

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Sectio Caesarea

a. Definisi SC

Sectio Caesarea (SC) menurut Ayuningtyas (2018), adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Tindakan SC dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Juliathi et al., 2020).

b. Etiologi SC

Etiologi merupakan istilah yang mengacu pada penyebab suatu penyakit:

1) Indikasi yang berasal dari ibu

Riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, plasenta previa terutama pada primigravida, terdapat kesempitan panggul atau cefalopelvic disproporsi (CPD), kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulus, stenosis serviks atau vagina, ruptur uteri membatat, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, preeklampsia berat (PEB), atas permintaan ingin SC elektif, kehamilan yang disertai penyakit jantung, diabetes melitus (DM), gangguan perjalanan persalinan seperti kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya, ketuban pecah dini (KPD), bekas sectio caesarea sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir (Juliathi et al., 2020).

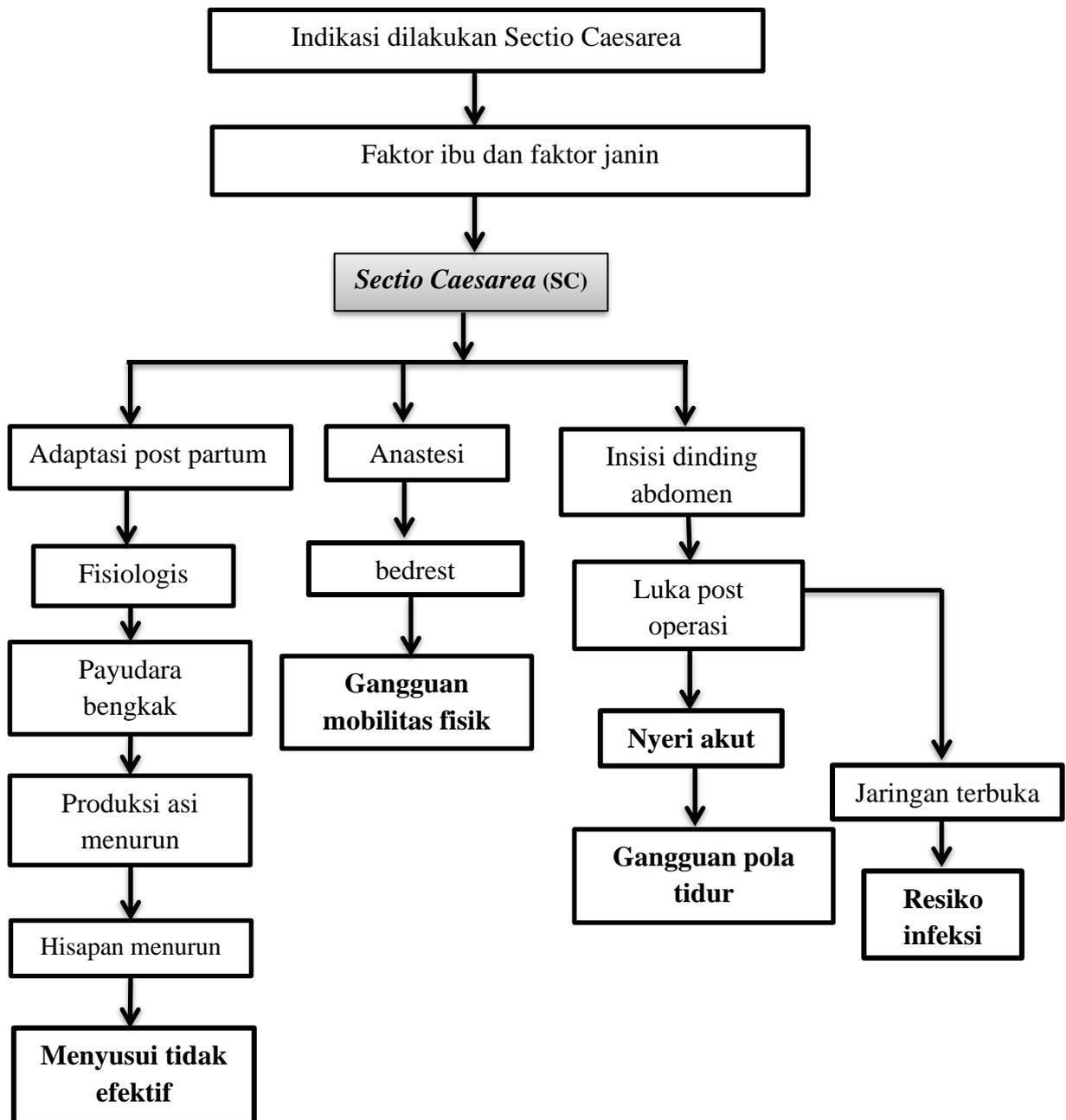
2) Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress atau gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil dan

kegagalan persalinan vakum dan forceps ekstraksi (Juliathi et al., 2020).

c. Patofisiologi (Pathway) SC

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. ibu akan mengalami hambatan dalam bergerak disebabkan oleh tindakan pembedahan SC yang mengakibatkan putusnya kontinuitas jaringan yang merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang menyebabkan nyeri. Akibat nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan ibu memilih tidak bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah, sering terbangun saat tidur, setelah proses pembedahan daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka operasi yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan kemerahan dan menyebabkan masalah risiko infeksi. Hal ini yang membuat ibu tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan *personal hygiene* seperti aktivitas mandi (Atoy et al., 2018).



Gambar 2. 1 Pathway *Sectio Caesarea*

Sumber: Nurarif dan Hardhi (2015)

d. Komplikasi SC

Menurut Prasetyaningrum et al (2016) Banyak komplikasi yang dapat terjadi jika dilakukan tindakan SC, terdiri dari komplikasi jangka pendek dan jangka panjang.

1) Komplikasi jangka pendek:

- a) Kematian ibu, tindakan SC dapat menyebabkan kematian ibu yang biasanya disebabkan karena sepsis dan akibat dari komplikasi anastesi.
- b) Perdarahan, biasanya terjadi akibat adanya laserasi pada pembuluh darah uterus yang disebabkan insisi yang kurang tepat pada uterus.
- c) Infeksi, salah satu komplikasi tersering pada saat tindakan SC, akibat penggunaan antibiotik profilaksis yang kurang tepat.
- d) Histerektomi, tindakan ini biasanya dilakukan apabila terjadi perdarahan uterus terus-menerus yang tidak dapat ditangani meskipun sudah diberikan oksitosin.
- e) Nyeri akut, setelah efek anastesi habis, biasanya ibu akan merasakan nyeri yang luar biasa pasca tindakan SC.

2) Komplikasi jangka panjang, komplikasi yang dirasakan dari setelah tindakan SC sampai dengan beberapa bulan pasca persalinan:

- a) Nyeri kronik, nyeri intensitas tinggi pasca operasi adalah kondisi sering dalam wanita yang menjalani SC, menunjukkan pentingnya penilaian nyeri untuk implementasi tindakan kuratif dan preventif untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah terjadinya nyeri kronik.
- b) Infertilitas, wanita yang mengalami SC dapat mengalami gangguan pembentukan *scars* (parut luka), sehingga

cenderung mengalami infertilitas pasca persalinan dengan SC.

- c) Kematian neonatal, meskipun tindakan SC biasanya dilakukan untuk menyelamatkan menyelamatkan sang bayi, tapi dalam beberapa kasus dapat menyebabkan kematian pada bayi.
- d) Trauma, bayi yang dilahirkan melalui SC juga berisiko mendapatkan trauma, biasanya berasal dari insisi operasi.
- e) Ruptur uteri, lebih berisiko terjadi pada ibu dengan riwayat persalinan SC dibanding dengan persalinan pervaginam.

e. Penatalaksanaan SC

Menurut Bariyah et al (2023), penatalaksanaan SC adalah sebagai berikut:

1) Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

2) Nyeri post SC

Dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri.

3) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler),

4) Diit

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral.

2. Nyeri

a. Definisi Nyeri

Rasa nyeri yang timbul akibat pembedahan bila tidak diatasi dapat menimbulkan efek yang membahayakan yang mengganggu proses penyembuhan dan akan mempengaruhi proses tumbuh kembang (Surjadi., 2023). Nyeri akut adalah 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 tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Etiologi Nyeri

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) penyebab pada masalah Keperawatan Nyeri Akut antara lain:

- 1) Agen pencedera fisiologis yang terdiri dari inflamasi, iskemia, neoplasma.
- 2) Agen pencedera kimiawi yang terdiri dari terbakar, bahan kimia iritan.
- 3) Agen pencedera fisik yang terdiri dari abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

c. Tanda dan Gejala Nyeri

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), pasien yang mengalami nyeri akut biasanya akan menunjukkan gejala dan tanda mayor maupun minor seperti:

- 1) Gejala dan tanda mayor: secara subjektif pasien mengeluh nyeri. Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- 2) Gejala dan tanda minor: secara subjektif tidak tersedia gejala minor dari nyeri akut. Secara objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

d. Patofisiologi Nyeri

Ketika terjadi kerusakan jaringan atau ancaman terjadi kerusakan jaringan dalam kondisi seperti pembedahan akan menyebabkan sel-sel menjadi rusak kemudian mengeluarkan zat-zat kimia yang bersifat algesik, sitokin, serta produk seluler lain. Zat-zat ini akan berkumpul di sekitar jaringan yang rusak sehingga muncul nyeri. Histamin, bradykinin, dan prostaglandin E₂ memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah sehingga terjadi edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan terjadi perangsangan nosiseptor. Ketika nosiseptor terangsang, substansi peptide P dan kalsitonin gen terkait peptide akan merangsang proses inflamasi, vasodilatasi, dan meningkatnya permeabilitas pembuluh darah. Serotonin memiliki efek vasokonstriksi diikuti oleh vasodilatasi yang menyebabkan migrain. Semua perangsangan nosiseptor ini yang menjadi penyebab nyeri (Surjadi., 2023).

e. Klasifikasi Nyeri .

1) Berdasar durasi (waktu terjadinya)

a) Nyeri akut

Nyeri akut di definisikan sebagai nyeri yang dirasakan seseorang selama beberapa detik sampai dengan 6 (enam) bulan. 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 diatas 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.

2) Berdasar intensitasnya (berat ringannya)

a) Tidak nyeri

Kondisi dimana seseorang tidak mengeluhkan adanya rasa nyeri atau disebut juga bahwa seseorang terbebas dari rasa nyeri.

b) Nyeri ringan

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

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 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.

f. Karakteristik Nyeri

a. Faktor pencetus (P : *Provocate*)

Mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri pada klien, dalam hal ini juga dapat melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera. Menanyakan pada klien perasaan-perasaan apa yang dapat mencetuskan nyeri.

b. Kualitas (Q : *Quality*)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien, sering kali klien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat-kalimat: tajam, tumpul, berdenyut, berpindah pindah, seperti tertindih, perih tertusuk dimana tiap-tiap klien mungkin berbeda-beda dalam melaporkan kualitas nyeri yang dirasakan.

c. Lokasi (R: *Region*)

Untuk mengkaji lokasi nyeri, meminta klien untuk menunjukkan semua bagian/daerah dirasakan tidak nyaman oleh klien.

d. Keparahan (S: *Severe*)

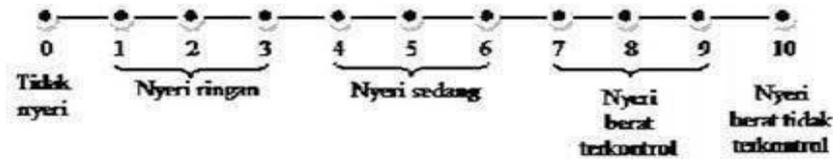
Tingkat keparahan pasien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pada pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang ia rasakan sebagai nyeri ringan, nyeri sedang atau berat. Skala nyeri numerik (0-10).

e. Durasi (T: *Time*)

Menanyakan pada pasien untuk menentukan awitan, durasi, dan rangkaian nyeri. Menanyakan “Kapan nyeri mulai dirasakan?”, “Sudah berapa lama nyeri dirasakan?”

Pada penelitian ini peneliti menggunakan pengukuran nyeri dengan *Numeric Rating Scale*. Skala penilaian *Numerical Rating Scale / NRS* digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, peneliti menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Pasien diberitahu bahwa 0 menyatakan “tidak ada nyeri sama sekali” dan 10 menyatakan “nyeri paling parah yang mereka dapat bayangkan”. Skala biasanya digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum

dan setelah intervensi terapeutik. NRS ini dapat membuat responden lebih mudah untuk menggambarkan derajat nyeri karena dijelaskan setiap karakteristik nyeri pada masing-masing skala nyeri yang dirasakan (Sitti Aisyah, 2018).



Gambar 2. 2
Numeric Rating Scale

- 1: Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk
- 2: Nyeri ringan, seperti cubitan pada kulit
- 3: Nyeri terasa seperti pukulan ke hidung yang menyebabkan berdarah
- 4: Kuat, nyeri dalam, seperti sakit gigi atau sengatan lebah
- 5: Kuat, dalam, nyeri yang menusuk
- 6: Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga sebagian mempengaruhi indra, menyebabkan tidak fokus
- 7: Rasa sakit yang menusuk kuat menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tidak mampu melakukan perawatan diri
- 8 : Nyeri begitu kuat sehingga tidak lagi dapat berpikir jernih
- 9: Nyeri begitu kuat sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit dengan cara apapun, tidak peduli apa efek samping atau risikonya
- 10 : Nyeri begitu kuat sehingga tak sadarkan diri

g. Penatalaksanaan nyeri

Terdapat dua metode untuk penatalaksanaan nyeri, yaitu farmakologis dan non farmakologis (Ningdiah et al., 2022)

a. Metode farmakologi

Metode menurunkan nyeri menggunakan obat-obatan analgesik, terdapat dua macam yaitu non-opioid dan opioid. Kelompok obat non-opioid digunakan untuk terapi nyeri ringan hingga sedang. Contohnya asam asetil salisilat dan asetaminofen. Sedangkan kelompok obat opioid digunakan untuk semua jenis rasa sakit.

b. Metode nonfarmakologi

Metode non farmakologis memberi kenyamanan, meningkatkan mobilitas, dan memberikan klien rasa kontrol yang lebih besar terdiri dari :

- 1) Pijat, dapat dilakukan dengan jumlah tekanan dan stimulasi yang bervariasi terhadap berbagai titik-titik pemicu miofasial di seluruh tubuh. Pijat akan melemaskan ketegangan otot dan meningkatkan sirkulasi lokal.
- 2) Akupunktur adalah insersi jarum halus ke dalam berbagai “titik akupunktur (pemicu)” diseluruh tubuh untuk meredakan nyeri.
- 3) Akupresure adalah pemberian tekanan dengan ibu jari pada suatu titik tertentu.
- 4) *Range Of Motion* (ROM) digunakan untuk melemaskan otot, memperbaiki sirkulasi, dan mencegah nyeri yang berkaitan dengan kekakuan dan imobilitas.
- 5) Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Pada kasus ini penulis menerapkan tindakan teknik relaksasi nafas dalam, dilakukan dengan cara mengajarkan dan menganjurkan klien untuk menarik nafas dengan baik, menarik nafas dalam dan menghembuskan nafas sambil melepaskan rasa nyeri yang dirasakan. Mekanisme yang terjadi pada saat pasien menarik nafas dalam adalah terjadi relaksasi pada otot sehingga menyebabkan paru membesar, suplai oksigen ke paru meningkat sehingga membuka pori-pori Kohn pada alveoli meningkatkan konsentrasi oksigen untuk dibawa ke pusat

nyeri. Relaksasi yang sempurna dapat mengurangi ketegangan otot, kebosanan, dan kecemasan sehingga dapat mencegah peningkatan intensitas nyeri. Tiga hal utama yang dibutuhkan dalam teknik relaksasi adalah posisi klien yang tepat, pikiran yang istirahat, dan lingkungan yang tenang.

Relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Juliathi et al., 2020).

3. Teknik Relaksasi Nafas Dalam

a. Definisi Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Salah satu upaya non-farmakologi untuk mengatasi nyeri adalah teknik relaksasi. Kelebihan latihan teknik relaksasi nafas dalam dibandingkan dengan teknik lain adalah teknik relaksasi nafas dalam lebih mudah dilakukan bahkan dalam kondisi apapun serta tidak memiliki efek samping apapun (Diah Astutiningrum., 2019).

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Hartanti et al., 2016)

Mekanisme relaksasi nafas dalam pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonari. Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara

mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi (Masnina et al., 2018).

b. Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi napas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, mengurangi skala nyeri, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas (Wati & Aizah., 2021).

c. Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Susilawati et al (2023) manfaat teknik relaksasi nafas dalam sebagai berikut:

- 1) Pasien mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman
- 2) Mengurangi rasa nyeri pada post operasi
- 3) Pasien tidak mengalami stress
- 4) Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri
- 5) Mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri

d. Prosedur Tindakan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Prosedur tindakan yang diberikan pada pasien yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut post operasi SC sebagai berikut:

Tabel 2. 1
SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam

No	Aspek Yang Dinilai	Dilakuka		
		0	1	2
A. Fase Pre Interaksi				
1	Memeriksa catatan keperawatan			
2	Jam tangan dengan penghitung detik			
3	Alat tulis			
Jumlah: <u>item dilakukan X penilaian item</u> X 10 Jumlah item X 2				
B. Fase Interaksi				
1	Mengucapkan salam terapeutik			
2	Melakukan evaluasi/ validasi			
3	Melakukan kontrak (waktu, tempat, topic)			
4	Menjelaskan tujuan tindakan			
5	Menjaga privacy klien			
Jumlah: <u>item dilakukan X penilaian item</u> X 10 Jumlah item X 2				
C. Fase Kerja				
1	Mencuci tangan			
2	Mengatur posisi nyaman pasien: duduk, semi fowler atau sesuai kenyamanan pasien			
3	Menjelaskan cara melakukan latihan nafas dalam: Bernafas sedalam-dalamnya secara perlahan-lahan dari hidung dengan mulut ditutup (3-5 detik) sambil merasakan mengembangnya abdomen, tahan nafas beberapa detik (2-3 detik) lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut seperti meniup sambil merasakan mengempisnya abdomen. Setelah abdomen benar-benar kempis mulai lagi dari awal menghirup udara dalam dalam secara perlahan .			
4	Mencontohkan cara melakukan latihan nafas dalam			
5	Membimbing pasien melakukan latihan nafas dalam dengan memberikan arahan			
6	Mendorong pasien melakukan latihan nafas dalam secara mandiri. Perawat memperhatikan latihan yang dilakukan pasien.			
Jumlah: <u>item dilakukan X penilaian item</u> X 60 Jumlah item X 2				
D. Fase Terminasi				
1	Menjelaskan bahwa tindakan telah selesai			
2	Memberikan pujian atas kerjasama pasien selama prosedur dilakukan			
3	Mengevaluasi respon klien: frekwensi nafas, nadi, skala nyeri, kecemasan			
4	Melakukan kontrak yang akan datang			
5	Mencuci tangan			
6	Mendokumentasikan tindakan			
Jumlah: <u>item dilakukan X penilaian item</u> X 10 Jumlah item X 2				
E. Penampilan Profesional				
1	Bekerja secara berurutan			
2	Menunjukkan sikap caring: komunikasi terapeutik, memperhatikan respon pasien dan memberikan respon dengan tepat			
Jumlah: <u>item dilakukan X penilaian item</u> X 10 Jumlah item X 2				

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan pertama dalam proses keperawatan. Dalam melakukan pengkajian perawat harus menemukan data yang akurat, rinci, dan aktual mengenai kondisi pasien. Dengan adanya data-data dari pengkajian ini memudahkan dalam melakukan intervensi selanjutnya (Sinulingga., 2020).

a. Identitas

Terdiri dari: nama, usia, gender, alamat, agama, pekerjaan, suku, nomer registrasi, tanggal masuk RS, serta diagnosa keperawatan.

b. Keluhan utama

Pada penderita pasca operasi SC umumnya nyeri di perut, pusing, dan bertambah parah apabila pasien bergerak. Untuk menentukan prioritas dalam perencanaan keperawatan keluhan yang dirasakan pasien saat ini dikumpulkan dalam data pasien.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Mengapa dilaksanakan operasi SC misalnya, KPD, bayi kembar, keadaan janin dengan letak sungsang dan janin letak lintang.

d. Riwayat kesehatan terdahulu

Ditemukan dari data pasien yang pernah mempunyai riwayat SC terdahulu, kesempitan panggul, keadaan janin dengan letak sungsang. Terdiri dari penyakit lainnya menyebabkan kondisi pasien saat ini.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada penyakit keturunan didalam keluarga yang memungkinkan bisa diturunkan ke penderita misalnya jantung, tuberkulosis, diabetes melitus, aborsi penyakit kelamin.

f. Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji yaitu sejak usia berapa menikah, berapa lama menikah, menikah berapa kali, status pernikahan sekarang

g. Riwayat *obstetric*

Mengkaji riwayat kehamilan, riwayat bersalin serta nifas terdahulu,

kali beberapa ibu hamil.

h. Riwayat persalinan sekarang

Riwayat persalinan sekarang meliputi tentang tanggal melahirkan, jenis melahirkan, lamanya melahirkan, apa jenis kelamin bayi, kondisi bayi.

i. Riwayat KB

Mengkaji riwayat KB dilakukan supaya tau apakah pasien pernah mengikuti program keluarga berencana, jenis alat kontrasepsi, dalam penggunaan alat kontrasepsi apakah mempunyai masalah.

j. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

Kepala pada bagian kepala meliputi: rambut, mata, telinga, hidung, gigi serta mulut. Leher apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau tidak. Thorak, pada bagian *thorax* meliputi: payudara, paru paru, jantung, dan abdomen. Genetalia, pada pemeriksaan genetalia bagian luar meliputi tanda-tanda infeksi, edema, hematoma dan lochea, pengeluaran air ketuban, periksa kandung kemih ibu apakah penuh atau tidak. Ekstremitas, pemeriksaan pada alat gerak apakah ibu sudah mampu melakukan mobilisasi atau belum, jika belum maka lakukan latihan mobilisasi. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital, lakukan pemeriksaan suhu tubuh, nadi, pernafasan, dan tekanan darah. Setelah dilakukan pengkajian dan diperoleh data maka diagnosa keperawatan pada pasien Post Operasi SC adalah Nyeri Akut (Nurarif dan Hardhi 2015). Setelah ditemukan masalah keperawatan maka penulis menyusun perencanaan keperawatan.

2. Perencanaan

Perencanaan Keperawatan adalah dari seluruh usaha yang dilakukan oleh perawat yang berlandaskan oleh ilmu pengetahuan serta perilaku alami guna mendapatkan sebuah luaran yang sesuai (PPNI, 2018). Perencanaan Keperawatan untuk masalah Keperawatan Nyeri Akut adalah Manajemen Nyeri (I.08238), seperti di tabel berikut:

Tabel 2. 2
Rencana Keperawatan Pasien dengan Nyeri Akut Post Operasi SC
pada Ny. R di Ruang Kebidanan edelweis RSU Handayani

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1.	<p>Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisiologis d.d klien mengeluh nyeri pada bagian bekas luka operasi SC, klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul, klien tampak meringis, tekanan darah 135/85 mmhg, skala nyeri 6.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Nyeri (I.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Menarik diri menurun 7. Berfokus pada diri sendiri 8. Diaforesis menurun 9. Perasaan depresi (tertekan) menurun 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 11. Anoreksia menurun 12. Perineum terasa tertekan menurun 13. Uterus teraba membulat 14. Ketegangan otot menurun 15. Pupil dilatasi menurun 16. Muntah menurun 17. Mual menurun 18. Frekuensi nadi membaik 19. Pola nafas membaik 20. Tekanan darah membaik 21. Proses berpikir membaik 22. Fokus membaik 23. Fungsi berkemih membaik 24. Prilaku membaik 25. Nafsu makan membaik 26. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen Nyeri(I.08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, instensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa 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 alagetik. <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untun mengurangi rasa nyeri: ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasiitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi pemilihan 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 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Menurut beberapa penelitian sebelumnya salah satu upaya non-farmakologi untuk mengatasi nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam. Kelebihan latihan teknik relaksasi nafas dalam dibandingkan dengan teknik lain adalah teknik relaksasi nafas dalam lebih mudah dilakukan bahkan dalam kondisi apapun serta tidak memiliki efek samping (Diah Astutiningrum., 2019).

Teknik relaksasi nafas dalam yaitu salah satu terapi nonfarmakologi yang bisa digunakan untuk merelaksasi ketegangan otot sehingga dapat mempengaruhi skala nyeri pada ibu post operasi SC (Wati & Aizah., 2021). Teknik relaksasi yang efektif untuk mengurangi intensitas nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam karena termasuk asuhan keperawatan untuk mengontrol rasa nyeri secara efektif dan efisien (Susilawati et al., 2023). Tujuan relaksasi nafas dalam adalah upaya individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman menjadi nyaman dan rileks (Mariani & Murhan., 2023).

Menurut Aini & Reskita (2018) pada pengukuran sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam mengalami penurunan, dimana diperoleh tingkat nyeri sedang menjadi ringan, hal ini disebabkan dengan teknik relaksasi nafas dalam mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkafalin. Hormon endorphen merupakan substansi sejenis morfin yang berfungsi sebagai penghambat transmisi impuls nyeri ke otak. Sehingga pada saat neuron nyeri mengirimkan sinyal ke otak, terjadi sinapsis antara neuron perifer dan neuron yang menuju otak tempat seharusnya substansi p akan menghasilkan impuls. Pada saat tersebut endorphen akan memblokir lepasnya substansi p dari neuron sensorik, sehingga sensasi nyeri menjadi berkurang.

3. Evaluasi

Menurut PPNI (2017) Standar luaran keperawatan akan menjadi acuan bagi perawat dalam menetapkan kondisi atau status kesehatan seoptimal mungkin yang diharapkan dapat dicapai oleh klien setelah pemberian intervensi keperawatan. Dengan adanya luaran keperawatan, maka tingkat keberhasilan intervensi keperawatan dapat diamati dan diukur secara spesifik. Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien dan untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan (Hidayat, 2021).

Evaluasi keperawatan pada pasien post operasi SC pada implementasi Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Skala Nyeri Menurut SLKI diharapkan nyeri bisa teratasi dengan kriteria hasil Tingkat Nyeri menurun (L.08066). Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun.

Hasil penelitian Widiattie (2015) menyatakan terdapat pengaruh yang signifikan teknik relaksasi nafas dalam terhadap perubahan tingkat nyeri pasien post operasi SC di RS Unipdu Medika Jombang ($P= 0,000$) (Amita et al., 2018). Menurut Amita (2018) dalam Wati & Aizah (2021) Sebelum intervensi relaksasi napas dalam nilai rata-rata nyeri yaitu 5 dengan kategori sedang, setelah dilakukan terapi relaksasi napas dalam, nyeri berkurang menjadi skala 3 (ringan).

Menurut penelitian Atkison (2021) dalam Nurhidayati (2017) bahwa relaksasi nafas dalam merupakan teknik yang memiliki tujuan untuk menghilangkan pikiran negatif dan membantu individu dalam memunculkan respon adaptif terhadap situasi mengganggu serta mengarahkan agar lebih rileks.