

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Sectio Caesarea

2.1.1 Definisi

Sc adalah prosedur pembedahan untuk melahirkan bayi dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim. Tindakan ini dilakukan untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi berdasarkan berbagai indikasi medis, seperti gawat janin, persalinan yang berkepanjangan, plasenta previa, posisi janin yang tidak normal (malpresentasi atau letak lintang), panggul sempit, prolaps tali pusat, serta preeklamsia berat (Sc et al., 2024)

Persalinan dengan metode Sc adalah prosedur bedah yang dilakukan untuk membantu kelahiran bayi melalui sayatan pada dinding perut dan rahim. Tindakan ini biasanya dilakukan dalam situasi darurat medis, seperti plasenta previa, posisi janin yang tidak normal, atau kondisi lain yang dapat membahayakan keselamatan ibu maupun bayi (Siagian et al., 2023).

Sc, atau yang lebih dikenal sebagai operasi sesar, adalah prosedur persalinan yang dilakukan dengan membuat sayatan pada perut dan rahim untuk mengeluarkan bayi. Tindakan ini dapat menyelamatkan nyawa ibu dan janin jika diperlukan dan dapat dilakukan dalam kondisi darurat maupun secara terencana. Namun, operasi sesar hanya dilakukan jika terdapat indikasi medis yang mendukung (Uki Sari Mustami et al., 2023).

Maka dapat disimpulkan bahwa, Kesimpulan Sc adalah prosedur pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan bayi melalui sayatan pada dinding perut dan rahim. Tindakan ini bertujuan untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi, baik dalam kondisi darurat maupun terencana, berdasarkan berbagai indikasi medis seperti gawat janin, plasenta previa, posisi janin yang tidak normal, panggul sempit, dan preeklamsia berat. Meskipun dapat menyelamatkan nyawa, prosedur ini hanya dilakukan jika terdapat alasan medis yang jelas.

2.1.2 Etiologi

Operasi *Sectio Caesarea* dilakukan berdasarkan beberapa indikasi, yaitu:

a. Indikasi dari Ibu

Menurut (Nurlatifah, 2022) beberapa indikasi medis yang dapat menyebabkan tindakan *Sectio Caesarea* antara lain:

1. Kehamilan pertama (primigravida) dengan kelainan posisi janin.
2. Cephalopelvic Disproportion (CPD), yaitu ketidak seimbangan antara ukuran janin dan panggul ibu.
3. Riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk.
4. Kehamilan dengan penyakit penyerta seperti diabetes melitus (DM) atau penyakit jantung.
5. Gangguan dalam proses persalinan, seperti adanya mioma uteri, kista ovarium, dan sebagainya.
6. Keracunan kehamilan yang parah.
7. Komplikasi kehamilan seperti preeklampsia berat dan eklampsia.

8. Atas permintaan ibu sendiri.

b. Indikasi dari Janin

Menurut (Silaen et al., 2020) beberapa indikasi medis yang dapat menyebabkan tindakan *Sectio Caesarea* antara lain:

1. Kondisi gawat janin.
2. Kelainan tali pusat, seperti lilitan tali pusat atau prolaps tali pusat.
3. Malpresentasi dan malposisi, termasuk posisi sungsang.
4. Bayi berukuran besar (*giant baby*).
5. Posisi janin abnormal, seperti letak lintang atau sungsang.
6. Presentasi dahi dan wajah (letak defleksi) yang tidak dapat diperbaiki dengan metode lain.

Kehamilan kembar (menurut Eastman), *Sectio Caesarea* disarankan jika:

1. Janin pertama dalam posisi lintang atau presentasi bahu.
2. Terjadi interlock (kondisi ketika kepala kedua janin saling mengunci).
3. Persalinan terhambat akibat adanya tumor.
4. Janin mengalami gawat janin.

Kelainan pada rahim, seperti:

1. Uterus arkuatus (bentuk rahim melengkung)
2. Uterus septus (rahim terbagi oleh sekat)
3. Uterus dupleks (rahim terbelah menjadi dua)

4. Tumor pada panggul minor, yang menghalangi kepala janin masuk ke jalan lahir.

c. Faktor dari Plasenta

Menurut (Samsidar Sitorus, 2021) beberapa indikasi medis yang dapat menyebabkan tindakan *Sectio Caesarea* (SC) antara lain:

1. Plasenta previa.
2. Solusio plasenta.
3. Vasa previa.
4. Plasenta akreta.
5. Kegagalan persalinan dengan vakum atau kondisi bayi kembar.

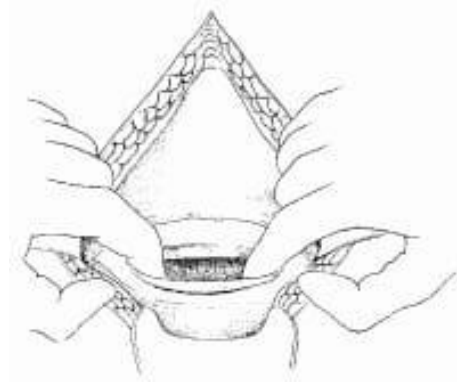
2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi dibagi menjadi tiga jenis, yaitu :

a. *Sectio caesarea* transperitoneal profunda

Jenis pembedahan yang paling sering dilakukan adalah *sectio caesarea* transperitoneal profunda dengan insisi pada segmen bawah uterus. Prosedur ini memiliki beberapa keunggulan, antara lain perdarahan pada luka insisi yang minimal, risiko peritonitis yang rendah, serta terbentuknya jaringan parut yang kuat pada uterus. Selain itu, risiko ruptur uteri di kemudian hari juga lebih kecil karena selama masa nifas, segmen bawah uterus mengalami kontraksi yang lebih sedikit dibandingkan korpus uteri, sehingga proses penyembuhan luka dapat berlangsung lebih optimal (Syaiful & Fatmawati, 2020).

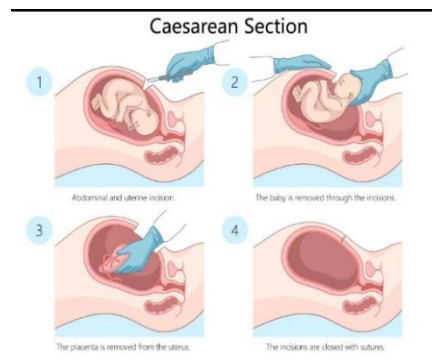
Gambar 2. 1 Sectio caesarea transperitoneal profunda



Sumber : (Syaiful & Fatmawati, 2020)

b. *Sectio caesarea* korporal

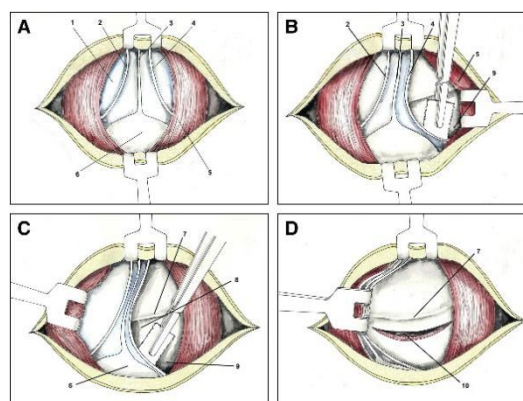
Sectio caesarea korporal atau klasik merupakan prosedur pembedahan dengan membuat insisi di bagian tengah korpus uteri sepanjang 10-12 cm, dengan ujung bawah berada di atas batas plika vesiko uterina. Teknik ini hanya dilakukan jika terdapat kendala yang menghalangi pelaksanaan *sectio caesarea transperitoneal profunda*, seperti perlengketan uterus dengan dinding perut akibat operasi sesar sebelumnya. Namun, insisi pada segmen bawah uterus dalam kasus ini berisiko menyebabkan perdarahan hebat, terutama jika plasenta terletak di area plasenta previa. Kekurangan dari metode ini meliputi risiko peritonitis yang lebih tinggi serta kemungkinan ruptur uteri yang sekitar empat kali lebih besar pada kehamilan berikutnya. Oleh karena itu, setelah menjalani *sectio caesarea* klasik, disarankan untuk melakukan sterilisasi atau histerektomi (Ulpawati et al., 2022).

Gambar 2. 2 *Sectio caesarea* korporeal

Sumber : (Ulpawati et al., 2022)

c. *Sectio caesarea* ekstrapéritoneal

Sectio caesarea ekstrapéritoneal dilakukan untuk mengurangi risiko infeksi puerperal. Namun, seiring dengan kemajuan dalam penanganan infeksi, prosedur ini kini jarang dilakukan. Selain itu, teknik pembedahan ini tergolong kompleks dan lebih sulit untuk diterapkan (Khoiwal et al., 2023).

Gambar 2. 3 *Sectio caesarea* ekstrapéritoneal

Sumber : (Khoiwal et al., 2023)

2.1.4 Tanda dan Gejala

- Kehilangan darah selama operasi sekitar 600-800 ml.

- b. Terpasang kateter, urine berwarna jernih dan pucat.
- c. Abdomen terasa lunak tanpa tanda-tanda distensi.
- d. Tidak terdengar bising usus.
- e. Mengalami ketidaknyamanan dalam menghadapi situasi baru.
- f. Balutan di area abdomen terdapat sedikit noda.
- g. Aliran lochia dalam jumlah sedang, tanpa bekuan, tetapi cukup banyak (Silaen et al., 2020).

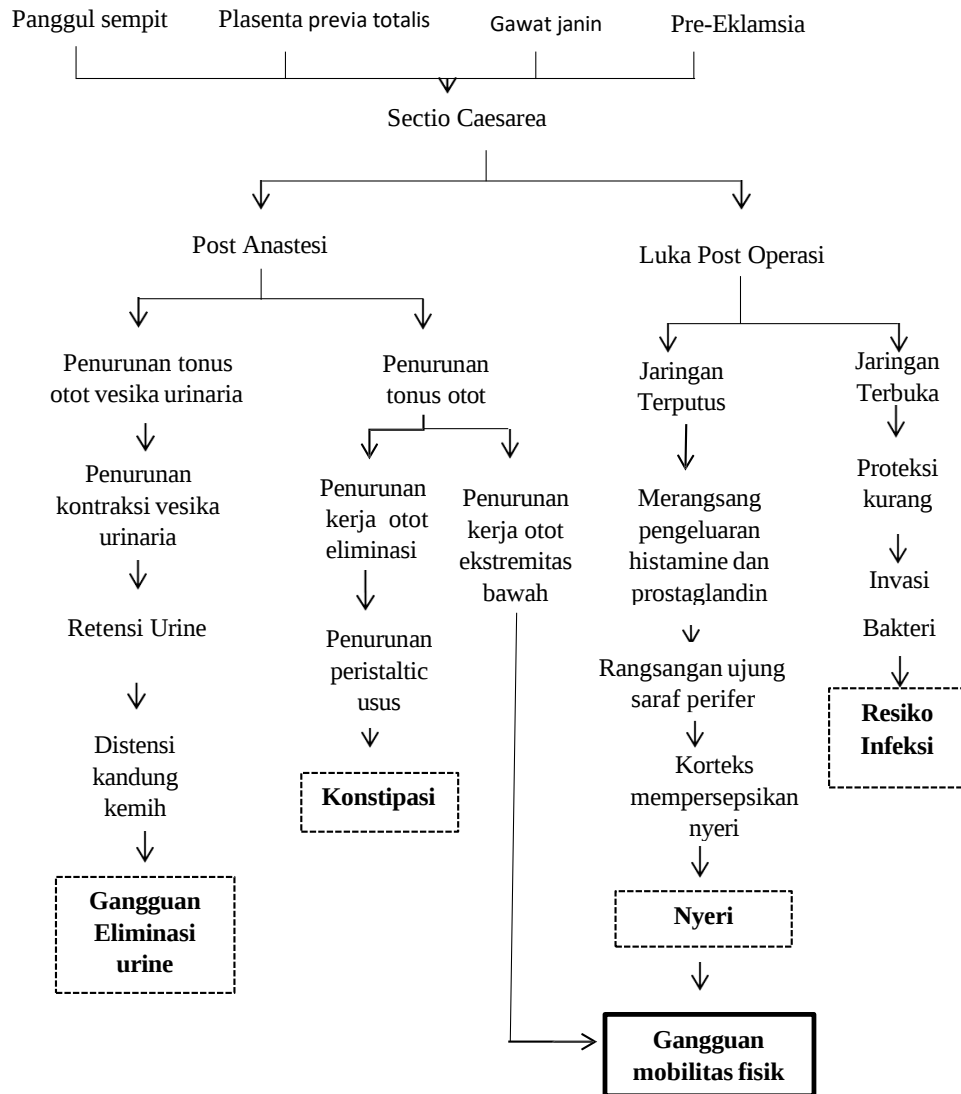
2.1.5 Patofisiologi

Sectio Caesarea dilakukan apabila terdapat indikasi medis pada ibu atau bayi, seperti panggul sempit, plasenta previa, disproporsi, ruptur uterus, persalinan yang berlangsung lama, dan preeklamsia, yang memerlukan tindakan pembedahan. Sebelum operasi dimulai, pasien akan diberikan anestesi, baik umum maupun regional. Selama prosedur, dilakukan sayatan pada dinding perut yang menyebabkan terputusnya jaringan, pembuluh darah, serta saraf di sekitar area insisi. Setelah operasi selesai, area yang disayat akan ditutup, sehingga menimbulkan luka post SC yang dapat menyebabkan gangguan integritas jaringan. Ketika efek anestesi hilang, terjadi stimulasi pada area sensorik yang memicu pelepasan histamin dan prostaglandin, sehingga pasien merasakan nyeri dan ketidaknyamanan. Selain itu, luka operasi dan area vagina yang mengalami pengeluaran lochea memerlukan perawatan yang tepat untuk mencegah risiko infeksi. Pasien post SC juga mengalami perubahan pola eliminasi urine akibat penurunan sensitivitas

kandung kemih, yang dapat menyebabkan inkontinensia urine serta distensi kandung kemih, sehingga ibu nifas kesulitan mengontrol pengeluaran urine. Dampak lainnya adalah penurunan kadar hormon progesteron dan estrogen, yang berperan dalam kontraksi uterus. Kontraksi yang adekuat akan membantu pengeluaran lokhea, sementara kontraksi yang tidak optimal dapat menyebabkan perdarahan, berisiko menurunkan volume cairan dan elektrolit, serta meningkatkan kemungkinan terjadinya syok hipovolemik. Selain itu, efek anestesi dapat menyebabkan kelemahan pada pasien, sehingga menghambat mobilitas dan meningkatkan risiko gangguan pergerakan. Pasien post SC juga berisiko mengalami penurunan peristaltik usus akibat kurangnya aktivitas, yang dapat menyebabkan konstipasi. Dalam masa adaptasi postpartum, beberapa ibu juga mengalami masalah fisiologis, seperti puting susu yang tidak menonjol, yang dapat menghambat proses menyusui dan berisiko menyebabkan ketidakefektifan dalam pemberian nutrisi kepada bayi (Ahmad Yusrilla, 2020).

2.1.6 Pathway

Gambar 2. 4 Pathway Sectio Caesarea



Sumber (Kusuma & Nurarif, 2015)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah Lengkap

Kadar hemoglobin (HB) normal pada ibu nifas adalah 11 gr%. Jika kadar HB berada di bawah angka tersebut, ibu dapat dikategorikan mengalami anemia. Selama proses persalinan dan masa nifas, jumlah leukosit biasanya meningkat dan dapat mencapai puncaknya dalam rentang 14.000–16.000/ μ l.

b. Pelvimetri

Pemeriksaan panggul dalam biasanya dilakukan saat usia kehamilan mencapai 36 minggu. Melalui prosedur ini, dapat diukur konjugata diagonal, yaitu jarak antara promontorium dengan bagian bawah simfisis pubis. Konjugata vera dapat dihitung dengan mengurangi 1,5 cm dari hasil konjugata diagonal. Jika hasilnya kurang dari batas normal, maka ibu dikategorikan memiliki panggul sempit.

c. Ultrasonografi (USG)

Salah satu fungsi utama USG adalah memperkirakan usia kehamilan. Hasil prediksi usia kehamilan dengan USG paling akurat *Pasca Sectio Caesarea* menurut (Nurlatifah, 2022)

- a. Memantau perdarahan dari vagina secara cermat untuk mendeteksi adanya komplikasi.
- b. Melakukan palpasi fundus uteri secara berkala guna memastikan bahwa rahim tetap berkontraksi dengan baik.

- c. Memberikan analgesik untuk mengurangi nyeri dan antibiotik guna mencegah infeksi.
- d. Memantau aliran darah uterus, dengan minimal 30 ml/jam untuk memastikan sirkulasi yang optimal.
- e. Mengadministrasikan cairan intravena, dengan rata-rata 3 liter cairan dalam 24 jam pertama setelah operasi untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh.
- f. Menganjurkan mobilisasi dini, dengan pasien mulai turun dari tempat tidur sehari setelah operasi dengan bantuan orang lain.
- g. Melakukan perawatan luka operasi, termasuk pemeriksaan insisi setiap hari dan pelepasan jahitan atau klip kulit pada hari keempat setelah pembedahan.

2.2 Konsep Ketuban Pecah Dini

2.2.1 Pengertian

KPD atau *Premature Rupture of Membrane* (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dimulai. Jika terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu, disebut *Preterm PROM* (PPROM). Kondisi ini berkaitan dengan perubahan biokimia kolagen dan apoptosis membran janin, serta dapat menyebabkan komplikasi serius seperti korioamnionitis, sepsis, dan peningkatan risiko morbiditas serta mortalitas ibu dan bayi. Bayi dengan KPD berisiko lahir prematur, mengalami infeksi, gangguan pernapasan, dan gawat janin (Yulianti et al., 2023).

KPD merupakan selaput ketuban pecah sebelum waktu persalinan, dengan pembukaan serviks kurang dari 3 cm pada primipara dan kurang dari 5 cm pada multipara. Kondisi ini dapat terjadi baik pada kehamilan aterm maupun preterm (Desti Widya Astuti, 2023).

Jadi kesimpulannya KPD yaitu kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan dimulai, baik pada kehamilan cukup bulan maupun belum cukup bulan. Jika terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu, disebut *Preterm PROM* (PPROM). KPD dapat disebabkan oleh perubahan struktur membran janin, dan berisiko menimbulkan komplikasi seperti infeksi rahim (korioamnionitis), sepsis, serta meningkatkan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi. Bayi dengan KPD berisiko lahir prematur dan mengalami gangguan pernapasan, infeksi, serta gawat janin. Secara klinis, KPD ditandai dengan pecahnya ketuban saat pembukaan serviks masih minimal, dan merupakan salah satu masalah serius dalam bidang obstetri.

2.2.2 Etiologi

Beberapa faktor yang diduga sebagai penyebab ketuban pecah dini menurut para ahli antara lain:

- a. Ketidakmampuan serviks untuk menahan kehamilan (serviks inkompeten)
- b. Volume air ketuban yang berlebihan (polihidramnion)
- c. Kehamilan dengan lebih dari satu janin (kehamilan kembar)

- d. Posisi janin yang tidak normal dalam kandungan (malpresentasi janin)
- e. Infeksi pada vagina atau serviks (Ridlo & Khoeroh, 2024).

Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan kejadian ketuban pecah dini (KPD) pada ibu bersalin antara lain kondisi fisiologis membran amnion, kelemahan serviks dalam mempertahankan kehamilan, infeksi pada vagina atau serviks, kehamilan kembar (gemelli), usia ibu, jumlah persalinan sebelumnya (paritas), ketidakseimbangan antara ukuran kepala janin dan panggul ibu (*cephalopelvic disproportion/CPD*), stres yang dialami janin maupun ibu, tingkat aktivitas fisik ibu, serta prosedur medis tertentu. Selain itu, aktivitas fisik yang berlebihan, seperti berjalan atau berdiri dalam waktu lama, pekerjaan dengan intensitas tinggi, serta durasi kerja yang panjang juga dapat meningkatkan risiko terjadinya ketuban pecah dini (Yulianti et al., 2023).

Ketuban pecah dini terjadi akibat melemahnya kekuatan membran ketuban, meningkatnya tekanan dalam rahim (intrauterin), atau kombinasi keduanya. Melemahnya membran dapat disebabkan oleh infeksi yang berasal dari vagina atau serviks. Penyebab pasti ketuban pecah dini belum dapat diketahui secara pasti, tetapi beberapa faktor yang diduga berperan sebagai faktor predisposisi meliputi jumlah persalinan sebelumnya (paritas), kelainan pada selaput ketuban, usia ibu, serviks yang pendek, infeksi, kelemahan serviks (serviks inkompeten),

trauma, kehamilan kembar (gemeli), jenis pekerjaan, jumlah cairan ketuban yang berlebihan (hidramnion), posisi janin yang tidak normal, konsumsi alkohol, dan anemia (Desti Widya Astuti, 2023).

2.2.3 Patofisiologi

Secara Patofisiologisnya Ibu yang telah melahirkan beberapa kali memiliki risiko lebih tinggi mengalami ketuban pecah dini. Hal ini disebabkan oleh gangguan vaskularisasi pada rahim, yang menyebabkan jaringan ikat selaput ketuban menjadi lebih rapuh dan rentan pecah secara spontan. Selain itu, ketuban pecah dini juga dapat terjadi akibat trauma langsung pada perut ibu, yang mungkin disebabkan oleh kelainan posisi rahim atau kondisi grandemultipara, yaitu kehamilan yang telah terjadi lebih dari lima kali (Puspitasari et al., 2023).

2.2.4 Penatalaksanaan

(Nurlatifah, 2022), penatalaksanaan ketuban pecah dini meliputi beberapa langkah sebagai berikut

- a. Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm, baik dengan atau tanpa komplikasi, harus segera dirujuk ke rumah sakit.
- b. Jika janin dalam keadaan hidup dan terjadi prolaps tali pusat, ibu harus dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badan, dan jika memungkinkan, dalam posisi bersujud.
- c. Jika diperlukan, kepala janin dapat didorong ke atas menggunakan dua jari agar tali pusat tidak tertekan oleh kepala janin.
- d. Jika tali pusat berada di vulva, tali pusat harus dibungkus dengan kain hangat yang dilapisi plastik.

- e. Jika terjadi demam atau khawatir terjadi infeksi saat dalam proses rujukan, atau jika KPD sudah berlangsung lebih dari 6 jam, antibiotik perlu diberikan.
- f. Jika keluarga ibu menolak untuk dirujuk, ibu harus beristirahat dalam posisi berbaring miring dan diberi antibiotik.
- g. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu, tindakan konservatif dilakukan, yaitu dengan tirah baring dan pemberian sedatif, antibiotik, serta tokolisis.
- h. Pada kehamilan 33-35 minggu, terapi konservatif dilakukan selama 24 jam, kemudian dilanjutkan dengan induksi persalinan.
- i. Pada kehamilan lebih dari 36 minggu, jika terdapat kontraksi, dilakukan pimpin meneran dan akselerasi jika terjadi inersia uteri.
- j. Jika tidak ada kontraksi, dilakukan induksi persalinan jika ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvis kurang dari 5, atau jika ketuban pecah lebih dari 6 jam dan skor pelvis lebih dari 5.
- k. Jika terjadi infeksi, kehamilan harus segera diakhiri. Ada tiga cara untuk mengakhiri kehamilan, yaitu:
 - 1. Induksi – Proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, bertujuan mempercepat proses persalinan.
 - 2. Persalinan normal (pervaginam) – Proses persalinan yang berlangsung alami dengan kontraksi rahim dan pembukaan serviks untuk mengeluarkan bayi.

3. *Sectio caesarea* – Prosedur melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding rahim melalui dinding depan perut.

2.2.5 Komplikasi

(Nurlatifah, 2022) beberapa komplikasi yang mungkin terjadi akibat ketuban pecah dini (KPD) antara lain infeksi intrauterin, prolaps tali pusat, persalinan prematur, dan distosia (karena partus kering). Adapun dampak ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin adalah sebagai berikut:

- a. Bagi ibu

KPD dapat menyebabkan infeksi selama persalinan, persalinan yang lama, perdarahan pasca persalinan, meningkatkan kemungkinan tindakan operatif obstetri (terutama seksio sesarea), serta meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal.

- b. Bagi janin

KPD dapat mengarah pada persalinan prematur. Beberapa masalah yang bisa terjadi pada persalinan prematur meliputi sindrom gawat napas, hipotermia, kesulitan dalam asupan makanan neonatus, retinopati prematuritas, perdarahan intraventrikular, necrotizing enterocolitis, gangguan otak (dengan risiko cerebral palsy), hiperbilirubinemia, anemia, dan sepsis.

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi

Nyeri pasca operasi sesar perlu segera ditangani untuk mencegah dampak negatif terhadap kesehatan. Perawat harus mengkaji pengaruh nyeri terhadap pola tidur, makan, energi, dan aktivitas harian. Penanganan dapat dilakukan dengan terapi farmakologis seperti analgesik dan nonfarmakologis seperti guided imagery, yoga, serta relaksasi pernapasan. Efektivitas intervensi dipengaruhi oleh keyakinan, kecemasan, dukungan keluarga, kelelahan, dan pengalaman sebelumnya (Rizki et al., 2024)

Nyeri merupakan respons fisik, biologis, dan emosional yang berdampak pada keterbatasan mobilisasi, terganggunya aktivitas sehari-hari, serta hambatan dalam bonding attachment dan inisiasi menyusui dini (Lestari et al., 2024). Pasien pasca operasi sesar mulai merasakan nyeri setelah efek anestesi hilang, biasanya dalam 6–8 jam, dengan peningkatan intensitas setelah 12 jam pascaoperasi ((Novita Dwi Safitri & Annisa Andriyani, 2024)

Nyeri pasca operasi sesar merupakan kondisi yang umum terjadi dan dapat berdampak negatif pada kesehatan serta aktivitas sehari-hari ibu. Oleh karena itu, penanganan nyeri harus dilakukan secara optimal melalui pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis untuk mencegah peningkatan intensitas nyeri. Keberhasilan intervensi dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk keyakinan, kecemasan, dukungan keluarga,

serta pengalaman sebelumnya. Selain itu, nyeri yang muncul setelah efek anestesi hilang dapat menghambat mobilisasi, bonding dengan bayi, serta inisiasi menyusui dini. Dengan penanganan yang tepat dan menyeluruh, dampak negatif nyeri pasca operasi sesar dapat diminimalkan, sehingga mempercepat pemulihan ibu.

2.3.2 Tanda dan gejala

Penyebabnya antara lain kekakuan sendi, postur tubuh yang buruk, kontraksi otot, serta nyeri akibat tekanan jika tidak segera digerakkan. Mobilisasi menjadi faktor utama dalam mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi pascaoperasi. Mobilisasi yang dilakukan secara cepat dan bertahap sangat bermanfaat dalam mempercepat penyembuhan luka serta mencegah infeksi dan oklusi vena (Ginting et al., 2024).

2.3.3 Pengukuran Respons Intensitas Nyeri

Menurut (Nyeri et al., 2015), evaluasi nyeri merupakan aspek penting dalam menentukan terapi yang efektif untuk mengatasi nyeri pascaoperasi. Penilaian tingkat nyeri dilakukan dengan menggunakan skala nyeri serta keterangan dari pasien. Intensitas nyeri perlu dinilai sejak dini selama pasien masih dapat berkomunikasi dan mengekspresikan rasa nyeri yang dirasakan. Metode pengukuran nyeri meliputi:

- a. Wong-Baker Faces Pain Rating Scale – Skala berbasis ekspresi wajah yang digunakan untuk mengukur tingkat nyeri, terutama pada anak-anak atau pasien dengan keterbatasan komunikasi.
- b. Numerical Rating Scale (NRS) – Skala numerik yang memungkinkan pasien menilai intensitas nyeri dengan angka, biasanya dari 0 hingga 10.
- c. Visual Analog Scale (VAS) – Skala berbentuk garis dengan dua ujung yang mewakili "tanpa nyeri" hingga "nyeri sangat berat," di mana pasien menandai tingkat nyeri yang dirasakan.

2.3.4 Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri dengan pendekatan farmakologis melibatkan penggunaan analgesik sesuai rekomendasi dokter. Sementara itu, penanganan nyeri secara non-farmakologis dapat dilakukan melalui berbagai metode, seperti stimulasi kulit, teknik relaksasi, distraksi, dan pijat. Salah satu teknik pijat yang dapat digunakan untuk meredakan nyeri adalah pijat endorfin. Terapi ini termasuk dalam metode non-farmakologis yang bermanfaat untuk mengurangi nyeri setelah operasi *sectio caesarea*.

a. Farmakologis

Modalitas analgesia pascaoperasi mencakup berbagai teknik, seperti pemberian analgesik oral atau parenteral, blok saraf perifer, blok neuroaksial dengan anestesi lokal, serta opioid intraspinal. Pemilihan teknik analgesia umumnya didasarkan pada

kondisi pasien, jenis prosedur, dan pelaksanaannya. Obat-obatan analgesik yang digunakan terdiri dari empat kelompok utama, termasuk NSAID dan obat tambahan (adjuvan).

b. Non-Farmakologis

Pendekatan non-farmakologis juga berperan dalam mengurangi nyeri pascaoperasi. Beberapa metode yang digunakan meliputi:

1. Terapi fisik (aplikasi panas dan dingin) untuk meredakan spasme otot.
2. Akupunktur untuk nyeri kronis, seperti gangguan muskuloskeletal dan sakit kepala.
3. Terapi psikologis (musik, hipnosis, terapi kognitif, terapi perilaku, dan relaksasi) untuk mengelola persepsi nyeri.
4. Rangsangan listrik pada sistem saraf, seperti TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), spinal cord stimulation, dan intracerebral stimulation.
5. Mobilisasi dini untuk mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi pascaoperasi (Rahim et al., 2019).

Penatalaksanaan Non-Farmakologis dengan Terapi Benson untuk Mengurangi Nyeri pada *Post-Sectio Caesarea* Menurut (Batubara et al., 2016). Langkah-langkah terapi benson:

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang dan rileks
- b. Posisi pasien tidur terlentang

- c. Anjurkan bernapas dengan irama normal 3 kali
- d. Anjurkan klien memejamkan mata 2-3 menit untuk menghayati segala sesuatunya dari Allah dan milik Allah setiap melaksanakan point 5
- e. Anjurkan klien mengikuti ucapan peneliti dengan penuh penghayatan, Laa ilaha illahloh, subhanalloh walhamdulillah laillaha illoh, 3-5 kali berturut-turut, interval 5 menit anjurkan nafas normal dan 3 kali napas dalam
- f. Ulangi point 5, frekwensi sesuai kemampuan klien minimal 5 kali
- g. Pelaksanaan hari 1 setelah pasien kooperatif komunikasi

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan salah satu tahap dalam proses keperawatan, di mana perawat berupaya mengidentifikasi masalah yang dialami pasien. Proses ini meliputi pengumpulan data mengenai kondisi kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, relevan, ringkas, dan berkelanjutan (Arda & Hartaty, 2021)

a. Identitas

Data yang dikumpulkan mencakup informasi umum seperti nama, usia, keyakinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, status pernikahan, serta etnis. Jika terdapat indikasi medis, prosedur *sectio caesarea* dapat dilakukan pada berbagai tahap kehamilan, termasuk pada trimester awal.

b. Keluhan Utama

Setelah dilakukan pengkajian, keluhan utama yang dialami pasien pasca operasi meliputi rasa haus yang berlebihan, kelemahan fisik, ketakutan untuk bergerak, serta nyeri pada area bekas operasi. Tingkat dan karakteristik nyeri dapat dievaluasi menggunakan metode pengkajian PQRST.

1. P (Provocate), merupakan faktor pemicu nyeri pada penderita.
2. Q (Quality), merupakan bentuk rasa sakit yang dijelaskan oleh pasien, berupa, seperti ditusuk, terbakar, diremas-remas, sakit nyeri, dan digencet.
3. R (Region), merupakan lokasi atau daerah yang dirasakan nyeri
4. S(Scale), merupakan tingkat keparahan subyektif yang dirasakan oleh penderita dapat dikaji melalui kuantitas nyerinya skala (0-10)
5. T (Time), merupakan durasi dan rangkaian nyeri yang penderita rasakan.

c. Riwayat Penyakit sekarang

Riwayat penyakit saat ini perlu dikaji, mencakup informasi mengenai waktu pasca operasi, tingkat kesadaran, kondisi umum pasien, serta lokasi dan ukuran sayatan bedah.

d. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat pasien mempunyai penyakit komplikasi dan catatan bedah sebelumnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Salah satu faktor penting yang harus diperhatikan adalah riwayat kesehatan keluarga, terutama jika ada anggota keluarga yang menderita penyakit serius seperti hipertensi, diabetes, atau tuberkulosis, karena kondisi tersebut dapat berpengaruh terhadap persyaratan bedah.

f. Riwayat Obstetri

Pemahaman Catatan Obstetri pada Pasien dengan Letak Lintang

1. Keadaan Menstruasi

Untuk memahami karakteristik siklus menstruasi, penting untuk mengkaji warna darah haid (biasanya merah muda atau coklat tua), tingkat kekentalan (encer atau menggumpal), durasi, serta intensitas nyeri yang dialami sebelum atau selama menstruasi. Selain itu, perlu diperhatikan adanya bau yang tidak normal. Menanyakan tanggal awal menstruasi terakhir dan siklus haid dapat membantu dalam memahami kondisi sistem reproduksi pasien.

2. Riwayat Pernikahan

Meninjau lama pernikahan dengan pasangan saat ini serta jumlah pernikahan yang pernah dijalani pasien.

3. Riwayat Kehamilan

Mengkaji riwayat persalinan pasien untuk mengidentifikasi potensi risiko kehamilan, baik pada svida

(kehamilan pertama) maupun multigravida (kehamilan berulang).

4. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Sebelumnya

Untuk mendapatkan gambaran menyeluruh mengenai riwayat kehamilan pasien, perlu dilakukan pengkajian terhadap proses persalinan sebelumnya, apakah berlangsung secara normal atau mengalami komplikasi. Selain itu, perlu diketahui siapa yang membantu proses persalinan serta lokasi tempat persalinan berlangsung.

g. Pola kebiasaan sehari-hari menurut Virginia Henderson

Aspek Perawatan Pasien *Pasca Sectio Caesarea*

1. Sistem Pernapasan

Komplikasi umum setelah operasi *sectio caesarea* meliputi gangguan pernapasan seperti obstruksi jalan napas, pernapasan yang tidak efektif, hingga kemungkinan henti napas.

2. Asupan Nutrisi

Selama masa puasa pasca operasi, kebutuhan nutrisi pasien dipenuhi melalui infus. Setelah enam jam, pasien mulai diperbolehkan minum secara bertahap, kemudian diberikan makanan lunak setelah delapan jam. Namun, bagi pasien dengan fungsi lumbal yang normal, mereka dapat mengonsumsi makanan seperti biasa dan dianjurkan untuk meningkatkan asupan cairan.

3. Eliminasi

Perlu dilakukan pemantauan terhadap frekuensi, konsistensi, serta warna feses setelah operasi. Untuk buang air kecil melalui kateter, jumlah, warna, dan kejernihan urine juga harus diperhatikan.

4. Istirahat dan Tidur

Pasien pasca operasi sering mengalami nyeri di area bekas pembedahan serta ketidaknyamanan akibat pemasangan kateter, yang dapat mengganggu pola tidur mereka.

5. Regulasi Suhu Tubuh dan Sirkulasi

Pasien yang baru saja menjalani operasi SC dapat mengalami peningkatan suhu tubuh di atas $37,5^{\circ}\text{C}$, sehingga memerlukan pemantauan lebih lanjut.

6. Kebersihan Diri

Sebelum kateter dilepas, pasien memerlukan bantuan dari keluarga untuk menjaga kebersihan tubuh, termasuk dalam proses mandi.

7. Aktivitas Sehari-hari

Ketidaknyamanan di area bekas operasi dapat membatasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan menghambat pergerakan mereka.

8. Mobilitas dan Keseimbangan

Pasca operasi, pasien mengalami keterbatasan dalam bergerak dan perlu melakukan mobilisasi secara bertahap akibat nyeri dan rasa tidak nyaman.

9. Kebutuhan Berpakaian

Pasien mungkin mengalami kesulitan dalam mengenakan pakaian sendiri dan memerlukan bantuan orang lain.

10. Keamanan

Pasien perlu merasa aman dan terlindungi oleh keluarga atau orang-orang terdekat untuk meningkatkan kenyamanan selama masa pemulihan.

11. Interaksi Sosial

Gangguan komunikasi, perubahan fisik, dan kesulitan beradaptasi dengan lingkungan dapat membuat pasien merasa canggung, waspada, atau bahkan menarik diri dari lingkungan sosialnya.

12. Kebutuhan Spiritual

Berdasarkan keyakinan masing-masing, pasien yang mengalami masa nifas ditandai dengan keluarnya darah setelah melahirkan selama sekitar 40–60 hari umumnya tidak diperbolehkan menjalankan ibadah tertentu.

13. Rekreasi dan Hiburan

Kondisi fisik yang lemah setelah operasi membuat pasien umumnya tidak dapat memenuhi kebutuhan akan rekreasi dan hiburan.

14. Pendidikan dan Informasi Kesehatan

Pasien membutuhkan informasi kesehatan untuk meningkatkan pemahaman mereka tentang kondisi pasca operasi dan mendukung pemulihan secara optimal.

h. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik Pasien Secara Menyeluruh Pemeriksaan fisik bertujuan untuk menegakkan diagnosis dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

1. Kondisi Umum

Evaluasi kondisi pasien meliputi tingkat kesadaran, kualitas suara dan bicara, serta tanda-tanda vital.

2. Kesadaran

Pada umumnya composmentis

3. Tanda-tanda vital

Tekanan darah normal atau menurun $<120/90$ mmHg, nadi meningkat $> 80x/menit$, suhu meningkat $37,5^{\circ}C$ dan respirasi meningkat (takipneu, dispneu, napas dangkal)

4. Pemeriksaan *Head-to-Toe* (Wijaya, 2023)

a) Kepala

Menilai bentuk wajah apakah simetris atau tidak, kondisi rambut, serta keadaan kulit wajah.

b) Wajah

Penampilan, ekspresi terlihat pucat atau menahan sakit, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum pada ibu post partum.

c) Mata

Pada pemeriksaan mata meliputi kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelompok mata, konjungtiva, cornea, ketajaman pengelihatan. Pada klien *Post Op Sectio Caesarea* biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan oleh kondisi anemia atau dikarenakan proses persalinan yang mengalami perdarahan.

d) Hidung

Pada pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip atau tidak.

e) Telinga

Pada pemeriksaan telinga meliputi bentuk, ukuran,

ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran.

f) Leher

Pada pemeriksaan leher meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu post partum biasanya terjadi pembesaran kelenjar

g) Mulut dan gigi

Pada pemeriksaan mulut dan orofaring meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil, warna tonsil

h) Dada/thorax

a) Inspeksi Bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas.

b) Palpasi Penilaian voal fremitus.

c) Perkusi Melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem intercostalis.

d) Auskultrasi Bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan.

i) Payudara

Pada pemeriksaan payudara pada ibu yang mengalami bendungan ASI meliputi bentuk simetris, keduapayudara tegang, ada nyeri tekan, kedua puting susu menonjol,

areola hitam, warna kulit tidak kemerahan, ASI belum keluar atau ASI hanya keluar sedikit.

j) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi lihat luka bekas operasi apakah ada tanda-tanda infeksi di sekitar luka insisi dan tanda perdaraha atau Hematoma. Pada hari pertama, tinggi fundus uteri (TFU) kira-kira 1 jari dibawah pusat.

k) Lochea

Mengkaji lochea yang meliputi karakter, jumlah warna, bekuan darah yang keluar dan baunya.

l) Parineum

Pengkajian dilakukan dengan menempatkan ibu pada posisi senyaman mungkin dan tetap menjaga privasi dengan inspeksi adanya tanda-tanda "REEDA".

m) Eliminasi

Mengkaji pola eliminasi baik BAK dan BAB

n) Ekstremitas Atas dan Bawah

1) Ekstremitas Atas: Menilai kesimetrisan, apakah ujung jari mengalami sianosis, keberadaan edema, serta pemasangan infus pasca operasi.

2) Ekstremitas Bawah: Mengevaluasi kesimetrisan, adanya edema, pergerakan kaki (sering kali pasien

pasca operasi takut menggerakkan kaki), tanda-tanda hormon, refleks patella, serta indikasi thrombosis vena.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Berikut adalah uraian mengenai masalah yang mungkin timbul pada klien pasca *sectio caesarea* menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), 2023) (Astuti, 2023).

- a. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (D.0077) HI; 172
- b. Resiko Infeksi b/d kerusakan integritas kulit (D.0142) HL: 304
- c. Gangguan mobilitas fisik b/d nyeri post sc (D.0054) HL: 124
- d. Gangguan eliminasi urin b/d penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040) HL: 96
- e. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (D.0049) HL: 113

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan mencakup seluruh tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan yang dimiliki untuk mencapai hasil yang diharapkan. Komponen dalam intervensi keperawatan meliputi label, definisi, serta berbagai tindakan, termasuk observasi, terapi, edukasi, dan kolaborasi (PPNI, 2018).

Luaran keperawatan merujuk pada hasil yang dapat diamati dan diukur, seperti perubahan kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, maupun komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran ini mencerminkan status diagnosis keperawatan setelah intervensi diberikan. Terdapat tiga komponen utama dalam luaran keperawatan, yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (PPNI, 2019).

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), luaran utama untuk diagnosis Nyeri Akut adalah "Tingkat Nyeri", yang diberi kode L.08066 dalam SLKI. Tingkat nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan tubuh, baik yang bersifat aktual maupun fungsional. Nyeri ini dapat muncul secara ringan hingga sedang, dengan intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat dan berlangsung terus-menerus. Kriteria hasil yang menunjukkan penurunan tingkat nyeri meliputi.

Manajemen Nyeri (I.08238) dalam Standar Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosis Nyeri Akut mencakup observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Observasi meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, skala, serta faktor yang memperberat atau memperingan nyeri, termasuk respons non-verbal, pengaruh budaya, dan dampak nyeri pada kualitas hidup, serta pemantauan terapi komplementer dan efek samping analgetik. Secara terapeutik, Berdasarkan hasil penelitian dari Nesi Novita (2022) dan dari Neni Rustini (2022) metode Terapi Benson ini dapat efektif untuk mengurangi

nyeri. Edukasi diberikan dengan menjelaskan strategi dan penyebab nyeri, menganjurkan pemantauan mandiri serta penggunaan analgetik yang tepat, serta mengajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri. Terakhir, kolaborasi dilakukan dengan tenaga medis lain dalam pemberian analgetik untuk memastikan efektivitas terapi nyeri.

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri berhubungan dengan pencedera fisik (D.0077) HL: 172	Tingkat Nyeri (L.08066) HI; 147 Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam Diharapkan Tingkat nyeri Menurun dengan Kriteria Hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat:5 2. Keluhan nyeri menurun:5 3. Skala nyeri menurun:3; 4. Meringis menurun:5 5. Gelisah menurun:5 6. Kesulitan tidur menurun:5 7. Menarik diri menurun:5 8. Berfokus pada diri sendiri menurun:5 9. Diaforesis menurun:5 10. Perasaan depresi (tertekan menurun):5 10. perasaan takut mengalami cedera berulang menurun:5 11. anoreksia menurun:5 12. perineum terasa tertekan menurun:5 13. uterus teraba membulat menurun:5 14.ketegangan otot menurun:5 15. pupil dilatasi menurun:5	Manajemen Nyeri (L.08238) HI; 201 Observasi : 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, Frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi respons nyeri non verbal 5. Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik 10. Berikan Teknik non-farmakologis (Terapi benson) untuk mengurangi rasa nyeri 11. kontrol lingkungan yang memperberat rasa Terapeutik:	Observasi: 1. Untuk mengetahui seberapa sering munculnya nyeri 2. Untuk mengetahui seberapa jauh nyeri yang dirasakan 3. Untuk mengetahui penyebab nyeri 4. Untuk mengungkap-kan nyeri dengan kata-kata, sehingga perlu mengamati ekspresi wajah, gerakan tubuh, atau perubahan tanda vital untuk menilai tingkat nyeri. 5. Pemahaman pasien tentang nyeri dan cara mengatasinya memengaruhi respons dan kepatuhan terhadap pengobatan, sehingga perlu dievaluasi untuk memberikan edukasi yang tepat. 6. membantu tenaga medis memberikan perawatan yang lebih sesuai dan efektif. 7. nyeri pasca operasi dapat menghambat aktivitas sehari-hari, menyulitkan perawatan bayi, dan memengaruhi kesehatan mental, sehingga penting untuk mengelolanya dengan baik. 8. terapi tambahan seperti teknik relaksasi, pijat, atau terapi musik perlu dievaluasi efektivitasnya agar bisa disesuaikan jika diperlukan. 9. Obat pereda nyeri dapat menimbulkan efek samping seperti mual, pusing, atau konstipasi. Pemantauan rutin diperlukan untuk mencegah komplikasi dan menyesuaikan dosis jika perlu. Terapeutik: 10. Teknik relaksasi Benson membantu menenangkan pikiran, mengurangi stres, dan merangsang pelepasan

16. muntah menurun:5	nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahaya-an, kebisingan)	hormon endorfin yang dapat mengurangi rasa nyeri
17. mual menurun:5		11. Lingkungan yang nyaman membantu pasien lebih rileks, mengurangi stres, dan mencegah faktor eksternal yang dapat memperburuk persepsi nyeri.
18. Frekuensi nadi membaik:5	12. fasilitasi istirahat dan tidur	12. Tidur yang cukup membantu proses pemulihan tubuh, mengurangi ketegangan otot, dan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.
19. pola napas membaik:5	13. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	13. Mengetahui penyebab dan karakteristik nyeri membantu dalam pemilihan strategi manajemen nyeri yang lebih efektif dan sesuai dengan kondisi pasien.
20. tekanan darah membaik:5	Edukasi:	Edukasi:
21. proses berpikir membaik:5	14. Jelaskan strategi meredakan nyeri	14. Memberikan pemahaman tentang berbagai cara mengurangi nyeri membantu pasien merasa lebih tenang dan dapat memilih metode yang paling sesuai.
22. fokus membaik:5	15. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	15. Mengetahui asal dan pola nyeri membantu pasien mengenali tanda-tanda perburukan dan mengambil tindakan yang tepat untuk mengatasinya.
23. fungsi berkemih membaik:5	16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	16. Pemantauan mandiri membantu pasien lebih sadar akan kondisi tubuhnya, sehingga dapat segera melaporkan jika nyeri memburuk atau terjadi komplikasi.
24. perilaku membaik:5	17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat	17. membantu mengontrol nyeri secara efektif dan mencegah efek samping akibat penggunaan yang tidak tepat.
25. nafsu makan membaik:5	18. Ajarkan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	18. Teknik seperti pernapasan dalam, relaksasi, atau kompres hangat dapat membantu mengurangi nyeri tanpa efek samping obat.
26. pola tidur membaik:5	Kolaborasi:	Kolaborasi:
	19. Kolaborasi pemberian analgetik'	19. Bekerja sama dengan dokter untuk pemberian obat nyeri yang sesuai memastikan pasien mendapatkan
	Jurnal; pengaruh relaksasi benson terhadap nyeri pada pasien post seksio sesaria,sumber:	
	1. Irwan Batubara	
	2. Elly Indrani harahap	
	3. Ratni siregar	

				pengobatan yang efektif dan aman sesuai kebutuhannya.
2.	Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit (D.0142) HL: 304	Tingkat Infeksi (L.14137) HL; 141 Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam Diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Kebersihan tangan meningkat:5 2. Kebersihan badan meningkat:5 3. Demam menurun:5 4. Nyeri menurun:5 5. Kemerahan menurun:5 6. Bengkak menurun:5 7. Vesikel menurun:5 8. Cairan berbau busuk menurun:5 9. Sputum berwarna hijau menurun:5 10. Drainase purulen menurun:5 11. Piuria menurun:5 12. Periode malaise menurun :5 13. Periode menggigil menurun:5 14. Letargi menurun:5 15. Gangguan kognitif menurun:5 16. Kadar sel darah putih membaik:5 17. Kultur darah membaik:5 18. Kultur urine membaik:5 19. Kultur sputum membaik:5	Pencegahan infeksi (L.14539) HL; 278 Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik: 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 5. Berikan perawatan kulit pada area edema Edukasi : 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajaran cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan kolaborasi 12. pemberian imunisasi, jika perlu	Observasi: 1. Untuk melihat adanya perubahan suhu tubuh Terapeutik; 2. Untuk mengurangi risiko terpapar dari luar 3. mencegah penyebaran kuman dan infeksi dari satu tempat ke tempat lain 4. menghindari masuknya kuman atau bakteri ke tubuh pasien yang rentan terkena infeksi. 5. Mencegah luka atau iritasi pada kulit yang dapat menjadi pintu masuk infeksi. Edukasi: 6. untuk membantu mengidentifikasi dini adanya infeksi, memahami tingkat keparahannya 7. Mencegah penyebaran kuman dan mengurangi risiko infeksi pada pasien dan lingkungan sekitar. 8. Mengurangi penyebaran droplet yang dapat membawa kuman penyebab infeksi. 9. Memastikan pasien atau keluarga dapat mendeteksi tanda-tanda infeksi pada luka agar segera mendapat penanganan. 10. Nutrisi yang baik meningkatkan sistem kekebalan tubuh sehingga lebih kuat melawan infeksi. 11. Membantu tubuh mengeluarkan racun dan menjaga keseimbangan cairan untuk mendukung proses penyembuhan. Kolaborasi :

		20. Kultur area luka membaik:5 21. Kultur feses membaik:5 22. Nafsu makan membaik:5		12. Memberikan perlindungan tambahan terhadap infeksi tertentu untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post sc (D.0054) HL: 124	Mobilitas Fisik (L.05042) HI : 67 Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam Diharapkan Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat:5 2. Kekuatan otot meningkat:5 3. Rentang gerak sendi (ROM) meningkat:5 4. Nyeri menurun:5 5. Cemas menurun:5 6. Kaku sendi menurun:5 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun:5 8. Gerakan terbatas menurun:5 9. Kelemahan fisik menurun:5	Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Hal: 30 Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik me-lakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 5. Fasilitasi melakukan pergerakan 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 7. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) Edukasi : 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Observasi: 1. Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik 2. untuk mengoptimalkan pergerakan, menjaga kesehatan, dan mencegah risiko cedera 3. Mencegah risiko hipotensi, pusing, atau kelelahan yang dapat menyebabkan jatuh saat mobilisasi. 4. Memastikan pasien tidak mengalami penurunan kondisi, seperti sesak napas atau kelelahan berlebih, yang dapat meningkatkan risiko komplikasi. Terapeutik: 5. Membantu pasien agar lebih nyaman dan aman saat mulai bergerak, sehingga mencegah komplikasi akibat tirah baring lama. 6. Dukungan keluarga dapat meningkatkan motivasi pasien dan membantu dalam proses mobilisasi yang lebih aman. 7. Membantu pasien bergerak lebih stabil dan mengurangi risiko jatuh atau cedera Edukasi: 8. Memberikan pemahaman kepada pasien bahwa mobilisasi dini dapat mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi. 9. Memudahkan pasien untuk bergerak secara bertahap

			9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Mis, duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 10. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	tanpa membahayakan kondisinya. 10. Mencegah risiko komplikasi seperti pembekuan darah, konstipasi, dan infeksi akibat kurangnya pergerakan setelah operasi.
4.	Gangguan eliminasi urin b/d penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040) HL: 96	Eliminasi Urine(L.04034) HL: 26 Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan eliminasi urin membaik dengan kriteria hasil: 1. toleransi terhadap makanan meningkat:5 2. Mual menurun:5 3. Muntah menurun:5 4. Dispepsia menurun:5 5. Nyeri abdomen menurun:5 6. Distensi abdomen menurun:5 7. Regurgitasi menurun:5 8. jumlah residu cairan lambung saat aspirasi menurun:5 9. Darah pada feses menurun:5 10.Hematemesis menurun:5 11.Frekuensi BAB membaik:5 12.konsistensi feses membaik:5 13. peristaltik usus membaik:5 14. nafsu makan membaik:5 15. jumlah feses membaik:5	Manajemen Eliminasi urine (L.04152) HL: 175 Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi urine atau inkontinensia urine 2. identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3. monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna. Terapeutik: 4. catat waktu-waktu haluaran berkemih 5. batasi asupan cairan jika perlu 6. ambil sampel urine tengah (<i>midstream</i>) atau kultur Edukasi: 7. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 8. ajarkan mengukur asupan cairan	Rasional: Observasi: 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine membantu dalam diagnosis dini dan intervensi yang tepat. 2. Mengetahui faktor penyebab mempermudah penanganan yang sesuai. 3. Monitoring eliminasi urine penting untuk menilai fungsi ginjal dan keseimbangan cairan tubuh. Terapeutik: 4. Mencatat pola berkemih membantu mengidentifikasi masalah eliminasi. 5. Pembatasan cairan dapat mengurangi risiko retensi atau inkontinensia jika diperlukan. 6. Pengambilan sampel urine mendukung diagnosis infeksi atau gangguan saluran kemih. Edukasi: 7. Pasien yang memahami tanda infeksi dapat segera mencari perawatan. 8. Mengukur asupan dan keluaran urine membantu pemantauan keseimbangan cairan.

	16. warna feses membaik:5	dan haluaran urine 9. ajarkan mengambil spesimen urine <i>midstream</i> 10. ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih 12. anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontra indikasi 13. anjurkan mengurangi minum menjelang tidur Kolaborasi; 14. kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu	9. Teknik pengambilan spesimen yang benar mencegah kontaminasi sampel. 10. Mengenali waktu berkemih yang tepat membantu menghindari retensi atau kebocoran urine. 11. Latihan otot panggul memperkuat kontrol berkemih. 12. Asupan cairan yang cukup menjaga kesehatan ginjal dan saluran kemih. 13. Mengurangi minum sebelum tidur dapat mengurangi nokturia. Kolaborasi: 14. Pemberian obat supositoria uretra dapat membantu merangsang berkemih jika diperlukan.
5. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (D.0049) HL: 113	Eliminasi Fekal (L. 04033) HL: 25 setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil : 1. kontrol pengeluaran fese meningkat:5 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun:5 3. mencejan saat defekasi menurun:5 4. Distensi abdomen menurun:5	Manajemen konstipasi (I.04155) HL: 193 Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume dan warna) 3. identifikasi faktor risiko konstipasi (mis, obat-obatan,	Observasi: 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi membantu dalam deteksi dini dan intervensi yang tepat. 2. Memeriksa pergerakan usus dan karakteristik feses menilai tingkat keparahan konstipasi. 3. Mengetahui faktor risiko memungkinkan pencegahan dan penanganan yang lebih efektif. 4. Pemantauan tanda ruptur usus atau peritonitis

5. Teraba massa pada rektal menurun:5	tirah baring, dan diet rendah serat)	penting untuk mencegah komplikasi serius.
6. urgency menurun:5		Terapeutik:
7. nyeri abdomen menurun:5	4. monitor tanda dan gejala ruptur usus dan atau peritonitis	23. Diet tinggi serat membantu melunakkan feses dan meningkatkan pergerakan usus.
8. kram abdomen menurun:5		24. Pijat abdomen dapat merangsang peristaltik usus.
9. Konsistensi feses membaik:5	Terapeutik:	25. Evakuasi feses manual diperlukan pada impaksi feses berat.
10. Frekuensi BAB membaik:5	5. Anjurkan diet tinggi serat	26. Enema atau irigasi membantu mengeluarkan feses jika metode lain tidak efektif.
11. Peristaltik usus membaik:5	6. lakukan masase abdomen, jika perlu	Edukasi:
	7. berikan evakuasi feses secara manual, jika perlu	27. Pemahaman pasien tentang penyebab konstipasi meningkatkan kepatuhan terhadap terapi.
	8. berikan enema atau irigasi, jika perlu	28. Asupan cairan yang cukup membantu melunakkan feses dan memper-lancar BAB.
	Edukasi :	29. Latihan buang air besar teratur membantu membentuk kebiasaan BAB yang sehat.
	9. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan	30. Edukasi teknik mengatasi konstipasi membantu pasien dalam pencegahan dan penanganan sendiri.
	10. anjurkan asupan peningkatan cairan, jika tidak ada kontraindikasi	Kolaborasi:
	11. latih buang air besar secara teratur	31. Konsultasi medis diperlukan untuk meng-evaluasi kondisi usus dan menentukan tindakan lebih lanjut.
	12. ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi	32. Penggunaan obat pencahar dapat direkomendasikan jika terapi lain tidak efektif.
	Kolaborasi:	
	13. Konsul-tasi dengan medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus	
	14. kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu	

2.4.4 Implementasi

Implementasi adalah inisiatif tindakan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Penatalaksanaan nyeri adalah peredaan nyeri atau pengurangan nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima klien. Penatalaksanaan nyeri tersebut meliputi dua tipe dasar intervensi keperawatan farmakologi dan nonfarmakologi. Penatalaksanaan keperawatan nyeri terdiri atas tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi. Secara umum, tindakan noninvasif dapat dilakukan sebagai sebuah fungsi keperawatan mandiri, sementara pemberian obat analgesik memerlukan instruksi dokter. Secara umum, kombinasi strategi adalah tindakan terbaik untuk klien yang mengalami nyeri. (Hutabarat et al., 2024).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP.

S: Subjective , yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien

O: Objective , yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga

A: Analisis , yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif,

P: Planning, yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Hutabarat et al., 2024).

Mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) oleh PPNI (2018), tingkat nyeri pasien diperkirakan akan menurun setelah intervensi keperawatan selama 3x24 jam, dengan indikator seperti tidak gelisah, tidak bersikap protektif, frekuensi nadi membaik, dan nyeri dapat dikontrol. Hal ini sejalan dengan penelitian Naili dan Prasetyorini (2023), yang menyimpulkan bahwa teknik relaksasi Benson sangat efektif dalam menurunkan tingkat nyeri pasien (Hutabarat et al., 2024).