakan kesimpulan dari hasil *Subjective* dan *Obective*.
- 4) *Planning* (P) merupakan rencana untuk tindakan yang akan dilakukan berdasar *Analys*.