

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Sectio Caesarea

##### 2.1.1. Definisi

*Sectio caesarea* merupakan metode persalinan yang dilakukan melalui pembedahan, di mana dilakukan irisan pada perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi. Prosedur ini biasanya dilakukan ketika ibu tidak dapat melahirkan secara normal melalui vagina, disebabkan oleh berbagai masalah kesehatan yang dapat memengaruhi ibu dan bayi. Beberapa syarat untuk melakukan operasi ini adalah bahwa rahim harus dalam keadaan utuh dan berat janin tidak boleh kurang dari 500 gram (Rosman, 2025). Operasi *sectio caesarea* merupakan alternatif persalinan yang dilakukan ketika kondisi ibu tidak memungkinkan untuk melahirkan bayi secara normal melalui vagina. *Sectio caesarea*, yang lebih dikenal sebagai operasi caesar, adalah prosedur bedah yang dilakukan untuk mengeluarkan bayi dari rahim melalui sayatan pada dinding perut dan rahim. Tindakan ini kadang-kadang diperlukan ketika persalinan alami dianggap tidak mungkin atau berisiko bagi ibu atau bayi (Wauningsih et al., 2023).

Dapat disimpulkan dari pernyataan-pernyataan diatas post *Sectio caesarea* adalah prosedur bedah yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding perut dan rahim, biasanya dilakukan ketika persalinan vaginal tidak memungkinkan atau berisiko. Tindakan ini bertujuan untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi dalam situasi medis tertentu.

### **2.1.2. Etiologi**

Menurut (Amanda, 2020), terdapat beberapa penyebab yang mengharuskan dilakukan *sectio caesarea*, antara lain:

#### **a. Etiologi yang bersal dari ibu**

Beberapa faktor yang menyebabkan dilakukannya persalinan melalui *sectio caesarea* yang berkaitan dengan kondisi ibu antara lain :

##### **1. PEB (Pre-Eklamsi Berat)**

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kondisi yang terkait dengan kehamilan, meskipun penyebab pastinya belum sepenuhnya dipahami. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab utama kematian maternal dan perinatal. Oleh karena itu, diagnosis dini sangat penting untuk mengenali dan mengobati kondisi ini sebelum berkembang menjadi eklamsi.

##### **2. KPD (Ketuban Pecah Dini)**

Ketuban pecah dini terjadi ketika ketuban pecah sebelum tanda-tanda persalinan muncul, dan jika dalam satu jam belum terjadi persalinan. Kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi seperti kelahiran prematur dan meningkatkan risiko infeksi, termasuk sepsis dan khorioikarsinoma, yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal serta infeksi pada ibu. Ketuban pecah dini biasanya terjadi pada kehamilan aterm di atas 37 minggu atau di bawah 36 minggu, dan dapat disebabkan oleh peningkatan tekanan intrauterin atau infeksi yang melemahkan membran.

### 3. kesempitan panggul

Kesempitan panggul merujuk pada situasi di mana ukuran atau bentuk panggul tidak cukup untuk memungkinkan bayi melewati saluran lahir secara normal. Teori obstetri menunjukkan bahwa panggul yang sempit dapat menghalangi proses persalinan, meningkatkan risiko cedera pada ibu dan bayi. Dalam kondisi ini, *sectio caesarea* menjadi solusi untuk mencegah komplikasi yang lebih serius.

### 4. plasenta previa, terutama pada primigravida

Plasenta previa adalah kondisi di mana plasenta terletak di bagian bawah rahim, menutupi jalan lahir, yang dapat mengakibatkan perdarahan berat saat persalinan. Pada

primigravida (ibu yang hamil untuk pertama kali), risiko mengalami plasenta previa lebih tinggi. Menurut teori obstetri, jika plasenta previa terdeteksi, *sectio caesarea* biasanya dianjurkan untuk melindungi kesehatan ibu dan bayi.

5. solusio plasenta dengan tingkat satu hingga dua,

Solusio plasenta adalah kondisi di mana plasenta terlepas sebagian dari dinding rahim sebelum kelahiran. Tingkat satu menunjukkan perdarahan ringan, sedangkan tingkat dua menunjukkan perdarahan yang lebih serius dan risiko yang meningkat bagi ibu dan bayi. Teori medis menyatakan bahwa jika solusio plasenta terjadi, terutama pada tingkat yang lebih parah, *sectio caesarea* dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

6. komplikasi selama kehamilan, serta kehamilan yang disertai dengan penyakit jantung dan diabetes melitus.

Berbagai komplikasi selama kehamilan, seperti hipertensi atau infeksi, dapat berdampak pada kesehatan ibu dan janin. Penyakit jantung dan diabetes melitus juga dapat meningkatkan risiko selama proses persalinan. Teori medis merekomendasikan agar dalam kondisi tersebut, *sectio caesarea* dipertimbangkan untuk mengurangi risiko yang mungkin timbul bagi ibu dan bayi.

b. Etiologi yang berasal dari janin

Penyebab yang mendorong dilakukannya persalinan *sectio caesarea* yang berkaitan dengan kondisi janin antara lain adalah:

1. CPD (Cephalopelvic Disproportion)

CPD adalah kondisi di mana ukuran panggul ibu tidak sebanding dengan ukuran kepala janin, sehingga mengakibatkan ketidakmampuan ibu untuk melahirkan secara alami. Janin harus melewati rongga panggul yang dibentuk oleh tulang-tulang panggul, dan jika terdapat kelainan atau patologi pada bentuk panggul, hal ini dapat mengganggu proses persalinan normal.

2. Bayi Kembar

Meskipun tidak semua kelahiran bayi kembar dilakukan melalui *sectio caesarea*, kelahiran kembar memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelahiran tunggal. Bayi kembar juga dapat berada dalam posisi sungsang atau letak lintang, yang menyulitkan persalinan normal

3. Gawat janin

Gawat janin merupakan kondisi di mana janin mengalami tekanan, biasanya akibat kekurangan oksigen. Teori obstetri menyatakan bahwa tanda-tanda gawat janin dapat terlihat

melalui penurunan denyut jantung janin atau gejala lain yang menunjukkan ketidakcukupan oksigen. Jika kondisi ini tidak segera ditangani melalui persalinan normal, *sectio caesarea* menjadi pilihan untuk menyelamatkan janin.

#### 4. Mal presentasi

Mal presentasi terjadi ketika posisi janin tidak normal saat persalinan, seperti dalam posisi sungsang (kepala di atas) atau posisi lintang. Teori obstetri menjelaskan bahwa kondisi ini dapat menghalangi proses persalinan karena jalan lahir tidak dapat dilewati dengan aman. Dalam situasi seperti ini, *sectio caesarea* sering kali diperlukan untuk mencegah cedera pada janin.

#### 5. Mal posisi kedudukan janin

Mal posisi kedudukan janin mengacu pada situasi di mana janin berada dalam posisi yang tidak sesuai untuk dilahirkan, seperti posisi miring. Menurut teori, posisi ini dapat menyebabkan persalinan yang berkepanjangan dan meningkatkan risiko komplikasi. Jika upaya untuk memutar janin tidak berhasil, *sectio caesarea* mungkin menjadi pilihan yang lebih aman.

#### 6. Prolapsus tali pusat dengan pembukaaan kecil

Prolapsus tali pusat adalah kondisi di mana tali pusat terjepit atau keluar dari jalan lahir sebelum janin. Jika hal ini terjadi

bersamaan dengan pembukaan serviks yang masih kecil, ada risiko kompresi tali pusat yang dapat membahayakan kehidupan janin. Teori obstetri menyatakan bahwa dalam kondisi seperti ini, *sectio caesarea* diperlukan segera untuk mencegah hipoksia pada janin.

#### 7. Kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi

Alat bantu seperti vakum atau forceps digunakan untuk membantu proses persalinan ketika ada kesulitan. Namun, jika metode ini gagal, baik karena kesulitan dalam penempatan alat atau karena janin tidak dapat dikeluarkan dengan aman, teori medis merekomendasikan agar *sectio caesarea* dilakukan untuk melindungi keselamatan ibu dan janin.

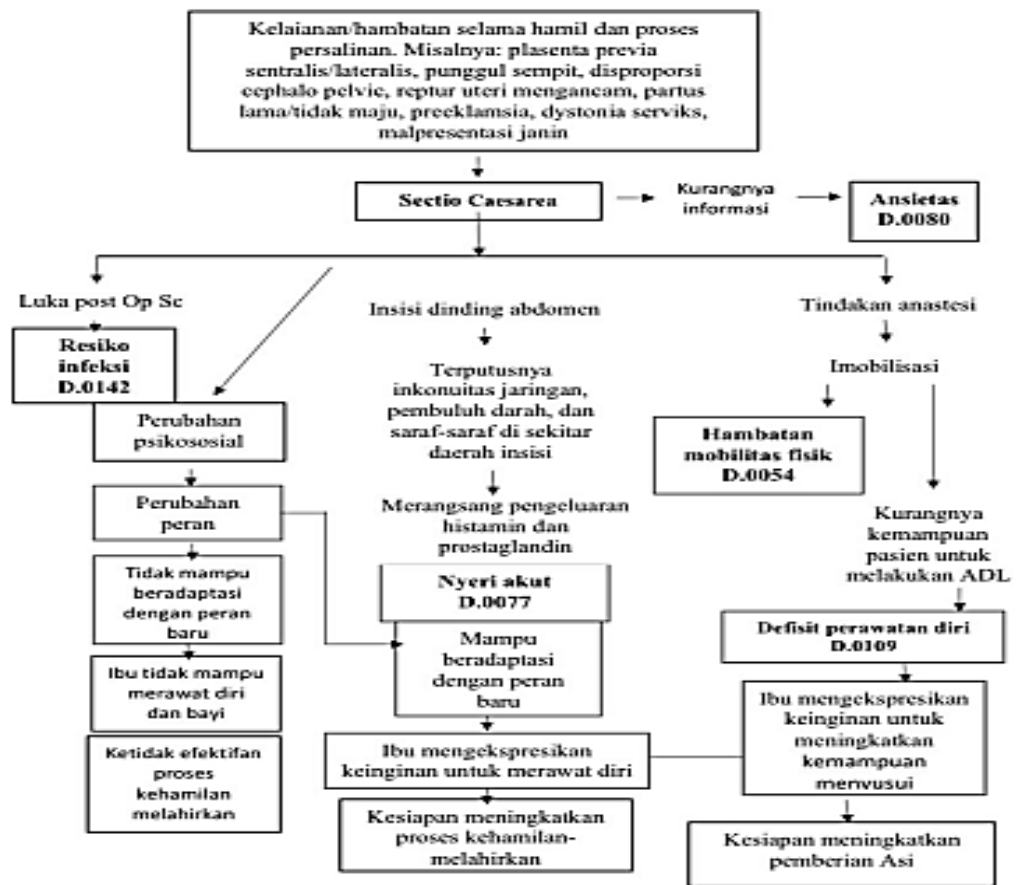
### 2.1.3. Patofisiologi

Akibat dari kelainan pada ibu dan janin menyebabkan dilakukannya SC dan tidak dilakukan dengan persalinan Tindakan alternatif untuk dilakukannya persalinan adalah menggunakan *sectio caesarea* dengan berat diatas 500gram dan adanya bekas sayatan yang masih utuh. Penyebab atau indikasi dilakukannya sc ini adalah karena distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak. Plasenta previa dan lain-lain. Untuk ibu sedangkan untuk gawat janin, janin besar dan letak lintang setelah dilakukan *sectio caesarea* ibu akan

mengalami adaptasi post partum. perlu anestesi yang bersifat regional dan umum sebelum dilakukannya operasi pasien. Namun anestesi mengakibatkan banyaknya pengaruh terhadap janin dan ibu, sehingga bayi kadang-kadang lahir dalam keadaan tidak dapat diatasi dengan mudah. dan bisa berakibat pada kematian janin sedangkan pengaruh anestesi bagi ibusendiri yaitu terhadap tonus uteri yang menyebabkan darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Cahyo' & Prasetyawati, 2022). Pada saat proses pembedahan akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan putusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut) yang mengakibatkan enggan melakukan pergerakan. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang dapat menimbulkan masalah resiko infeksi (Batmomolin & Saudah, 2022)



**Gambar 2. 1 Pathway**



Sumber : (Septiana & Sapitri, 2023)

#### 2.1.4. Tanda dan Gejala

##### a. nyeri dan ketidak nyamanan

Nyeri di Lokasi Sayatan: Pasien sering merasakan nyeri di area sayatan, yang tingkatnya bisa bervariasi dari ringan hingga berat.

Nyeri ini biasanya lebih terasa saat pasien bergerak, batuk, atau tertawa

Kram Perut: Kram dapat terjadi sebagai akibat dari kontraksi rahim yang terjadi saat rahim kembali ke ukuran normal setelah melahirkan.

b. Perdarahan

Lochia: Setelah melahirkan, wanita akan mengalami lochia, yaitu keluarnya darah dan jaringan dari rahim. Ini adalah hal yang normal, tetapi jika perdarahan berlebihan atau berlangsung lama, bisa menjadi tanda adanya komplikasi

c. Pembengkakan

Pembengkakan di Area Sayatan: Pembengkakan di sekitar sayatan adalah hal yang umum. Namun, jika disertai dengan kemerahan, peningkatan nyeri, atau keluarnya nanah, ini bisa menjadi indikasi adanya infeksi

d. Gejala Infeksi

Demam: Peningkatan suhu tubuh setelah operasi dapat menjadi tanda infeksi. Demam yang tinggi, terutama jika disertai gejala lain seperti nyeri, kemerahan, atau keluarnya nanah dari sayatan, memerlukan perhatian medis

Keluarnya Nanah: Jika terdapat nanah yang keluar dari sayatan, ini bisa menjadi tanda adanya infeksi

e. Masalah Pencernaan

Kesulitan Berkemih: Beberapa wanita mungkin mengalami kesulitan untuk berkemih setelah operasi, yang bisa disebabkan oleh efek anestesi atau nyeri

Konstipasi: Penggunaan obat penghilang rasa sakit, perubahan pola makan, dan kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan masalah konstipasi

f. Perubahan Emosional

Perubahan Mood: Wanita yang baru melahirkan, termasuk yang menjalani *sectio caesarea*, dapat mengalami perubahan suasana hati, seperti perasaan cemas atau depresi. Hal ini bisa disebabkan oleh perubahan hormonal, kelelahan, dan stres

g. Mobilitas Terbatas

Keterbatasan Gerak: Pasien mungkin merasa kesulitan untuk bergerak atau melakukan aktivitas sehari-hari akibat nyeri dan ketidaknyamanan di area sayatan (Safitri, 2020).

### 2.1.5. Komplikasi

a. Komplikasi selama operasi

- Pendarahan: Pendarahan yang berlebihan dapat terjadi selama atau setelah operasi. Ini bisa disebabkan oleh kerusakan pada pembuluh darah atau jaringan di sekitar area sayatan

- Cedera pada Organ Sekitar: Selama prosedur, ada risiko cedera pada organ-organ di sekitar rahim, seperti kandung kemih, usus, atau pembuluh darah besar
- Reaksi Anestesi: Penggunaan anestesi umum atau regional dapat menyebabkan reaksi yang tidak diinginkan, seperti alergi atau komplikasi pernapasan

b. Komplikasi pasca operasi

- Infeksi: Infeksi dapat terjadi di area sayatan (infeksi luka) atau di dalam rahim (endometritis). Gejala infeksi termasuk demam, nyeri yang meningkat, dan keluarnya nanah dari sayatan
- Nyeri Kronis: Beberapa wanita mungkin mengalami nyeri yang berkepanjangan di area sayatan atau di daerah panggul setelah operasi
- Pembekuan Darah: Ada risiko pembekuan darah (deep vein thrombosis atau DVT) yang dapat terjadi setelah operasi, terutama jika pasien tidak bergerak cukup setelah prosedur. DVT dapat berpotensi menyebabkan emboli paru jika bekuan darah berpindah ke paru-paru

c. Komplikasi jangka panjang

- Adhesi: Setelah operasi, jaringan parut dapat terbentuk, yang dikenal sebagai adhesi. Adhesi ini dapat menyebabkan

nyeri panggul, masalah pencernaan, atau bahkan obstruksi usus di masa depan

- Komplikasi pada Kehamilan Selanjutnya: Wanita yang telah menjalani *sectio caesarea* memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami komplikasi pada kehamilan berikutnya, seperti plasenta previa (plasenta menempel di bagian bawah rahim) atau ruptur rahim

d. Komplikasi emosional

- Depresi Pasca Melahirkan: Beberapa wanita mungkin mengalami depresi pasca melahirkan, yang dapat dipicu oleh pengalaman operasi, perubahan hormonal, dan stres yang terkait dengan perawatan bayi baru lahir (Safitri, 2020)

#### **2.1.6. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang merujuk pada serangkaian tes dan evaluasi yang dilakukan untuk menilai kebutuhan dan kesiapan pasien sebelum menjalani prosedur medis, termasuk *sectio caesarea*. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi serta mengurangi risiko komplikasi yang mungkin terjadi selama dan setelah operasi. Berikut adalah beberapa jenis pemeriksaan penunjang yang biasanya dilakukan sebelum *sectio caesarea* (Sri, 2020):

a. Pemeriksaan Laboratorium

### 1) Tes Darah

- Hemoglobin dan Hematokrit: Digunakan untuk mengevaluasi status anemia dan kapasitas oksigen dalam darah. Anemia dapat meningkatkan kemungkinan transfusi darah selama atau setelah operasi
- Trombosit: Untuk memastikan jumlah trombosit yang memadai, yang penting untuk proses pembekuan darah
- Koagulasi: Tes seperti PT (Prothrombin Time) dan aPTT (Activated Partial Thromboplastin Time) dilakukan untuk menilai kemampuan darah dalam membeku, yang penting untuk mengidentifikasi risiko perdarahan

### 2) Tes Urin

- Untuk mendeteksi adanya infeksi saluran kemih atau masalah lain yang dapat mempengaruhi prosedur

### b. Pemeriksaan Gambar

#### 1) Ultrasonografi (USG)

Digunakan untuk menilai posisi janin, jumlah cairan amniotik, dan kondisi plasenta. USG juga dapat membantu mengidentifikasi kelainan anatomi yang mungkin mempengaruhi prosedur

## 2) MRI atau CT Scan

Dalam beberapa situasi, jika ada kecurigaan terhadap kelainan struktural yang lebih kompleks, pemeriksaan ini dapat dilakukan untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas

### c. Pemeriksaan Kardiovaskuler

#### 1) Elektrokardiogram (EKG)

Untuk menilai kesehatan jantung, terutama pada pasien yang memiliki riwayat penyakit jantung atau faktor risiko kardiovaskular

### d. Pemeriksaan Anestesi

#### 1) Evaluasi Anestesi

Anestesiolog akan melakukan penilaian untuk menentukan jenis anestesi yang paling sesuai (anestesi umum atau regional) dan untuk mengevaluasi risiko yang terkait dengan anestesi

### e. Pemeriksaan Fisik

#### 1) Pemeriksaan fisik umum

Dokter akan melakukan pemeriksaan fisik untuk menilai kondisi umum pasien, termasuk tanda-tanda vital, status ginekologis, dan adanya kelainan fisik yang dapat mempengaruhi prosedur

#### 2) 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.

f. Riwayat Medis dan Obstetrik

1) Riwayat kesehatan

Mengumpulkan informasi mengenai riwayat kesehatan pasien, termasuk riwayat kehamilan sebelumnya, komplikasi, dan kondisi medis yang ada.

### 2.1.7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medik pada *sectio caesarea* mencakup dua pendekatan utama: farmakologi dan non-farmakologi. Kedua pendekatan ini bertujuan untuk memastikan keselamatan pasien, mengelola nyeri, dan mendukung pemulihan yang optimal setelah prosedur (Solehati et al., 2022) :

a. Farmakologi

1) Anestesi

a) Anestesi Umum: Digunakan untuk membuat pasien tidak sadar selama prosedur. Ini biasanya diterapkan dalam



situasi darurat atau ketika anestesi regional tidak dapat digunakan

- b) Anestesi Regional: Meliputi teknik seperti spinal atau epidural, yang memberikan penghilang rasa sakit di bagian bawah tubuh tanpa mempengaruhi kesadaran pasien. Anestesi regional sering dipilih karena dapat mengurangi risiko komplikasi pernapasan dan mempercepat pemulihan

## 2) Analgesik

- a) NSAID (Obat Anti-Inflamasi Non-Steroid): Obat seperti ibuprofen atau naproxen digunakan untuk mengurangi nyeri dan peradangan setelah operasi. NSAID efektif untuk nyeri ringan hingga sedang dan memiliki efek samping yang lebih sedikit dibandingkan dengan opioid
- b) Opioid: Digunakan untuk mengatasi nyeri yang lebih berat. Obat seperti morfin atau oksikodon dapat diberikan secara intravena atau oral. Meskipun efektif, penggunaan opioid harus diawasi dengan ketat karena risiko ketergantungan dan efek samping seperti mual, konstipasi, dan depresi pernapasan

## 3) Antibiotik

Pemberian antibiotik profilaksis sebelum atau selama operasi bertujuan untuk mencegah infeksi pasca operasi. Ini penting

untuk mengurangi risiko infeksi di area sayatan atau di dalam rahim (endometritis)

4) Obat Lain

a) Antiemetik: Obat yang digunakan untuk mencegah mual dan muntah yang mungkin terjadi akibat anestesi atau nyeri

b) Obat Pencabar: Digunakan untuk mengatasi konstipasi yang sering muncul akibat penggunaan opioid dan perubahan pola makan setelah operasi

b. Non Farmakologi

1) Teknik relaksasi

Metode seperti pernapasan dalam, meditasi, dan yoga dapat membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Teknik-teknik ini juga dapat membuat pasien merasa lebih tenang sebelum dan setelah operasi

2) Pijat

Pijat adalah cara terapi nyeri yang paling dasar, menggunakan gerakan lembut untuk menekan, menggosok, atau meremas area tubuh yang mengalami rasa sakit.

3) Distraksi

Aktivitas yang dapat mengalihkan perhatian pasien dari rasa sakit, seperti mendengarkan musik, menonton film, atau berbincang dengan keluarga. Distraksi dapat membantu

mengurangi persepsi nyeri dan meningkatkan pengalaman pasien selama pemulihan

4) Mobilisasi dini

Mendorong pasien untuk mulai bergerak dan beraktivitas sesegera mungkin setelah operasi. Mobilisasi dini dapat mempercepat pemulihan, mengurangi risiko pembekuan darah, dan meningkatkan sirkulasi darah

5) Edukasi pasien

Memberikan informasi yang jelas kepada pasien mengenai prosedur, apa yang diharapkan selama dan setelah operasi, serta cara mengelola nyeri. Edukasi ini dapat mengurangi kecemasan dan meningkatkan kepatuhan terhadap rencana perawatan

6) Dukungan emosional

Memberikan dukungan emosional dari tenaga medis, keluarga, atau teman dapat membantu pasien merasa lebih nyaman dan aman selama proses pemulihan

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea**

### **2.2.1 Pengkajian**

Tujuan dari pengkajian adalah untuk memperoleh pemahaman yang objektif mengenai pengalaman subjektif yang dialami oleh klien. Strategi yang mengaitkan pengkajian nyeri dengan pengkajian serta

dokumentasi tanda-tanda vital secara rutin memastikan bahwa pengkajian nyeri dilakukan untuk semua klien. Pengkajian keperawatan pada ibu pasca *sectio caesarea* yang mengalami masalah nyeri akut (Batmomolin & Saudah, 2022) adalah:

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

Merupakan keluhan yang dirasakan klien saat dilakukan pengkajian. pada pasien *post sectio caesarea* keluhan utamanya berupa nyeri pada area abdomen yaitu pada luka operasi. Cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri adalah dengan PQRST :

1. P (provokatif atau paliatif) Ini merujuk pada faktor-faktor yang dapat memperburuk atau meredakan nyeri. Pertanyaan yang dapat diajukan kepada pasien meliputi:

a) Apa yang menyebabkan gejala nyeri ?

b) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri ?

- c) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan ?
2. Q (kualitas atau kuantitas ) Ini berkaitan dengan deskripsi tentang bagaimana nyeri dirasakan oleh pasien. Pertanyaan yang dapat diajukan adalah:
- a) Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan ?
  - b) Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang dirasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?
3. R (Regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi Ini mencakup informasi mengenai lokasi nyeri yang dirasakan pasien. Pertanyaan yang dapat diajukan meliputi:
- a) Dimana gejala nyeri terasa ?
  - b) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat
4. S (Skala) Ini berkaitan dengan seberapa parah atau intensitas nyeri yang dirasakan pasien. Pertanyaan yang dapat diajukan adalah:
- a) seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10

5. T (Time), Ini mencakup informasi mengenai kapan, durasi, frekuensi, dan penyebab nyeri dirasakan. Pertanyaan yang dapat diajukan kepada pasien meliputi :

- a) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan ?
- b) Seberapa sering nyeri terasa, apakah muncul tiba-tiba atau bertahap?
- c) Berapa lama nyeri berlangsung ?
- d) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri yang muncul secara bertahap?

c. Riwayat Penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini mencakup pengkajian data yang dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab dilakukannya operasi *sectio caesarea*. Beberapa faktor yang dapat menjadi penyebabnya antara lain kelainan posisi bayi (seperti letak sungsang dan letak lintang), masalah pada plasenta (seperti plasenta previa, solutio plasenta, plasenta accreta, dan vasa previa), kelainan pada tali pusat (seperti prolaps tali pusat dan tali pusat yang terlilit), kehamilan kembar (multiple pregnancy), preeklampsia, serta pecahnya ketuban sebelum waktunya. Informasi ini akan sangat berguna dalam merencanakan tindakan yang tepat untuk pasien.

d. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat pasien mempunyai penyakit komplikasi Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin abortus dan catatan bedah sebelumnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Dalam pengkajian ini, ditanyakan mengenai faktor-faktor keluarga yang dapat mempengaruhi kehamilan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Pertanyaan ini mencakup apakah ada anggota keluarga klien yang menderita penyakit, terutama penyakit menular yang bersifat kronis. Hal ini penting karena selama kehamilan, daya tahan tubuh ibu tidak menurun, dan jika ada penyakit menular, risiko penularan kepada ibu dapat meningkat, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi janin. Selain itu, perlu dicatat bahwa keputusan untuk melakukan *sectio caesarea* biasanya tidak dipengaruhi oleh faktor keturunan.

f. Riwayat Genikologi dan Obstetri

1. Riwayat Genokologi

a) Riwayat 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.

b) Riwayat Perkawinan

Umur klien dan suami pada waktu nikah, lama menikah, berapa kali menikah.

c) Riwayat Kontrasepsi

Mengenai jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan, masalah yang dihadapi dengan menggunakan kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang direncanakan setelah persalinan sekarang

2. Riwayat Obstetrik

a) Riwayat Kehamilan Sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama hamil, gerakan anak pertama, dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya

b) Riwayat Persalinan Sekarang



Mengkaji riwayat persalinan pasien untuk mengidentifikasi potensi risiko kehamilan, baik pada primigravida (kehamilan pertama) maupun multigravida (kehamilan berulang).

Merupakan persalinan seberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR *Section Caesarea* dalam 1 menit dan 5 menit pertama.

c) Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat.

d) 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 aktivitas sehari-hari

1. Makan dan minum

Selama masa puasa *post sectio caesarea*, 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.

2. 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.

3. istirahat tidur

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

4. personal hygiene

Pemenuhan personal hygiene terganggu seperti mandi, cuci rambut, gosok gigi, gunting kuku. Karena adanya luka operasi pada abdomen ditambah kondisi klien yang lema, Pada pasien *post sectio caesarea* kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya

secara mandiri, Pada pasien *post sectio caesarea* biasanya mengganti pakaian dibantu oleh keluarga.

#### 5. gerakan dan aktivitas

Pada pasien *post sectio caesarea* terjadi gangguan gerak dan aktifitas karena pengaruh anastesi pasca pembedahan, pasien *post sectio caesarea* didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri. Ketidaknyamanan di area bekas operasi dapat membatasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan menghambat pergerakan mereka.

#### h. Pemeriksaan Fisik

##### 1. Keadaan umum

Klien dengan *sectio caesarea* umumnya mengalami kelemahan. Keadaan umum pada pasien post operasi *sectio caesarea* 30 menit pertama kesadaran *semnolen*, 30 menit kemudian pasien sadar penuh dengan kesadaran *composmentis*. Pasien tampak lemas

##### 2. Kesadaran

Pada umumnya *composmentis*

##### 3. Tanda-tanda vital

Tekanan darah normal atau menurun  $< 120/90$  mmHg, nadi meningkat  $> 80$  kali permenit, suhu meningkat  $37,5^{\circ}\text{C}$  dan respirasi meningkat (*takipnue*, *dispneu*, napas dangkal).

4. Pemeriksaan fisik head to toe menurut (Wijaya, 2023).

a) Pemeriksaan kepala wajah

Meliputi penilaian bentuk kepala, kondisi kulit kepala, serta adanya lesi atau benjolan. Pada ibu pasca persalinan, sering ditemukan

b) Pemeriksaan mata

Memeriksa kesimetrisan dan kelengkapan mata, kondisi konjungtiva, kornea, serta ketajaman penglihatan. Ibu pasca *sectio caesarea* sering menunjukkan konjungtiva yang anemis, yang bisa disebabkan oleh anemia atau perdarahan saat persalinan

c) Pemeriksaan Hidung

Meliputi evaluasi tulang hidung, posisi septum, pernapasan melalui cuping hidung, kondisi lubang hidung, serta adanya sekresi, sumbatan, perdarahan, polip, atau nanah

d) Pemeriksaan Telinga

perlu dikaji untuk mengetahui ada serumen atau tidak  
Menilai bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan, dan ketajaman pendengaran

e) Pemeriksaan Mulut

Meliputi kondisi bibir, gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran, dan warna tonsil

f) Pemeriksaan leher

Memeriksa posisi trakea, kelenjar tiroid, dan pembengkakan vena jugularis. Pada ibu pasca persalinan, sering terjadi pembesaran kelenjar tiroid akibat proses meneran yang tidak tepat

g) Pemeriksaan dada

Meliputi inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot bantu pernapasan, pola pernapasan), palpasi (penilaian fremitus vokal), perkusi (melakukan perkusi pada semua area paru dari atas klavikula ke bawah di setiap spasi interkostalis), dan auskultasi (mendengarkan bunyi pernapasan dan suara tambahan). Pada ibu yang mengalami bendungan ASI, diperiksa simetri bentuk payudara, ketegangan, nyeri tekan, serta kondisi puting susu dan areola. Biasanya, ASI belum keluar atau hanya sedikit yang keluar

h) Pemeriksaan abdomen

Mengamati apakah ada distensi perut, kondisi luka operasi (termasuk adanya perdarahan), tinggi fundus uteri, pergerakan usus (bising usus), serta nyeri tekan.

i) Pemeriksaan ekstremitas

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, nyeri tekan atau panas pada betitis, serta indikasi thrombosis vena.

j) Genetalia

Menilai pengeluaran lochea (warna, volume, bau), adanya edema vulva, serta memastikan pemasangan kateter yang baik dan kebersihan pasien, mengingat masih adanya sisa darah pasca operasi

a) Adaptasi psikologis

b) konsep diri

Pada pasien *post sectio caesarea* seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.

5. Data sosial

Pada ibu *sectio caesarea* lebih banyak berinteraksi dengan keluarga dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.

6. Kebutuhan bonding attachment

Pada pasien *post sectio caesarea* membutuhkan interaksi fisik yang dekat dengan bayinya seperti menyusui, interaksi yang positif dengan bayi, bayi mendapat ASI yang cukup untuk tumbuh kembang optimal membantu membangun ikatan emosional yang kuat antara ibu dan anak.

7. Kebutuhan pemenuhan seksual

Masa Pemulihan: Umumnya, dokter menyarankan untuk menunggu sekitar 6-8 minggu setelah operasi caesar sebelum melakukan hubungan seksual.

8. Data 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.

9. Pengetahuan tentang perawatan diri

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

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons klien terhadap pengalaman hidup yang dialaminya, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosa keperawatan

adalah untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

a. Kriteria Mayor dan Minor:

Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk memvalidasi diagnosa, Kriteria minor adalah tanda dan gejala yang mungkin tidak selalu ada, tetapi dapat mendukung penegakan diagnosis.

b. Faktor yang Berhubungan:

Merupakan kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat melengkapi data untuk menegakkan diagnosa atau masalah 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)(Wijaya, 2023).

a. Nyeri Akut (D0077)

1. Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat, dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2. Penyebab:



- Agen pencedera fisiologis (misalnya, inflamasi, iskemia, neoplasma).
- Agen pencedera kimiawi (misalnya, luka bakar, bahan kimia iritan).
- Agen pencedera fisik (misalnya, abses, amputasi, luka bakar, cedera, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

### 3. Gejala & Tanda Mayor:

#### a) Subjektif

- Mengeluh nyeri

#### b) Objektif

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

### 4. Gejala & Tanda Minor:

#### a) Objektif

- Tekanan darah meningkat
- Pola napas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berfikir terganggu

- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- DiaforesisData Mayor:

5. Kondisi Klinis Terkait:

- Kondisi pasca bedah.
- Cedera traumatis.
- Infeksi.
- Sindrom koroner akut.
- Glaukoma.

b. Risiko Infeksi (D.0142)

1. Definisi: Risiko mengalami peningkatan terpapar organisme patogen.

2. Faktor Risiko:

- Penyakit kronis (misalnya, diabetes melitus).
- Efek dari prosedur invasif.
- Malnutrisi.
- Peningkatan paparan organisme patogen di lingkungan.

3. Ketidalcukupan pertahanan tubuh primer

- gangguan peristaltik
- kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH
- penurunan kerja silia
- ketuban pecah lama

- ketuban pecah sebelum waktunya
  - merokok, dan statis cairan tubuh
4. Ketidalcukupan pertahanan tubuh sekunder
- penurunan hemoglobin
  - imunodefisiensi
  - leukopenia
  - supresi respon inflamasi
  - vaksinasi yang tidak memadai
5. Kondisi Klinis Terkait:
- AIDS.
  - Luka bakar.
  - Penyakit paru obstruktif kronis.
  - Diabetes mellitus.
  - Tindakan invasif.
  - Penggunaan terapi steroid.
  - Penyalahgunaan obat.
  - Ketuban pecah sebelum waktunya.
  - Kanker.
  - Gagal ginjal.
  - Imunodefisiensi.
  - Lymphedema.
  - Gangguan fungsi hati.

c. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

1. Definisi: Ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

2. Penyebab:

- Gangguan muskuloskeletal.
- Gangguan
- Kelemahan
- Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- Penurunan motivasi/minat

3. Gejala & Tanda Mayor:

a) Subjektif

- Menolak melakukan perawatan diri

b) Objektif

- Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri
- Minat melakukan perawatan diri kurang

4. Kondisi Klinis Terkait :

- Stroke
- Cedera medulla spinalis ]
- Depresi
- Arthritis reumatoid
- Retardasi mental

- Delirium g Demansia
- Gangguan amnestik
- Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- Fungsi penilaian terganggu

d. Ansietas (D.0080)

1. Definisi

Kondisi emosional dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

2. Penyebab

- Krisis situasional
- Kebutuhan tidak terpenuhi
- Krisis maturasional
- Ancama terhadap konsep diri
- Ancaman terhadap kematian
- Kekhawatiran mengalami kegagalan
- Disfungsi sistem keluarga
- Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan Faktor keturunan (tempereman mudah teragitasi sejak lahir).
- Penyalahgunaan zat.

- Terpapar bahaya lingkungan (misal, Toksin, polutan, dan lain-lain).
- Kurang terpapar informasi.

### 3. Gejala & Tanda Mayor:

#### a) Subjektif

- Merasa bingung
- Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- Sulit berkonsentrasi

#### b) Objektif

- Tampak gelisah
- Tampak tegang
- Sulit tidur

### 4. Gejala & Tanda Minor:

#### a) Subjektif

- Mengeluh pusing
- Anoreksia
- Palpitasi
- Merasa tidak berdaya

#### b) Objektif

- Frekuensi napas meningkat
- Frekuensi nadi meningkat

- Tekanan darah meningkat
- Diaforesis
- Tremor
- Muka tampak pucat
- Suara bergetar
- Kontak mata buruk
- Sering berkemih
- Berorientasi pada masa lalu

#### 5. Kondisi klinis

- Penyakit kronis progresif (misal, Kanker, penyakit autoimun).
- Penyakit akut
- Hospitalisasi
- Rencana operasi
- Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- Penyakit neurologis Tahap tumbuh kembang

#### e. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

##### 1. Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

##### 2. Penyebab

- Kerusakan integritas struktur tulang

- Perubahan metabolisme
- Ketidakbugaran fisik
- Penurunan kendali otot
- Penurunan masa otot
- Keterlambatan perkembangan
- Kekuatan sendi
- Kontraktur
- Malnutrisi
- Gangguan muskuloskeletal
- Gangguan neuromuskular
- Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- Efek agen farmakologi
- Program pembatasan gerak
- Nyeri
- Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- Kecemasan
- Gangguan kognitif
- Keengganan melakukan pergerakan
- Gangguan sensoripresepsi

### 3. Gejala & Tanda Mayor:

- a) Subjektif
  - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- b) Objektif



- Kekuatan otot menurun
- Rentang gerak (ROM) menurun

#### 4. Gejala & Tanda Minor:

##### a) Subjektif

- Nyeri saat bergerak
- Enggan melakukan pergerakan
- Merasa cemas saat bergerak

##### b) Objektif

- Sendi kaku
- Gerakan tidak terkoordinasi
- Gerakan terbatas
- Fisik lemah

#### 5. Bentuk karakteristik

##### • Data Mayor :

Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif : Kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun

##### • Data Minor :

Subjektif : Nyeri saat bergerak, Enggan melakukan pergerakan, Merasa cemas saat bergerak

Objektif : Sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerak terbatas, Fisik lemah.

#### 6. Kondisi klinis

- Stoke
- Cedera medula spinalis
- Fraktur
- Osteoarthritis
- Osteomalasia
- Keganasan
- Post operasi

f. Menyusui Tidak Efektif D.0029.

1. Definisi

Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui

2. Penyebab

a) Fisiologi

- Ketidakadekuatan suplai ASI
- Hambatan pada neonatus (mis. prematuritas, sumbing)
- Anomaly payudara (mis. puting yang masuk kedalam)
- Ketidakadekuatan refleks oksitosin
- Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi
- Payudara bengkak
- Riwayat operasi payudara

- Kelahiran kembar

b) Situonal

- Tidak rawat gabung
- Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui
- Kurangnya dukungan keluarga
- Faktor budaya

3. Gejala & Tanda Mayor

a) Subjektif

- Kelelahan maternal
- Kecemasan maternal

b) Objektif

- Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
- ASI tidak menetes/memancar
- BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
- Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

4. Gejala & Tanda Minor:

a) Objektif

- Intake bayi tidak adekuat
- Bayi menghisap tidak terus menerus
- Bayi menangis saat disusui

- Bayi rewel dan menangis dalam jam-jam pertama setelah menyusui
- Menolak untuk menghisap

#### 5. Kondisi Klinis Terkait

- Abses payudara
- Mastitis
- Carpal tunnel syndrome

#### g. Gangguan Pola Tidur D.0055.

##### 1. Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

##### 2. Penyebab

- Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, Jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- Kurang kontrol tidur
- Kurang privasi
- Restraint fisik
- Ketiadaan teman tidur
- Tidak familiar dengan peralatan tidur

##### 3. Gejala & Tanda Mayor:

###### a) Objektif

- Mengeluh sulit tidur
- Mengeluh sering terjaga
- Mengeluh tidak puas tidur
- Mengeluh pola tidur berubah
- Mengeluh istirahat tidak cukup

#### 4. Gejala & Tanda Minor:

##### a) Subjektif

- Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

#### 5. Kondisi Klinis Terkait

- Nyeri/kolik
- Hipertiroidisme
- Kecemasan
- Penyakit paru obstruktif kronis
- Kehamilan
- Periode pasca partum
- Kondisi pasca operasi

#### h. Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin D.0048.

##### 1. Definisi

Pola fungsi sistem perkemihan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan eliminasi yang dapat ditingkatkan

##### 2. Gejala & Tanda Mayor:

##### a) Subjektif

- Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin
- b) Objektif
- Jumlah urin normal
  - Karakteristik urin normal
3. Gejala & Tanda Minor:
- a) Objektif
- Asupan cairan cukup
4. Kondisi Klinis Terkait
- Cedera medula spinalis
  - Sklerosis multipel
  - Kehamilan
  - Trauma pelvis
  - Pembedahan abdomen
  - Penyakit prostat

### **2.2.3 Perencanaan**

Intervensi keperawatan merupakan bagian integral dari proses perawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara holistik. Dengan melakukan intervensi yang tepat, perawat dapat membantu pasien mencapai pemulihan yang optimal dan meningkatkan kualitas hidup mereka (Batmomolin & Saudah, 2022). Intervensi keperawatan mencakup semua tindakan yang

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

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

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018), 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 terkait dengan kerusakan jaringan tubuh, baik yang aktual maupun fungsional. Nyeri ini dapat bervariasi dari ringan hingga berat dan berlangsung secara terus-menerus. Kriteria hasil yang menunjukkan penurunan tingkat nyeri mencakup.

Manajemen Nyeri (I.08238) dalam Standar Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI, 2018) untuk diagnosis Nyeri Akut meliputi observasi, terapi, edukasi, dan kolaborasi. Observasi mencakup

identifikasi lokasi, karakteristik, skala, serta faktor yang memperberat atau memperingan nyeri, termasuk respons non-verbal, pengaruh budaya, dan dampak nyeri terhadap kualitas hidup, serta pemantauan terapi komplementer dan efek samping analgetik.

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa SDKI	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
Nyeri akut D.0077	<p>Tingkat Nyeri L.08066</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria hasil / Luaran :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menuntaskan aktivitas Meningkat</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Sikap protektif menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kesulitan tidur menurun</li> <li>7. Menarik diri menurun</li> <li>8. Berfokus pada diri sendiri meningkat</li> <li>9. Diaforesis menurun</li> </ol> <p>Perasaan depresi (tertekan) menurun</p>	<p>Manajemen nyeri I.12391</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Monitor keberhasilan terapi non farmakologis (relaksasi nafas dalam) yang sudah diberikan</li> </ol> <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memahami detail nyeri membantu dalam diagnosis yang tepat dan memilih intervensi yang sesuai. Lokasi dan karakteristik nyeri dapat mengindikasikan penyebab yang berbeda.</li> <li>• Menggunakan skala nyeri (seperti skala 0-10) memungkinkan pengukuran objektif dan evaluasi efektivitas terapi nyeri.</li> <li>• Respons non-verbal (seperti ekspresi wajah dan postur) dapat memberikan informasi tambahan tentang tingkat nyeri, terutama pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi secara verbal.</li> <li>• Mengetahui faktor pemicu atau pengurang nyeri membantu dalam merencanakan intervensi yang lebih efektif dan individual.</li> <li>• Nyeri yang tidak terkelola dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari, kesehatan mental, dan kualitas hidup secara keseluruhan.</li> </ul>



10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun	2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis; suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan)	<b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Mengurangi Persepsi Nyeri, Meningkatkan Sirkulasi Darah, Relaksasi Otot, Meningkatkan Mobilitas</li></ul>
11. Anoreksia menurun	3. Fasilitasi istirahat dan tidur	<b>Edukasi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Penjelasan yang jelas membantu pasien memahami kondisi mereka dan mengurangi kecemasan.</li></ul>
12. Perineum terasa tertekan menurun	4. Pertimbangkan kembali dalam Pemilihan strategi meredakan nyeri yang tepat untuk pasien	<ul style="list-style-type: none"><li>Memberikan informasi tentang strategi yang tersedia memungkinkan pasien untuk berpartisipasi aktif dalam manajemen nyeri mereka.</li><li>Memberdayakan pasien dengan teknik ini dapat meningkatkan kontrol mereka terhadap nyeri.</li></ul>
13. Uterus teraba membulat menurun	c. Edukasi	<b>Kolaborasi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Kerja sama antara tim medis dan pasien dalam pemberian analgetik memastikan manajemen nyeri yang efektif dan aman.</li></ul>
14. Ketegangan otot menurun	1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	
15. Pupil dilatasi menurun	2. Jelaskan strategi meredakan nyeri	
16. Muntah menurun	3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	
17. Mual menurun	4. Anjurkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri	
18. Frekuensi nadi membaik	d. Kolaborasi	
19. Pola napas membaik	1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
20. Tekanan darah membaik		
21. Proses berpikir membaik		
22. Fokus membaik		
23. Pola napas membaik		
24. Tekanan darah membaik		
25. Proses berpikir membaik		
26. Fokus membaik		
27. Fungsi berkemih membaik		
28. Perilaku membaik		
29. Nafsu makan membaik		
30. Pola fikir membaik		

Risiko infesi (D.0142)	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Kriteria Hasil Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat Skor : Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5 3. Demam menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Bengkak menurun 7. Vesikel menurun 8. Cairan berbau busuk menurun 9. Sputum berwarna hijau menurun 10. Drainase purulen menurun 11. Piuria menurun 12. Periode malaise menurun 13. Periode menggigil menurun 14. Letargi menurun	Pencegahan infeksi (I.14508) a. Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik b. Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi c. Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka	<b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Memantau tanda-tanda seperti demam, kemerahan, nyeri, bengkak,/keluar cairan dari luka</li> </ul> <b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengurangi paparan terhadap mikroorganisme dari luar yang dapat meningkatkan risiko infeksi</li> <li>Mencuci tangan adalah tindakan utama untuk mencegah penyebaran infeksi</li> </ul> <b>Edukasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Memastikan pasien dan keluarga mampu mengenai tanda awal infeksi sejak dini sehingga dapat segala melaporkan kepada tim medis</li> <li>Teknik mencuci tangan yang benar membantu mencegah penyebaran mikroorganisme patogen ke pasien</li> <li>Etika batuk yang baik (menutup mulut dengan tisu/lengan bagian dalam) membantu mengurangi doplet yang berpotensi menularkan infeksi saluran pernapasan</li> <li>Pasien dan keluarga mampu memantau luka dengan benar dapat mendeteksi tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak/keluarnya cairan lebih awal nutrisi yang cukup membantu memperkuat sistem kekebalan tubuh dan mempercepat proses penyembuhan</li> </ul>
------------------------	---	---	---

	15. Gangguan kognitif menurun Skor : Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup Membaik 4, Membaik 5	dan luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	• Asupan nutrisi yang adekuat penting untuk mempercepat proses penyembuhan luka, memperkuat sistem imun tubuh, serta mencegah infeksi pasca operasi. Zat gizi seperti protein, vitamin C, zinc, dan zat besi membantu dalam proses regenerasi jaringan dan mencegah anemia setelah perdarahan persalinan
	16. Kadar sel darah putih membaik	d. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	
	17. Kultur darah membaik		<b>Kolaborasi</b>
	18. Kultur urine membaik		• Pemberian imunisasi seperti vaksin tetanus toxoid (TT), hepatitis B, atau lainnya (jika diperlukan berdasarkan status pasien) bertujuan untuk mencegah infeksi pada ibu pasca operasi atau melindungi bayi melalui antibodi pasif. Kolaborasi ini penting dilakukan oleh tim keperawatan dengan dokter untuk memastikan pencegahan penyakit menular dan meningkatkan perlindungan ibu serta bayi..
	19. Kultur sputum membaik		
	20. Kultur area luka membaik		
	21. Kultur feses membaik Nafsu makan membaik		
Defisit perawatan diri (D.0109)	Perawatan diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perawatan diri meningkat Kriteria Hasil Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5	Dukungan perawatan diri (I.11348) a. Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat	<b>Observasi</b> • Mengetahui kebiasaan perawatan diri pasien sebelum sakit membantu perawat dalam merancang pendekatan yang sesuai, menghargai kebiasaan pribadi, dan meningkatkan kenyamanan serta kepatuhan pasien. • emantauan ini memberikan gambaran sejauh mana pasien mampu melakukan perawatan diri secara

1. Kemampuan mandi meningkat	bantu kebersihan diri, berpakaian,	mandiri, sehingga perawat dapat menentukan kebutuhan bantuan dan target kemandirian pasien.
2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	b. Terapeutik	• Pemenuhan alat bantu yang dibutuhkan akan mempercepat proses kemandirian dan meningkatkan rasa percaya diri pasien dalam merawat dirinya.
3. Kemampuan makan meningkat	1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis.	<b>Terapeutik</b>
4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat	suasana hangat, rileks, privasi)	• Lingkungan yang nyaman dan mendukung dapat meningkatkan rasa aman dan mengurangi kecemasan, sehingga pasien lebih termotivasi melakukan aktivitas perawatan diri.
5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	2. Siapkan keperluan pribadi(mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)	• Ketersediaan perlengkapan pribadi membuat pasien merasa dihargai dan mendorong kebiasaan perawatan diri seperti di rumah.
6. Minat melakukan perawatan diri meningkat	3. Dampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri	• Membantu pasien menerima kondisi sementara (ketergantungan) dapat mengurangi stres dan mempercepat proses adaptasi emosional.
7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	• Menunjang kemandirian akan meningkatkan harga diri, mempercepat pemulihan, dan mengurangi risiko ketergantungan jangka panjang.
8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	• Rutinitas yang terstruktur membantu pasien membentuk kebiasaan sehat, mempercepat kembalinya fungsi normal, dan meningkatkan kualitas hidup.
	6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	
	c. Edukasi	
	1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan	
<b>Edukasi</b>		

				<ul style="list-style-type: none"><li>Edukasi yang disesuaikan dengan kemampuan pasien membantu meningkatkan motivasi, kepatuhan, dan hasil kesehatan jangka panjang. Konsistensi penting untuk mempertahankan kebersihan, harga diri, dan pencegahan infeksi.</li></ul>
Ansietas (D.0080)	Tingkat ansietas (L.09093)  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun.  Kriteria Hasil Skor : Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5  1. Verbalisasi kebingungan menurun  2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun  3. Perilaku gelisah menurun  4. Perilaku tegang menurun  5. Keluhan menurun  6. Anoreksia menurun  7. Palpitasi menurun  8. Diaforesis menurun  9. Tremor menurun  10. Pucat menurun	Reduksi ansietas (I.09134)  a. Observasi  1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)  2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan  3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)  b. Terapeutik  1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan  2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan  3. Pahami situasi yang membuat ansietas	<b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Mengenali waktu atau situasi yang memicu ansietas memungkinkan intervensi dilakukan lebih awal untuk mencegah peningkatan kecemasan.</li><li>Tingkat ansietas yang tinggi dapat menurunkan kemampuan mengambil keputusan. Pemahaman ini membantu perawat dalam menentukan cara komunikasi dan pemberian informasi yang tepat.</li><li>Tanda ansietas seperti gelisah, cemas, atau bicara cepat merupakan indikator penting dalam menilai tingkat kecemasan pasien dan menyesuaikan intervensi.</li></ul> <b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Lingkungan yang aman dan mendukung secara emosional membantu menurunkan respons stres dan menumbuhkan rasa percaya pada perawat.</li><li>Kehadiran perawat memberikan rasa aman dan mengurangi rasa kesepian yang memperburuk ansietas.</li><li>Memahami penyebab kecemasan memungkinkan</li></ul>	

Skor : Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup Membaik 4, Membaik 5	4. Dengarkan dengan penuh perhatian	intervensi disesuaikan secara individual dan lebih efektif.
11. Konsentrasi Membaik	5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendengarkan aktif membantu pasien merasa dihargai dan didukung, yang menurunkan kecemasan.</li> </ul>
12. Pola tidur Membaik	6. Tempatkan barang pribadi yang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikap tenang perawat membantu menularkan ketenangan pada pasien dan mencegah eskalasi kecemasan.</li> </ul>
13. Frekuensi pernapasan Membaik	7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barang pribadi seperti bantal, foto keluarga, atau pakaian favorit dapat memberikan rasa aman dan familiar bagi pasien.</li> </ul>
14. Frekuensi nadi Membaik	8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu pasien mengenali pemicu kecemasan mendukung kontrol diri dan strategi koping yang lebih baik.</li> </ul>
15. Tekanan darah Membaik		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan informasi dan perencanaan dapat menurunkan ketidakpastian dan rasa takut terhadap masa depan.</li> </ul>
16. Kontak mata Membaik		<b>Edukasi</b>
17. Pola berkemih Membaik	c. Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukasi mengurangi ketidakpastian dan rasa takut terhadap prosedur medis yang akan dilakukan.</li> </ul>
18. Orientasi Membaik	1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasi yang jelas dan benar membantu pasien merasa lebih terkendali dan tenang.</li> </ul>
	2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehadiran orang yang dicintai memberikan dukungan emosional yang kuat dan meningkatkan rasa aman.</li> </ul>
	3. Anjurkan keluarga untuk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitas ringan yang menyenangkan dapat mengalihkan pikiran dari kecemasan dan meningkatkan suasana hati.</li> </ul>

		<p>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>6. Latih kegiatan pengelihatan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>8. Latih teknik relaksasi</p> <p>d. Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>	<p>tetap bersama pasien, Jika perlu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspresi emosi secara verbal adalah bentuk katarsis yang membantu mengurangi beban mental.</li> <li>• Aktivitas seperti menggambar, membaca, atau mendengarkan musik dapat mengalihkan pikiran dari stressor.</li> <li>• Mengembangkan mekanisme adaptif membantu pasien menghadapi stres secara lebih sehat dan produktif.</li> <li>• Teknik seperti napas dalam, visualisasi positif, atau meditasi terbukti efektif menurunkan respons fisiologis dari kecemasan.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pada tingkat kecemasan sedang hingga berat, terapi farmakologis seperti benzodiazepin atau antidepresan tertentu diperlukan untuk menstabilkan kondisi emosi pasien secara cepat dan memungkinkan penerapan intervensi non-farmakologis dengan lebih efektif. Harus dilakukan atas indikasi medis.</li> </ul>
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	<p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik Meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <p>Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5</p>	<p>Dukungan mobilitas (I.05173)</p> <p>a. Observasi</p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri atau keluhan fisik yang tidak teridentifikasi dapat menjadi hambatan dalam proses mobilisasi, meningkatkan risiko cedera atau ketidaknyamanan.</li> <li>• Menilai kemampuan pasien dalam bergerak membantu menentukan sejauh mana mobilisasi aman dilakukan, serta mencegah kelelahan atau kejatuhan.</li> </ul>

1. Pergerakan ekstremitas Meningkat	3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanda-tanda vital memberikan informasi penting terkait kesiapan fisiologis pasien untuk bergerak dan membantu mencegah komplikasi seperti hipotensi ortostatik.</li> <li>• Pemantauan memungkinkan perawat mendeteksi gejala kelelahan, pusing, atau nyeri selama mobilisasi sehingga intervensi segera dapat dilakukan untuk menjaga keselamatan pasien.</li> </ul>
2. Kekuatan otot Meningkat	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	
3. Rentang gerak (ROM) Meningkat		
4. Skor : Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5	b. Terapeutik	
5. Nyeri Meningkat	1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)	
6. Cemas Meningkat	2. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu	
7. Kaku sendi Meningkat	3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	
8. Gerakan tidak terkoordinasi Meningkat		
9. Gerakan terbatas Meningkat		
10. Kelemahan fisik Meningkat		
	c. Edukasi	
	1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	
	2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	
	3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang	
		<p><b>Teurapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alat bantu memberikan dukungan fisik dan rasa aman selama mobilisasi, terutama pada pasien post operasi atau yang baru belajar bergerak kembali.</li> <li>• Bantuan dalam pergerakan mencegah kelelahan berlebih dan meminimalkan risiko jatuh serta meningkatkan rasa percaya diri pasien.</li> <li>• Dukungan emosional dan fisik dari keluarga dapat meningkatkan motivasi pasien untuk aktif dan mempercepat proses pemulihan.</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengetahuan tentang manfaat mobilisasi (misalnya mencegah DVT, pneumonia, mempercepat pemulihan) meningkatkan motivasi dan kepatuhan pasien.</li> <li>• Mobilisasi dini terbukti mencegah komplikasi pasca operasi seperti ileus, trombosis vena dalam, dan dekubitus,</li> </ul>



				harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	serta mempercepat kemandirian pasien. <ul style="list-style-type: none"> <li>Latihan bertahap ini membangun kekuatan otot, koordinasi, dan kepercayaan diri, serta membantu pasien bertransisi dari ketergantungan ke kemandirian.</li> </ul>
Menyusui	Status	Menyusui	Edukasi	Menyusui	<b>Observasi</b>
Tidak	(L.03029)		(I.12393)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Setiap ibu memiliki tingkat kesiapan yang berbeda dalam menerima informasi. Pengkajian ini penting untuk menyesuaikan pendekatan edukasi agar lebih efektif.</li> <li>Mengetahui motivasi dan tujuan ibu membantu perawat memberikan dukungan yang lebih personal dan memperkuat komitmen ibu dalam menyusui.</li> </ul>
Efektif	Tujuan :		a. Observasi		<b>Terapeutik</b>
D.0029.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status menyusui Membaik		1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi		<ul style="list-style-type: none"> <li>Materi visual atau tertulis membantu memperkuat pemahaman ibu dan dapat dijadikan sumber belajar mandiri di rumah.</li> <li>Edukasi yang terjadwal sesuai kenyamanan ibu meningkatkan penerimaan, konsentrasi, dan efektivitas komunikasi.</li> <li>Menjawab pertanyaan secara langsung dapat mengklarifikasi keraguan, membangun hubungan saling percaya, dan memperkuat pengetahuan ibu.</li> <li>Kepercayaan diri ibu berpengaruh besar terhadap keberhasilan menyusui eksklusif, terutama pada ibu post</li> </ul>
	Kriteria Hasil :		2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui		
	Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5		b. Terapeutik		
	1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat		1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan		
	2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat		2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan		
	3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/ 24 jam meningkat		3. Berikan kesempatan untuk bertanya		
	4. Berat badan bayi meningkat		4. Dukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui		
	5. Tetesan/pancaran ASI meningkat				
	6. Suplai ASI adekuat meningkat				

7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan menurun	5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat	SC yang cenderung ragu karena kondisi pascaoperasi.
8. Kepercayaan diri ibu meningkat		• Dukungan dari lingkungan sekitar dapat meningkatkan keberhasilan menyusui dan membuat ibu merasa tidak sendirian dalam proses adaptasi pascapersalinan.
9. Bayi tidur setelah menyusui meningkat	c. Edukasi	<b>Edukasi</b>
10. Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat	1. Berikan konseling menyusui	• Konseling memungkinkan ibu mendapatkan informasi menyeluruh dan mengatasi hambatan menyusui sejak dini.
11. Intake bayi meningkat	Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	• Pemahaman tentang manfaat menyusui dapat memotivasi ibu untuk tetap berkomitmen pada ASI eksklusif.
12. Hisapan bayi meningkat	2. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan peletakan (lactation) dengan benar	• Posisi dan pelekatan yang salah adalah penyebab umum nyeri puting dan gagalnya pemberian ASI; edukasi ini meningkatkan kenyamanan dan keberhasilan menyusui.
Skor : Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5	3. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa	• Perawatan payudara sejak kehamilan membantu mempersiapkan jaringan payudara untuk menyusui dan mencegah masalah seperti puting kering atau luka.
13. Lecet pada puting menurun	4. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	• Teknik ini membantu memperlancar pengeluaran ASI, mencegah bendungan ASI dan mastitis, serta meningkatkan produksi ASI.
14. Kelelahan maternal menurun		
15. Kecemasan maternal menurun		
16. Bayi rewel menurun		
17. Bayi menangis setelah menyusui menurun		
18. Frekuensi miksi bayi membaik		

Gangguan	Pola Tidur (L.05045)	Dukungan Tidur (I.09265)	Observasi
Pola Tidur D.0055.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur Membaik</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan beraktivitas meningkat</li> <li>2. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>3. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>4. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>5. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>6. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>2. Batas waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengetahui kebiasaan tidur pasien membantu dalam menyesuaikan intervensi untuk memfasilitasi tidur yang lebih efektif dan nyaman.</li> <li>• Gangguan tidur seringkali berakar dari kondisi fisik (nyeri, tidak nyaman) atau psikologis (cemas, stres); mengenali penyebab mempermudah perawat menentukan pendekatan intervensi yang tepat.</li> <li>• Konsumsi stimulan (kopi, teh) atau makanan berat sebelum tidur dapat mengganggu onset tidur dan kualitas tidur; identifikasi ini membantu dalam penyuluhan gizi yang mendukung tidur.</li> <li>• Beberapa obat tidur dapat menekan fase tidur REM atau menimbulkan ketergantungan. Mengetahui penggunaannya penting agar intervensi nonfarmakologi bisa diprioritaskan.</li> </ul> <p><b>Teurapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ingkungan tidur yang nyaman dan minim stimulasi sensorik penting untuk memfasilitasi onset dan kualitas tidur.</li> <li>• Tidur siang terlalu lama atau terlalu sore dapat mengganggu ritme sirkadian dan membuat pasien sulit tidur di malam hari.</li> <li>• Stres dan kecemasan adalah penyebab umum insomnia. Aktivitas seperti relaksasi ringan atau percakapan santai</li> </ul>

4. Tetapkan jadwal tidur rutin	sebelum tidur membantu menenangkan pikiran.
5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsistensi waktu tidur dan bangun membantu mengatur ritme sirkadian alami tubuh, meningkatkan kualitas tidur jangka panjang.</li> <li>• Intervensi fisik ringan membantu relaksasi otot dan mengurangi ketegangan tubuh, sehingga mendukung proses tidur.</li> </ul>
6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian obat atau tindakan medis di luar waktu tidur dapat mengganggu istirahat pasien. Penyesuaian jadwal mendukung tidur yang tidak terputus.</li> </ul>
<b>Edukasi</b>	
c. Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidur yang cukup mempercepat proses penyembuhan, memperkuat sistem imun, dan meningkatkan kesejahteraan mental pasien.</li> </ul>
1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	
2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kebiasaan waktu tidur yang konsisten membantu tubuh mengenali waktu istirahat dan mendukung ritme biologis alami.</li> </ul>
3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menghindari stimulan dan makanan berat sebelum tidur mengurangi gangguan pencernaan atau kegelisahan yang bisa mengganggu tidur.</li> </ul>
4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidur REM penting untuk pemulihan psikologis dan kognitif. Obat yang menekan fase ini menurunkan kualitas tidur dan bisa menyebabkan kelelahan esok harinya.</li> </ul>

			terhadap tidur REM	• Memahami faktor penyebab memungkinkan pasien melakukan perubahan gaya hidup atau strategi koping untuk memperbaiki pola tidur.
			5. Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)	• Teknik relaksasi terbukti efektif dalam menurunkan stres dan ketegangan otot, mempercepat onset tidur, dan meningkatkan kualitas tidur tanpa efek samping obat.
			6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	
Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin D.0048.	Eliminasi Urine (L.04034) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan eliminasi urine Membaik Kriteria Hasil : Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5 1. Sensasi berkemih meningkat Skor : Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5 2. Desakan berkemih (urgensi) menurun	Manajemen Eliminasi Urine (I.04152) a. Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin 3. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)	Observasi • Tanda seperti tidak bisa berkemih, sering buang air kecil, atau kebocoran urine perlu dikenali untuk menentukan jenis gangguan eliminasi dan penanganannya. • Faktor seperti trauma pasca operasi, penggunaan kateter, efek obat, atau gangguan neurologis harus dikenali untuk menentukan pendekatan intervensi yang sesuai. • Perubahan warna (kuning tua, merah), volume (oliguria/poliuria), dan aroma urine dapat menunjukkan dehidrasi, infeksi, atau gangguan fungsi ginjal. Terapeutik • Pencatatan membantu mengidentifikasi pola eliminasi dan memantau kemungkinan	

3. Distensi kandung kemih menurun	b. Terapiutik	inkontinensia atau retensi.
4. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) menurun	1. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pada kasus tertentu seperti inkontinensia berat atau penyakit jantung, pembatasan cairan diperlukan untuk mencegah beban kerja ginjal dan retensi cairan.</li> </ul>
5. Volume residu urine menurun	2. Batasi asupan cairan, jika perlu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengambilan urine dengan teknik bersih penting untuk diagnosis infeksi saluran kemih dan menentukan terapi antibiotik yang tepat.</li> </ul>
6. Urin menetes (dribbling) menurun	3. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur	
	c. Edukasi	Edukasi
	1. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukasi ini membantu deteksi dini ISK seperti nyeri saat BAK, urine keruh/berbau, atau demam, sehingga penanganan cepat bisa dilakukan.</li> </ul>
	2. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring cairan masuk dan keluar penting untuk keseimbangan cairan tubuh dan deteksi dini gangguan eliminasi.</li> </ul>
	3. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teknik yang benar mencegah kontaminasi dan menghasilkan hasil pemeriksaan laboratorium yang akurat.</li> </ul>
	4. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesadaran tubuh terhadap sinyal berkemih membantu mencegah retensi dan inkontinensia fungsional.</li> </ul>
	5. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Latihan ini efektif meningkatkan kontrol kandung kemih, terutama pada wanita post-partum atau lansia dengan inkontinensia urin.</li> </ul>
	6. Anjurkan minum yang cukup, jika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidrasi cukup membantu pembilasan saluran kemih dan mencegah ISK serta kristal/kalkuli urine.</li> <li>• Menghindari minum berlebihan di malam hari</li> </ul>

	tidak ada kontraindikasi	mengurangi nokturia dan meningkatkan kualitas tidur.
7.	Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur	Kolaborasi
d.	Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obat uretra supositoria seperti antispasmodik atau antibiotik lokal dapat digunakan untuk mengatasi infeksi lokal atau memfasilitasi relaksasi otot uretra dalam kasus retensi atau inkontinensia. Pemberian obat ini memerlukan indikasi dan pengawasan medis.</li> </ul>

#### 2.2.4 Pelaksanaan

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 (Batmomolin & Saudah, 2022).

### **2.2.5 Evaluasi**

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: Analysis , yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif,

P: Planning, yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Batmomolin & Saudah, 2022).

## **2.3 Konsep Nyeri akut**

### **2.3.1. Pengertian Nyeri Akut**

Nyeri akut dapat didefinisikan sebagai nyeri yang muncul setelah cedera mendadak, penyakit, atau intervensi bedah. Nyeri ini



memiliki onset yang cepat dengan intensitas yang bervariasi, mulai dari ringan hingga berat, dan biasanya berlangsung dalam waktu singkat (kurang dari enam bulan), serta akan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah area yang terkena pulih. Umumnya, nyeri akut berlangsung dalam waktu yang singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut sering menunjukkan gejala seperti peningkatan keringat, serta peningkatan denyut jantung dan tekanan darah (Masitoh, 2024).

Nyeri akut merupakan nyeri yang muncul secara tiba-tiba dan cepat mereda, serta ditandai dengan peningkatan ketegangan otot. Nyeri ini menunjukkan bahwa telah terjadi kerusakan atau cedera. Jika kerusakan tersebut bersifat sementara dan tidak disertai penyakit sistemik, nyeri akut biasanya akan berkurang seiring dengan proses penyembuhan. Umumnya, nyeri ini berlangsung kurang dari enam bulan, seringkali bahkan kurang dari satu bulan. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat diartikan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Menariknya, nyeri ini berfungsi sebagai sinyal bagi pasien untuk menghindari situasi yang dapat menyebabkan nyeri serupa di masa depan (Batmomolin & Saudah, 2022)

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak setelah terjadinya cedera, penyakit, atau tindakan bedah, dengan awal yang cepat dan tingkat intensitas yang bervariasi, mulai dari

ringan hingga berat. Umumnya, nyeri ini berlangsung dalam waktu singkat, kurang dari enam bulan, dan akan hilang seiring dengan proses penyembuhan pada area yang terdampak.

### **2.3.2. Tanda dan Gejala**

Penyebab nyeri pada pasien *post sectio caesarea* dapat meliputi beberapa faktor, seperti kekakuan sendi, postur tubuh yang buruk, kontraksi otot, serta nyeri akibat tekanan jika pasien tidak segera digerakkan. Mobilisasi menjadi faktor kunci dalam mempercepat proses pemulihan dan mencegah komplikasi pascaoperasi. Melakukan mobilisasi secara cepat dan bertahap sangat bermanfaat untuk mempercepat penyembuhan luka, serta mencegah infeksi dan oklusi vena. Dengan mobilisasi yang tepat, pasien dapat meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi risiko pembekuan, dan memperbaiki fungsi otot serta sendi, yang semuanya berkontribusi pada pemulihan yang lebih baik (Ginting et al., 2024).

### **2.3.3. Penilaian dan Pengukuran**

#### **a. *Face Pain Rating Sectio Caesareaale* (Wong dan Baker)**

Skala penilaian nyeri yang menggunakan gambar ekspresi wajah menggambarkan rentang dari senyuman atau ekspresi gembira hingga wajah yang menangis, yang mencerminkan rasa nyeri yang sangat parah. Pasien dapat memilih gambar yang paling

sesuai untuk menggambarkan tingkat nyeri yang mereka alami. Menurut (Wong, D. L., & Baker, 2020), metode pengukuran nyeri ini dikenal sebagai *Face Pain Rating Scale*, yang terdiri dari enam wajah kartun, mulai dari wajah yang tersenyum untuk menunjukkan "tidak ada nyeri" hingga wajah yang menangis untuk menunjukkan "nyeri berat."

**Gambar 2. 2 Konsep Nyeri**

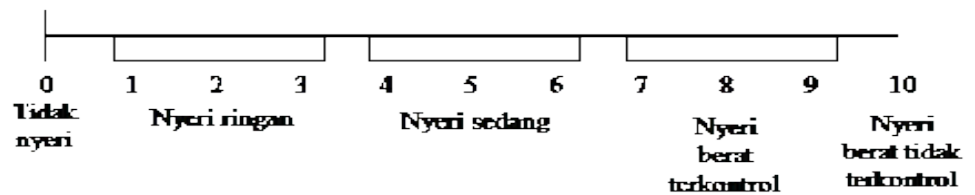


sumber : (Wong, D. L., & Baker, 2020)

b. *Numerical Rating Sectio Caesareaales* (NRS)

Skala penilaian numerik (Numerical Rating Scale, NRS) sering digunakan sebagai pengganti alat deskripsi kata untuk menilai nyeri. Dalam pendekatan ini, pasien diminta untuk mengevaluasi intensitas nyeri yang mereka alami pada skala dari nol hingga, Dalam skala NRS, angka "0" berarti tidak ada nyeri, sedangkan angka "10" menunjukkan nyeri yang paling parah yang dapat dibayangkan. Skor antara 1-3 menunjukkan nyeri ringan, 4-6 menunjukkan nyeri sedang, dan 7-10 menunjukkan nyeri berat (Annisa, 2021).

**Gambar 2. 3 Skala Nyeri**



Sumber : (Annisa, 2021)

#### **2.3.4. Manajemen Nyeri Akut Pada Pasien Post Sectio Caesarea**

##### **a. Farmakologi**

Manajemen nyeri akut pada pasien setelah *sectio caesarea* dengan pendekatan farmakologi mencakup penggunaan analgesik non-opioid, opioid, serta teknik anestesi regional. Penting untuk menerapkan pendekatan yang sesuai dan menyesuaikan pengobatan secara individual agar dapat mencapai kontrol nyeri yang efektif dan mendukung proses pemulihan pasien (Ningsih et al., 2023).

##### **b. Non Farmakologi**

Teknik napas dalam adalah pendekatan sederhana namun efektif yang memanfaatkan mekanisme fisiologis tubuh untuk menekan transmisi sinyal nyeri ke otak melalui peningkatan oksigenasi dan pengaktifan sistem saraf parasimpatis. (Amita et al., 2018)

## **2.4 Konsep Teknik Relaksasi nafas dalam**

### **2.4.1. Definisi**

Teknik relaksasi merupakan teknik untuk mengurangi nyeri dengan merelaksasikan otot. Teknik relaksasi efektif dalam menurunkan skala nyeri paska operasi Latihan pernafasan dan teknik relaksasi dapat menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi jantung dan ketegangan otot yang menghentikan siklus nyeri, ansietas dan ketegangan otot (Fitri et al., 2024).

Teknik relaksasi nafas dalam adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata (Masitoh, 2024) Selain menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat menciptakan kondisi rileks dalam tubuh.

#### **2.4.2. Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Tujuan dari relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress fisik maupun emosional yaitu intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan (Susilawati et al., 2023).

#### **2.4.3. Indikasi Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

- a. Pasien yang mengalami nyeri akut tingkat ringan sampai dengan sedang akibat penyakit yang kooperatif.
- b. Pasien dengan nyeri kronis

- c. Nyeri paska operasi
- d. Pasien yang mengalami stress (Masitoh, 2024)

#### **2.4.4. Kontraindikasi Relaksasi Nafas Dalam**

Teknik ini tidak disarankan untuk pasien dengan penyakit jantung atau gangguan pernapasan berat (Fitri et al., 2024)

#### **2.4.5. Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Menurut (Fitri et al., 2024) langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut :

- a. Posisi Nyaman:
  - Duduk atau berbaring dalam posisi yang nyaman.
  - Usahakan tempat tenang dan minim gangguan.
- b. Pejamkan Mata:
  - Ini bertujuan untuk meningkatkan konsentrasi dan mengurangi stimulasi eksternal.
- c. Tarik Nafas Dalam:
  - Tarik napas secara perlahan dan dalam melalui hidung.
  - Isi paru-paru sampai ke perut (pernapasan diafragma).
  - Rasakan perut mengembang, bukan dada.
- d. Tahan Napas:
  - Tahan selama beberapa detik ( $\pm$  3–5 detik), sesuai kenyamanan.

e. Hembuskan Nafas Perlahan:

- Keluarkan udara perlahan-lahan melalui mulut.
- Rasakan tubuh mulai rileks.

f. Ulangi Secara Berirama:

- Lakukan latihan ini secara berirama, perlahan dan nyaman.
- Ulangi 5–10 kali atau selama  $\pm$  10–15 menit.

Menurut (Susilawati et al., 2023)

- a. Melakukan satu siklus relaksasi nafas dalam selama 5-10 menit.
- b. Frekuensi pelaksanaan dapat dilakukan 3 sampai 5 kali dalam sehari, terutama pada hari pasca operasi (hari ke-0, 1, dan 2)
- c. Teknik ini melibatkan pengajaran kepada pasien tentang cara menarik nafas dalam dan menghembuskan nafas perlahan.

#### **2.4.6. Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Manfaat relaksasi nafas dalam yaitu terjadinya penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera dan periode kewaspadaan yang santai. Selain itu relaksasi nafas dalam juga memiliki keuntungan diantaranya dapat dilakukan setiap saat, kapan saja dan dimana saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien atau klien tanpa media serta dapat merileksasikan otot-otot yang tegang (Masitoh, 2024)

#### **2.4.7. Faktor Yang Mempengaruhi Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri**

Teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan tingkat nyeri yaitu:

- a. Dengan merileksasikan otot skelet yang mengalami spasme atau ketegangan yang disebabkan oleh insisi / trauma jaringan saat pembedahan.
- b. Relaksasi otot skelet akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan nyeri. Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkefalin (Masitoh, 2024)