

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
*SECTIO CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT  
DI RUANG KALIMAYA BAWAH  
RSUD DR SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya  
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan  
UNIVERSITAS Bhakti Kencana Bandung

**Oleh :**

**LIZA HARTININGSIH**

**NIM : AKX.17.040**



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Liza Hartiningsih  
Nim : AKX. 17. 040  
Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas  
Bhakti Kencana  
Judul KTI : Asuhan keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang kaliamaya bawah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis tesis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam Karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bengkulu, 17 Juni 2020  
Yang Membuat Pernyataan



Liza Hartiningsih  
AKX. 17. 040

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
*SECTIO CAESAREA* DENGAN NYERI AKUT  
DI RUANG KALIMAYA BAWAH  
RSUD DR. SLAMET GARUT**

**OLEH  
LIZA HARTININGSIH  
AKX. 17. 040**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera di bawah ini

**Menyetujui,**

**Pembimbing Utama**

**Pembimbing Pendamping**



**Ingrid Dirgahayu, S.Kp., M.KM**  
**NIK: 10104019**

**Anggi Jamivanti S.Kep., Ners**  
**NIK: 10114149**

**Mengetahui,**

**Prodi DIII Keperawatan  
Ketua**



**Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep**  
**NIK : 02001020009**

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST OPERASI  
SECTIO CAESAREA DENGAN NYERI AKUT  
DI RUAN KALIMAYA BAWAH  
RSUD DR. SLAMET GARUT**

**OLEH  
LIZA HARTININGSIH  
AKX. 17. 040**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal,

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Ingrid Dirgahayu S.Kp M.KM  
(Pembimbing Utama)**

(.....)

**Anggota :**

**1. Vina Vitniawati, S.Kep., M.Kep  
(Penguji I)**

(.....)

**2. Hj. Sri Mulyati R, S.Kp.,M.Kes  
(Penguji II)**

(.....)

**3. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners  
(Pembimbing Pendamping)**

(.....)

**Menyetujui  
Universitas Bhakti Kencana Bandung  
Dekan,**



**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep**

**NIK: 10107064**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Liza Hartiningsih  
NPM : Akx.17.040  
Fakultas : Keperawatan  
Prodi : D3 Kep.Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul:  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI *SECTIO CAESAREA*  
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH  
RSUD DR. SLAMET GARUT**

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya *bersedia menerima sanksi* sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, .....20.....

Yang membuat pernyataan,

Matera  
  


Liza Hartiningsih

Pembimbing I



(Ingrid Dirgahayu, S.Kp.M.KM)

Pembimbing II



(Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners)



PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA  
Jl. Soekarno Hatta No. 754 Cibiru, Bandung. Web:  
[perpustakaan.bku@gmail.com](mailto:perpustakaan.bku@gmail.com)

---

### SURAT BEBAS PERPUSTAKAAN

Nama : Liza Hartiningsih  
No. Registrasi : AKX.17.040  
Fakultas : Keperawatan  
Prodi : D3 Kep.Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik  
Alamat : Jl.Fawa No.07, Taman Cipadung Indah, Panyileukan,Cibiru,Bandung

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut telah bebas administrasi Perpustakaan Universitas Bhakti Kencana

Demikian Surat Bebas Perpustakaan ini dibuat sebagai salah satu syarat untuk Mengambil Ijazah dan Transkrip.

Perpustakaan  
Universitas  
Bhakti Kencana

(Rosy Rosyatasary, S.IIP)

KELENGKAPAN PERSYARATAN MENDAPATKAN IJAZAH			
KELENGKAPAN PERSYARATAN	<input type="checkbox"/> Bebas Pinjam	<input type="checkbox"/> Unggah Mandiri	<input type="checkbox"/> Kontribusi Buku
<b>CATATAN PENTING!</b>			
1. Data digital (softfile) karya tulis ilmiah mahasiswa (Skripsi, Tesis, TA, KTI) wajib diunggah secara mandiri pada laman: <a href="http://perpustakaan.stfb.ac.id/">http://perpustakaan.stfb.ac.id/</a> 2. Setelah proses unggah selesai, lakukan verifikasi ke Layanan Sirkulasi Perpustakaan			

	<b>FORM PENYERAHAN DATA KARYA ILMIAH PERPUSTAKAAN</b>
<b>DATA PERSONAL</b>	
Nama Lengkap : Liza Hartiningsih	
NIM : AKX.17.040	
Alamat : Jl.Fatwa No 07, Taman Cipadung Indah, Panyileukan, Cibiru, Bandung	
No. Handphone : 0823-7417-6440	
Email : <a href="mailto:lizahartiningsih@gmail.com">lizahartiningsih@gmail.com</a>	
<b>DATA TEKNIS</b>	
Telah Menyerahkan <input checked="" type="checkbox"/> KTI <input type="checkbox"/> Skripsi <input type="checkbox"/> Tesis <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> CD	
Judul : <b>ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT</b>	

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* Dengan Nyeri Akut Di Ruang Kalimaya Bawah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Ingrid Dirgahayu, S.Kp.,M.KM selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners., selaku pembimbing kedua yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Staf dosen dan karyawan program studi DII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
8. Dr. H. Husodo Dewo Adi Sp.OT selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

9. Deti Fuji Adiati, S.Kep.,Ners., selaku CI Ruangan Kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan selama praktek keperawatan di RSUD Dr.Slamet Garut.
10. Untuk kedua Orang Tua yaitu Ayahanda Mispon dan Ibunda Nurhayati, serta kedua kakak yaitu Riko Apriandi, Julis Efendi dan adik penulis Yoga Agustin (Alm), yang telah memberikan dorongan serta dukungan dengan tulus, selalu menemani demi keberhasilan bagi penulis.
11. Untuk penyemangat saya yaitu EXO dan SUJU terutama BaekHyun, Chanyeol, Yesung dan Eunhyuk yang selalu menemani dengan lagu-lagunya yang menenangkan baik dalam keadaan sedih dan senang dalam mengarungi perkuliahan dan penulisan karya tulis ilmiah ini.
12. Untuk Trian Siska, Deni Wahyudi, Hidayatul Fitriah dan Ervin Filcot M yang selalu sabar dan tulus menemani dan menghibur serta memberi dukungan kepada penulis.
13. Untuk seluruh teman Anestesi Angkatan XIII yang telah memberikan semangat dalam penulisan ini
14. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bengkulu, Juni 2020

Penulis

## ABSTRAK

**Latar belakang :** *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan dengan pembedahan yaitu melalui sayatan di dinding perut dan di dinding rahim atau uterus agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat. Masalah yang sering timbul pada post SC yaitu adanya luka pasca pembedahan, yang bisa menimbulkan masalah Nyeri, Rasa nyeri merupakan stressor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan sikis, keadaan nyeri post operasi *sectio caesarea* pada ibu akan menjadi gangguan yang menyebabkan terbatasnya mobilisasi, *bounding attachment* tidak terpenuhi, *activity of daily living* (ADL) terganggu, inisiasi menyusui dini (IMD) tidak dapat terpenuhi secara optimal karena peningkatan intensitas nyeri pada post operasi *sectio caesarea*. **Metode :** Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada dua klien *post operasi sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 mengalami penurunan skala nyeri dari 7 menjadi 3 sedangkan pada klien kedua terjadi penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 2. Kedua kasus ini teratasi pada hari kedua. **Diskusi:** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada pasien post operasi *sectio caesarea* hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Diharapkan pihak RSUD dr Slamet Garut untuk terus mempertahankan pelayanan dan perawatan yang sudah ada.

**Kata Kunci :** *Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Sectio Caesarea*

Daftar Pustaka : 26 Buku (2010-2018), 10 Jurnal (2012-2019) , 2 Website.

## ABSTRAC

**Background:** *Sectio caesarea* is a way of giving birth surgically through an incision in the abdominal wall and in the uterine or uterine wall so that the child is born intact and healthy. The problems that often arise in post SC are post-operative injuries, which can cause pain, pain is a stressor that can cause stress and tension where individuals can respond biologically and behaviors that cause physical and physical responses, postoperative caesarean section pain the mother will become disorder that causes limited mobilization, *bounding attachments* are not met, *activity of daily living* (ADL) is interrupted, early initiation of breastfeeding (IMD) cannot be fulfilled optimally due to increased pain intensity in postoperative caesarean section. **Method:** This case study is a study to explore nursing care in two post-operative caesarean clients with nursing problems Acute Pain. **Results:** After 2x24 hours of nursing care, acute pain nursing problems in client 1 decreased in pain scale from 7 to 3 while in the second client there was a decrease in pain scale from 6 to 2. Both cases were resolved on the second day. **Discussion:** clients with acute pain nursing problems do not always have the same response in post-sectional caesarean patients this is influenced by the client's condition or health status before. It is hoped that Dr. Slamet Garut Regional Hospital will continue to maintain existing services and treatments.

**Keywords:** *Nursing Care, Acute Pain, Caesarean Sectio*

**Bibliography:** 26 Books (2010-2018), 10 Journals (2012-2019), 2 Websites.

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
Halaman Judul .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Bagan .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xv
Daftar Singkatan Dan Istilah .....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat .....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Penyakit .....	8
2.1.1 Konsep <i>Sectio Caesarea</i> .....	8
2.1.2 Konsep Post Partum .....	27

2.1.3 Konsep Nyeri .....	40
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	52
2.2.1 Pengkajian.....	52
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	69
2.2.3 Intervensi .....	71
2.2.4 Implementasi .....	96
2.2.5 Evaluasi .....	96
<b>BAB III METODELOGI PENELITIAN</b>	
3.1 Desain.....	97
3.2 Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	97
3.3 Unit Analisis (partisipan, minimal 2).....	98
3.4 Lokasi dan Waktu .....	99
3.5 Pengumpulan Data .....	99
3.6 Uji Kehabsahan Data.....	101
3.7 Analisa Data .....	101
3.8 Etik Penulisan KTI.....	102
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil .....	106
4.1.1 Gambaran Data .....	106
4.1.2 Asuhan Keperawatan .....	107
A. Pengkajian.....	107
B. Analisa Data.....	119
C. Diagnosa Keperawatan .....	123
D. Intervensi .....	126
E. Implementasi .....	129
F. Evaluasi .....	138
4.2 Pembahasan.....	139

4.2.1 Pengkajian.....	139
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	140
4.2.3 Intervensi.....	147
4.2.4 Implementasi.....	151
4.2.5 Evaluasi.....	156

## **BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan .....	158
5.1.1 Pengkajian.....	158
5.1.2 Diagnosa Keperawatan .....	159
5.1.3 Intervensi.....	159
5.1.4 Implementasi.....	159
5.1.5 Evaluasi.....	160
5.2 Saran.....	160
5.2.1 Untuk Rumah Sakit.....	160
5.2.2 Untuk Pendidikan.....	160
5.2.1 Untuk Peneliti Selanjutnya .....	161

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kuadran Abdomen .....	8
Gambar 2.2 Lapisan Abdomen .....	9
Gambar 2.3 Insisi Kulit sampai Otot dan <i>Fascia</i> .....	10
Gambar 2.4 Insisi <i>Peritoneum</i> .....	10
Gambar 2.5 Insisi Uterus.....	11
Gambar 2.6 <i>Low Transverse Incision</i> .....	12
Gambar 2.7 <i>Classical Incision</i> .....	12
Gambar 2.8 <i>Low Vertical Incision</i> .....	13
Gambar 2.9 <i>Verbal Rating Scale (VRS)</i> .....	47
Gambar 2.10 <i>Visual Analog Scale (VAS)</i> .....	48
Gambar 2.11 <i>Numeric Rating Scale (NRS)</i> .....	49
Gambar 2.12 <i>Wong Baker Paint Rating Scale</i> .....	50

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Proses Inovolusi Uterus .....	29
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas.....	71
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut.....	73
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan .....	76
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI .....	78
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine.....	80
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur .....	82
Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi .....	83
Tabel 2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	85
Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi .....	87
Tabel 2.11 Intervensi Syok (Hipovolemik) .....	89
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Perdarahan .....	92
Tabel 2.13 Intervensi Defisiensi Pengetahuan .....	94
Tabel 4.1 Identitas.....	107
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	107
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi dan <i>Obstetric</i> .....	109
Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari-hari .....	111
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik .....	113
Tabel 4.6 Pemeriksaan Psikologi .....	117
Tabel 4.7 Kebutuhan <i>Bounding Attachment</i> .....	118

Tabel 4.8 Kebutuhan Pemenuhan Seksual .....	118
Tabel 4.9 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri .....	118
Tabel 4.10 Hasil Pemeriksaan Diagnostik .....	119
Tabel 4.11 Program dan Rencana Pengobatan.....	119
Tabel 4.12 Analisa Data.....	119
Tabel 4.13 Diagnosa Keperawatan .....	123
Tabel 4.14 Intervensi.....	126
Tabel 4.15 Implementasi.....	129
Tabel 4.16 Evaluasi.....	138

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Sectio Caesarea .....	18
---	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	Lembar Observasi
Lampiran IV	Lembar Justifikasi
Lampiran V	Lembar Review Artikel
Lampiran VI	Jurnal
Lampiran VII	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VIII	Leaflet
Lampiran IX	Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN, ISTILAH

A.I	: Atas Indikasi
ADL	: <i>Activity Daily Life</i>
APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
CM	: <i>Centimeter</i>
CPD	: <i>Chepalo Pelvis Disporpotion</i>
CRT	: <i>Caillary Refill Time</i>
DM	: Diabetes Melitus
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
DSB	: Dan sebagainya
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
FSH	: <i>Folicle Stomulating Hormone</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir

IASP	: <i>International Association For Study Of Pain</i>
ICS	: <i>Intercostal</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IM	: Intramuskular
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
IV	: Intravena
JDL	: Jumlah Darah Lengkap
KB	: Keluarga Berencana
KG	: Kilogram
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
MG	: Miligram
ML	: Mililiter
MMHG	: Milimeter Merkuri ( <i>Hydragyrum</i> )
NIC	: <i>Nursing Intervemions Clasification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcomes Classification</i>
NRS	: <i>Numeric Rating Scale</i>
OS	: Mulut
P	: <i>Paliatif/Profokatif</i>
PB	: Panjang Badan
Q	: <i>Quality/Quantinty</i>
R	: <i>Region/ Radiasi</i>

S	: <i>Scale/Severity</i>
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
T	: <i>Timing</i>
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TFU	: <i>Tinggi Fundus Uteri</i>
TTV	: <i>Tanda Tanda Vital</i>
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
VAS	: <i>Visual Analog Scale</i>
VRS	: <i>Verbal Rating Scale</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Persalinan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu persalinan secara normal atau spontan (lahir melalui vagina) atau persalinan dengan bantuan suatu prosedur seperti *sectio caesarea* (SC). Pada proses SC dilakukan tindakan pembedahan, berupa irisan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi (Batubara dkk, 2008; Abasi, 2015). Baik direncanakan (dijadwalkan) atau tidak (darurat), kehilangan pengalaman melahirkan anak secara tradisional dapat memberikan efek pada konsep diri wanita. Suatu upaya dilakukan untuk mempertahankan fokus pada kelahiran seseorang anak lebih utama dari pada prosedur operasi. Yaitu ibu melahirkan melalui abdomen, bukan pervaginam (Arwani,2012' Batubara dkk, 2008; Manurung,S.2013).

*Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Sofian,2012). Operasi *caesar* atau sering disebut dengan *sectio caesarea* adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus). *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram menurut Sarwono (1991 dalam Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012). Indikasi dilakukan *sectio caesarea* yaitu plasenta previa, panggul sempit, disporposi janin/panggul,

rupture uteri yang mengancam, partus lama, partus tak maju, distosia servik, pre-eklamsi, hipertensi, dan mal presentasi janin (Nurarif dan Kusuma,2015). Bukan saja pembedahan lebih aman bagi ibu, tetapi juga jumlah bayi yang cedera akibat partus lama dan pembedahan traumatik vagina menjadi berkurang.

Data *World Health Organization (WHO)* tahun 2015 selama hampir 30 tahun tingkat persalinan dengan SC menjadi 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di Negara-negara berkembang. Berdasarkan hasil data RISKESDAS tahun 2018, angka ibu melahirkan sengan SC di indonesia 17,6% dari 78.739 angka kelahiran. Angka kejadian *sectio caesarea* di Jawa Barat tercatat ibu yang melahirkan dengan *sectio caesarea* 15,5 % dari 15.043 angka kelahiran. Berdasarkan laporan register di RSUD dr. Slamet Garut (2019) terdapat 2.466 angka kelahiran dalam satu tahun terakhir di ruang Kalimaya Bawah, yang mana ibu melahirkan dengan proses normal atau partus sebanyak 1533 angka kelahiran dan ibu melahirkan dengan tindakan *sectio caesarea* sebanyak 933 angka kelahiran.

Persalinan SC memberikan dampak positif dan dapat mengganggu kebutuhan dasar pada ibu. Dampak positif tindakan SC dapat membatu persalinan ibu, apabila ibu tidak dapat melakukan persalinan secara pervaginam. Tetapi tindakan operasi SC mempunyai efek lainnya yang dapat mengganggu kebutuhan dasar pada ibu baik secara fisik maupun psikologis (Arwani dkk, 2012; Batubara, 2008;Manurung,2013). Masalah keperawatan yang muncul pada klien post *sectio caesarea* diantaranya nyeri akut,

ketidakefektifan pemberian asi, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri, resiko perdarahan dan defisiensi pengetahuan (Nurarif dan Kusuma,2015).

Masalah yang sering terjadi pada post SC yaitu adanya luka pasca pembedahan, yang bisa menimbulkan masalah potensial infeksi dan rasa nyeri. Nyeri yang dikeluhkan pasien post operasi SC yang berlokasi pada daerah insisi, disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus, secara fisik tindakan SC menyebabkan nyeri pada abdomen menurut Rustam (1988, dalam Pratiwi, 2011). Rasa nyeri merupakan stressor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan sikis. Respon fisik meliputi perubahan keadaan umum, wajah, denyut nadi, pernafasan, suhu badan, sikap badan, dan apabila nafas makin berat dapat menyebabkan kolaps kardiovaskuler dan syok, sedangkan respon sikis akibat nyeri dapat merangsang respon stress yang dapat mengurangi *system* imun dalam peradangan, serta menghambat penyembuhan, respon yang lebih parah akan mengarah pada ancaman merusak diri sendiri (Arwani, 2012).

Keadaan nyeri post operasi *sectio caesarea* pada ibu akan menjadi gangguan yang menyebabkan terbatasnya mobilisasi, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) tidak terpenuhi, *activity of daily living* (ADL) terganggu karena peningkatan intensitas nyeri pada post operasi *sectio caesarea*. Sehingga perawat perlu melakukan perannya sendiri sebagai pemberi asuhan keperawatan secara komperhensif, meliputi pengkajian, analisa data,

intervensi, implementasi dan evaluasi untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia, melalui asuhan keperawatan baik dengan farmakologi yaitu dengan kolaborasi analgetik ataupun nonfarmakologi yaitu dengan cara teknik relaksasi nafas dalam, distraksi, aromaterapi, imajinasi terbimbing, teknik genggam jari, akupuntur dan lain-lain. Dalam penulisan ini penulis mengambil intervensi khusus pada tindakan terapi non farmakologi berupa relaksasi nafas dalam dengan meniup balon, yang merupakan salah satu teknik yang dapat digunakan untuk menurunkan skala nyeri menurut Jurnal Kesehatan Vol 11 No 1 Tahun 2018 (Megawahyuni, Ar dkk, 2018).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul asuhan keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD dr. Slamet Garut .

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD dr. Slamet Garut ?

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis mampu memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan secara komperhensif berdasarkan ilmu dan kiar keperwatan kepada klien *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD dr. Slamet Garut secara komperhensif meliputi aspek bio, psiko, sosio, dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Diharapkan penulis mampu memberikan asuhan keperawatan yang meliputi tahap-tahap sebagai berikut :

1. Mampu melaksanakan pengkajian dan mengumpulkan data klien dengan post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD dr. Slamet Garut.
2. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD dr. Slamet Garut.
3. Mampu menyusun rencana keperawatan pada klien dengan post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD dr. Slamet Garut.
4. Mampu mengimplementasikan perencanaan yang harus diberikan pada klien dengan post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD dr. Slamet Garut.
5. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada klien dengan post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD dr. Slamet Garut.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam mengembangkan ilmu keperawatan tentang asuhan keperawatan secara komperhensif pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut.

2. Bagi Universitas Bhakti Kencana Bandung

Hasil penulisan ini dapat memberi informasi ilmiah bagi kalangan akademisi baik pengajar maupun mahasiswa/i keperawatan dalam memahami tentang asuhan keperawatan secara komperhensif pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penulisan ini dapat dijadikan sebagai data dasar bagi penulis selanjutnya yang memiliki minat dan perhatian yang sama serta fokus pada penulisan tentang asuhan keperawatan secara komperhensif pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi Perawat

Penulisan ini berguna sebagai penambahan informasi tentang asuhan keperawatan seacara komperhensif pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut, sehingga dapat memberikan informasi pendidikan kesehatan sesuai dengan hasil penulisan ini.

## 2. Bagi Rumah Sakit

Penulisan ini bermanfaat sebagai masukan dalam upaya memberi asuhan keperawatan dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal untuk asuhan keperawatan secara komperhensif pada pasien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut.

## 3. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi perkembangan ilmu keperawatan tentang asuhan keperawatan secara komperhensif pada pasien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut.

## BAB II

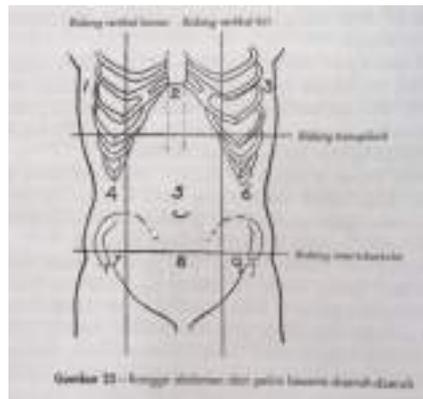
### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Teori

##### 2.1.1 Konsep *Sectio Caesarea*

###### a. Anatomi *Sectio Caesarea*

###### 1) Kuadran Abdomen



**Gambar 2.1 Kuadran Abdomen**

**Sumber : (Evelyn, 2018)**

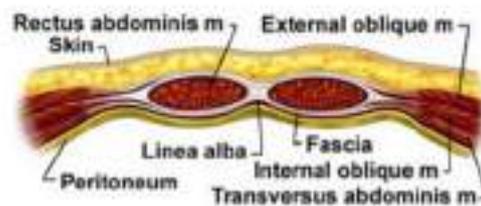
Abdomen di bagi menjadi 9 region oleh dua garis *vertikal* dan dua garis *horizontal*

- a. Garis *vertikal* Melalui pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan simfisis pubis
- b. Garis *horizontal*
  - i. Bidang subkostalis, menghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta x dan terletak bersebrangan dengan vertebra lumbalis III.

- ii. Bidang intertuberkularis Menghubungkan tuberkulum pada krista iliaka yang terletak setinggi korpus veterbra lumbalis V

## 2) Dinding Abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda : kulit, jaringan subkutan, otot dan *fascia*, jaringan ekstraperitoneum, dan peritoneum (Reichman & Simon, 2013).



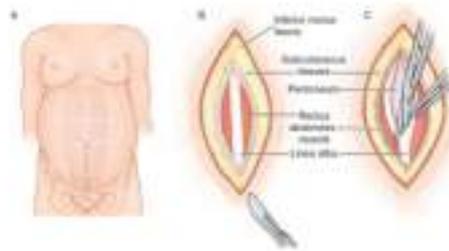
**Gambar 2.2 Lapisan Abdomen**

**Sumber : (Reichman & Simon, 2013).**

## 3) Insisi Abdomen

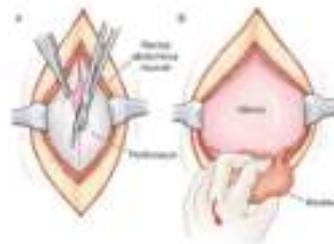
Insisi vertikal *lineal* mediana infraumbilikal adalah insisi yang paling cepat dilakukan. Insisi harus cukup panjang supaya bayi dapat dilahirkan dengan mudah. Panjang insisi harus sesuai dengan perkiraan ukuran janin, diseksi tajam dilakukan setinggi selubung rektus *anterior*, yang dibebaskan dari lemak subkutan untuk memperlihatkan *fascia* selebar 2 cm di linea mediana. *Fascia* transversalis dan lemak praperitoneal diseksi dengan hati-hati untuk mencapai peritoneum di bawahnya. Peritoneum yang dekat dengan bagian ujung atas insisi dibuka dengan hati-hati, baik secara tumpul atau mengelevasinya dengan dua hemostat yang berjarak

sekitar 2 cm. Lipatan peritoneum yang meregang di antara klem kemudian diperiksa dan dipalpasi untuk memastikan omentum, usus dan kandung kemih terletak tidak melekat. Peritoneum diinsisi pada bagian superior dari ujung atas insisi dan turun hingga tepat diatas bayangan yang menutupi kandung kemih.



**Gambar 2.3 Insisi Kulit sampai Otot dan Fascia**

**Sumber : (Reichman & Simon, 2013).**



**Gambar 2.4 Insisi Peritoneum**

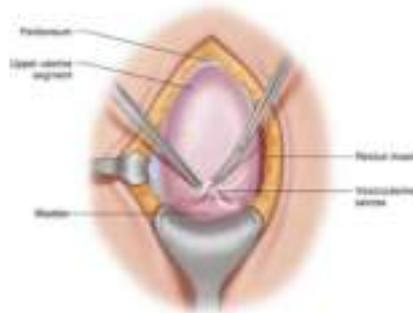
**Sumber : (Reichman & Simon, 2013)**

#### **4) Insisi Uterus**

Insisi uterus vertikal dimulai dengan skalpel yang diletakkan serendah mungkin, tergantung pada seberapa baik penipisan segmen bawah uterus. Bila perlekatan, paparan dan tidak cukup, tumor, atau plasenta perkreta menyulitkan tindakan *bladder flap* maka insisi dibuat lebih tinggi dari kandung kemih. Setelah *skalpel*

memasuki uterus, insisi diperluas ke arah sefal dengan gunting kasa hingga panjangnya cukup untuk kelahiran janin.

Insisi uterus harus dibuat cukup lebar untuk memungkinkan kelahiran kepala dan badan janin tanpa merobek atau memotong ke dalam pembuluh darah yang berjalan disepanjang tepi *lateral* uterus. Apabila plasenta ditemukan pada jalur insisi, plasenta harus dilepaskan atau di insisi.



**Gambar 2.5 Insisi Uterus**

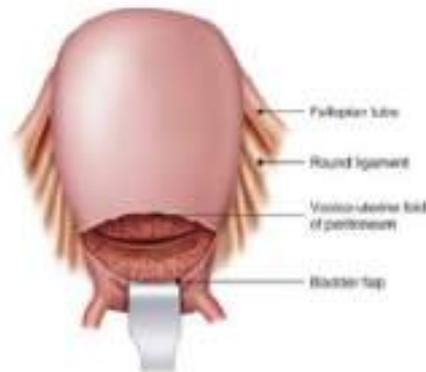
**Sumber : (Cunningham et al, 2014)**

### 5) Tipe insisi Uterus

Oxorn & Forte (1990 dalam Hakimi 2010). Menyebutkan bahwa pada umumnya ada tiga tipe insisi yang dilakukan pada pembedahan *sectio caesarea*, yaitu sebagai berikut :

#### a) Segmen Bawah : Insisi Melintang / *Low Transverse Incision*

Abomen dibuka dan uterus disingkapkan. Lipatan couterina peritoneum (*bladder flap*) yang terletak dekat sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang.



**Gambar 2.6 Low Transverse Incision**  
**Sumber : (Cunningham et al, 2014)**

b) *Sectio caesarea* klasik / *Clasicial Incision*

Insisi logitudinal di garis tengah dibuat dengan *skalpel* ke dalam dinding *anterior* uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong terlebih dahulu.



**Gambar 2.7 Classical Incision**  
**Sumber : (Cunningham et al, 2014)**

c) Segmen Bawah : Insisi Membujue / *Low Vertical Incision*

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti pada insisi melintang. Insisi membujur dibuar dengan

*skalpel* dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.



**Gambar 2.8 Low Vertical Incision**  
**Sumber : (Cunningham et al, 2014)**

#### **6) Penjahitan uterus**

Salah satu metode menggunakan selapis kromik *cagout* 0 atau #1 kontinu untuk menutup separuh insisi yang lebih dalam. Kemudian separuh insisi uterus bagian luar di tutup dengan jahitan yang sama, baik jahitan kontinu atau *figure-of-eight*. Tusukan jarum yang tidak penting tidak perlu dilakukan supaya pembuluh darah miometrium tidak perforasi yang dapat menyebabkan perdarahan atau hematoma. Untuk mendapatkan penjahitan yang baik dan untuk mencegah kahitan robek melewati mipmetrium, maka dibutuhkan seorang asisten untuk menekan uterus pada tiap sisi luka menuju ke tengah saat setiap menjahit dan mengikat jahitan. Bila tepi serosa uterus belum di tutup, dihajit kontinu dengan benang kromik *cagout* 2-0.

## 7) Penutupan Abdomen

Banyak ahli tidak melakukan penutupan peritoneum parietalis karena sedikit manfaatnya. Namun, bila terjadi distensi usus pada tempat insisi, penjahit peritoneum dapat membantu melindungi usus saat penjahitan *fascia*. Seiring dengan ditutupnya setiap lapisan, lokasi perdarahan dicari, diklem, dan diligasi atau dikoagulasi dengan pisau elektrobedah. *M. Rectus* dikembalikan ke posisi asal, dan rongga *subfascia* diperiksa dengan hati-hati untuk jemoestatis. Dengan diadtasis yang baik, *M. Rectus* dapat ditutup dengan satu atau dua jahitan *figure-of-eight* benang kromik gut 0 atau #1. *Fascia* rektus di atasnya ditutup dengan jahitan interuptus benang ukuran 0 yang *diabsorpsi* lambat pada *lateral* dari tepi *fascia* dan berjarak tidak lebih dari 1 cm, atau dengan teknik kontinu *non-locking* menggunakan benang yang *diabsorpsi* lambat. Jaringan subkutan biasanya tidak perlu ditutup jika ketebalan kurang dari 2 cm, dan kulit ditutup dengan jahitan matras vertikal benang *silk* 3-0 atau 4-0; atau dengan jahitan *running subcuticular* menggunakan benang 4-0 yang *diabsorpsi* lambat; atau dengan *skin clip*. Bila ketebalan jaringan subkutan sedikitnya 2 cm, maka harus di tutup.

### b. Definisi *Sectio Caesaria*

Operasi *caesar* atau sering disebut dengan *sectio caesarea* adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan

dinding rahim (uterus). *Sectio caesaria* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram Sarwono (1991 dalam Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

*Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai salah satu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Sofian, 2013).

Dari pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan dengan pembedahan yaitu melalui sayatan di dinding perut dan di dinding rahim atau uterus agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat.

### c. Etiologi

#### 1) Indikasi yang Berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporporisi sefalo *pelvik* (disporporisi janin/panggul) ada, sejarah keahilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa tertuama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preklamsia-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung-DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya) (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Disporposi Sevalopelvik (*Chepalopelvic Dispropotion*), atau disporposi fetopelvik adalah ukuran janin dan ukuran *pelvis* yakni ukuran *pelvis* tertentu tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin tertentu melalui *pelvis* sampai terjadi kelahiran pervagina. *Pelvis* yang adekuat untuk jalan lahir bayi 2,27 kg mungkin cukup besar untuk bayi 3,2 kg mungkin tidak cukup besar dengan bayi 3,6 kg (Verney,2015).

2) Indikasi yang berasal dari janin

*Fetal distress* / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau *forseps ekstraksi* (Nurarif dan Kusuma,2015).

**d. Pathofisiologi**

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan akhirnya harus dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Adanya beberapa hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa, *rupture sentalis* dan *lateralis*, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama), pre-eklamsi, distokksia *service* dan mal presentasi janin, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan yang akan menyebabkan pasien mengalami mobilisasi sehingga akan

menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah *deficit* perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan *inkontinuitas* jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. Setelah semua proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi.



#### e. **Klasifikasi Sectio Caesaria**

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasasi (2012) , klasifikasi dari *sectio saesarea* adalah :

1) *Sectio caesarea* klasik (Korporal)

Dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

2) *Sectio caesarea* ismika (profunda)

Dengan sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira 10 cm.

3) *Sectio caesarea* diikuti dengan histerektomi

4) *Sectio caesarea* ekstraperitoneal

Tanpa membuka peritoneum perietalis dengan demikian tidak membuka kavum abdomalis.

5) *Sectio caesarea* vaginal

Menurut sayatan pada rahim, *sectio caesaria* dapat dilakukan sebagai berikut :

a) Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut kronig

b) Sayatan melintang (*transversal*) Menurut Kerr

c) Sayatan huruf T (*T-incision*)

#### f. **Indikasi Sectio Caesaria**

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), Indikasi dilakukannya tindakan *Sectio caesara* adalah sebagai berikut :

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (*posterior*)
- 2) Panggul sempit
- 3) Disporposi Sefalopelvik: yaitu ukuran janin dan ukuran *pelvis* yakni ukuran *pelvis* tertentu tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin tertentu melalui *pelvis* sampai terjadi kelahiran pervagina.
- 4) Rupture uteri mengancam
- 5) Partus lama (*prolonged labor*)
- 6) Partus tak maju (*obstructed labor*)
- 7) Distosis serviks
- 8) Pre-eklamsia dan hipertensi
- 9) Bekas SC
- 10) Malpresentasi Janin
  - a) Letak Lintang
  - b) Letak bokong
  - c) Presentasi dahi dan muka (letak *defleksi*)
  - d) Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil
  - e) *Gameli*
  - f) Gawat Janin
  - g) Janin Besar

Kontraindikasi *sectio caesarea*: Pada umumnya seksio saesaria tidak dilakukan pada : janin mati, syok, anemia berat, sebelum diatasi, kelainan

kongenital berat (monster). Sarwono (1991 dalam Jitowiyono dan Kristiyanasasi, 2012).

**g. Komplikasi**

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasasi (2012), persalinan dengan tindakan pembedahan memiliki komplikasi lima kali lebih besar dibanding persalinan alami. Komplikasi yang terjadi yaitu :

1) Pada Ibu

a) Infeksi *puerperal*

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dsb.

b) Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

c) Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru, dan sebagainya sangat jarang terjadi.

d) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptura uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah seksio saesarea klasik.

2) Pada Anak

Seperti halnya dengan ibunya, nasib anak yang dilahirkan dengan *sectio caesarea* banyak tergantung dari keadaan yang menjadi

alasan untuk melakukan *sectio caesarea*. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan *antenatal* dan *intranatal* yang baik, kematian perinatal *pasca sectio caesarea* berkisar antara 4 dan 7 %.

#### **h. Pemeriksaan Diagnostik**

Menurut Tucker, Susan Martib (1998 dalam Jitowiyono dan Kristiyanasasi 2012), Pemeriksaan diagnostik pada *sectio caesarea* yaitu :

- 1) Pemantauan EKG
- 2) JDL dengan *diferensial*
- 3) Elektrolit
- 4) Haemoglobin/Hematokrit
- 5) Golongan dan pencocokan silang darah
- 6) *Urinalisis*
- 7) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- 8) Pemeriksaan sinar X sesuai Indikasi
- 9) *Ultrasound* sesuai pesanan (USG)

Periksa tekanan darah, frekuensi nadi dan pernafasan, ukur jumlah urin yang tertampung dikantong urin, periksa/kultur jumlah perdarahan selama post operasi. Biasanya pada ibu post operasi *Sectio Caesarea* terjadi peningkatan tekanan darah dan nadi karena nyeri, dan peningkatan frekuensi nafas, pada hasil laboratorium biasanya terjadi peningkatan nilai leukosit dan penurunan Haemoglobin.

## **i. Penatalaksanaan**

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasasi (2012), penatalaksanaan dibagi menjadi pre operasi dan post operasi, yaitu :

### 1) Perawatan Pre Operasi *Sectio Caesarea*

#### a) Persiapan Kamar Operasi

- (1) Kamar Operasi telah dibersihkan dan siap untuk dipakai.
- (2) Peralatan dan obat-onatam telah siap semua termasuk kain operasi.

#### b) Persiapan Pasien

- (1) Pasien telah dijelaskan tentang prosedur operasi.
- (2) *Informed consent* telah ditanda tangani oleh pihak keluarga pasien.
- (3) Perawat memberi *support* kepada pasien.
- (4) Daerah yang akan di insisi telah dibersihkan (rambut pubis di cukur dan sekitar abdomen telah dibersihkan dengan *antiseptic*).
- (5) Pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengkajian untuk mengetahui penyakit yang pernah di derita oleh pasien.
- (6) Pemeriksaan laboratorium (darah, urine).
- (7) Pasien puasa selama 6 jam sebelum dilakukan operasi.
- (8) Cairan IV sesuai indikasi.
- (9) Anesthesia; *regional* atau *general*.

- (10) Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan *sectio caesarea*.
- (11) Tes laboratorium/ diagnostik sesuai indikasi.
- (12) Pemberian oksitosin sesuai indikasi.
- (13) Tanda vital per protokol ruangan pemulihan.
- (14) Persipan kulit pembedahan abdomen.
- (15) Persetujuan ditandatangani.
- (16) Pemasangan kateter *foley*.

## 2) Perawatan Post Operasi *Sectio Caesarea*

### a) *Analgesia*

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg Meperidin (*intra muskuler*) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg Morfin.

- (1) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis Meperidin yang diberikan adalah 20 mg.
- (2) Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg Meperidin.
- (3) Obat-obatan *antiemetik*, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian prepaarat narkotik.

b) Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

c) Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian, jika *output* urine jauh di bawah 30 ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.

d) Vesika Urinarius dan Usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam, post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah, dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

e) Ambulansi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurangnya 2 kali pada hari ke dua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

f) Perawatan Luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari ke empat setelah pembedahan. Paling lambat hari ketiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

g) Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi setelah operasi hematokrit tersebut harus segera di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

h) Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

i) Memulankan Pasien Dari Rumah Sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari keempat dan kelima post operasi, aktivitas ibu seminggunya harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain.

## 2.1.2 Konsep Post Partum

### a. Definisi Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sukma, 2017).

### b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas menurut Damai & Dian (2011) :

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- 2) Melaksanakan skrining secara komperhensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB cara dan mafaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.

### c. Tahapan Masa Nifas

#### 1) *Puerperium* Dini

*Puerperium* dini merupakan masa kepulihan, Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) *Puerperium Intermedial*

*Puerperium intermedial* merupakan mada kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) *Remote Puerperium*

*Remote puerperium* merupakan mada yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, tertuma bila selama hamil atau waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna.

**d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas**

1) Perubahan Sistem Reproduksi

Tubuh ibu berubah setelah persalinan, rahimnya mengecil, serviks menutup, vagina kembali ke ukuran normal dan payudara mengeluarkan ASI. Masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Dalam masa itu, tubuh ibu kembali ke ukuran sebelum melahirkan. Untuk menilai keadaan ibu, perlu dipahami perubahan yang normal terjadi pada masa nifas ini (Sukma, 2017). Perubahan fisiologis pada sistem reproduksi dapat diuraikan sebagai berikut :

a) Involusi Rahim

Setelah plasenta lahir, uterus merupakan alat yang keras karena kontaksi dan retraksi otot-ototnya. Fundus uteri  $\pm$  3 jari bawah pusat. Selama 2 hari berikutnya, besarnya tidak seberapa berkurang tetapi sesudah 2 hari, uterus akan mengecil dengan cepat, pada hari ke-10 tidak teraba lagi dari luar. Setelah 6 minggu ukurannya kembali ke keadaan sebelum hamil. Pada

ibu yang telah mempunyai anak biasanya uterusnya sedikit lebih besar daripada ibu yang belum pernah mempunyai anak. Invulsi terjadi karena masing-masing sel menjadi lebih kecil, karena sitoplasma nya yang berlebihan dibuang, involusi disebabkan oleh proses *autolysis*, dimana zat protein dinding rahim dipecah, diabsorpsi dan kemudian dibuang melalui air kencing, sehingga kadar nitrogen dalam air kencing sangat tinggi.

**Tabel 2.1 Proses involusi uterus**

<b>Involusi</b>	<b>Tinggi Fundus Uteri</b>	<b>Berat Uterus</b>
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
Uri Lahir	Dua Jari Bawah Pusat	750 gram
Satu Minggu	Pertengahan Pusat-	500 gram
Dua Minggu	Simpisis	350 gram
Enam Minggu	Tak Teraba diatas	50 gram
Delapan	simpisis	30 gram
Minggu	Bertambah kecil Sebesar normal	

Sumber : (Sukma, 2017)

Proses involusi Uterus Dapat diuraikan sebagai berikut :

(1) *Iskemia Miometrium*

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta, sehingga uterus menjadi anemi dan serat otot atrofi.

(2) *Atrofi Miometrium*

Saat plasenta lahir, hormon estrogen berhenti bekerja sehingga menimbulkan respon atrofi jaringan.

### (3) *Autolisis*

Saat hamil, otot uterus mengendur hingga panjangnya 10 kali lebih panjang dan lebarnya 5 kali lebih lebar daripada saat sebelum hamil. Setelah plasenta lahir, terdapat enzim proteolitik yang memendekkan jaringan otot uterus tersebut. Maka terjadilah autolisis yang merupakan proses penghancuran diri sendiri di dalam otot uterus,

### (4) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

#### b) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm. Regenerasi endometrium terjadi di tempat impantasi selama sekitar 6 minggu.

#### c) Perubahan pembuluh darah rahim

Dalam kehamilan, uterus mempunyai banyak pembuluh-pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan

tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak, maka arteri harus mengecil lagi dalam nifas.

d) Perubahan pada serviks dan vagina

Beberapa hari setelah persalinan, *ostium extemum* dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan persalinan, pada akhir minggu pertama berbungan dengan bagian dari *canalis cervikalis*.

e) Perubahan pada cairan vagina (lochea)

Lochea adalah ekresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepar dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau amis meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Warna dan ciri-ciri lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Dari cavum uteri keluar cairan *secret* disebut lochea. Jenis lochea yakni :

- (1) Lochea Rubra (*Curenta*) : ini berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua (desisua, yakni selaput lendir rahim dalam keadaan hamil), *verniks caseosa* (yakni palit bayi, zat seperti salep terdiri atas paliy atau semacam noda dan sel-sel epitel, yang menyelimuti kulit janin) lanugo, (yakni bulu halus pada anak yang baru lahir), dan meconium (yakni isi usus janin cukup bulan

yang terdiri dari atas getah kelenjar usus dan air ketuban, berwarna hijau kehitaman), selama 2 hari pasca persalinan.

(2) Lochea Sanguinolenta : warnanya merah kuning berisi darah dan lendir. Ini terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

(3) Lochea Alba : Cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu.

(4) Lochea purulenta : ini karena terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

(5) Locheaptsis : Lochea tidak lancar keluar.

Perubahan pada vagina dan perineum adalah estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6-8 minggu setelah bayi lahir.

## 2) Perubahan sistem Pencernaan

Dinding abdominal menjadi lunak setelah proses persalinan karena perut yang mengang selama kehamilan, ibu nifas akan mengalami beberapa derajat tingkat diastatis recti, yaitu terpisahnya dua *parallel* otot abdomen, kondisi ini akibat pergangan otot abdomen, kondisi ini akibat pergangan otot abdomen selama kehamilan. Tingkat keparahan *diadtatis recti*

bergantung pada kondisi umum wanita dan tonus ototnya, apakah ibu berlatih kontinyu untuk mendapat kembali kesamaan otot abdominalnya atau tidak (Sukma,2017).

Pada post partum nafsu makan ibu bertambah. Ibu dapat mengalami obstipasi karena waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan, pengeluaran cairan yang berlebih, kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir, pembengkakkan perineal yang disebabkan episiotomi. Supaya buang air besar kembali normal, dapatdiatasi dengan diet tinggi seratm peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila tidak berhasil dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia.

### 3) Perubahan Sistem Perkemihan

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya akan bertambah, mencapai 300 ml per hari pada 2-5 hari post partum. Hal ini akan mengakibatkan kandung kencing penuh. Sisa urine dan trauma pada dinding kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Lebih kurang 30-60 % wanita mengalami *inkontensial* urine selama periode post partum. Bila trauma akibat kehamilan dan persalinan, Efek anestesi dapat meningkatkan rasa penuh pada kandung kemih, dan nyeri perineum terasa lebih lama, dengan mobilisasi dini bisa mengurangi hal diatas. Dilatasi ureter dan pyelum, normal kembali pada akhir post partum minggu ke empat (Sukma,2017).

Sekitar 40% wanita postpartum akan mempunyai proteurina nonpatologis sejak pasca salin hingga hari kedua postpartum. Mendapatkan urin yang valid harus diperoleh dari urin dari kateterisasi yang tidak terkontaminasi lochea. Jadi, pada masa nifas kadar steroid tubuh menurun sehingga fungsi ginjal juga mengalami penurunan. Fungsi ginjal baru akan pulih dalam waktu satu bulan. Urine dalam jumlah bedar baru akan dihasilkan 12-36 jam.

#### 4) Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman-anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta diberikan.

Pada wanita berdiri dihari pertama setelah melahirkan, *aboment* akan menonjol dan membuat wanita tersebut tampak seperti masih hamil. Dalam 2 minggu setelah melahirkan, dinding abdomen wanita akan rileks. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil. Kulit memperoleh kembali elastisitasnya, tetapi sejumlah kecil setia menetap (Sukma,2017).

#### 5) Endokrin

Hormon plasenta menurun setelah persalinan, HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke

tujuh sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum. Pada hormon pituitary prolaktin meningkat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada minggu ke-3.

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga dapat dipengaruhi oleh *factor* menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesterone. Setelah persalinan terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas *prolactin* juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar *mammae* dalam menghasilkan ASI (Sukma,2017).

#### 6) Kardiovaskuler

Pada keadaan setelah melakukan perubahan volume darah bergantung beberapa faktor, misalnya kehilangan darah, curah jantung meningkat serta perubahan hematologi yaitu fibrinogen dan plasma agak menurun dan selama minggu-minggu kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, leukositosis serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah meningkat. Perubahan tanda-tanda vital yang terjadi masa nifas (Sukma,2017) :

a) Suhu Badan

Dalam 24 jam postpartum, suhu badan akan meningkat sedikit (37,5-38 °C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembekuan ASI.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali permenit. Denyut nadi setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100x/menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

7) Hematologi

Leukositosis, yang meningkatkan jumlah sel darah putih yang hingga 15.000 selama proses persalinan, tetap meningkat untuk sepanjang hari pertama postpartum. Jumlah sel darah putih dapat meningkat hingga 25.000 atau 30.000 tanpa mengalami patologi jika wanita mengalami proses persalinan diperlama. Meskipun

demikian, berbagai tipe infeksi mungkin dapat dikesampingkan dalam penemuan tersebut.

Jumlah normal kehilangan darah dalam persalinan pervaginam 500 ml, *sectio caesarea* 1000 ml, histerektomi saesarea 1500 ml. Total darah yang hilang hingga akhir masa postpartum sebanyak 1500ml, yaitu 100-500 ml pada saat persalinan, 500-800 ml pada minggu pertama postpartum  $\pm$  500 ml pada saat *puerperium* selanjutnya. Total volume darah kembali normal setelah 3 minggu postpartum. Jumlah hemoglobin normal akan kembali pada 4-6 minggu postpartum (Sukma,2017).

#### **e. Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas**

Menurut Sukma (2017), Perubahan Psikologis masa nifas yaitu :

##### 1) Adaptasi perubahan psikologi nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. (Ball '94, Bick&Mc Arthur '95, Nieland&Roger '97) intervensi mendengarkan pada sat antenatal dapat menjadi strategi yang berguna untuk mencegah morbiditas psikologis. Asuhan yang *supportif* dan *holistik* membantu meningkatkan kesejahteraan emosi ibu dan mengurangi angka morbiditas psikologis pada periode pascanatal. Informasi yang adekuat dapat mengurangi tingkat kecemasan ibu dan kemungkinan *distress* emosi.

Setelah persalinan ibu perlu waktu untuk menyesuaikan diri, menjadi dirinya lagi, dan merasa terpisah dengan bayinya sebelum dapat menyentuh bayinya. Perasaan ibu oleh banyinya bersifat kompleks dan kontradiktif. Banyak ibu merasa takut disebut sebagai ibu yang buruk, emosi yang menyakitkan mungkin dipendam sehingga sulit dalam koping tidur. Ibu menderita dalam kebiasuannya sehingga menimbulkan stress karena kemarahan terhadap situasi. Periode ini di deskripsikan oleh Reva Rubin yang terjadi pada tiga tahap :

a) *Taking in Period* (Masa Ketergantungan)

Fase *Taking in* yaitu periode ketergantungan. Fase ini berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus pada dirinya sendiri, ia akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir, dan ketidaknyamanan fisik yang dialaminya.

b) *Taking hold Period*

Fase *taking hold* berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, timbul rasa khawatir ibu akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan yang sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah.

c) *Letting go period*

Fase *letting go* adalah periode dimana ibu menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung setelah 10 hari melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Pada fase ini keinginan ibu untuk merawat diri dan bayinya meningkat. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjali perannya sebagai ibu.

2) *Post Partum Blues*

*Post partum blues* merupakan keadaan yang timbul pada sebagian besar ibu nifas yaitu sekitar 50-80% ibu nifas, hal ini merupakan hal normal pada 3-4 hari, namun dapat juga berlangsung seminggu atau lebih. Etiologi dari postpartum blues masih belum jelas, kemungkinan besar karena hormon; perubahan kadar estrogen, progesteron, *prolactin*, peningkatan emosi terlihat bersamaan dengan produksi ASI. Berikut juga dapat menjadi penyebab timbulnya *post partum blues* :

- a) Ibu merasa kehilangan fisik setelah melahirkan
- b) Ibu merasa kehilangan menjadi pusat perhatian dan kepedulian
- c) Emosi yang labil ditambah dengan ketidaknyamanan fisik
- d) Ibu terpisah dari keluarga dan bayi-bayinya
- e) Sering terjadi karena kebijakan rumah sakit yang kaku/tidak fleksibel

Gambaran *post partum blues* bersifat ringan dan sementara, ibu mengalami emosi yang labil; mudah menangis. *Euforia* dan tertawa. Ibu merasa sedih & menangis karena hal yang tidak jelas, mudah tersinggung, karena kurang percaya diri, menjadi sensitif dengan komentar sekelilingnya. Asuhan yang dapat diberikan pada ibu postpartum yaitu dengan memberikan informasi yang dibutuhkan sehingga dapat meningkatkan kepercayaan dirinya. Berikan ibu *support* dan *reward/pujian*, pertolongan/bimbingan orang terdekat akan membantu ibu. Post partum *blues* diidentifikasi sebagai hal yang mendahului depresi, dan mengindikasikan perlunya dukungan *social*.

### **2.1.3 Konsep Nyeri**

#### **a. Definisi Nyeri**

Nyeri (*pain*) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan, sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatnya dan hanya orang tersebut yang dapat menjelaskan dan mengefakuasi rasa nyeri yang di alaminya. Menurut *Internasional Association for Study of Pain (IASP)*, mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan

jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah distruktif dimana jaringan rasanya seperti di tusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Potter, 2012)

#### **b. Penyebab Nyeri**

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

- 1) Fisik (ternal, mekanik , elektrik)
- 2) Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh sehingga zat-zat kimia ini menimbulkan rasa nyeri (Andarmoyo,2013).

#### **c. Teori – Teori Nyeri**

- 1) Teori Spesivitas (*Specivicity Theory*)

Teori spesivitas ini diperkenalkan oleh Descartes, teori ini menjelaskan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor nyeri yang spesifik melalui jalur neuroanatomik tertentu kepusat nyeri di otak (Andarmoyo,2013). Teori spesivitas ini tidak menunjukkan karakteristik multidimensi dari nyeri, teori ini hanya melihat nyeri secara sederhana yakni paparan biologis tanpa melihat variasi dari efek psikologis individu (Prasetyo,2010).

## 2) Teori Pola (*Pattern Theory*)

Teori pola diperkenalkan oleh Goldscheider pada tahun 1989, teori ini menjelaskan bahwa nyeri disebabkan oleh sebagai reseptor sensoru yang di rangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat dari stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari impuls saraf. Pada sejumlah *causalgia*, nyeri pantom dan neotalgia, teori pola ini bertujuan untuk menimbulkan rangsangan yang kuat yang mengakibatkan berkembangnya gaung secara terus menerus pada spinal cord sehingga saraf transmisi nyeri bersifat *hypersensitif* yang mana rangsangan dengan intensitas rendah dapat menghasilkan tranmisi nyeri (lewis, 1983 dalam Andarmoyo,2013).

## 3) Teori Pengontrol Nyeri (*Theory Gate Control*)

Teori *gate control* dari Melzack dan Wall (1965) menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur dan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat, dimana impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup (Andarmoyo,2013)

## 4) *Endogenous Opiat Theory*

Teori ini dikembangkan oleh Avton Goldstein, ia mengemukakan bahwa terdapat substansi seperti opiet yang terjadi selama alama didalam tubuh, substansi ini disebut endorphine. Endorphine mempengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri, endorphine kemungkinan bertindak sebagai neurotransmitter

maupun neuromodulator yang menghambat transmisi dari pesan nyeri (Andarmoyo,2013).

#### **d. Klasifikasi nyeri**

##### 1) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi

###### a) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2013). Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo,2010).

###### b) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (Prasetyo,2010).

##### 2) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

###### a) Nyeri *Nosiseptif*

Nyeri *nosiseptif* merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus *nociuous*. Nyeri nosiseptor ini dapat terjadi karena adanya stimulus yang

mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain.  
(Andarmoyo, 2013).

b) Nyeri Neouropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri ini lebih sulit diobati (Andarmoyo, 2013).

3) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

a) *Supervicial* atau Kutaneus

Nyeri *supervisial* adalah nyeri yang disebabkan stimulus kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan berlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam Potter dan Perry (2006 dalam Andarmoyo,2013). Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

b) Viseral Dalam

Nyeri Viseral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal Potter dan Perry (2006 dalam Andarmoyo,2013). Nyeri ini bersifat difusi dan dapat mnyebar kebeberapa arah. Contohnya sensasi pukul (*Crushing*) seperti angina *Pectoris* dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung.

c) Nyeri Alihan (*Referred pain*)

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karna banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri, karakteristik

nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik Potter dan Perry (2006 dalam Andarmoyo 2013). Contohnya nyeri yang terjadi pada infark miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, batu empedu, yang mengalihkan nyeri ke selangkangan.

d) Radiasi Nyeri

Radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain Potter dan Perry (2006 dalam Andarmoyo,2013). Karakteristik nyeri terasa akan menyebar ke bagian bawah akibat diskusi intervertebraal yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

e. **Fisiologi Nyeri**

Secara garis besar, nyeri terjadi akibat dari sensitasi pada perifer yang akan dilanjutkan pada sensitasi sentral. Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel *naotus nosispsi*, *semsitisasi perifer*, perubahan fenotip, *semsitisasi central*, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Nyeri pada post SC diakibatkan dari robeknya lapisan kulit dan jaringan di bawahnya akibat pembedahan.

Nosisepsi adalah mekanisme yang menimbulkan nyeri nosiseptif dan terdiri dari proses transduksi, konduksi transmisi, modulasi dan

persepsi, nyeri terjadi akibat dari sensitasi pada perifer yang akan dilanjutkan pada sensitasi sentral, nyeri pada post SC sensitasi perifer berasal dari robeknya lapisan kulit dan jaringan di bawahnya akibat pembedahan (Vascopoulus & Lema,2010). Antara stimulus cedera jaringan dan penurunan pengalaman subjektif nyeri terdapat 4 proses tersendiri : ***Transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.***

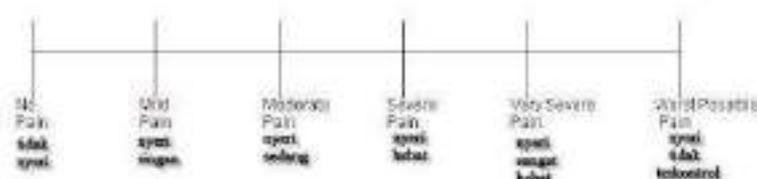
- 1) *Transduksi* adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya luka sayatan) ke impuls nosiseptif, ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu sebatub A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulus non noksius dikelompokkan sebagai berikut serabut penghantar nyeri atau nosiseptor. Erabut ini adalah A-delta dan C. *Silent Nociceptor*, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulus eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.
- 2) *Transmisi* adalah suaru proses dimana impuls disalurkan menuju kornu sodarlis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dari kimiawi. Aksonya berakhir dikomu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.
- 3) Modulaso adalah proses amplifikasi sinyal neural terakhir nyeri (*Pain related neural signals*). Proses ini terutama terjadi diomu

dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsals. Sistem nosiseotif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (*midbrain*) dan medula oblongata, selanjutnya menuju ke medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi descendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsakus.

- 4) Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis dan karakter individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi menerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga *nociceptor*. Secara anatomis reseptor nyeri (*nociceptor*) ada yang bermielin ada juga yang tidak bermielin dari saraf eferen.

## f. Intensitas Nyeri

### 1) Verbal Rating Scale (VRS)



**Gambar 2.9 Verbal Rating Scale (VRS)**

Sumber : (Novita, 2015).

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri, dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri. (Novita, 2015).

## 2) *Visual Analog Scale (VAS)*



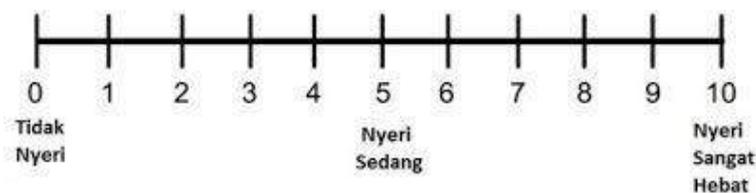
**Gambar 2.10 *Visual Analog Scale (VAS)***

**Sumber : (Novita, 2015).**

Visual analog scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung

yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi (Novita 2015).

### 3) *Numeric Rating Scale (NRS)*



**Gambar 2.11 *Numeric Rating Scale (NRS)***

**Sumber : (Novita, 2015).**

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik. (Novita, 2015).

#### 4) *Wong Baker Pain Rating Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka. (Novita, 2015).



**Gambar 2.12 Wong baker paint Rating Scale**  
**Sumber : (Yudiyanta, Novita, 2015).**

#### g. **Dampak Nyeri**

Dampak nyeri apabila nyeri tidak segera diatasi akan menyebabkan *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang karena tertundanya pemberian ASI sejak awal sehingga dapat mempengaruhi terhadap daya tahan tubuh bayi (Afifah, 2010).

#### h. **Penatalaksanaan Nyeri**

##### 1) Manajemen Farmakologi

Manajemen nyeri farmakologi merupakan metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya. Cara dan metode ini memerlukan instruksi dan medis. Ada beberapa strategi menggunakan pendekatan farmakologis dengan manajemen nyeri persalinan dengan penggunaan analgesia maupun anestesi (Andarmoyo, 2013). Manajemen farmakologi yang di gunakan di ruang kalimaya bawah Rsud dr Slamet Garut adalah dengan cara pemberian analgetik kaltrofen 2x100 mg dengan cara supositoria.

## 2) Manajemen *Non* Farmakologi

Manajemen nyeri *non* farmakologi merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan/kebidanan, manajemen *non* farmakologi merupakan tindakan dalam mengatasi nyeri klien (Andarmoyo,2013).

Menurut Jurnal Kesehatan vol 11 no 1 tahun (2018). Relaksasi telah menjadi sebuah anjuran yang semakin populer untuk terapi analgesik konvensional. Relaksasi sudah digunakan secara luas dalam manajemen nyeri pasca bedah dan telah direkomendasikan dalam pengelolaan nyeri. Penelitian yang dilakukan oleh Seers dan Carroll (2005) untuk menyelidiki keefektifan teknik relaksasi saat digunakan sendiri dalam penanganan nyeri akut. Tiga dari tujuh penelitian yang mereka tunjukkan menunjukkan nyeri secara signifikan lebih sedikit atau rasa sakit tertekan relaksasi (Pyati dan Gan, 2007). Teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu metode *non* farmkologis yang telah direkomendasikan sebagai manajemen nyeri. Teknik relaksasi nafas dalam dapat dilakukan dengan berbagai metode seperti meniup balon, yaitu dengan cara menarik nafas secara maksimal dari hidung ditahan 2-3 detik kemudian di tiupkan ke dalam balon secara maksimal ke dalam balon (balon mengembang), tutup alon dengan jari, tarik nafas lagi secara maksimal dan tiupkan lagi kedalam balon, lakukan 5

menit latihan setiap sesionnya biasanya sekitar 3 balon. Intervensi relaksasi nafas dalam diberikan selama 5 menit menggunakan balon dengan frekuensi 1 kali sehari selama 2 hari pada jam yang sama. Pemberian intervensi dimulai pada hari kedua pasca operasi *sectio cesarea*. Pengkajian nyeri dilakukan 5 menit sebelum dan setelah diberikan intervensi dengan menggunakan NRS.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

Pelaksanaan asuhan keperawatan masa nifas pada post operasi *sectio caesaria* melalui pendekan proses keperawatan dengan melaksanakan:

### **2.2.1 Pengkajian**

#### **a. Identitas Penanggung Jawab**

Terdiri dari nama, usia, alamat, nomor rekam *medic*, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan sebagainya terkait klien dan penanggung jawab (Mansyur & Dahlan, 2014)

#### **b. Riwayat Kesehatan**

##### **1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit**

Keluhan yang menyebabkan klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan. Keluhan utama yang biasa dirasakan klien post partum adalah nyeri seperti di tusuk-tusuk/iris-iris, panas, perih, mules dan sakit pada jahitan perineum (Mohamed & Saied, 2012).

## 2) Keluhan utama saat di kaji

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi (Maryunani,2015), keluhan ini diuraiukan dengan metode PQRST:

P = *Paliatif/Propokatif*

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan tindakan *sectio caesarea* biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q = *Quality/Quantity*

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum dengan tindkan *sectio saesarea* biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris-iris.

R = *Region/Radiasi*

Yaitu menunjukan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum dengan tindakan *sectio caesarea* biasnya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan di abdomennya.

S = *Severity/Skala*

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberaoa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0-10.

T = *Timing*

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan tindakan *sectio caesarea* biasanya mengeluh nyeri yang dirasakannya hilang timbul dengan frekuensi yang tidak menentu.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi penyakit waktu kecil dan imunisasi, pernah masuk rumah sakit: tanggal, penyebab masuk, alergi obat, kebiasaan merokok/alkohol, penyakit spesifik: penyakit jantung, TB, asma, hepatitis, gastrointestinal, hipertensi,dll (Chapman dan Charles, 2013). Biasanya pada ibu dengan tindakan *sectio caesarea* sering ditanyakan apakah klien mempunyai riwayat tindakan pembedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya. Penyakit kronis atau menular seperti hipertensi, DM, TBC , hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi penyakit yang diderita dan apakah keluarga memiliki penyakit yang sama dengan pasien atau keluarga memiliki riwayat penyakit seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung dan sebagainya, sehingga klien dilakukan *operasi sectio caesarea* (Chapman dan Charles, 2013). Penting juga untuk menanyakan tentang riwayat penyakit menular seperti TB, HIV dan Hepatitis.

c. Riwayat *Ginekologi* dan *Obstetri*

1) Riwayat *Ginekologi*

Data ini penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika klien mengalami kesulitan post partum. Riwayat ginekologi pada klien post *sectio caesarea* meliputi :

a) Riwayat Menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungannya, yang meliputi umur saat pertama kali haid, lama haid, siklus haid, karakteristik darah (misalnya menggumpal), *disminore* selama masa haid, HPHT (untuk menghitung usia kehamilan ibu dan tanggal taksiran partus), penggunaan produk sanitari (misal celana dalam, pembalut) (Chapman dan Charles, 2013). Pada wanita Indonesia usia pertama kali menstruasi umumnya 12-16 tahun. Selain itu, jarak antara menstruasi atau siklus menstruasi yang biasanya sekitar 23-32 hari dengan lama menstruasi sekitar 7-14 hari.

b) Riwayat Persalinan

Kaji riwayat kehamilan sebelumnya, persalinan dan nifas yang lalu, tahun persalinan, tempat persalinan, umur kehamilan, jenis kehamilan anak, BB anak, keluhan saat hamil, dan keadaan anak sekarang, apakah persalinan normal atau pernah SC atau tidak sebelumnya. Menikah atau tidak, berapa kali menikah, berapa lama menikah (Chapman dan Charles, 2013)

c) Riwayat Keluarga Berencana

KB terakhir yang digunakan, keluhan, rencana KB setelah melahirkan (Chapman dan Charles, 2013). Biasanya mengidentifikasi jenis kontrasepsi yang digunakan, masalah selama menggunakan kontrasepsi, rencana menggunakan kontrasepsi berikutnya dan alasannya. Biasanya pada pasien Post SC kontrasepsi yang digunakan adalah *Intra Uterine Device* (IUD) karena merupakan kontrasepsi yang efektif, aman, dan dapat diandalkan yang memiliki efektivitas hingga 10 tahun yang dapat dipasang setelah melahirkan atau pascasalin. Penggunaan metode kontrasepsi IUD dapat menjamin sekurangnya tiga tahun jarak kelahiran.

2) Riwayat *Obstetric*

Riwayat *obstetric* pada klien post sectio saesarea meliputi :

a) Riwayat Kehamilan

Riwayat kehamilan meliputi :

(1) Riwayat Kehamilan Dahulu

Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, *forcep*, atau vakum ekstraksi), masalah obstetrik, jalannya persalinan yang lampau sangat mempengaruhi dari segala *factor* yang mempengaruhi persalinan selanjutnya (Chapman & Charles, 2013).

## (2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya (Chapman & Charles, 2013).

## b) Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan meliputi :

### (1) Riwayat Persalinan Dahulu

Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, *forcep* atau vakumekstraksi), masalah *obstetric*, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya (Chapman & Charles, 2013).

### (2) Riwayat Persalinan Sekarang

Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, *forcep* atau vakumekstraksi), masalah *obstetric*, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan

(malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya (Chapman & Cathy, 2013). Biasanya Menjelaskan indikasi dilakukan tindakan *sectio caesarea*, kaji jam, tanggal dan jenis kelamin bayi, Berat Badan, Tinggi Badan, Lingkar Kepala, Lingkar Badan dan APGAR SCORE.

c) Riwayat Nifas

Riwayat Nifas Meliputi :

(1) Riwayat Nifas Dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya (Maryunani, 2015).

(2) Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat (Maryunani, 2015).

d. Pola Aktivitas Sehari – hari

Pengkajian pola aktivitas sehari-hari klien menurut (Nurjannah et al. 2013), meliputi :

1) Pola Nutrisi

a) Makan

Menjelaskan dan membandingkan pola makan klien selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Perlu dikaji menu, frekuensi dan keluhan dalam makan. Pada menu makanan dikaitkan dengan pola diet berimbang bagi ibu. Jika pengaturan menu makan yang dilakukan oleh klien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi. Tenaga kesehatan dapat menanyakan pada klien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari (nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan dan lain-lain), serta keluhan atau kesulitan klien dalam mengkonsumsi makanan. Pada ibu post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat *sectio caesarea*.

b) Minum

Menanyakan kepada klien tentang pola minum, antara lain frekuensi ia minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum.

2) Pola Eliminasi

Membandingkan pola eliminasi klien mampu meliputi BAB dan BAK selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Pola eliminasi BAB menjelaskan frekuensi, wana, bau dan keluhan saat BAB. Pola eliminasi BAK menjelaskan frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan saat BAK. Biasanya terjadi penurunan karena

faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Pada pasien post SC biasanya terpasang *dower kateter*, kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai 42 hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

### 3) Istirahat Tidur

Membandingkan istirahat tidur klien meliputi tidur siang dan malam klien beserta keluhannya ketika hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada ibu tidur disiang dan malam hari. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan *sectio caesarea*.

### 4) *Personal Hygiene*

Mengidentifikasi pola *personal hygiene* klien berupa mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku, dan ganti pakaian. Perlu dikaji beberapa kali klien mandi dan mengganti baju salam sehari, frekuensi dan kapan ia keramas dan gunting kuku. Kemudian membandingkan polanya ketika hamil dan setelah melahirkan di

rumah sakit. Biasanya kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan *sectio caesarea* yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

#### 5) Aktivitas

Menjelaskan perbandingan aktivitas klien selama hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Data ini memberikan gambaran kepada tenaga kesehatan tentang beberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan klien. Pada pasien post SC biasanya dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga pada hari pertama setelah pembedahan, aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien dengan bantuan perawatan dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan. Aktivitas pada klien post SC juga tergantung dari jenis anestesi yang digunakan apabila pasien dengan anestesi umum biasanya pasien boleh bergerak, duduk pada hari pertama post operasi dan pasien bisa berjalan ke kamar mandi apabila sudah mampu, dan untuk pasien dengan anestesi *regional* (spinal) biasanya terdapat hambatan mobilitas fisik terutama pada ekstremitas bawah karena regional anestesi memblokir rasa sakit di sebagian anggota tubuh seperti pinggul, perut, dan kaki, dan pada regional anestesi terutama spinal pasien tidak boleh duduk selama 24 jam di haruskan tirah

baring 24 jam, sehingga aktivitasnya masih memerlukan bantuan dari perawat dan keluarga.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien yang meliputi :

1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini, perawat perlu mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan perawat laporkan dengan kriteria baik jika klien memperhatikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Dapat juga dilaporkan dengan kriteria lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta klien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri. Pada pemeriksaan ini juga dikaji kesadaran biasanya menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) *Eye* :4 *Motoric* :6 *Verbal* :5 (Widiastini, 2018).. pada pasien post SC dengan pembiusan total kesadaran akan berlangsung pulih secara bertahap, sedangkan pada pasien dengan anestesi regional pasien tetap sadar pada saat operasi dan selesai operasi.

2) Tanda-tanda Vital

Mengkaji tekanan darah, pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Pada tanda-tanda vital bisanya tekanan darah noemal adapula yang menurun apabila pendarahannya banyak. Selain itu, nadi

cenderung normal atau lebih cepat. Ada respirasi biasanya normal atau dapat juga lebih lambat yang di sebabkan ibu sedang dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,50 °C dari keadaan normal. Apabila suhu meningkat hingga lebih dari 380 °C maka perlu diwaspadai adanya infeksi (Yanti,2011).

### 3) Antropometri

Mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.

### 4) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien post operasi *sectio caesarea* adalah (Widiastini, 2018):

#### a) Kepala

Perhatikan distribusi rambut, kebersihan, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.

#### b) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum. Biasanya pada pasien post partum adanya edema dan kloasma gravidarum.

#### c) Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan. Pada pasien post partum terkadang adanya

pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.

d) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihan telinga adakah cairan yang keluar dari telinga dan fungsi pendengaran.

e) Hidung

Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman. Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan pernafasan cuping hidung.

f) Mulut

Kaji kesimetrisan bibir, warna, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan.

g) Leher

Inspeksi ada tidaknya pembesaran tyroid dan limfe, apakah nyeri saat menelan. Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses menerang yang salah.

h) Dada

(1) Pemeriksaan dada meliputi jantung, paru-paru dan payudara. Kaji bentuk dan kesimetrisan dada, Kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Jantung : Bunyi jantung regular S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan S2 lebih terdengar di ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti *gallop dan murmur*.

(2) Payudara

Kaji bentuk bentuk payudara, tekstur, warna aerola, ada tidak pembengkakkan dan palpasi adanya nyeri tekan, dan ada tidaknya benjolan. Pada hari pertama konsistensi payudara lunak, adanya kolostrum, puting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga payudara mengeras, membesar, hangat, puting dapat mengalami luka yang memerah, ASI keluar pada hari kedua sampai hari keempat.

i) Abdomen

Kaji bentuk abdoemen, *striae*, bunyi bising usus, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan keadaan luka operasi. Lembek atau lunak dan kendur, terdapatnya luka operasi *sectio caesarea* tertutup perban, fundus uteri setinggi pusat pada hari pertama dan 1-2 cm di bawah pusat setelah 3 hari, teraba keras. Pada pasien post SC biasanya mengalami keterlambatan

penurunan Fundus uteri akibat adanya luka insisi pada posisi *sectio caesarea* (SC) timbul rasa nyeri akibat luka insisi sehingga involusi lebih lambat. Hasil penelitian bahwa sebagian besar (60,6%) Ibu Nifas Post *sectio caesarea* (SC) mengalami keterlambatan penurunan TFU Hal ini disebabkan oleh ibu Post *sectio caesarea* (SC) kurang melakukan mobilisasi dini karena rasa nyeri yang timbul akibat luka jahitan pada abdomen (Fitriana dan Lilis Dwi, 2012).

j) Punggung dan bokong

Kaji bentuk punggung, ada tidaknya lesi, ada tidaknya kelainan tulang belakang, dan kebersihan bokong.

k) Genitalia

Umumnya pada ibu post *sectio caesarea* dipasang *dower kateter*. Kaji kebersihan vagina dan lochea. Pengeluaran darah campur lendir, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak.

l) Anus

Kaji kebersihan, apakah ada benjolan haemorroid.

m) Ekstremitas

Pada ekstremitas atas kaji bentuk dan kelainan yang dirasakan klien. Kemudian pada ekstremitas bawah kaji bentuk dan ada atau tidaknya varises dan edema.

Pemeriksaan Fisik bayi :

- a) Keadaan umum : meliputi tampilan, kesadaran bayi dengan pemeriksaan APGAR Score pada menit pertama dan ke-5.
- b) Antropometri : meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar lengan atas.

f. Pemeriksaan Diagnostic

- 1) Pemantauan EKG
- 2) JDL dengan *diferensial*
- 3) Elektrolit
- 4) Haemoglobin/Hematokrit
- 5) Golongan Darah
- 6) *Urinalisis*
- 7) Amniosentesis terhadap nmaturosis paru janin sesuai indikasi.
- 8) Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
- 9) *Ultrasound* sesuai pesanan.

g. Data Psikologis

Perubahan psikologi yang terjadi pada ibu postpartum yaitu ibu terfokus pada kebutuhan dirinya (*taking in*) sampai dapat mandiri dan memperhatikan kondisi bayinya untuk dilakukan perawatan (*letting go*) untuk itu diperlukan dukungan dari keluarga untuk menjaga kondisi kesehatan fisik dan mental ibu (Maryunani & Hartati, 2015). Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan *sectio*

*caesarea* yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami *baby blues*.

h. *Data Social*

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitar.

i. *Kebutuhan Bounding Attachment*

Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap interaksi dengan bayi secara nyata baik fisik, emosi maupun sensori (Nurjanah et al. 2013).

j. *Kebutuhan Pemenuhan Seksual*

Mengidentifikasi tentang kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/nifas (Nurjanah et al. 2013).

k. *Pengetahuan tentang Perawatan Diri*

Pada ibu postpartum *sectio caesarea* dapat terjadi berkurang dan terbatasnya kemampuan ibu dalam memenuhi perawatan dirinya (Maryunani & Hartati,2015).

l. *Analisa data*

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisis data sehingga dapat ditentukan masalah keperawatannya. Disamping mengkaji juga harus memperhatikan kekuatan atau kemampuan ibu postpartum *sectio cesarea* untuk melakukan perawatan mandiri secara bertahap dan mengatasi rasa ketidaknyamanan (Maryunani, 2015). Data yang sudah dikumpulkan selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data.

Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif dan pedoman pada teori Abraham Maslow yang terdiri dari:

- 1) Kebutuhan dasar atau fisiologis
- 2) Kebutuhan rasa nyaman
- 3) Kebutuhan cinta dan kasih sayang
- 4) Kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian kritis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan /masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan menimbulkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan megutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum dengan *sectio caesarea* adalah (Nurarif dan Kusuma, 2015) :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anestesi).
- b. Nyeri akut berbubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.

- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berbubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- e. Gangguan eliminasi urine.
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan .
- g. Resiko infeksi area pembeahan berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- h. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi berhubungan dengan kelelahan postpartum.
- i. Konstipasi .
- j. Resiko syok (Hipovolemik).
- k. Resiko perdarahan.
- l. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

### 2.2.3 Intervensi

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan *seksio caesarea* adalah :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafa (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anestesi).

**Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan jalan Nafas**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Ketidakefektifan bersihan jalan napas</b> <b>Definisi :</b> ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan jalan napas. <b>Batasan Karakteristik:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada Batuk</li> <li>2. Suara napas tambahan</li> <li>3. Perubahan frekuensi napas.</li> <li>4. Perubahan irama napas</li> <li>5. Sianosis</li> <li>6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara</li> <li>7. Penurunan bunyi napas</li> <li>8. Dispneu</li> <li>9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan</li> </ol>	<b>NOC :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respiratory status : Ventilation</li> <li>2. Respiratory status : airway patency</li> </ol> <b>Kriteria Hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).</li> <li>2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada</li> </ol>	<b>NIC :</b> <b>Airway suction</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning</li> <li>2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.</li> <li>3. Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning</li> <li>4. Minta klien napas dalam sebelum suctioning</li> <li>5. Berikan oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotracheal</li> <li>6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan</li> <li>7. Anjurkan klien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter</li> </ol>	<b>Airway Suction</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tindakan suction yang tepat membantu melapangkan jalan nafas pasien.</li> <li>2. Mengetahui adanya suara nafas tambahan dan keefektifan jalan nafas untuk memenuhi O2 klien.</li> <li>3. Memberikan pemahaman kepada keluarga mengenai indikasi kenapa dilakukan tindakan suction.</li> <li>4. Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru atau jalan nafas kecil.</li> <li>5. Menurunkan resiko muntah/regurgitasi dan aspirasi.</li> </ol>

10. Batuk yang tidak efektif	suara nafas abnormal).	dikeluarkan dari nasotracheal	6. Mencegah infeksi nosokomial.
11. Orthopneu	3. Mampu mengidentifikasi dan	8. Monitor status oksigen klien	7. Memberikan ekspansi pada paru-paru setelah tindakan.
12. Gelisan	mencegah faktor yang dapat	9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction	8. Mengetahui adanya perubahan nilai SaO <sub>2</sub> dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bisa dihentikan.
13. Mata terbuka lebar	menghambat jalan nafas	10. Hentikan suction dan berikan oksigen apabila klien menunjukkan bradikardi, penurunan saturasi oksigen dan lain-lain.	9. Memberi pemahaman keluarga bagaimana tindakan yang akan dilakukan.
		<b>Airway Manajemen</b>	10. Mempertahankan jalan nafas dengan tidak mengganggu saluran nafas jika terjadi perubahan.
		1. Buka jalan nafas, menggunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu	<b>Airway Manajemen</b>
		2. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi	1. Menjamin jalan masuknya udara ke paru secara normal.
		3. Identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan	2. Meningkatkan drainase sekresi, kerja pernafasan, dan ekspansi paru.
		4. Pasang mayo bila perlu	3. Menentukan indikasi pemasangan dan tindakan.
		5. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	3. Menjaga kepatenan jalan nafas.
		6. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan	4. Meningkatkan efisiensi pola pernafasan dan membersihkan jalan nafas.
		7. Lakukan suction pada mayo	5. Batuk dapat memudahkan pengeluaran sekret.
		8. Berikan bronkhodilator bila perlu	6. Adanya mengi/ronkhi menunjukkan sekret tertahan, mengindikasikan kebutuhan intervensi lebih agresif.
		9. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab	7. Suction pada mayo tidak mengganggu jalan nafas dan
		10. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan	
		11. Monitor respirasi dan status oksigen	

- dapat memberi kenyamanan pasien.
8. Menurunkan kekentalan sekret.
  9. Mencegah pengeringan membran mukosa.
  10. Pengenceran sekret mulut/pernafasan untuk meningkatkan pengeluaran.
  11. Mengetahui adanya perubahan nilai SaO<sub>2</sub> dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bias dihentikan.

Sumber: Nurarif & Kusuma (2015) dan Doengoes (2018)

- b. Nyeri Akut Berhubungan dengan agen injuri fisik ( pembedahan, trauma jalan lahir dan episiotomi).

**Tabel 2.3 Intervensi nyeri Akut**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Nyeri akut</b> <b>Definisi:</b> pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international Assocation for the study of pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat di antisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.	<b>NOC :</b> 1. <i>Pain Level</i> 2. <i>Pain Control</i> 3. <i>Comfort level</i> <b>Kriteria Hasil:</b> 1. Mampumengontrol nyeri (penyebab, teknik nonfarmakologi, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala,	<b>NIC :</b> <b><i>Pain Management</i></b> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4. Kaji kultur yang	<b><i>Pain Management</i></b> 1. Membantu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektifan analgesia atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi. 2. Indikator nyeri akut yang dapat menguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indikator tunggal terkait ketidakmampuan atau ketidakmauan klien untuk menyatakan nyeri yang

<b>Batasan Karakteristik :</b>	intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	mempengaruhi respon nyeri	dialaminya. Meningkatkan
1. Perubahan selera makan	4. Menyatakan rasa nyaman	5. Evaluasi pengalaman nyeri	relaksasi dan dapat
2. Perubahan tekanan darah	setelah berkurang	masalah	meningkatkan kemampuan
3. Perubahan frekuensi jantung		6. Evaluasi bersama pasien dan	koping klien dengan
4. Perubahan frekuensi pernafasan		kesehatan lain tentang	memfokuskan kembali
5. Laporan isyarat		ketidakefektifan kontrol nyeri	perhatian.
6. Diadoresis		masa lampau	3. Untuk mengalihkan perhatian
7. Perilaku distraksi (misalnya		7. Bantu pasien dan keluarga	pasien dari rasa nyeri
berjalan mondar mandir mencari		untuk mencari dan	4. Membantu mengurangi nyeri.
orang lain atau aktivitas lain,		menemukan dukungan	5. Untuk mengurangi faktor yang
aktivitas yang berulang).		8. Kontrol lingkungan yang dapat	dapat memperburuk rasa nyeri.
8. Mengekspresikan perilaku		mempengaruhi nyeri seperti	6. Untuk mengetahui adakah
(misalnya gelisah, merengek,		suhu ruangan, pencahayaan	terjadi pengurangan rasa nyeri
menagis)		dan kebsingan	yang dirasakan klien
9. Masker wajah (misalnya mata		9. Kurangi factor presipitasi	bertambah.
kurang bercahaya, tampak kacau,		nyeri	7. Pemberian “health
gerakan mata berpencar atau		10. Pilih dan lakukan penanganan	education”dapat mengurangi
tetap pada satu fokus meringis)		nyeri (farmakologi dan	tingkat kecemasan dan
10. Sikap melindungi area nyeri		interpersonal)	membantu klien dalam
11. Fokus menyempit (misalnya		11. Kaji dan tipe sumber nyeri	membentuk mekanisme koping
gangguan persepsi nyeri)		untuk menentukan intervensi	terhadap rasa nyeri.
12. Findikasi nyeri yang dapat		12. Ajarkan tentang tehnik	8. Mendukung istirahat dan
diamati		nonfarmakologi	meningkatkan kemampuan
13. Perubahan posisi untuk		13. Berikan analgetik untuk	koping.
menghindari nyeri		mengurangi nyeri	9. Agar nyeri yang dirasakan
14. Sikap tubuh melindungi		14. Evaluasi keefektifan kontrol	klien tidak bertambah.
15. Dilatasi pupil		nyeri	10. Untuk menangani nyeri yang
16. Melaporlam mueri secara verbal		15. Tingkatkan istirahat	dirasakan.
17. Gangguan tidur		16. Kolaborasi dengan sokter jika	11. Untuk mengetahui apa yang
<b>Faktor yang berhubungan :</b>		ada keluhan dan tindakan	memperberat terjadinya nyeri.
1. Agen cedera (misalnya biologis,		nyeri tidak berhasil	12. Agar klien mampu
zat kimia fisik, psikologis)		17. Monitor penerimaan pasien	menggunakan teknik non
		tentang manajemen nyeri.	farmakologi dalam manajemen
		<b>Analgetic administration</b>	nyeri yang dirasakan.

- 
- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan lokasi karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</li> <li>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li> <li>3. Cek riwayat alergi</li> <li>4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu</li> <li>5. Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri.</li> <li>6. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengotan nyeri secara teratur</li> <li>7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali.</li> <li>8. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.</li> <li>9. Evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri.</li> <li>14. Rasa nyeri lebih dapat teratasi.</li> <li>15. Agar dapat mengurangi nyeri.</li> <li>16. Apabila keluhan nyeri belum berkurang.</li> <li>17. Untuk mengurangi efek samping lanjut dari rasa nyeri.</li> </ol> <p><b><i>Analgetic administration</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui intervensi apa yang harus dilakukan.</li> <li>2. Selanjutnya untuk menjaga keselamatan pasien dalam pemberian obat</li> <li>3. Supaya tidak memperburuk keadaan pasien.</li> <li>4. Untuk penatalaksanaan terapi yang lebih baik.</li> <li>5. Untuk mempercepat kurangnya rasa nyeri.</li> <li>6. Supaya memilih analgetik yang benar.</li> <li>7. Untuk memberikan pengobatan nyeri secara teratur.</li> <li>8. Mengetahui adanya perubahan sesudah dan sebelum diberikan analgetik.</li> <li>9. Menangani nyeri yang sesuai. Mengetahui efektifitas yang akurat tentang analgetik yang sudah diberikan.</li> </ol> |
|---|---|
- 

Sumber : Nurarif & Kusuma (2015) dan Doengoes (2018).

- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan postpartum.

**Tabel 2.4 Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.</b> <b>Definisi:</b> Asupan nutrisi tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolik. <b>Batasan karakteristik :</b> 1. Nyeri abdomen 2. Berat badan 30% atau lebih dibawah berat badan ideal 3. Kurang makan 4. Kurang informasi 5. Tonus otot menurun <b>Faktor yang berhubungan :</b> 1. faktor biologis 2. faktor ekonomi 3. ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient 4. ketidak mampuan menelan makanan 5. faktor psikologis	<b>NOC :</b> 1. <i>Nutrient status</i> 2. <i>Nutritional Status : food and fluid</i> 3. <i>Intake</i> 4. <i>Nutritional status: nutrient intake</i> 5. <i>Weight control</i> <b>Kriteria Hasil</b> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda mal nutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	<b>NIC :</b> <b>Nutrient Management</b> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Berikan substansi gula 6. Yakinkan diet yang dimakan klien mengandung serat tinggi untuk mencegah konstipasi 7. Berikan makanan yang terpilih (berdasarkan konsultasi ahli gizi) 8. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang	<b>Nutrient Management</b> 1. Untuk menghindari rasa mual dan muntah 2. Pengawasan kehilangan dan alat kebutuhan nutrisi. 3. Membantu pembentukan sel darah merah dalam absorpsi makanan. 4. Mempertahankan kelembaban kulit dan cairan tubuh. 5. Dapat meningkatkan energi pasien. 6. Untuk mencegah konstipasi. 7. Untuk membantu dalam proses pemenuhan nutrisi klien. 8. Mengerti membuat catatan makanan harian dapat meningkatkan pola makan klien 9. Pemantauan jumlah nutrisi dan kalori dapat meningkatkan jumlah yang dibutuhkan oleh tubuh. 10. Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi klien.

---

<p>dibutuhkan.</p> <p><b>Nutrition Monitoring</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BB pasien dalam batas normal</li> <li>2. Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan</li> <li>4. Monitor lingkungan selama makan</li> <li>5. Monitor kulit kering dan pigmentasi</li> <li>6. Monitor turgor kulit</li> <li>7. Monitor kekeringan rambut kusan dan mudah patah</li> <li>8. Monitor mual muntah</li> <li>9. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht.</li> <li>10. Monitor pertumbuhan dan perkembangan</li> <li>11. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</li> <li>12. Monitor kalori dan intake nutrisi.</li> </ol>	<p><b>Nutrition Monitoring</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui status nutrisi yang dibutuhkan</li> <li>2. Penimbangan BB untuk memantau status nutrisi dan efektivitas intervensi.</li> <li>3. Penimbangan BB untuk memantau status nutrisi dan efektivitas intervensi.</li> <li>4. Aktivitas mempengaruhi respon klien terhadap kondisi fisik.</li> <li>5. Untuk sebagian orang makan merupakan kegiatan sosial. Kesendirian saat makan dapat mengurangi motivasi untuk mempersiapkan makanan bergizi.</li> <li>6. Lingkungan yang tidak nyaman dapat mempengaruhi selera makan.</li> <li>7. Klien merasa masih ada orang yang memperhatikannya.</li> <li>8. Mencegah atau menurunkan insiden komplikasi.</li> <li>9. Turgor kulit jelek dapat menggambarkan keadaan klien.</li> <li>10. Tindakan ini membantu klien dalam perawatan personal hygiene klien.</li> <li>11. Mual dan muntah mempengaruhi penurunan nutrisi.</li> </ol>
--	--

---

12. Memonitor status nutrisi.

Sumber : Nurarif &amp; Kusuma (2015) dan Doengoes (2018).

d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.

**Tabel 2.5 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p><b>Ketidakefektifan pemberian ASI</b>  <b>Definisi :</b> Ketidak puasan atau kesulitan ibu, bayi atau anak menjalani proses pemberian ASI  <b>Batasan karakteristik :</b>            1. Ketidakefektifan suplai ASI            2. Tampak ketidakadekuatan asupan susu            3. Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin            4. Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui            5. Kurang menambah berat badan bayi  <b>Faktor yang berhubungan :</b>            1. Defisit pengetahuan            2. Diskontinuitas pemberian ASI            3. Reflex menghisap buruk            4. Prematuritas            5. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya</p>	<p><b>NOC :</b>            1. <i>Breastfeeding ineffective</i>            2. <i>Breathing pattern ineffective</i>            3. <i>Breastfeeding interrupted</i>  <b>Kriteria Hasil :</b>            1. Kemantapan pemberian ASI : bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI            2. Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI            3. Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler</p>	<p><b>NIC ;</b>            1. Evaluasi pola menghisap/ menelan bayi            2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui            3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga)            4. Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif            5. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting ibu            6. Pantau integritas kulit puting ibu            7. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis            8. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar            9. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi</p>	<p>1. Upaya peningkatan produksi ASI, nutrisi, peningkatan frekuensi menyusui.            2. Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui.            3. Dapat mengetahui kesenjangan proses pemberian ASI.            4. Monitor apakah bayi dapat menghisap dengan baik, monitor apakah posisi bayi pada dada ibu dan apakah mulut bayi sudah berada tepat pada puting ibu.            5. Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas.            6. Identifikasi atau intervensi dini dapat mencegah/ membatasi terjadinya luka dan pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui.            7. Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi.            8. Melihat berat badan dan proses</p>

---

<p>4. Penyapihan pemberian ASI</p> <p>5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI</p> <p>6. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera, ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI.</p>	<p><b>Brest examination Laktation supresion</b></p> <p>1. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI</p> <p>2. Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI</p> <p>3. Ajarkan pengasuhan bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran pemberian susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang</p> <p>4. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula</p> <p>5. Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai.</p> <p><b>Laktation konseling</b></p> <p>1. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI</p> <p>2. Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu</p>	<p>eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik.</p> <p>9. Untuk membantu mempertahankan pemberian ASI.</p> <p><b>Brest examination Laktation supresion</b></p> <p>1. Menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan tehnik memompa ASI.</p> <p>2. Untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari pemberian susu formula.</p> <p>3. Meningkatkan kemandirian dan pengalaman pemberian makan yang optimal.</p> <p>4. Meningkatkan kemandirian tentang informasi kembalinya ovulasi dan alat kontrasepsi yang sesuai.</p> <p>5. Meningkatkan kemampuan tentang lebih bagus diberikan ASI.</p> <p><b>Laktation konseling</b></p> <p>1. Membantu orang tua dalam penguasaan tugas - tugas baru.</p>
---	---	---

---

- 
3. Diskusikan metode alternatif pemberian makanan bayi
- 

Sumber : Nurarif & Kusuma (2015) dan Doengoes (2018)

e. Gangguan eliminasi urine

**Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p><b>Gangguan eliminasi urine</b>  <b>Definisi:</b> Disfungsi pada eliminasi urine  <b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disuria</li> <li>2. Sering berkemih</li> <li>3. Anyang-anyangan</li> <li>4. Nokturia</li> <li>5. Retensi</li> <li>6. Dorongan</li> </ol> <p><b>Faktor yang berhubungan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obstruksi anatomic</li> <li>2. Penyebab multiple</li> <li>3. Gangguan sensori <i>motoric</i></li> <li>4. Infeksi saluran kemih</li> </ol>	<p><b>NOC:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Urinary elimination</i></li> <li>2. <i>Urinaru continuence</i></li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kandung kemih kosong secara penuh</li> <li>2. Tidak ada residu urine &gt; 100-200 cc</li> <li>3. Intake cairan dalam rentan normal</li> <li>4. Bebas dari ISK</li> <li>5. Tidak ada spasme bleder</li> <li>6. <i>Balance</i> cairan seimbang</li> </ol>	<p><b>NIC :</b>  <b><i>Urinary retention care</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan penilaian kemih yang komperhensif terfokus pada inkontenensia (misalnya, output urine, pola berkemih, fungsi kognitiv, dan masalah kencing pra exsisten)</li> <li>2. Memantau penggunaan obat dengan sifat kolinergik atau properti alfa agonis</li> <li>3. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blokera dan antikolinergik</li> <li>4. Menyediakan penghapusan privasi</li> <li>5. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet</li> <li>6. Merangsang refleks kandung kemih dengan menrapkan dingin untuk perut</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih, termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan.</li> <li>2. Mengetahui pemberian obat yang tepat.</li> <li>3. Menghindari efek samping dari obat-obat yang sudah diresepkan.</li> <li>4. Melanjutkan intervensi selanjutnya.</li> <li>5. Membantu dengan cara toilet berkala.</li> <li>6. Mengurangi terjadinya resiko infeksi saluran kemih.</li> <li>7. Mengevaluasi kandung kemih.</li> <li>8. Memudahkan untuk berkemih.</li> <li>9. Memungkinkan klien membuat keputusan berdasarkan informasi.</li> </ol>

- 
7. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10menit)
  8. Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal
  9. Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan
  10. Gunakan double-void teknik
  11. Masukkan kateter kemih, sesuai
  12. Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai
  13. Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja
  14. Memantau asupan dan keluaran
  15. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
  16. Membantu dengan toilet secara berkala
  17. Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa
  18. Menerapkan kateterisasi intermiten
  19. Merujuk ke spesialis kontinensia kemih
  10. Untuk melatih mengontrol pasien teknik berkemih.
  11. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih. Selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urine dan memantau keluaran urine.
  12. Mengurangi terjadinya kekurangan cairan.
  13. Memberikan informasi untuk lebih banyak mengkonsumsi serat.
  14. Mengetahui apa yang telah diasup oleh tubuh.
  15. Mengetahui bila terjadi distensi kandung kemih dan melakukan penanganan yang tepat.
  16. Membantu untuk melatih pasien.
  17. Untuk melakukan penanganan tepat.
  18. Kateterisasi intermiten mungkin di implementasikan untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka panjang.
  19. Bila terjadi perburukan kondisi klien.
- 

Sumber : Nurarif & Kusuma (2015) dan Doengoes (2018)

## f. Gangguan Pola tidur berhubungan dengan lemah

**Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p><b>Gangguan pola tidur</b>  <b>Definisi :</b> Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal  <b>Batasan Karakteristik :</b>            1. Perubahan pola tidur normal            2. Penurunan kemampuan berfungsi            3. Ketidakpuasan tidur            4. Menyatakan sering terjaga            5. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat  <b>Faktor yang berhubungan:</b>            1. Kelembaban lingkungan sekitar            2. Perubahan pajanan terhadap cahaya gelap</p>	<p><b>NOC :</b>            1. <i>Anxiety reduction</i>            2. <i>Comfort level</i>            3. <i>Pain level</i>            4. <i>Rest: extent and patren</i>            5. <i>Sleep: extent and patren</i>  <b>Kriteria Hasil:</b>            1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam perhari            2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal            3. Perasaan segar sesudah tidur/istirahat            4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</p>	<p><b>NIC :</b>  <b><i>Sleep Enhancement</i></b>            1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur yang adekuat            2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat            3. Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca ciptakan lingkungan yang nyaman)            4. Ciptakan lingkungan yang nyaman            5. Kolaborasi pemberian obat tidur            6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang tehnik tidur pasien            7. Instruksikan untuk memonitoring tidur pasien            8. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur            9. Monitor/catat kebutuhan waktu tidur pasien setiap hari dan jam</p>	<p><b><i>Sleep Enhancement</i></b>            1. Mengetahui pengaruh obat dengan pola tidur pasien.            2. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien.            3. Meningkatkan efek relaksasi yang membantu pasien tertidur dan tidur lebih lama.            4. Memberikan situasi kondusif untuk tidur.            5. Mungkin diberikan untuk membantu klien istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru.            6. Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat.            7. Mengetahui perkembangan pola tidur pasien.            8. Mengetahui pengaruh makan dan minum terhadap pola tidur pasien.            9. Mengetahui perkembangan pola tidur pasien.</p>

Sumber : Nurarif & Kusuma (2015) dan Doengoes (2018)

- g. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

**Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p><b>Resiko Infeksi</b>  <b>Definisi :</b> Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik  <b>Faktor-faktor resiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penyakit kronis               <ol style="list-style-type: none"> <li>Diabetes Melitus</li> <li>obesitas</li> </ol> </li> <li>Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen</li> <li>Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Gangguan peristaltis</li> <li>Kerusakan integritas kulit</li> <li>Perubahan sekresi pH</li> <li>Penurunan kerja siliaris</li> <li>Pecah ketuban dini</li> <li>Pecah ketuban lama</li> <li>Merokok</li> <li>Statis cairan tubuh</li> <li>Trauma jaringan</li> </ol> </li> <li>Ketidakadekuatan pertahanan sekunder               <ol style="list-style-type: none"> <li>Penurunan Haemoglobin</li> <li>Imunosupresi</li> <li>Supresi respon inflamasi</li> </ol> </li> <li>Vaksinasi tidak adekuat</li> </ol>	<p><b>NOC :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Immune status</i></li> <li><i>Knowledge: infection control</i></li> <li><i>Risk control</i></li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.</li> <li>Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ol>	<p><b>NIC :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien</li> <li>Pertahankan tehnik isolasi</li> <li>Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung</li> <li>Gunakan antiseptik untuk cuci tangan</li> <li>Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung</li> <li>Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum.</li> <li>Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</li> <li>Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>Berikan terapi antibiotik bila perlu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menurunkan resiko kontaminasi.</li> <li>Membatasi pajanan terhadap agen infeksius.</li> <li>Membantu menurunkan rangsangan simpatis.</li> <li>Mencegah terjadinya infeksi nosokomial.</li> <li>Dapat membersihkan tangan dan mengurangi mikroba.</li> <li>Mencegah kontaminasi silang atau kolonasi bakteri.</li> <li>Sebagai alat proteksi dan mencegah penyebaran kuman.</li> <li>Mencegah kontaminasi silang atau kolonisasi bakteri.</li> <li>Mengurangi resiko kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan</li> <li>Penggunaan kateter jangka pendek untuk mencegah terjadinya infeksi.</li> <li>Memenuhi kebutuhan nutrisi.</li> <li>Dapat digunakan secara profilaksis guna mengurangi kolonisasi atau digunakan untuk mengatasi proses infeksius.</li> <li>Agar bakteri dan penyakit</li> </ol>

6. Pemajanan terhadap patogen	13. Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)	tidak menyebar dari lingkungan ke orang lain.
7. Lingkungan meningkat 1) Wabah	<b>Infection Protection (Proteksi terhadap Infeksi)</b>	<b>Infection Protection Proteksi terhadap infeksi)</b>
8. Prosedur infasif	1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local	1. Menggambarkan proses inflamasi atau infeksi, yang memerlukan evaluasi dan terapi.
9. Malnutrisi	2. Monitor hitung granulosit, WBC	2. Untuk melakukan intervensi kembali.
	3. Monitor kerentangan terhadap infeksi	3. Mengurangi patogen pada sistem imun dan mengurangi kemungkinan pasien terjadi infeksi.
	4. Batasi pengunjung	4. Mencegah terjadinya infeksi nosokomial.
	5. Saring pengunjung terhadap penyakit menular	5. Untuk mengurangi terinfeksi teradap penyakit menular.
	6. Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang beresiko	6. Mengurangi resiko infeksi dan kolonisasi bakteri.
	7. Pertahankan teknik isolasi k/p	7. Observasi turgor kulit untuk mempertahankan teknik isolasi.
	8. Berikan perawatan kulit pada area epidema	8. Mengurangi resiko kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan.
	9. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	9. Indikator infeksi luka.
	10. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah	10. Dapat mengetahui perkembangan luka.
	11. Dorong masukkan nutrisi yang cukup	11. Status nutrisi yang cukup dapat membantu penyembuhan luka.
	12. Dorong masukan cairan	12. Supaya tidak terjadi kekurangan cairan.
	13. Dorong istirahat	13. Istirahat yang cukup dapat
	14. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep	
	15. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	
	16. Ajarkan cara menghindari infeksi	
	17. Laporkan kecurigaan infeksi	

	dan laporkan kultur positif	<p>membantu penyembuhan luka.</p> <p>14. Konsumsi antibiotik sesuai program dapat mengurangi retensi kuman. Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi.</p> <p>15. Supaya pasien dan keluarga bisa terhindar dari infeksi.</p> <p>16. Untuk melakukan penanganan yang tepat tentang infeksi.</p> <p>17. Hasil kultur positif menunjukkan telah terjadi infeksi.</p>
--	-----------------------------	--

Sumber : Nurarif & Kusuma (2015) dan Doengoes (2018).

- h. Defisit perawatan diri (mandi/kebersihan diri, makan, toileting) berhubungan dengan kelelahan postpartum

**Tabel 2.9 Intervensi defisit perawatan diri**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p><b>Defisit perawatan diri: mandi</b></p> <p><b>Definisi:</b> Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.</p> <p><b>Batasan Karakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi</li> <li>2. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh</li> <li>3. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi</li> <li>4. Ketidakmampuan menjangkau</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Activity Intolerance</i></li> <li>2. <i>Mobility: physical impaired</i></li> <li>3. <i>Self care deficit hygiene</i></li> <li>4. <i>Sensory perception, auditory disturbed</i></li> </ol> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> <li>2. Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL)</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Self care assistance : Bathing/Hygiene</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>4. Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu mengantisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual.</li> <li>2. Perubahan fisik karena faktor usia membuat seseorang tidak peduli akan kebersihan tubuhnya.</li> <li>3. Klien ini mungkin merasakan ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan</li> </ol>

<p>sumber air</p> <p>5. Ketidakmampuan membasuh tubuh</p> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan kokitif</li> <li>2. Penurunan motivasi</li> <li>3. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>4. Nyeri</li> <li>5. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh</li> <li>6. Kendala lingkungan</li> </ol>	<p>mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>4. Perawatan diri hygiene: mampu mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>5. Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>6. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</li> <li>7. Membersihkan dan mengeringkan tubuh</li> <li>8. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan <i>hygiene</i> oral</li> </ol>	<p>aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau kamar mandi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)</li> <li>6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal.</li> <li>7. Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai</li> <li>8. Memfasilitasi mandi pasien</li> <li>9. Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</li> <li>10. Memantau kebersihan kulit pasien</li> <li>11. Menjaga ritual kebersihan diri</li> <li>12. Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai</li> <li>13. Mendorong orang tua /</li> </ol>	<p>tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan diri dan meningkatkan pemulihan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memperbaiki harga diri dan meningkatkan perasaan kesejahteraan.</li> <li>5. Menyediakan informasi yang tepat untuk pasien.</li> <li>6. Memberikan keamanan ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi resiko tersandung akibat terjatuh.</li> <li>7. Kebersihan gigi penting untuk meningkatkan kenyamanan, selera makan klien.</li> <li>8. Memfasilitasi pasien mandi dan mempertahankan kemandirian.</li> <li>9. Pantau pembersihan kuku sesuai dengan kemampuan perawatan diri.</li> <li>10. Kerusakan kulit mungkin terjadi karena imobilisasi tubuh yang terlalu lama.</li> <li>11. Mempertahankan rutinitas perawatan diri klien.</li> <li>12. Memudahkan rutinitas yang biasa dilakukan pasien sebelum tidur. 1</li> <li>13. Meningkatkan perasaan harga diri, mendorong kemandirian dan partisipasi dalam terapi.</li> </ol>
---	---	--	--

- keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa
14. Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya.
14. Agar pasien dapat secara mandiri memberi perawatan diri kepada dirinya sendiri.

Sumber (Nurarif & Kusuma, 2015) dan Doengoes (2018).

i. Konstipasi

**Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p><b>Konstipasi</b>  <b>Definisi</b> : Penurunan pada frekuensi normal pada defeksi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak  <b>Batasan karakteristik</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri abdomen</li> <li>2. Anoreksia</li> <li>3. Darah merah pada feses</li> <li>4. Perubahan pada pola defeksi</li> <li>5. Penruunan volume feses</li> <li>6. Distensi abdomen</li> <li>7. Rasa tekanan rektal</li> <li>8. Keletihan umum</li> <li>9. Sakit kepala</li> <li>10. Bising usus hiperaktif</li> <li>11. Bising usus hipoaktif</li> <li>12. Peningkatan tekanan abdomen</li> <li>13. Adanya feses lunak. Seperti pasta dalam rektum</li> </ol>	<p><b>NOC</b>  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Bowel Elamination</i></li> <li>2. <i>Hidrasi</i></li> </ol> <b>Kriteria Hasil</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari</li> <li>2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</li> <li>3. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi</li> <li>4. Feses lunak dan berbentuk</li> </ol>	<p><b>NIC</b>  <i>Constipation/ impaction managemen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala konstipasi</li> <li>2. Monitor bising usus</li> <li>3. Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume</li> <li>4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus</li> <li>5. Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis</li> <li>6. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi</li> <li>7. Dukung intake cairan</li> <li>8. Pantau tanda tanda dan gejala konstipasi</li> <li>9. Pantau tanda tanda dan gejala impaksi</li> <li>10. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan pola eliminasi seperti biasanya.</li> <li>2. Distensi abdomen dan ketiadaan bising usus mengindikasikan bahwa usus tidak berfungsi. Kemungkinan penyebab dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatik sistem gastrointestinal secara mendadak.</li> <li>3. Membantu mengidentifikasi penyebab dan faktor pemberat dan intervensi yang tepat.</li> <li>4. Untuk memberikan intervensi selanjutnya/pengobatan yang lebih tepat.</li> <li>5. Untuk memonitor tanda-tanda awal ruptur usus/peritonitis.</li> </ol>

---

**Faktor yang berbubungan :**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fungsional             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kelemahan otot abdomen</li> <li>2) Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi</li> <li>3) Perubahan lingkungan saat ini</li> </ol> </li> <li>2. Psikologis             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Depresi, stress emosi</li> <li>2) Konfusi mental</li> </ol> </li> <li>3. Farmakologis             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Antikolinergik</li> <li>2) Diuretik</li> <li>3) Simpatomimetik</li> </ol> </li> <li>4. Mekanis             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ketidakseimbangan elektrolit</li> </ol> </li> <li>5. Fisiologis             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perubahan pola makan</li> <li>2) Asupan serat tidak cukup</li> </ol> </li> </ol> | <p>frekuensi, bentuk, volume, dan warna</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Memantau bising usus</li> <li>12. Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</li> <li>13. Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat</li> <li>14. Timbang pasien secara teratur</li> <li>15. Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal</li> <li>16. Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk revolusi sembelit</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Untuk mengetahui penyebab terjadinya kontribusi konstipasi.</li> <li>7. Cairan merupakan faktor penting dalam menentukan konsistensi feses.</li> <li>8. Meningkatkan pembentukan/proses pelunakan feses.</li> <li>9. Untuk mengetahui tanda-tanda yang menekan atau infaksi feses.</li> <li>10. Konsistensi, frekuensi, bentuk, volume dan warna normal bagian tinja berkisar dua kali sehari ke tiga atau keempat.</li> <li>11. Hilangnya peristaltik usus merupakan tanda bahwa fungsi defeksi hilang yang kemungkinan berhubungan dengan kehilangan persarafan parasimpatik usus besar dengan tiba – tiba.</li> <li>12. Bila peristaltik mulai, pemasukan makanan dan minuman meningkat kembalinya eliminasi usus normal.</li> <li>13. Supaya fesanya menjadi lebih lembek/lunak.</li> <li>14. Supaya tidak terjadi penurunan berat badan yang drastis.</li> </ol> |
|--|---|---|
-

- 
15. Menambah pengetahuan keluarga dan pasien.
  16. Supaya pasien mengetahui tanda dan cara mengatasi sembelit.
- 

Sumber: Nurarif & Kusuma (2015) dan Doengoes (2018)

j. Resiko Syok (Hipovolemik)

**Tabel 2.11 Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Resiko Syok (hipovolemik)</b> <b>Definisi :</b> Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa <b>Faktor resiko :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipotensi</li> <li>2. Hipovolemi</li> <li>3. Hipoksemia</li> <li>4. Hipoksia</li> <li>5. Infeksi</li> <li>6. Sepsis</li> <li>7. Sindrom respons inflamasi sistemik</li> </ol>	<b>NOC</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Syock prevention</i></li> <li>2. <i>Syock management</i></li> </ol> <b>Kriteria Hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nadi dalam batas yang diharapkan</li> <li>2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan</li> <li>3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan</li> <li>4. Irama napas dalam batas yang diharapkan</li> <li>5. Natrium serum, kalium klorida, kalsium, magnesium, pH darah dalam batas normal.</li> </ol> <b>Hidrasi :</b>	<b>NIC</b> <b>Syock prevention</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor sirkulasi blood preasure, warnakulit, suhu kulit, denyut jantung, heart rate, ritme dan kapileri refil time</li> <li>2. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan</li> <li>3. Monitor suhu dan pernafasan</li> <li>4. monitor input dan output</li> <li>5. Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan Elektrolit</li> <li>6. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai</li> <li>7. Monitor tanda dan gejala asites</li> </ol>	<b>Syock prevention</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vasokontriksi adalah respon simpatis untuk menurunkan volume sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemberian vasoprepsis.</li> <li>2. Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi.</li> <li>3. Untuk mengetahui pola demam dan nafas pasien.</li> <li>4. Menentukan keadaan nutrisi.</li> <li>5. Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi.</li> <li>6. Untuk mengetahui sistem peredaran darah yang sesuai.</li> </ol>

- 
- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Indicator</i> :</li> <li>2. Mata cekung tidak ditemukan</li> <li>3. Demam tidak ditemukan</li> <li>4. Tekanan darah dalam batas normal</li> <li>5. Hematokrit DBN</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Monitor tanda gejala syok</li> <li>9. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat</li> <li>10. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas</li> <li>11. Berikan cairan iv atau oral yang tepat</li> <li>12. Berikan vasodilator yang tepat</li> <li>13. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok</li> <li>14. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok</li> </ol> <p><b>Shock Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor fungsi neurologis</li> <li>2. Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr: Lavel)</li> <li>3. Monitor tekanan nadi 18. Monitor status cairan, input, output</li> <li>4. Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan</li> <li>5. Monitor EKG, sesuai</li> <li>6. Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai</li> <li>7. Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Untuk mengetahui resistensi cairan dalam intravaskuler.</li> <li>8. Untuk menentukan intervensi yang tepat.</li> <li>9. Memperlancar dan mempercepat aliran darah ke jantung.</li> <li>10. Mempertahankan kepatenan jalan nafas.</li> <li>11. Untuk memenuhi kebutuhan cairan klien.</li> <li>12. Vasodilator dapat melebarkan pembuluh darah sehingga darah mengalir lancar/</li> <li>13. Agar dapat melakukan penanganan yang tepat.</li> <li>14. Mengetahui penanganan syok yang tepat sehingga tidak terjadi perburukan kondisi pasien.</li> </ol> <p><b>Shock Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan dapat mencerminkan perfusi serebral tidak adekuat dan terdapat penurunan darah arteri.</li> <li>2. Mengetahui kandungan cairan (darah dan urin) dalam tubuh.</li> <li>3. Disritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi akibat hipotensia</li> <li>4. Menganalisi data pasien</li> </ol> |
|---|--|---|
-

- 
- |  |  |
|--|--|
| <p>oksigenasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal / arteri)</li> <li>9. Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO<sub>2</sub> kadar hemoglobin SaO<sub>2</sub>, CO), jika tersedia</li> <li>10. Memantau tingkat karbon dioksida sublingual dan atau tonometry lambung, sesuai</li> <li>11. Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO<sub>2</sub> peningkatan PaCO<sub>2</sub> tingkat, kelelahan otot pernafasan)</li> <li>12. Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia)</li> <li>13. Masukkan dan memelihara besarnya kobosanan akses IV</li> </ol> | <p>untuk mengatur keseimbangan cairan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi.</li> <li>6. Disritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi hipotensi, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat jantung lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan.</li> <li>7. Dengan melihat jalur arteri dapat mengetahui tekanan darah dengan akurat.</li> <li>8. Menjaga perfusi oksigen tetap membaik.</li> <li>9. Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan mempertahankan fungsi renal.</li> <li>10. Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi.</li> <li>11. Memantau karbondioksida yang tersimpan untuk mengontrol ventilasi</li> <li>12. Mempertahankan oksigenasi dan mencegah resiko kematian.</li> <li>13. Menganalisis perubahan fungsi tubuh dan menentukan nilai rujukan dan mempertahankan dan</li> </ol> |
|--|--|
-

memelihara kebutuhan cairan secara parenteral.

Sumber : Nurarif & Kusuma (2015) dan Doengoes (2018).

k. Resiko Perdarahan

**Tabel 2.12 Intervensi Resiko Perdarahan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Resiko perdarahan</b> <b>Definisi :</b> Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan. <b>Faktor resiko :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aneurisma</li> <li>2. Sirkumsisi</li> <li>3. Defisiensi pengetahuan</li> <li>4. Koagulasi intravaskuler diseminata</li> <li>5. Riwayat jatuh</li> <li>6. Gangguan gastrointestinal (mis, penyakit ulkus lambungm polip, varises)</li> <li>7. Gangguan fungsi hati (mis, sirosis, hepatitis)</li> <li>8. Koagulopati inheren (mis, trombositopenia)</li> <li>9. Komplikasi pascapartum (mis, antonia uteri, retensi plasenta)</li> <li>10. Komplikasi terkait kehanilan (mis, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta)</li> <li>11. Trauma</li> </ol>	<b>NOC</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Blood lose severity</i></li> <li>2. <i>Blood koagulation</i></li> </ol> <b>Kriteria Hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada hematuria dan hematemesis</li> <li>2. Kehilangan darah yang terlihat</li> <li>3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastol</li> <li>4. Tidak ada perdarahan pervagina</li> <li>5. Tidak ada distensi abdominal</li> <li>6. Haemoglobin dan hematokrit dalam batas normal</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Bleding precaution</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor ketat tanda – tanda perdarahan</li> <li>2. Catat nilai HB dan HT sebelum dan sesudah perdarahan</li> <li>3. Monitor TTV ortostatik</li> <li>4. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif</li> <li>5. Kolaborasi dalam pemberian prosuk darah (platelet atau fresfrosen plasma)</li> <li>6. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan</li> <li>7. Hindari engukur suhu lewat rectal</li> <li>8. Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan</li> <li>9. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K</li> <li>10. Identifikasi penyebab</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan lokasi perdarahan.</li> <li>2. Bermanfaat dalam mengevaluasi kehilangan darah dan kebutuhan penggantian darah.</li> <li>3. Dapat mengindikasikan terjadinya komplikasi yang dapat meningkatkan perdarahan atau pembekuan.</li> <li>4. Hipovolemia memerlukan intervensi yang cepat untuk mencegah syok yang akan datang.</li> <li>5. Aktivitas meningkatkan tekanan intra abdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut.</li> <li>6. Mempertahankan kebutuhan darah cair memiliki faktor pembekuan tinggi dalam tubuh.</li> <li>7. Aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya pendarahan.</li> <li>8. Pendarahan yang banyak</li> </ol>

<p>12. Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)</p>	<p>perarahan</p> <p>11. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, Pulmonari kapiler, atau arteri wedge pressure)</p> <p>12. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output</p> <p>13. Pertahankan potensi UV line</p> <p>14. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan area luka)</p> <p>15. Tinggikan ekstremitas perdarahan</p> <p>16. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan</p> <p>17. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas</p>	<p>memungkinkan pada rektal.</p> <p>9. Merupakan obat yang memiliki kemampuan mengencerkan darah sehingga harus dihindari pada pasien pendarahan.</p> <p>10. Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan vitamin K dapat membantu dalam pembekuan darah.</p> <p>11. Konstipasi menyebabkan resiko pendarahan pada daerah rektal.</p> <p>12. Menentukan intervensi yang akan dilakukan.</p> <p>13. Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah.</p> <p>14. Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan penggantian.</p> <p>15. Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi.</p> <p>16. Memenuhi kebutuhan cairan secara parenteral.</p> <p>17. Menekan pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang dikeluarkan.</p> <p>18. Membantu pembekuan darah pada area pendarahan.</p> <p>19. Menekan pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang dikeluarkan.</p> <p>20. Membantu mengalirkan darah menuju otak untuk memenuhi kehilangan darah.</p>
	<p><b>Bleeding reduction: gastrointestinal</b></p> <p>1. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feses, urine , residu lambung dan drainase luka</p> <p>2. Monitor komplit blood count dan leukosit</p> <p>3. Kolaborasi dalam pemberian terapi : actulose dan vasopressin</p> <p>4. Hindari penggunaan anticoagulant</p> <p>5. Perhatikan jalan napas, berikan cairan intravena</p> <p>6. Hindar penggunaan aspirin dan ibuprofen.</p>	

Sumber : Nurarif & Kusuma (2015) dan Doengoes (2018).

1. Defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

**Tabel 2.13 Intervensi Defisiensi Pengetahuan**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<b>Defisiensi pengetahuan</b> <b>Definisi :</b> Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu <b>Batasan karakteristik :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku hiperbola</li> <li>2. Ketidakakuratan mengikuti perintah</li> <li>3. Ketidakakuratan mengikuti tes (mis, hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)</li> <li>4. Pengukuran masalah</li> </ol> <b>Faktor yang berhubungan :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keterbatasan kognitif</li> <li>2. Salah interpretasi informasi</li> <li>3. Kurang pajanan</li> <li>4. Kurang minat dalam belajar</li> <li>5. Kurang dapat mengingat</li> <li>6. Tidak familiar dengan sumber informasi</li> </ol>	<b>NOC</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Knowledge : disease proces</i></li> <li>2. <i>Knowledge : healt beavior</i></li> </ol> <b>Kriteria Hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarga menyatakan oemahaman tentang oenyakit, kondisi, prognosis, program dan pengobatan</li> <li>2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Treeching : diasas proces</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>2. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada poenyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>3. Gambrkan proses penyakit dengan cara yang tepat</li> <li>4. Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat</li> <li>5. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat</li> <li>6. Hindari jaminan yang kosong</li> <li>7. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</li> <li>8. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dan pasien.</li> <li>2. Memberikan dasar pengetahuan bagi klien sehingga klien dapat membuat pilihan yang berbasis informasi.</li> <li>3. Sediakan pengetahuan dasar dimana klien dapat membuat pilihan.</li> <li>4. Meningkatkan kemampuan untuk melakukan penanganan yang tepat.</li> <li>5. Memberikan pengetahuan mengenai peningkatan kemampuan yang tepat.</li> <li>6. Mencegah komplikasi di masa yang akan datang</li> <li>7. Mengajarkan kepada keluarga cara sediakan informasi tentang kemajuan yang tepat.</li> <li>8. Meningkatkan kualitas hidup atau proses pengontrolan penyakit.</li> <li>9. Penggunaan medikasi nyeri dan obat antiplatelet secara</li> </ol>

- 
- |   |   |
|---|---|
| datang dan atau proses pengontrolan penyakit  | tepat dapat mengurangi resiko komplikasi.   |
| 9. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan  | 10. Meningkatkan dukungan untuk klien selama periode penyembuhan dan memberikan evaluasi tambahan pada kebutuhan yang sedang berjalan atau berikan perhatian. |
| 10. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan            |   |
| 11. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatam kesehatan dengan cara yang tepat. | 11. Mengenal tanda dan gejala dan rencanakan periode istirahat mengurangi aktivitas yang berlebihan.  |
- 

Sumber : Nurarif & Kusuma (2015) dan Doengoes (2018).

#### **2.2.4 Implementasi**

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisa dan kesimpulan keperawatan dan bukan atas petunjuk petugas kesehatan lain, tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter dan petugas kesehatan lainnya (Maryunani & Hartati, 2015).

#### **2.2.5 Evaluasi**

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu post operasi *sectio caesarea* adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyaman fisisk akibat *sectio caesarea* dapat teratasi (Maryani, 2015).

## **BAB III**

### **METODE PENULISAN KTI**

#### **3.1 Desain**

Desain penelitian didefinisikan sebagai rencana, struktur, dan strategi penyelidikan yang hendak dilakukan guna mendapatkan jawaban dari pernyataan atau permasalahan penelitian. Desain yang digunakan penulis adalah studi kasus (Notoatmojo,2010). Studi kasus adalah penelitian tentang status subjektif penelitian yang berkenaan dengan status fase spesifik atau khas dari keseluruhan personalitas. Subjek penelitian dilakukan secara individu. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD Dr. Slamet Garut, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu.

#### **3.2 Batasan Istilah**

Sesuai dengan judul yaitu asuhan keperawatan pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD Dr.Slamet Garut, maka penulis studi kasus harus menjabarkan tentang konsep *sectio caesarea* dan nyeri akut serta membahas asuhan keperawatan mulai dari perencanaan, implementasi dan evaluasi sesuai diagnosa medis dan masalah keperawatan yang terdapat dalam judul studi kasus tersebut. Batasan istilah disusun secara naratif dan apabila diperlukan ditambahkan informasi

kualitatif sebagai penciri dari batasan yang dibuat oleh penulis. Untuk menghindari kekeliruan dalam memahami permasalahan, maka peneliti membuat batasan istilah sebagai bahan acuan yaitu sebagai berikut :

**a. *Sectio Caesarea***

Operasi *Caesar* atau sering disebut dengan *sectio caesarea* adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (Uterus). *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Wiknjosastro,2015).

**b. Nyeri Akut**

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2013). Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo,2010).

### **3.3 Unit Analisis**

Unit analisis atau partisipan dalam keperawatan umumnya adalah klien dan keluarganya. Subjek yang digunakan pada studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan ini adalah dua klien atau dua kasus dengan diagnosis medis yang sama dengan masalah keperawatan yang sama. Pada studi kasus ini subjek penelitian yang digunakan adalah dua klien dengan

diagnosis medis yang sama yaitu post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD Dr. Slamet Garut tahun 2019 beserta keluarganya.

### **3.4 Lokasi dan Waktu**

Menjelaskan tempat atau lokasi penelitian tersebut dilakukan. Lokasi penelitian ini sekaligus membatasi ruang lingkup peneliti tersebut (Notoatmojo,2010). Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr.Slamet Garut, klien pertama dan kedua di rawat di ruang nifas / maternitas yaitu kalimaya bawah di kamar 5. kedua klien post operasi *sectio saesarea* dengan nyeri akut. Lama waktu kedua klien dirawat 3 hari sehingga tidak dilakukan penggantian klien ataupun *home care*. Waktu penelitian pada klien pertama dimulai pada tanggal 18 Desember 2019 sampai dengan tanggal 21 Desember 2019. Sedangkan klien kedua dimulai pada tanggal 21 Desember 2019 sampai dengan tanggal 23 Desember 2019.

### **3.5 Pengumpulan Data**

Penulis melakukan pengumpulan data dengan beberapa metode, yaitu :

#### **a. Wawancara**

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden). Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan (Notoadmojo, 2018).

Dilakukan wawancara terhadap klien maupun keluarga klien untuk mendapatkan berbagai macam data mulai dari identitas klien dan

penanggung jawab, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga, aktivitas klien selama di rumah maupun di rumah sakit, dan lain-lainnya.

b. Observasi

Observasi adalah suatu prosedur pengumpulan data yang berencana, yang meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah data, aktivitas, atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang akan diteliti (Notoadmojo, 2018). Selain melakukan wawancara penulis juga mengumpulkan data melalui observasi terhadap klien mengenai respons asuhan keperawatan yang sudah diberikan sesuai dengan yang ditemukan. Observasi dilakukan pada kedua klien yaitu dengan pendekatan IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi).

c. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik untuk menemukan keluhan atau kelainan yang dirasakan oleh klien dan data objektif. pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu dengan cara head to toe guna menemukan masalah kesehatan dan keperawatan yang dialami klien. Keadaan umum klien, mengobservasi tanda-tanda vital kedua klien dan mengamati keluhan terhadap kedua klien.

d. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen asli tersebut dapat berupa gambar, tabel atau daftar periksa. Melihat hasil pemeriksaan

diagnostik seperti hasil laboratorium, USG, maupun pemeriksaan lainnya untuk melihat kelainan pada klien, hasil pemeriksaan tersebut mendukung diagnosa yang sudah di temukan.

### **3.6 Uji keabsahan Data**

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti, uji keabsahan data dilakukan dengan : Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang di teliti.

### **3.7 Analisa Data**

Analisa data ini berfungsi untuk memberi arti, makna dan nilai yang terkandung dalam suatu data yang diperoleh. Analisis data dilakukan sejak penelitian di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan, teknik analisis yang digunakan dengan cara manarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisi digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan analisis adalah :

a. Pengumpulan Data

Mengumpulkan data dari hasil WOD (wawancara, Observasi, Dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian menyalinnya dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

b. Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan mengelompokkannya menjadi data subjektif dan objektif, menganalisis data berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian membandingkannya dengan nilai normal.

c. Penyajian Data

Menyajikan data dapat dilakukan dengan tabel, dalam tabel terdapat beberapa poin yaitu (pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan, rasional, implementasi dan evaluasi.

d. Kesimpulan

Dari data yang didiskusikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan metode induksi (penarikan kesimpulan). Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

### **3.8 Etik Penulisan KTI**

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

a. *Informed Consent*

*Informed consent* merupakan suatu pendekatan terhadap kebenaran dan keterlibatan pasien dalam keputusan mengenai pengobatannya. Seringkali suatu pendekatan terbaik untuk mendapatkan *informed consent* adalah jika perawat yang akan mengusulkan atau melakukan prosedur memberi penjelasan secara detail disamping pasien membaca formulir tersebut. Para pasien serta keluarganya sebaiknya diajak untuk mengajukan pertanyaan menurut kehendaknya, dan harus dijawab secara jujur dan jelas. Maksud dari penjelasan lisan ini adalah untuk menjamin bahwa jika pasien menandatangani formulis itu benar-benar telah mendapat informasi yang lengkap. Jika pasien bersedia maka peneliti harus menjamin pasien mendapati informasi yang lengkap.

b. *Anonimity* (tanpa Nama)

Peneliti harus memberikan jaminan dalam menggunakan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan, cukup dengan kode tertentu saja (Notoadmojo,2018). Untuk menjaga kerahasiaan klien dimana penulis tidak mencantumkan nama klien dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan hanya menuliskan kode dalam lembar pengumpulan data.

c. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Informasi atau hal-hal yang terkait dengan responden dijaga kerahasiannya. Peneliti tidak dibenarkan untuk menyampaikan kepada

orang lain tentang apapun yang diketahui oleh peneliti tentang responden di luar untuk kepentingan atau mencapai tujuan penelitian (Notoadmojo, 2018). Pencegahan bagi orang lain yang tidak berkepentingan untuk mendapatkan informasi berhubungan dengan menjaga data-data klien sehingga kerahasiaan klien dapat terjaga.

d. *Beneficence* (Manfaat)

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal khususnya penelitian hendaknya berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi subjek. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitiannya harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, stres maupun kematian subjek penelitian (Notoatmodjo, 2018). Penulis memilih intervensi yang bermanfaat bagi klien, sehingga penulis hanya memberikan tindakan yang klien butuhkan dan disesuaikan dengan keadaan klien, agar kondisi klien dapat lebih baik dari sebelumnya.

e. *Nonmaleficence* (Tidak Berbuat yang merugikan)

Prinsipnya memilih pengobatan yang paling kecil risikonya dan paling besar manfaatnya, kaidah ini bermaksud tidak menimbulkan bahaya atau kecederaan kepada pasien dari segi fisik maupun psikologis. Penulis telah memberikan informasi terhadap keluarga dan penanggung jawab klien tentang teknik pemeriksaannya.

f. *Veracity* (Kejujuran)

Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Prinsip ini tidak hanya dimiliki oleh perawat

namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan klien agar mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif.

g. *Justice* (Keadilan)

Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan gender, agama, etnis dan sebagainya (Notoatmodjo, 2018). Dalam melakukan penelitian, penulis tidak membedakan antar klien. Kedua klien mendapati tindakan dan perlakuan yang sama, mulai dari pemeriksaan fisik, pemberian intervensi dan implementasi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Analgetik, serta pengobservasian.

h. *Fidelity* (Menepati Janji)

Tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu perawat harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil**

##### **4.1.1 Gambaran Data**

Pengambilan data karya tulis ilmiah ini dilakukan di RSUD dr. Slamet Garut yang beralamat di jalan RSU DR.Slamet no.12, Sukakarya, Kecamatan Tarogong Kidul, Kabupaten Garut, Jawa Barat 44151, Indonesia. RSUD dr. Slamet Garut adalah salah satu rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Garut yang tergolong ke dalam rumah sakit kelas B.

RSUD dr. Slamet Garut memiliki fasilitas ruangan untuk pelayanan kesehatan, salah satunya adalah ruangan kalimaya bawah yang merupakan ruang ibu nifas dan lokasi penulis melakukan penelitian dan pengambilan data. Ruang kalimaya bawah merupakan ruang kelas III yang terdiri dari 6 ruangan, administrasi / *nurse station*, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang tindakan, 1 toilet, 1 ruang dapur, dan terdapat 5 ruangan / kamar pasien yang jumlah total tempat tidurnya ada 35 *bed* pasien yang dimasing-masing ruangan rawat terdapat toilet. Ruang kalimaya bawah terdapat kepala ruangan, wakil kepala ruangan, 2 petugas ketua tim dan anggotanya serta Dokter Spesialis Kandungan dan menggunakan ronde keperawatan 3 shift (Pagi, Siang, Malam).

## 4.1.2 Asuhan Keperawatan

### A. Pengkajian

#### 1) Identitas

**Tabel 4.1 Tabel Identitas**

<b>Identitas Klien</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Nama	Ny. I	Ny. S
TTL	Garut, 04 Mei 199X	Garut, 01 Juli 199X
Umur	20 Tahun	25 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMP
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
Status Pernikahan	Menikah	Menikah
Suku/Bangsa	Sunda/Indonesia	Sunda/Indonesia
Tanggal Masuk RS	17 Desember 2019 Jam 11.23 WIB	20 Desember 2019 Jam 00.41 WIB
Tanggal Operasi	17 Desember 2019 Jam 15.00 WIB	20 Desember 2019 Jam 04.30 WIB
Tanggal Pengkajian	18 Desember 2019 Jam 08.30 WIB	21 Desember 2019 Jam 13.30 WIB
No. Medrec	012125xx	012130xx
Diagnosa Medis	P1A0 Post Operasi <i>sectio caesaria</i> hari ke 1 atas indikasi CPD.	P2A0 Post Operasi <i>sectio caesaria</i> hari ke 1 atas indikasi CPD.
Alamat	Desa. Wanaraja, Kabupaten Garut.	Kp.Cikendi, Mekarjaya, Garut.
<b>Identitas Penanggung Jawab</b>		
Nama	Tn.A	Tn.R
Umur	23 Tahun	31 Tahun
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Laki-Laki
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Wiraswasta	Wiraswasta
Agama	Islam	Islam
Hubungan dengan Klien	Suami	Suami
Alamat	Desa.Wanaraja, kabupaten Garut	Kp.Cikendi, Mekarjaya , Garut

#### 2) Riwayat Kesehatan

**Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan**

<b>Riwayat Kesehatan</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
a) Riwayat Kesehatan Sekarang		
(1) Keluhan Utama	Klien datang ke IGD	Klien datang ke IGD
Saat Masuk	RSUD Dr.Slamet garut	RSUD Dr.Slamet garut
Rumah Sakit	masuk ke PONEK IGD atas rujukan dari bidan, dengan keluhan mulas sejak beberapa jam	atas Rujukan Bidan, klien dibawa ke PONEK IGD, dengan keluhan mulas-mulas,

	<p>sebelumnya, keluar air sejak subuh, gerakan bayi masih dirasakan oleh klien, klien langsung diberi oksigen 2liter/menit, diperiksa DJJ dan tinggi fundusnya, klien dipasang <i>intra venous line</i> ditangan sebelah kiri dengan cairan Ringer Laktat 20 Tetes Per Menit, klien langsung dijadwalkan Operasi <i>Cyto</i> pada jam 14.45 WIB, setelah operasi selesai klien di pindahkan ke ruangan kalimaya bawah.</p>	<p>mulas dirasakan sejak 20 jam sebelum klien dibawa ke rumah sakit, keluar air sejak 1 jam sebelum di bawa ke RS, gerakan bayi masih dirasakan oleh klien, klien langsung di pasang <i>intra venous line</i> dengan cairan NACl 0,9 % di tangan sebelah kiri 20 Tetes Per Menit, Diperiksa DJJ dan tinggi fundusnya, klien langsung dijadwalkan operasi <i>Cyto</i> pada jam 03.20 WIB, setelah operasi selesai klien di pindahkan ke ruang kalimaya bawah.</p>
(2) Keluhan Utama Saat Di Kaji	<p>Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 18 desember 2019 jam 08.30 WIB klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah yang terdapat luka insisi post operasi <i>Sectio Caesaria</i>, nyeri dirasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan dan tidur, nyeri dirasakan di sekitar abdomen bagian bawah sampai ke vesika urinaria, skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk dan dirasakan setiap saat.</p>	<p>Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Desember 2019 jam 13.20 WIB klien mengatakan nyeri pada daeran perut bagian bawah yang terdapat luka sayatan post operasi <i>secito caesaria</i>, Nyeri dirasakan apabila klien bergerak san berkurang apabila diistirahat tidurkan, nyeri dirasakan di bagian perut bagian bawah, skala nyeri 6 (0-10), nyeri diraksakan seperti di sayat-sayat dan diraskan setiap saat</p>
b) Riwayat Kesehatan Dahulu	<p>Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan ini merupakan kali pertama hamil dan dilakukan tindakan operasi <i>sectio caesaria</i>, klien juga mengatakan belum pernah di rawat di rumah sakit sebelumnya, klien mengatakan tidak</p>	<p>Pada saat dilakukan pengkajian, klien mengatakan ini merupakan kehamilan keduanya dan pertama kali dilakukan tindakan pembedahan operasi <i>sectio caesaria</i>, klien juga mengatakan pernah di rawat di rumah sakit pada tahun lalu, klien mengatakan tidak</p>

	memiliki penyakit Hipertensi, Diabetes melitus, cardiovascular ataupun penyakit Paru.	memiliki penyakit Hipertensi, Diabetes Melitus, Cardiovascular atau pun penyakit paru.
c) Riwayat Kesehatan Keluarga	Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang partus dengan tindakan operasi <i>sectio caesaria</i> , klien juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit turunan seperti hipertensi, diabetes melitus dan cardiovascular.	Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang pernah di operasi <i>sectio caesaria</i> seperti klien, klien juga mengatakan ibu dan ayahnya tidak memiliki penyakit hipertensi, jantung ataupun diabetes melitus.

### 3) Riwayat Ginekologi dan *Obstetric*

**Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi dan *Obstetric***

a) Riwayat Ginekologi	Klien 1	Klien 2
(1) Riwayat Menstruasi	Klien mengatakan Menarche pertama kali pada usia 12 Tahun, dengan lama haid 4-5 hari , siklus menstruasi rutin setiap 1 bulan sekali, tidak terdapat masalah selama haid seperti <i>disminore</i> dan keputihan. HPHT : 05 Maret 2019 TP: 18 Desember 2019	Klien mengatakan pertama kali haid pada usia 12 tahun, engan lama haid 6-7 hari, siklus haidnya rutin setiap 1 bulan sekali, klien mengatakan sering merasakan <i>disminore</i> selama haid, dan tidak terdapat keputihan. HPHT : 08 Mei 2019 TP : 21 Desember 2019
(2) Riwayat Perkawinan	Klien mengatakan menikah pada usia 19 Tahun dan suaminya usia 22 tahun, saat itu usia pernikahan klien 1 Tahun 2 Bulan, ini merupakan pernikahan klien yang pertama dan persalinan ini merupakan persalina pertama dan anak pertamanya.	Klien mnegatakn menikah pada usia 21 Tahun dan suaminya berusia 25 Tahun, saat ini usia pernikahan klien 4 tahun, ini merupakan pernikahan pertama dan persalinan keduanya
(3) Riwayat Keluarga Berencana	Sebelumnya klien tidak melaksanakan kegiatan keluarga berencana, belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun , dan untuk sekrang klien	Sebelumnya klien melaksanakan kegiatan keluarga berencana, jenis kontrsepsi yang digunakan adalah suntik, lama kontrasepsinya sekitar 2 tahun terakhir,

	berencana menggunakan kontrasepsi suntik dengan alasan keinginan sendiri.	selama menggunakan alat kontrasepsi tidak terdapat masalah, dan untuk sekarang klien menggunakan alat kontrasepsi berupa IUD dengan alasan keinginan sendiri.
<b>b) Riwayat <i>Obstetric</i></b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
(1) Riwayat Kehamilan		
(a). Riwayat Kehamilan Dahulu	Klien mengatakan belum pernah mengalami kehamilan dan ini merupakan kehamilan pertamanya.	Klien mengatakan ini merupakan kehamilan keduanya. pada kehamilan pertamanya itu klien mengatakan tidak memiliki keluhan apapun.
(b). Riwayat Kehamilan Sekarang	Klien mengatakan klien melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur ke bidan setiap satu bulan sekali dan mendapatkan imunisasi Tetanus Toksid (TT) sebanyak 2 kali pada usia kehamilan 4 bulan dan 6 bulan, klien mengatakan pernah mengkonsumsi obat pada awal kehamilan yang diberikan oleh bidan untuk menahan mual dan muntah yang dirasakannya, klien mengalami mual dan muntah selama trimester awal sampai 4 bulan kehamilannya, pada usia kehamilan 9 bulan klien mengatakan sering sekali merasakan sakit pinggang.	klien melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur ke bidan dan posyandu setiap satu bulan sekali dan mendapatkan imunisasi Tetanus Toksid (TT) sebanyak 1 Kali pada usia kehamilan 3 bulan, klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan semasa kehamilannya, klien mengalami mual dan muntah selama 5 bulan awal kehamilan, pada usia kehamilan memasuki 9 bulan klien mengatakan kakinya mulai membengkak.
(2) Riwayat Persalinan		
(a). Riwayat Persalinan Dahulu	Klien mengatakan ini merupakan persalinan pertamanya.	Klien mengatakan pada persalinan pertamanya yaitu tanggal 08 Agustus 2016, yang berjenis kelamin perempuan yang sekarang berusia 4 tahun, dengan berat badan lahir 3200 gram, dengan usia kehamilan 35 minggu lahir secara spontan (pervagina) dan dibantu oleh bidan.

(b). Riwayat Persalinan Sekarang		Pada persalinan pertama klien dilakukan secara tindakan operasi <i>sectio caesarea</i> atas indikasi CPD dengan anestesi spinal pada tanggal 17 Desember 2019 pukul 14.45 WIB dengan jumlah perdarahan ± 500 ml. Dengan lama persalinan ± 60 Menit jenis kelamin bayi perempuan dengan BBL 2830 gram dan PB 48 cm. Nilai APGAR <i>score</i> 5/7.	Pada Persalinan kedua klien dilakukan secara tindakan operasi <i>sectio caesarea</i> atas indikasi CPD pada tanggal 20 Desember 2019 pada pukul 03.20 WIB, dengan lama operasi ± 60 Menit, dan jumlah perdarahan ± 600 ml. Jenis kelamin bayi Perempuan dengan BBL 3320 gram dan PB 51 cm. Nilai apgar <i>score</i> 4/7.
<b>(3) Riwayat Nifas</b>			
(a). Riwayat Dahulu	Nifas	Klien Mengatakan belum pernah mengalami <i>fase</i> nifas sebelumnya.	Klien Mengatakan ini merupakan masa nifas keduanya. Klein mengalami masa nifasnya selama ± 40 hari.
(b). Riwayat Sekarang	Nifas	Klien mengatakan air susunya belum keluar dan belum menyusui anaknya karena anaknya berada di ruang perinatologi. Lochea rubra berwarna merah segar dan berbau amis khas darah. Jumlah perdarahan sebanyak ± 5 cc dan klien tampak menggunakan pembalut <i>maternity</i> . TFU sejajar dengan pusat.	Klien mengatakan air susunya belum keluar dan belum menyusui anaknya karena anaknya berada di ruang perinatologi. Lochea rubra berwarna merah kehitaman dan berbau amis khas darah. Jumlah perdarahan sebanyak ± 5 cc dan klien tampak menggunakan pembalut <i>maternity</i> . TFU 2 jari di atas pusat.

## 4) Pola Aktivitas Sehari-hari

**Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari-hari**

Jenis Aktivitas	Klien 1		Klien 2	
	Di Rumah	Di Rumah Sakit	Di Rumah	Di Rumah Sakit
<b>Nutrisi</b>				
a) Makan				
Frekuensi	3 x 1 Sehari	3 x Sehari	3 x 1 Sehari	3 x Sehari
Jenis	Nasi,LaukPauk	Nasi,Bubur	Nasi,LaukPauk	Nasi Bubur
Porsi	1 Porsi	1 Porsi	1 Porsi	1 Porsi
Keluhan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
b) Minum				
Frekuensi	7-8 x sehari	4-5	x 7-8 x sehari	4-5 x Sehari

Jumlah	± 2 Liter	Sehari	± 2 Liter	± 1 Liter
Jenis	Air Putih	± 1 Liter	Air Putih	Air Teh
Keluhan	Tidak Ada	Air putih Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
<b>Eliminasi</b>				
a) BAB				
Frekuensi	2 x Sehari	Belum	2 x Sehari	Belum
Warna	Khas Feces	Belum	Khas Feces	Belum
Bau	Khas Feces	Belum	Khas Feces	Belum
Keluhan	Tidak Ada	Belum	Tidak Ada	Belum
b) BAK				
Frekuensi	4-5 x Sehari	Terpasang Kateter	4-5 x Sehari	Terpasang Kateter
Jumlah	Tidak diketahui	± 400ml	Tidak diketahui	± 300 ml
Warna	Kuning Jernih	Kuning Jernih	Kuning Jernih	Kuning
Keluhan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
<b>Istirahat</b>				
<b>Tidur</b>				
Siang	2 Jam	1 Jam	2 Jam	1 Jam
Malam	7 Jam	5 Jam	8 Jam	6 Jam
Keluhan	Tidak Ada	Nyeri	Tidak Ada	Nyeri
<b>Personal Hygine</b>				
a) Mandi				
	2 x Sehari	1 x waslap	2 x Sehari	Belum
b) Gosok Gigi				
	2 x Sehari	Belum	2 x Sehari	Belum
c) Keramas				
	2 x Seminggu	Belum	2 x Seminggu	Belum
d) Gunting Kuku				
	1 x Seminggu	Belum	1 x Seminggu	Belum
e) Ganti Pakaian				
	2 x Sehari	1 x Sehari	2 x Sehari	1 x Sehari
<b>Aktivitas</b>	Ibu rumah tangga dan beraktivitas secara mandiri	Klien tidak bisa melakukan aktivitas, 21 jam Post Operasi tampak klien hanya berbaring karena klien belum berani miki miki karena nyeri, sehingga aktivitas dibantu keluarga dan perawat	Ibu rumah tangga dan beraktivitas secara mandiri	Klien tidak bisa melakukan aktivitas, tampak klien hanya berbaring karena nyeri apabila di gunakan untuk bergerak, klien mampu miki miki tetapi harus dibantu oleh keluarga karena masih merasakan

nyeri,  
sehingga  
aktivitas  
dibantu  
keluarga  
dan perawat

## 5) Pemeriksaan Fisik

**Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik**

Observasi	Klien 1	Klien 2
<b>a) Pemeriksaan Fisik ibu</b>		
(1) Keadaan Umum		
Kesadaran	Composmentis GCS E4M6V5 :15	Composmentis GCS E4M6V5 :15
Penampilan	Baik	Kusam dan Berkeringat
(2) Tanda – Tanda Vital		
Tekanan Darah	130/80 mmHg	140/90 mmHg
Nadi	90 x/menit	85 x/menit
Respirasi	24 x/menit	21 x/menit
Suhu	38,6 °C	36,4 °C
(3) Antropometri		
Tinggi Badan	148 Cm	156 Cm
BB sebelum hamil	45 Kg	63 Kg
BB Sesudah hamil	60 Kg	72 Kg
BB Setelah Partus	Belum Ditimbang	Belum Ditimbang
(4) Pemeriksaan Fisik <i>Head to Toe</i>		
(a). Kepala	Bentuk kepala normal atau simetris, tidak ada luka atau lesi, kulit kepala sedikit kotor dan berketombe, rambut berwarna hitam, penyebaran rambut merata, tidak ada benjolan, tidak terdapat nyeri tekan.	Bentuk kepala normal atau simetris, rambut berwarna hitam, tidak terjadi kerontokan, rambut terlihat lepek, dan tidak ada lesi.
(b). Wajah	Ekspresi wajah tampak meringis seperti menahan nyeri, tidak ada chloasma gravidarum, bentuk wajah normal atau simetris, tidak terdapat nyeri tekan dan pembengkakan	Ekspresi wajah tampak meringis menahan nyeri, bentuk wajah simetris, tidak terdapat edema pada wajah, tidak terlihat chloasma gravidum, dan wajah tidak berminyal, tidak terdapat nyeri tekan dan pembengkakan.
(c). Mata	Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, penglihatan baik ditandai dengan klien mampu menyebutkan	Bentuk mata kiri dan kanan simetris, tidak terdapat edema, konjungtiva anemis, sclera putih, reflek pupil terhadap cahaya baik,

	huruf yang ditunjukkan oleh perawat, bola mata isokor, reflek pupil miosis, reflek cahaya baik.	pergerakan bola mata baik, penglihatan baik terbukti dengan pasien mampu melihat <i>snellen chart</i> dengan jelas.
(d). Telinga	Bentuk telinga simetris kiri dan kanan sejajar dengan pinna, terdapat sedikit serumen, pendengaran klien baik terbukti klien dapat mendengar bunyi getaran dari garputala	Bentuk telinga simetris anatra kiri dan kanan, lubang telinga dan daun telinga tampak bersih antara kiri dan kanan, terbukti tidak ada serumen, tidak ada lesi, saat palpasi daun telinga lembut, tidak ada nyeri tekan di area telinga, fungsi pendegaran baik terbukti klien dapat berkomunikasi dan mendengar bunyi dan getaran dari garputala.
(e). Hidung	Bentuk hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat kelainan, hidung tampak bersih, penciuman klien baik terbukti dengan klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan parfum, RR 24 x/menit. Tidak terdapat nyeri tekan pada daerah sinus.	Bentuk hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat kelainan, hidung tampak bersih, penciuman klien baik terbukti dengan klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan parfum, RR 22 x/menit. Tidak terdapat nyeri tekan pada daerah sinus
(f). Mulut	Bentuk mulut simetris, tidak terdapat kelainan, mukosa bibir kering, lidah berwarna merah muda tetapi terdapat sedikit kotoran putih pada lidah, tidak terdapat stomatitis dan <i>caries</i> pada bibir dan gigi klien, tidak terdapat perdarahan pada gigi klien. Fungsi pengecapan klien baik terbukti klien bisa membedakan rasa asin, manis, pahit dan asam.	Bentuk mulut simetris, bibir terlihat sedikit pecah-pecah, pucat, jumlah gigi lengkap dan kebersihan mulut baik.
(g). Leher	Tidak ada peningkatan JPV, kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid. Tidak ada nyeri pada saat menelan, fungsi pergerakan baik	Tidak ada peningkatan JPV, kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid. Tidak ada nyeri pada saat menelan, fungsi pergerakan baik

	terbukti klien dapat menggerakkan leher ke kiri dan kanan.	terbukti klien dapat menggerakkan leher ke kiri dan kanan. Reflek menelan (+).
(h). Dada	<p>a. Dada Tidak ditemukan adanya sesak nafas, nyeri dada dan edema, saat diperkusi paru resonan, tidak terdapat bunyi tambahan pada paru. Bunyi jantung S1 pada ICS V dan S2 pada ICS II dan terdapat bunyi reguler tidak ada bunyi tambahan, iktus kordisnya tidak terlihat.</p> <p>b. Payudara Payudara kiri dan kanan simetris, hiperpigmentasi areola, kolostrum sudah keluar, keadaan papila mammae kotor, pada saat di palpasi teraba hangat dan keras (padat), terdapat nyeri tekan pada payudara sebelah kiri.</p>	<p>a. Dada Pergerakan dada simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, saat diperkusi paru resonan, saat diauskultasi tidak ada bunyi tambahan pada paru, Perkusi Jantung Dullness, bunyi jantung S1 pada ICS V dan S2 Pada ICS II dan terdapat bunyi reguler tidak ada bunyi tambahan.</p> <p>b. Payudara Payudara bentuk normal, simetris antara payudara kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, puting susu menonjol, aerola berwarna hitam, tampak bersih. Klien tidak memberikan ASI pada bayinya karena bayinya masih di ruang perinatologi, sekresi kolostrume sudah ada.</p>
(i). Abdomen	Terdapat linea nigra, <i>strech mark</i> berwarna putih, terdapat luka operasi sepanjang $\pm$ 10 cm horizontal masih tertutup dengan balutan dari ruang operasi (balutan kotor), tidak terdapat rembesan perdarahan, tinggi fundus uteri sejajar pusat, kontraksi uterus baik terbukti uterus teraba keras, ketika dipegang abdomennya.	Terdapat linea berwarna hitam, <i>strech mark</i> berwarna putih, terdapat luka operasi sepanjang $\pm$ 10 cm horizontal, tinggi fundus uteri 2 jari diatas pusat, kontraksi uterus (+), dan terdapat luka post operasi <i>sectio caesaria</i> di tutup balutan (perban), tidak terdapat rembesan perdarahan, pada saat di palpasi.
(j). Punggung dan Bokong	Klien terbaring lemas saat dikaji, tidak	Klien terbaring pada saat dikaji, tidak

	terdapat kelainan pada punggung.	terdapat kelainan pada punggung, klien sudah bisa miring kanan dan kiri walau pelan-pelan dan dibantu oleh keluarga.
(k). Genitalia	Tidak ada kelainan pada vagina, tidak terdapat luka di area vagina, warna lochea rubra, dan tidak ada pembengkakkan, terpasang kateter urine jumlah urine sebanyak 400 cc.	Tidak ada kelainan vagina, tidak terdapat luka di area vagina, warna lochea rubra, dan tidak ada pembengkakkan, terpasang kateter urine, jumlah urine sebanyak 300 cc.
(l). Anus	Tidak ada pelebaran vena pada anus, tidak terdapat haemoroid.	Tidak ada pelebaran vena pada anus, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat hemmoroid
(m). Ektremitas	<p>a. Ektremitas Atas Tidak ada kelainan, tidak ada keterbatasan gerak sendi, tetapi tangan sebelah kiri sedikit terbatas karena terpasang IV <i>line</i> dengan cairan ringer laktat 20 tetes per menit, tidak terdapat lesi dan edema. Kekuatan otot 5 I 5</p> <p>b. Ektremitas Bawah Tidak ada kelainan, tidak ada tromboplebitis, kedua kaki dapat bergerak dengan baik, tetapi terbatas. 4 I 4</p>	<p>a. Ektremitas Atas Tidak ada kelainan, tidak ada keterbatasan gerak sendi, tetapi tangan sebelah kiri sedikit terbatas karena terpasang IV <i>line</i> dengan cairan NACL 0,9% 20 tetes permenit, tidak terdapat lesi dan edema. Kekuatan otot 5 I 5</p> <p>b. Ektremitas Bawah Tidak ada kelainan, tidak ada tromboplebitis, kedua kaki dapat bergerak dengan baik, tetapi tebatas, kekuatan otot 4 I 4</p>
<b>c. Pemeriksaan Fisik Bayi</b>		
	Jenis perempuan dengan BBL 2830 gram dan PB 48 cm. Nilai APGAR <i>score</i> 5/7. Bayi di ruang Perinatologi	Jenis kelamin bayi Perempuan dengan BBL 3320 gram dan PB 51 cm. Nilai apgar <i>score</i> 4/7. Bayi diruang Perinatologi

## 6) Pemeriksaan Psikologi

**Tabel 4.6 Pemeriksaan Psikologi**

Observasi	Klien 1	Klien 2
<b>a) Data Psikologis</b>		
(1) Adaptasi Psikologis Post Partum	Klien berada dalam fase <i>taking in</i> dimana klien masih bergantung kepada keluarga dan perawat dalam melakukan aktivitas, fokus klien pada dirinya sendiri. Klien merasa sangat senang atas kelahiran bayinya	Klien berada dalam fase <i>taking in</i> dimana klien masih bergantung kepada keluarga dan perawat dalam melakukan aktivitas, fokus klien pada dirinya sendiri..
<b>(2) Konsep Diri</b>		
(a). Gambaran Diri	Klien mengatakan tidak malu dengan partus <i>sectio caesaria</i> dan klien menyukai seluruh anggota tubunya, klien sangat bersyukur atas pemberian Allah SWT.	Klien mengatakan tidak malu dengan partus <i>sectio caesaria</i> dan klien sangat bersyukur atas pemberian Allah SWT.
(b). Ideal Diri	Klien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa pulang dan berkumpul dengan keluarganya.	Klien mengatakan ingin cepat pulang dan berkumpul dengan bayi dan keluarganya
(c). Harga Diri	Klien mengatakan tidak malu dengan keadaannya sekarang	Klien mengatakan tidak malu dengan keadaannya sekarang.
(d). Peran	Klien mengatakan dirinya adalah seorang istri dan ibu.	Klien mengatakan dirinya adalah seorang istri dan ibu dari kedua anaknya.
(e). Identitas Diri	Klien mengatakan dirinya adalah seorang perempuan dan merasa puas dengan itu.	Klien mengatakan dirinya adalah seorang perempuan.
<b>b) Data Sosial</b>		
	Klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya dan cukup baik dengan lingkungan tempat klien di rawat, hubungan dengan dokter dan tim kesehatan lainnya	Klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya dan cukup baik dengan lingkungan tempat klien di rawat dan iteraksi dengan teman sekamarnya, hubungan dengan dokter dan tim kesehatan lainnya.
<b>c) Data Spiritual</b>		
	Klien mengatakan beragama islam, klien selalu berdoa untuk kesembuhannya, klien yakin bahwa Allah SWT	Klien mengatakan beragama islam, klien selalu berdoa untuk kesembuhannya, klien yakin bahwa Allah SWT

yang segalanya	menentukan	mempunyai yang lebih indah dirinya.	rencana untuk
-------------------	------------	---	------------------

7) Kebutuhan *Bounding Attachment***Tabel 4.7 Kebutuhan *Bounding Attachment***

Klien 1	Klien 2
Klien dirawat terpisah dengan bayinya, bayi klien di rawat di ruang perinatologi sehingga klien belum memberikan laktasi kepada bayinya dan mengatakan ingin cepat bertemu dengan bayinya.	Klien dirawat terpisah dengan bayinya, bayi klien sudah di bawa pulang kerumah terlebih dahulu dari pada klien, klien belum menyusui banyinya dan mengatakan ingin cepat bertemu dan menyusui bayinya.

## 8) Kebutuhan Pemenuhan Seksual

**Tabel 4.8 Kebutuhan Pemenuhan Seksual**

Klien 1	Klien 2
Suami klien selalu mendampingi dan membantu klien setiap akan dilkaukan tindakan <i>personal hygiene</i> . Klien mengatakan tidak ingin melakukan hubungan selama masa nifasnya	Klien mengatakan tidak ingin melakukan hubungan selama masa nifasnya.

## 9) Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

**Tabel 4.9 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri**

Klien 1	Klien 2
Klien tidak mengetahui cara perawatan luka post operasi <i>sectio caesarea</i> dan hanya bergantung pada perawat, klien tidak mengetahui tentang perawatan payudara karena ini merupakan persalinan pertamanya, ASI keluar sedikit.	Klien dan keluarga belum mengetahui tentang perawatan diri (mandi) pasca operasi (seka), klien mengatakan belum mandi dan hanya di lap saja wajahnya dengan waslap. Klien tidak mengetahui cara perawatan luka post operasi <i>sectio caesaria</i> .

## 10) Hasil Pemeriksaan Diagnostik

**Tabel 4.10 Hasil Pemeriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2	Nilai Rujukan
Laboratorium	17 Desember 2019 Jam 17.18 WIB	20 Desember 2019 Jam 18.07 WIB	
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Rutin</b>			
Hemoglobin	14.2 g/dL	7.2 g/dL	12.0-16.0
Hematokrit	40 %	21 %	33-47
Lekosit	23,190 / mm <sup>3</sup>	34,770 /mm <sup>3</sup>	3,800-10,600
Trombosit	244,000 /mm <sup>3</sup>	348,000 /mm <sup>3</sup>	130,000-440,000
Eritrosit	4.69 Juta/mm <sup>3</sup>	2.42 Juta/mm <sup>3</sup>	3.6-5.8

## 11) Program dan Rencana Pengobatan

**Tabel 4.11 Program dan Rencana Pengobatan**

Jenis Terapi	Dosis	Cara Pemberian	Waktu
<b>Klien 1</b>			
Ringer Laktat	20 TPM	Intra Vena	
Omeprazole	2 x 40 mg	Intra Vena	10.00 ; 17.00
Cefotaxim	2 x 1 gram	Intra Vena	10.00 ; 17.00
Kaltropen	2 x 100 mg	Supositoria	10.00 ; 17.00
Metronidazole	2 x 500 mg	Intra Vena	10.00 ; 17.00
<b>Klien 2</b>			
NaCl 0,9 %	20 TPM	Intra Vena	
Cefotaxime	2 x 1 gram	Intra Vena	10.00 ; 17.00
Metronidazole	2 x 500 mg	Intra Vena	10.00 ; 17.00
Kaltropen	2 x 100 mg	Supositoria	10.00 ; 17.00
Asam Tranexamat	1 x 500 mg	Intra Vena	10.00 ; 17.00

## 2. Analisa Data

**Tabel 4.12 Analisa Data**

Analisa Data	Etiologi	Masalah
<b>Klien 1</b>		
<b>DS :</b>	<i>Sectio Caesarea</i>	Nyeri Akut
a. klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah (daerah luka operasi) sampai ke vesika urinaria	↓ Luka Post Operasi ↓ Terputusnya Kontinuitas Jaringan ↓	
b. klien mengatakan nyeri di rasakan apabila klien bergerak	Merangsang tubuh mengeluarkan prostaglandin, histamine,	

dan berkurang apabila diistirahatkan dan tidur	serotin ↓ Diteruskan ke medulla spinalis batang otak ↓ Impuls dikirm ke thalamus korteks serebri ↓ Gangguan rasa nyaman ↓ Nyeri Akut	
c. klien mengatakn nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk.		
<b>DO :</b>		
a. P1AO 21 jam post SC.		
b. Klien tampak meringis		
c. Skala nyeri 7 (0-10)		
d. Klien nampak tidak rileks		
e. Ditemukan adanya luka post operasi <i>sectio caesarea</i> pada daerah abdomen bagian bawah melintang ± 10 cm yang tertutup balutan.		
f. TD 130/80 mmHg		
g. Nadi 90 x/menit		
<b>DS :</b>	Post partum nifas ↓ Kurang pengetahuan tentang pemberian ASI ↓ Penurunan progesteron & esterogen ↓ Merangsang pertumbuhan kelenjar usus & pertumbuhan ↓ Peningkatan hormone prolaktin ↓ Merangsang laktasi oksitosin ↓ Ejeksi ASI ↓ Ketidakefektifan pemberian ASI	Ketidakefektifan pemberian ASI
a. Klien mengatakan tidak mengetahui tentang cara perawatan payudara karena ini merupakan persalinan pertama klien.		
b. Kliem mengatakan ASI pada payudaranya keluar sedikit.		
<b>DO :</b>		
a. Saat dilakukan palpasi terdapat nyeri tekan pada payudara.		
b. Ditemukan adanya bendungan ASI pada payudara klien		
c. Payudara teraba keras dan hangat		
d. Kolostrum keluar sedikit.		
e. Papila mammae kotor.		
<b>DS :</b>	Luka post operasi ↓ Adanya jaringan terbuka ↓ Proteksi kurang ↓	Resiko Infeksi
<b>DO :</b>		
a. Suhu 38,6 °C		
b. Terdapat luka operasi ±10 cm tertutup dengan perban		

c. Leukosit 23,190/ mm <sup>3</sup>	<p>Masuknya mikroorganismenya ke dalam tubuh</p> <p>↓</p> <p>Luka operasi terkontaminasi</p> <p>↓</p> <p>Terjadi implanasi</p> <p>↓</p> <p>Resiko Infeksi</p>	
<p><b>DS :</b> Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas, dan klien mengatakan belum berani jika miki karena nyeri.</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a. Klien tampak meringis</p> <p>b. Klien tidak bisa miring kanan dan kiri</p> <p>c. Mobilitas klien di bantu keluarga dan perawat</p> <p>d. kedua kaki dapat bergerak dengan baik, tetapi terbatas.</p> <p>e. Kekuatan otot 4 I 4</p>	<p>Nyeri</p> <p>↓</p> <p>Gangguan aktivitas</p> <p>↓</p> <p>Penurunan rentan gerak</p> <p>↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>
<b>Klien 2</b>		
<p><b>DS :</b></p> <p>a. Klien mengatakan nyeri pada daeran perut bagian bawah yang terdapat luka sayatan post operasi <i>secito caesaria</i>.</p> <p>b. Klien mengatakan nyeri dirasakan apabila klien bergerak san berkurang apabila diistirahat tidurkan</p> <p>c. Klien mengatakan nyeri di rasakan seperti di sayat-sayat dan diraskan setiap saat.</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a. Klien Tampak meringis.</p> <p>b. P2A0 POD 1 Post Operasi SC</p> <p>c. Ditemukan adanya luka post operasi <i>sectio caesarea</i> pada</p>	<p><i>Sectio Caesarea</i></p> <p>↓</p> <p>Luka Post Operasi</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya Kontinuitas Jaringan</p> <p>↓</p> <p>Merangsang tubuh mengeluarkan prostaglandin, histamine, serotin</p> <p>↓</p> <p>Diteruskan ke medulla spinalis batang otak</p> <p>↓</p> <p>Impuls dikirm ke thalamus korteks serebri</p> <p>↓</p> <p>Gangguan rasa nyaman</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<p>Nyeri Akut</p>

daerah abdomen bagian bawah melintang $\pm$ 10 cm yang tertutup perban.		
d. Skala Nyeri 6 (0-10)		
e. Tanda – Tanda Vital		
TD : 140/90 mmHg		
HR : 85 x / menit		
T : 36,4 °C		
RR : 21 x/menit		
<b>DS :</b>	Nyeri	Defisit Perawatan Diri :
a. Klien mengatakan belum mandi	↓ Penurunan rentan gerak	Mandi
b. Klien mengatakan belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri	↓ Kelemahan ↓ Defisit Perawatan diri	
<b>DO :</b>		
a. Klien tampak kusam		
b. Klien berkeringat		
<b>DS :</b>	Luka post operasi	Resiko infeksi
<b>DO :</b>		
a. Terdapat luka operasi $\pm$ 10 cm tertutup dengan perban	↓ Adanya jaringan terbuka	
b. Leukosit 34,770/mm <sup>3</sup>	↓ Proteksi kurang ↓ Masuknya mikroorganismen asing ke dalam tubuh ↓ Luka operasi terkontaminasi ↓ Terjadi implamasi ↓ Resiko Infeksi	
<b>DS :</b>	Nyeri	Hambatan mobilitas fisik
Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas, Klien mengatakan nyeri apabila bergerak.	↓ Gangguan aktivitas ↓ Penurunan rentan gerak	
<b>DO :</b>		
a. Kedua kaki dapat bergerak dengan baik, tetapi terbatas	↓ Hambatan mobilitas fisik	
b. Kekuatan otot 4 I 4		

### 3. Diagnosis Keperawatan

**Tabel 4.13 Diagnosis Keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanda Tangan
<b>Klien 1</b>			
1	Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi <i>sectio caesarea</i> .	18 Desember 2019	Liza Hartiningsih
	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah (daerah luka operasi) sampai ke vesika urinaria</li> <li>b. klien mengatakan nyeri di rasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan dan tidur</li> <li>c. klien mengatakn nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk.</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. P1AO 21 jam post SC.</li> <li>b. Klien tampak meringis</li> <li>c. Skala nyeri 7 (0-10)</li> <li>d. Klien nampak tidak rileks</li> <li>e. Ditemukan adanya luka post operasi <i>sectio caesarea</i> pada daerah abdomen bagian bawah melintang <math>\pm</math> 10 cm yang tertutup balutan.</li> <li>f. TD 130/80 mmHg</li> <li>g. Nadi 90 x/menit</li> </ul>		
2	Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.	18 Desember 2019	Liza Hartiningsih
	<p><b>DS :</b></p> <p>Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas, dan klien mengatakan belum berani mika miki karena nyeri.</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak meringis</li> <li>b. Klien tidak bisa miring kanan dan kiri</li> <li>c. Mobilitas klien di bantu keluarga dan perawat</li> <li>d. kedua kaki dapat bergerak dengan baik, tetapi terbatas.</li> <li>e. Kekuatan otot 4 I 4</li> </ul>		

3	Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu tentang perawatan payudara.	18 Desember 2019	Liza Hartiningsih
<b>DS :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan tidak mengetahui tentang cara perawatan payudara karena ini merupakan persalinan pertama klien.</li> <li>b. Klien mengatkan ASI pada payudaranya keluar sedikit.</li> </ul>			
<b>DO :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Saat dilakukan palpasi terdapat nyeri tekan pada payudara.</li> <li>b. Ditemukan adanya bendungan ASI pada payudara klien</li> <li>c. Payudara teraba keras dan hangat</li> <li>d. Kolostrum keluar sedikit.</li> <li>e. Papila mammae kotor.</li> </ul>			
4	Resiko infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka	18 Desember 2019	Liza Hartiningsih
<b>DS :</b>			
<b>DO :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Suhu 38,6 °C</li> <li>b. Terdapat luka operasi ±10 cm tertutup dengan perban</li> <li>c. Leukosit 23,190/ mm<sup>3</sup></li> </ul>			
<b>Klien 2</b>			
1	Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi <i>sectio caesarea</i>	22 Desember 2019	Liza Hartiningsih
<b>DS :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan nyeri pada daeran perut bagian bawah yang terdapat luka sayatan post operasi <i>secito caesaria</i>.</li> <li>b. Klien mengatakan nyeri dirasakan apabila klien bergerak san berkurang apabila diistirahat tidurkan</li> <li>c. Klien mengatakan nyeri di rasakan seperti di sayat-sayat dan diraskan setiap saat.</li> </ul>			
<b>DO :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien Tampak meringis</li> <li>b. P2A0 POD 1 Pos Operasi SC</li> </ul>			

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Ditemukan adanya luka post operasi <i>sectio caesarea</i> pada daerah abdomen bagian bawah melintang <math>\pm</math> 10 cm yang tertutup perban.</li> <li>d. Skala Nyeri 6 (0-10)</li> <li>e. Tanda – Tanda Vital            TD : 140/90 mmHg            HR : 85 x / menit            T : 36,4 °C            RR : 21 x/menit</li> </ul>		
2	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.	22 Desember 2019	Liza Hartiningsih
	<p><b>DS :</b>            Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas, Klien mengatakan nyeri apabila bergerak.</p> <p><b>DO :</b>            a. Kedua kaki dapat bergerak dengan baik, tetapi terbatas            b. Kekuatan otot 4 I 4</p>		
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.	22 Desember 2019	Liza Hartiningsih
	<p><b>DS :</b>            a. Klien mengatakan belum mandi            b. Klien mengatakan belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p><b>DO :</b>            a. Klien tampak kusam            b. Klien berkeringat</p>		
4	Resiko infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka.	22 Desember 2019	Liza Hartiningsih
	<p><b>DS :</b></p> <p><b>DO :</b>            a. Terdapat luka operasi <math>\pm</math> 10 cm tertutup dengan perban            b. Leukosit 34,770/mm<sup>3</sup></p>		

---

#### 4. Intervensi

**Tabel 4.14 Intervensi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan	Rasional
<b>Kasus I</b>			
Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi <i>sectio caesarea</i> . <b>DS :</b> a. klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah (daerah luka operasi) sampai ke vesika urinaria b. klien mengatakan nyeri di rasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan dan tidur c. klien mengatakn nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk.  <b>DO :</b> a. P1AO 21 jam post SC. b. Klien tampak meringis c. Skala nyeri 7 (0-10) d. Klien nampak tidak rileks e. Ditemukan adanya luka post operasi <i>sectio caesarea</i> pada daerah abdomen bagian bawah	Setelah dilakukan perawatan 2x24 Jam nyeri hilang atau berkurang dengan kriteria hasil : a. Mampu mengontrol nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam b. Skala nyeri berkurang menjadi 2 (1-10) c. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang d. Wajah tidak meringis TD : 120/80 HR : 60 x/menit	a. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi b. Observasi reaksi <i>non</i> verbal dan ketidaknyamanan  c. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien  d. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. e. Bantu individu menentukan posisi yang nyaman (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012)  f. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri Kaltrofen 2x1 mg dengan cara pemberian	a. Membantutu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektifan analgesia atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi. (Doengoes,2018) b. Indikator nyeri akut yang dapat menguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indikator tunggal terkait ketidakmampuan atau ketidakmauan klien untuk menyatakan nyeri yang dialaminya (Doengoes,2018). c. Meningkatkan kemampuan koping klien dengan memfokuskan kembali perhatian (Doengoes,2018). d. Mendukung istirahat dan meningkatkan kemampuan koping (Doengoes,2018). e. Untuk mengurangi nyeri dan membuat klien lebih nyaman (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012). f. Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri (Doengoes,2018).

melintang ± 10 cm yang tertutup balutan.		supositoria	
f. TD 130/80 mmHg		g. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)	g. Untuk menangani nyeri yang dirasakan.
a. Nadi 90 x/menit		h. Ajarkan tehnik <i>non</i> farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri (Megawahyuni dkk,2018).	h. Relaksasi nafas alam menciptakan sensasi melepaskan ketidaknyamanan dan stress. Secara bertahap, klien dapat merileksasi otot tanpa harus terlebih dahulu menegangkan otot(Megawahyuni dkk,2018)
		i. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri non farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon.	i. Rasa nyeri lebih dapat teratasi (Doengoes,2018).
		j. Tingkatkan istirahat	j. Agar dapat mengurangi nyeri (Doengoes,2018).
		k. Monitor vital <i>sign</i> sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama	k. Mengetahui adanya perubahan sesudah dan sebelum diberikan analgetik (Doengoes,2018).
		l. Evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala	l. Mengetahui efektivitas yang akurat tentang analgetik yang sudah diberikan (Doengoes,2018).

### Kasus II

Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi <i>sectio caesarea</i>	Setelah dilakukan perawatan 2x24 jam nyeri hilang atau berkurang dengan kriteria hasil :	a. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi	a. Membantutu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektifan analgesia atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi. (Doengoes,2018)
<b>DS :</b>		b. Observasi reaksi <i>non</i> verbal dan ketidaknyamanan	b. Indikator nyeri akut yang dapat menguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indikator tunggal terkait ketidakmampuan atau ketidakmauan klien untuk menyatakan nyeri yang dialaminya
a. Klien mengatakan nyeri pada daeran perut bagian bawah yang terdapat luka sayatan post operasi <i>secto caesaria</i> .	a. Mampu mengontrol nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam		
b. Klien mengatakan nyeri	b. Skala nyeri berkurang menjadi 2 (1-10)		
	c. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang		

dirasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan	d. Wajah tidak meringis TD : 120/80 HR : 60 x/menit		(Doengoes,2018).
c. Klien mengatakan nyeri di rasakan seperti di sayat-sayat dan diraskan setiap saat.		c. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	c. Meningkatkan kemampuan koping klien dengan memfokuskan kembali perhatian (Doengoes,2018).
<b>DO :</b>		d. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.	d. Mendukung istirahat dan meningkatkan kemampuan koping (Doengoes,2018).
a. Klien Tampak meringis		e. Bantu individu menentukan posisi yang nyaman (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012)	e. Untuk mengurangi nyeri dan membuat klien lebih nyaman (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012).
b. P2A0 POD 1 Pos Operasi SC		f. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri Kaltrofen 2x1 mg dengan cara pemberian supositoria	f. Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri (Doengoes,2018).
c. Ditemukan adanya luka post operasi <i>sectio caesarea</i> pada daerah abdomen bagian bawah melintang ± 10 cm yang tertutup perban.		g. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)	g. Untuk menangani nyeri yang dirasakan.
d. Skala Nyeri 6 (0-10)		h. Ajarkan tehnik <i>non</i> farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri (Megawahyuni dkk,2018).	h. Relaksasi nafas alam menciptakan sensasi melepaskan ketidaknyamnan dan stress. Secara bertahap, klien dapat merileksasi otot tanpa harus terlebih dahulu menegangkan otot(Megawahyuni dkk,2018)
e. Tanda – Tanda Vital TD : 140/90 mmHg HR : 85 x / menit T : 36,4 °C RR : 21 x/menit		i. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri non farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon.	i. Rasa nyeri lebih dapat teratasi (Doengoes,2018).
		j. Tingkatkan istirahat	j. Agar dapat mengurangi nyeri (Doengoes,2018).
		k. Monitor vital <i>sign</i> sebelum dan	k. Mengetahui adanya perubahan

	sesudah pemberian analgetik pertama	sesudah dan sebelum diberikan analgetik (Doengoes,2018).
1.	Evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala	1. Mengetahui efektifitas yang akurat tentang analgetik yang sudah diberikan (Doengoes,2018).

## 5. Implementasi

**Tabel 4.15 Implementasi**

Pelaksanaan	Hari ke 1		Hari ke 2		Hari ke 3	
	18 Desember 2019		19 Desember 2019		20 Desember 2019	
Klien 1	Jam	Implementasi Respon	Jam	Implementasi Respon	Jam	Implementasi Respon
Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi <i>sectio caesarea</i> . <b>DS :</b> a. klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah (daerah luka operasi) sampai ke vesika urinaria b. klien mengatakan nyeri di rasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila	09.50	<b>Tindakan :</b> Monitor vital <i>sign</i> sebelum pemberian analgetik pertama <b>Hasil :</b> TD : 130/80 mmHg HR : 90 x/menit RR : 24 x/menit T : 38,6 °C	1350	<b>Tindakan :</b> Memonitor vital <i>sign</i> sebelum pemberian analgetik pertama <b>Hasil :</b> TD : 130/70 mmHg HR : 91 X/menit RR : 23 x/menit T : 36,4 °C	08.00	<b>Tindakan :</b> Memonitor <i>vital sign</i> sebelum pemberian analgetik pertama <b>Hasil :</b> TD : 120/80 mmHg HR : 90 x/menit RR : 21 x/menit T : 36,3 °C
	10.00	<b>Tindakan :</b> Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi	14.00	<b>Tindakan :</b> Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi	08.10	<b>Tindakan :</b> Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi



	pemberian melalui rektal 2x1 hari.		pengunjung, mengurangi kebisingan.		Membantu individu menentukan posisi yang nyaman.
10.25	<b>Tindakan :</b> Monitor vital <i>sign</i> sesudah pemberian analgetik pertama		<b>Hasil :</b> Klien tampak dapat beristirahat dengan nyaman		<b>Hasil :</b> Posisi semi fowler untuk mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma
	<b>Hasil :</b> TD : 130/80 mmHg HR : 90 x/menit RR : 22 x /Menit T : 38,4 °C	14.25	<b>Tindakan:</b> Membantu individu menentukan posisi yang nyaman.	08.38	<b>Tindakan:</b> Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri Kaltrofen 2x1 diberikan secara supositoria
10.30	<b>Tindakan :</b> Memilih penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)		<b>Hasil :</b> Posisi semi fowler untuk mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma, klien mengatakan nyaman		<b>Hasil :</b> Klien diberikan obat kaltrofen 1 mg cara pemberian melalui rektal 2x1 hari.
	<b>Hasil :</b> Teknik nonfarmakologi: Relaksasi nafas dalam dengan meniup balon.	14.30	<b>Tindakan:</b> Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri Katrofen 2x1 mg diberikan secara supositoria	08.50	<b>Tindakan :</b> Mengobservasi teknik non farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon yang sudah di ajarkan kepada klien.
			<b>Hasil :</b> Klien diberikan obat kaltrofen 1 mg cara pemberian melalui rektal 2x1 hari.		<b>Hasil :</b> Klien melakukan rileksasi nafas dalam dengan meniup balon selama ± 5 menit, dan mengatakan nyeri berkurang perlahan-lahan.
		14.40	<b>Tindakan :</b> Mengajarkan teknik <i>non</i> farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri.		
			<b>Hasil :</b> Klien mengerti dan mencoba	09.00	<b>Tindakan :</b> Menganjurkan teknik <i>non</i>

---

	melakukan teknik relaksasi nafas dalam meniup balon selama 5 menit dengan frekuensi yang lambat/ perlahan-lahan, klien mengatakan masih merasakan nyeri.		farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri <b>Hasil :</b> Klien dan keluarga sudah mengetahui cara mengaplikasikan tehnik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon apabila nyeri dirasakan.
14.55	<b>Tindakan :</b> Menganjurkan tehnik non farmakologi relaksai nafas dalam dengan meniup balon apabila nyeri di rasakan. <b>Hasil :</b> Klien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon 1x sehari untuk memperingan nyeri yang dirasakannya	09.15	<b>Tindakan :</b> Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri non farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon <b>Hasil :</b> Klien mengatakan pada hari pertama masih merasakan nyeri ketika berusaha meniup balon, pada hari kedua klien mengatakan sudah bisa meniup balon dengan teratur dan perlahan-lahan dan intensitas nyerinya berkurang dari skala 5 menjadi 4 (0-10).
15.10	<b>Tindakan :</b> Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri non farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon <b>Hasil :</b> Skala nyeri sebelum relaksasi nafas dalam dengan meniup balon 7 (0-10), Skala nyeri setelah relaksasi nafas dalam menggunkan balon 6 (0-10)	09.25	<b>Tindakan :</b> Meningkatkan istirahat pada klien. <b>Hasil :</b> Klien tidur siang selama 3 Jam dan malam hari 8 Jam,

---

15.15	<b>Tindakan:</b> Meningkatkan istirahat <b>Hasil :</b> Klien mengikuti instruksi perawat untuk beristirahat lebih total.	09.30	<b>Tindakan :</b> Memonitor <i>vital sign</i> sesudah pemberian analgetik pertama <b>Hasil :</b> TD : 120/80 mmHg HR : 82 x/menit RR : 21 x/menit
15.20	<b>Tindakan :</b> Memonitor <i>vital sign</i> sesudah pemberian analgetik pertama <b>Hasil :</b> TD : 120/90 mmHg HR : 90x/menit RR : 21 x/menit	09.35	<b>Tindakan:</b> Evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala <b>Hasil :</b> Skala nyeri 3 (0-10).
15.30	<b>Tindakan:</b> Evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala <b>Hasil :</b> Skala nyeri dari 7 (0-10) menjadi 5 (0-10).		

Pelaksanaan	Hari ke 1		Hari ke 2		Hari ke 3	
	21 Desember 2019		22 Desember 2019		23 Desember 2019	
<b>Klien 2</b>	Jam	Implementasi Respon	Jam	Implementasi Respon	Jam	Implementasi Respon
Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi <i>sectio caesarea</i>	13.50	<b>Tindakan :</b> Memonitor <i>vital sign</i> sebelum analgetik pertama kali <b>Hasil :</b> TD : 140/90 mmHg HR : 85 x/menit RR : 21 x/menit	07.50	<b>Tindakan :</b> Memonitor <i>vital sign</i> sebelum pemberian analgetik pertama kali <b>Hasil :</b> TD : 130/80 mmHg HR : 87 X/menit RR : 22 x/menit	07.20	<b>Tindakan :</b> Memonitor <i>vital sign</i> sebelum pemberian analgetik pertama <b>Hasil :</b> TD : 120/80 mmHg HR : 80 x/menit RR : 21 x/menit
<b>DS :</b> a. Klien mengatakan nyeri pada daeran perut bagian						

bawah yang terdapat luka sayatan post operasi <i>secto caesaria</i> .		T : 36,4 °C		T : 36,2 °C		T : 36,3 °C
b. Klien mengatakan nyeri dirasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan tidurkan	14.00	<b>Tindakan :</b> Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi <b>Hasil :</b> Klien mengatakan nyeri, skala nyeri 6 (0-10)	08.00	<b>Tindakan :</b> Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi <b>Hasil :</b> Klien mengatakan nyeri di daerah luka operasi, dengan skala nyeri 6 (0-10) , nyeri bertambah apabila klien bergerak, nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk.	07.30	<b>Tindakan :</b> Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi <b>Hasil :</b> klien mengatakan nyeri area perut bagian bawah berkurang, Skala nyeri 4 (0-10)
c. Klien mengatakan nyeri di rasakan seperti di sayat-sayat dan diraskan setiap saat.	14.10	<b>Tindakan:</b> Mengobservasi reaksi <i>non</i> verbal dan ketidaknyamanan <b>Hasil :</b> Klien tampak menahan nyeri.	08.10	<b>Tindakan:</b> Mengobservasi reaksi <i>non</i> verbal dan ketidaknyamanan <b>Hasil :</b> Klien tampak menahan nyeri, dan meringis apabila merasakan nyeri.	07.40	<b>Tindakan :</b> Mengobservasi reaksi <i>non</i> verbal dan ketidaknyamanan <b>Hasil :</b> Klien tampak tenang dan bergerak kiri kanan.
<b>DO :</b> a. Klien Tampak meringis						
b. P2A0 POD 1 Pos Operasi SC	14.15	<b>Tindakan:</b> Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien <b>Hasil :</b> Klien mengatakan ini kali pertamanya dioperasi.	08.15	<b>Tindakan:</b> Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien <b>Hasil :</b> Klien mengatakan ini merupakan persalinan	07.45	<b>Tindakan :</b> Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien <b>Hasil :</b> klien tampak fokus ketika berkomunikasi dengan perawat.
c. Ditemukan adanya luka post operasi <i>sectio caesarea</i> pada daerah abdomen bagian bawah melintang ± 10 cm yang tertutup perban.						
d. Skala Nyeri 6 (0-10)	14.25	<b>Tindakan:</b> Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri Katrofen 2x1 mg diberikan secara supositoria			07.55	<b>Tindakan :</b> Mengontrol lingkungan
e. Tanda – Tanda Vital TD : 140/90						

mmHg HR : 85 x / menit T : 36,4 °C RR : 21 x/menit	<b>Hasil :</b> Klien diberikan obat kaltrofen 1 mg cara pemberian melauai rektal 2x1 hari.		keduanya, tetapi kali pertamanya merasakan nyeri post operasi seperti ini.		yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.
		08.25	<b>Tindakan:</b> Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan; Membatasi pengunjung dan mengurangi kebisingan.		<b>Hasil :</b> Klien tampak lebih nyaman.
14.30	<b>Tindakan :</b> Monitor vital <i>sign</i> sesudah pemberian analgetik pertama <b>Hasil :</b> TD : 140/90 mmhg HR : 84 x/menit RR : 21 x/menit T : 36,4 °c			08.00	<b>Tindakan:</b> Membantu individu menentukan posisi yang nyaman. <b>Hasil :</b> Posisi semi fowler untuk mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma
		08.30	<b>Tindakan:</b> Membantu individu menentukan posisi yang nyaman. <b>Hasil :</b> Posisi semi fowler untuk mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma	08.05	<b>Tindakan:</b> Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri Kaltrofen 2x1 diberikan secara supositoria <b>Hasil :</b> Klien diberikan obat kaltrofen 1 mg cara pemberian melauai rektal 2x1 hari.
14.35	<b>Tindakan :</b> Memilih penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) <b>Hasil :</b> Tehnik nonfarmakologi: Relaksasi nafas dalam dengan meniup balon.			08.33	
				08.15	<b>Tindakan :</b> Mengobservasi tehnik non farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon yang sudah di ajarkan kepada klien. <b>Hasil :</b>
		08.33	<b>Tindakan:</b> Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri Katrofen 2x1 diberikam secara supositoria. <b>Hasil :</b> Klien diberikan obat kaltrofen 1 mg cara pemberian melauai rektal 2x1		

---

	hari.		Klien melakukan rileksasi nafas dalam dengan meniup balon selama $\pm$ 2 menit, dan mengatakan nyeri berkurang perlahan-lahan.
08.45	<p><b>Tindakan :</b> Mengajarkan tehnik <i>non</i> farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri</p> <p><b>Hasil :</b> Klien mengerti dan mencoba melakukan teknik relaksasi dan distraksi nafas dalam dengan meniup balon selama <math>\pm</math> 5 menit dengan perlahan-lahan dan klien mengatakan merasa nyaman ketika meniup balon.</p>	08.25	<p><b>Tindakan :</b> Menganjurkan tehnik <i>non</i> farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri</p> <p><b>Hasil :</b> Klien dan keluarga sudah mengetahui cara mengaplikasikan tehnik relaksasi Klien dan keluarga sudah mengetahui cara mengaplikasikan tehnik nafas dalam dengan meniup balon 1xsehari selama <math>\pm</math>5menit.</p>
08.55	<p><b>Tindakan :</b> Menganjurkan tehnik non farmakologi relaksai nafas dalam dengan meniup balon apabila nyeri di rasakan.</p> <p><b>Hasil :</b> Klien mengatakan akan melakukan relaksasi nafas dalam dengan meniup balon 1 hari sekali untuk mengurangi nyeri yang di rasakan nya.</p>	08.35	<p><b>Tindakan :</b> Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri non farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon</p> <p><b>Hasil :</b> Klien mengatakan merasa nyaman ketika mencoba meniup balon dan intensitas nyeri yang dirasakannya berkurang dan merasa lebih tenang dan skala nyerinya</p>
09.05	<p><b>Tindakan :</b> Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri non farmakologi; relaksasi nafas</p>		

---

---

	<p>dalam dengan meniup balon</p> <p><b>Hasil :</b> Skala nyeri sebelum diberikan analgetik dan relaksasi nafas dalam dengan meniup balon 6 (0-10), Skala nyeri setelah diberikan analgetik dan melakukan relaksasi nafas dalam menggunakan balon 5 (0-10)</p>		<p>berkurang dari 4 menjadi 3 (0-10) setelah meniup balon</p>
		08.40	<p><b>Tindakan :</b> Meningkatkan istirahat pada klien.</p> <p><b>Hasil :</b> Klien istirahat malam hari selama <math>\pm</math> 8 jam, tidak ada keluhan selama tidur.</p>
09.10	<p><b>Tindakan:</b> Meningkatkan istirahat</p> <p><b>Hasil :</b> Klien beristirahat lebih total.</p>	08.45	<p><b>Tindakan :</b> Memonitor <i>vital sign</i> sesudah pemberian analgetik pertama</p> <p><b>Hasil :</b> TD : 120/80 mmHg HR : 80 x/menit RR : 20 x/menit</p>
09.15	<p><b>Tindakan :</b> Memonitor <i>vital sign</i> sesudah pemberian analgetik pertama kali</p> <p><b>Hasil :</b> TD : 130/80 mmHg HR : 84x/menit RR : 22 x/menit</p>	08.50	<p><b>Tindakan:</b> Evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala</p> <p><b>Hasil :</b> Skala nyeri 2 (0-10).</p>
09.20	<p><b>Tindakan:</b> Mengevaluasi efektifitas analgetik dan tehnik non farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon.</p> <p><b>Hasil :</b> Skala nyeri dari 6 (0-10) menjadi 4 (0-10).</p>		

---

## 6. Evaluasi

**Tabel 4.16 Evaluasi**

	Kasus I	Kasus II	Tanda Tangan
Tanggal	21 Desember 2019	23 Desember 2019	
	<p><b>S :</b> Klien mengatakan nyeri pada daerah abdomennya telah berkurang dibandingkan dengan hari pertama, klien dapat mengontrol nyeri yang dirasakan dengan tehnik relaksasi nafas dalam meniup balon secara mandiri, dan klien sudah mampu untuk bergerak dan berjalan ke toilet secara mandiri.</p> <p><b>O :</b></p> <p>a. TTV TD : 120/70 mmHg HR : 90 x/menit R : 21 x/menit T : 36,3 °C</p> <p>b. Skala Nyeri 3 (0-10)</p> <p>c. Klien tidak meringis kesakitan saat bergerak tetapi masih tampak berhati-hati saat bergerak terlalu banyak.</p> <p><b>A :</b> Masalah Teratasi Sebagian</p> <p><b>P :</b> Melanjutkan terapi dirumah sesuai anjuran dokter dan perawat</p> <p><b>I :</b></p> <p>a. Melakukan relaksasi nafas dalam dengan meniup balon apabila nyeri masih dirasakan</p> <p>b. Memberikan obat anti nyeri keterolac 500 mg 3x1 setelah makan</p>	<p><b>S :</b> Klien mengatakan nyeri di daerah perutnya sudah berkurang dibandingkan sebelumnya, klien dapat berjalan ke toilet dan mampu melakukan aktivitas untuk memnuhi kebutuhan dasarnya secara mandiri, klien juga mengatakan bahwa telah mengetahui rasa nyerinya bisa kembali munvul dan diatasi dencan tehnik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon.</p> <p><b>O :</b></p> <p>a. TTV TD : 120/80 mmHg HR : 80 x/menit RR : 21 x/menit T : 36,3 °C</p> <p>b. Skala Nyeri 2 (0-10)</p> <p><b>A :</b> Masalah Teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dihentikan</p>	<p><b>Liza Hartiningsih</b></p>

---

secara oral.

**E :**

- a. Klien lebih nyaman, nyeri hilang atau berkurang
  - b. Skala nyeri 2 (0-10)
- 

## **4.2 Pembahasan**

Dalam pembahasan ini berisi ulasan pada setiap tahapan asuhan keperawatan pada klien I dan Klien II dengan post operasi *sectio caesara* hari pertama diruang kalimaya bawah RSUD Dr.Slamet Garut dengan masalah keperawatan nyeri akut dari tanggal 18 Desember 2019- 23 Desember 2019.

Penulis akan membandingkan, membahas dan menganalisa selama melakukan asuhan keperawatan pada kedua responden yang berlangsung baik secara teori maupun pengalaman secara nyata ketika praktek lapangan, diantaranya :

### **4.2.1 Pengkajian**

Maryuniaini (2015) mengatakan, keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi. Hal ini sejalan dengan keadaan di lapangan saat dilakukan pengkajian, kedua klien mengatakan keluhan utamanya yaitu nyeri pada luka operasinya. Pada klien I dengan post operasi 21 jam, saat dilakuakn pengkajian pada tanggal 18 desember 2019 pukul WIB, klien mengeluh nyeri, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila istirahat, nyeri dirasakan seperti di sayat-sayat pisau di area luka jahitan pada abdomennya dengan skala nyeri 7 dari (0-10) , nyeri muncul setiap saat.

Pada klien 2 dengan post operasi hari pertama, saat dilakukan pengkajian tanggal 21 Desember 2019 pukul WIB, klien mengeluh nyeri, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan, nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk jarum di daerah luka jahitannya dengan skala nyeri 6 (0-10), nyeri muncul setiap saat.

Berdasarkan data yang ada pada kedua klien, penulis menarik kesimpulan bahwa masalah keperawatan yang muncul pada kedua klien sama yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan luka post operasi *sectio caesarea*. Hal ini menunjukkan bahwa keluhan pasien post operasi *sectio caesarea* di lapangan sesuai dengan teori yang ada yaitu mengeluh nyeri pada daerah luka operasi.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Secara teori masalah keperawatan yang mungkin timbul pada pasien post operasi *sectio caesarea* (Nurarif dan Kusuma, 2015) diantaranya adalah :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan)
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan nutrisi post partum
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
- e. Gangguan eliminasi urine

- f. Gangguan Pola tidur berhubungan dengan kelemahan
- g. Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan faktor risiko :  
bantuan pertolongan persalinan
- h. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi  
berhubungan dengan kelelahan postpartum
- i. Konstipasi
- j. Risiko syok (hipovolemik)
- k. Risiko Perdarahan
- l. Defisiensi pengetahuan :Perawatan post partum berhubungan dengan  
kurangnya informasi tentang penanganan post partum

Sedangkan berdasarkan kasus sesuai dengan prioritas masalah setelah penulis melakukan pengkajian terhadap kedua klien, didapatkan diagnosa pada klien I dan klien II.

Pada klien I diagnosa keperawatan yang muncul, yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi *sectio caesarea*

Penulis mengangkat diagnosa ini karena, pada saat dilakukan pengkajian pada klien 1 dengan post operasi hari pertama, pada tanggal 18 Desember 2019 pukul WIB, klien mengeluh nyeri, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan, nyeri dirasakan seperti di sayat-sayat di daerah luka operasi sekitar abdomen dengan skala nyeri 7 (0-10), nyeri muncul setiap saat.

b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Penulis mengangkat diagnosa ini karena saat dilakukan pengkajian pada klien, didapatkan bahwa klien belum mampu bergerak karena masih mengatakan nyeri pada bagian luka post operasinya, dan karena klien menggunakan anestesi regional (spinal) sehingga klien masih dianjurkan untuk tidak duduk tetapi boleh untuk miring kanan dan kiri, sehingga aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga dan perawat.

c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ibu tentang perawatan payudara.

Diagnosa ini diangkat karena pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pada klien 1, payudara klien terasa keras dan hangat karena adanya bendungan ASI, belum ada sekresi ASI pada kedua payudara dan klien belum menyusui bayinya sejak bayinya lahir, karena dirawat di ruang terpisah. Diagnosa ini tidak terdapat pada klien 2, karena pada klien ke 2 terdapat kolostrum pada ASInya.

d. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena saat dilakukan pengkajian, didapatkan bahwa klien terdapat luka post operasi SC sepanjang 10cm dan hasil laboratorium menunjukkan peningkatan leukosit yaitu melebihi nilai rujukan laboratorium yaitu  $3800-10600/\text{mm}^3$ . Hal ini menunjukkan bahwa nilai leukosit klien berada di atas nilai rujukan, sehingga klien beresiko terkena infeksi karena adanya area luka

pembedahan yang terbuka. Akibatnya, bakteri sangat rentan masuk melalui luka tersebut.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien II, diantaranya yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi *sectio caesarea*.

Pada klien 2 dengan post operasi hari pertama, saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Desember 2019 pukul WIB, klien mengeluh nyeri, nyeri bertambah bila bergerak dan berkurang bila istirahat, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk jarum di daerah luka operasi dengan skala nyeri 6 (0-10), nyeri muncul setiap saat.

- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Penulis mengangkat diagnosa ini karena saat dilakukan pengkajian klien tidak bisa melakukan aktivitas, tampak klien hanya berbaring karena nyeri apabila di gunakan untuk bergerak, klien mampu mika miki tetapi harus dibantu oleh keluarga karena masih merasakan nyeri, sehingga aktivitas dibantu keluarga dan perawat

- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Penulis mengangkat diagnosa ini karena saat dilakukan pengkajian pada klien, didapatkan bahwa klien tidak mampu merawat diri (mandi) dengan sendiri, dan pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan belum mandi/belum di waslap dari hari pertama setelah operasi.

d. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena saat dilakukan pengkajian, didapatkan bahwa klien terdapat luka post operasi SC sepanjang 10cm dan hasil laboratorium menunjukkan peningkatan leukosit yaitu melebihi nilai rujukan laboratorium yaitu  $3800-10600/\text{mm}^3$ . Hal ini menunjukkan bahwa nilai leukosit klien berada diatas nilai rujukan, sehingga klien beresiko terkena infeksi karena adanya area luka pembedahan yang terbuka. Akibatnya, bakteri sangat rentan masuk melalui luka tersebut.

Berdasarkan diagnosa yang ditemukan oleh penulis di lapangan dari hasil pengkajian dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus di lapangan. Dari 12 diagnosa yang terdapat di dalam teori penulis hanya menemukan 3 diagnosa pada kasus di lapangan. Selain itu, penulis menemukan 1 diagnosa yang tidak terdapat di dalam teori namun ditemukan saat melakukan pengkajian pada klien di lapangan yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Diagnosa ini muncul karena pada saat dilakukan pengkajian kedua klien belum mampu bergerak karena nyeri pada daerah luka abdomen skala nyeri klien I 7 (0-10) klien II 6 (0-10), klien hanya beraring tidak bisa melakukan aktivitas apabila digerakkan untuk miring kanan dan miring kiri klien mengatakan nyeri, karena rasa nyeri dapat menimbulkan stressor dimana individu berespon seacara biologis, hal ini dapat menimbulkan respon perilaku fisik dan psikologis sehingga aktivitas klien

harus dibantu oleh keluarga dan perawat, salah satu faktor yang membuat penulis mengangkat diagnosa ini karena klien mendapatkan anestesi regional (spinal) sehingga klien harus beristirahat selama 1x24 jam post operasi dengan posisi tiran baring, tidak boleh duduk dan hanya di anjurkan untuk miring kanan dan miring kiri selama 1x24 jam post operasi dengan anestesi regional (spinal). Sehingga penulis mengangkat diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri sebagai salah satu diagnosa tambahan untuk pasien post operasi sectio caesarea.

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori menurut Nurarif dan Kusuma (2015) namun tidak ada pada tinjauan kasus, yaitu :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pemilihan teknik anestesi pada kedua klien yaitu dengan anestesi spinal dimana pasien sadar dan obat-obatan yang digunakan tidak mendepresi saluran pernafasan.

- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum
- Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena kedua klien tidak mengalami penurunan nafsu makan ataupun asupan makanan. Kedua klien juga tidak mengalami kelemahan fisik yang berarti.

c. Gangguan eliminasi urine

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena kedua klien tidak mengalami gangguan eliminasi urine karena kedua klien dipasang kateter urine. Pada hari pertama kateter urine dilepas kedua klien tidak memiliki keluhan pada proses eliminasi urine.

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena kedua klien mengaku dapat tidur dan beristirahat dengan baik dan nyaman.

e. Konstipasi

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena kedua klien mengaku tidak mengalami konstipasi. Dan kedua klien sudah dapat BAB dengan konsistensi feces lembek khas feces pada hari kedua post operasi.

f. Resiko syok (hipovolemik)

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena dilihat dari hasil pemeriksaan fisik pada kedua klien CRT kembali kurang dari 2 detik, tidak adanya sianosis, akral tubuh hangat dan tanda-tanda vital tidak menunjukkan adanya syok hipovolemik.

g. Resiko perdarahan

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena dilihat dari pemeriksaan fisik pada kedua klien: tidak ada tanda-tanda perdarahan dari luka operasi maupun vagina, kontraksi uterus baik, Tinggi Fundus Uteri

pada klien 1 dan 2 yaitu 2 jari diatas pusat. Perdarahan intra operasinyaapun hanya 300cc.

- h. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena klien 2 pernah melahirkan sebelumnya.

#### 4.2.3 Intervensi

Intervensi dilakukan setelah diagnosa keperawatan telah dirumuskan. Rencana asuhan memberi bimbingan untuk perawat dan penyedia layanan kesehatan lain yang terlibat dalam asuhan klien. Dari lima diagnosa yang muncul dari kedua klien, penulis hanya mengangkat satu diagnosa keperawatan utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi *sectio caesarea*. Nyeri pasca pembedahan merupakan komplikasi dari persalinan melalui tindakan operasi. Oleh sebab itu, penulis membuat rencana asuhan keperawatan yang ada pada bab II dan rencana keperawatan tambahan menurut jurnal dan sumber lainnya yaitu :

- a. Bantu individu menentukan posisi yang nyaman (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012)

Penanganan nyeri dalam persalinan merupakan hal utama yang harus diperhatikan oleh pemberi asuhan, maka sangat penting bagi pemberi asuhan untuk memenuhi kebutuhan ibu akan rasa aman dan nyaman. Sehingga penulis berencana memberikan posisi yang nyaman untuk klien, agar dapat mengurangi rasa nyeri yang di rasakan oleh klien.

- b. Ajarkan tehnik *non* farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri (Megawahyuni dkk,2018)

Tujuan relaksasi nafas dalam yaitu agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman menjadi nyaman. Sehingga penulis berencana memberikan penjelasan tentang tehnik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon dan manfaatnya, lalu menganjurkan kepada klien untuk menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan agar klien dan keluarga mampu melakukan tindakan relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri di rumah apabila sewaktu – waktu rasa nyeri itu muncul kembali.

Adapun rencana asuhan keperawatan yang ada di teori tetapi tidak dilakukan pada klien I dan II, yaitu:

- a. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri

Penulis tidak mengambil intervensi ini karena klien mengatakan tidak ada pantangan dari budayanya dan percaya pada tim medis untuk menangani nyerinya.

- b. Evaluasi pengalaman nyeri masa lalu dan evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau

Penulis tidak mengambil intervensi ini karena kedua klien baru pertama kali dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea*, sehingga pengalaman nyeri ini merupakan yang pertama kali dirasakan oleh kedua klien.

- c. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan  
Penulis tidak mengambil intervensi ini karena keluarga klien selalu berada di lingkungan rumah sakit dan mencari bantuan kepada perawat atau petugas medis saat klien merasakan keluhan, sehingga klien mendapatkan dukungan penuh dari keluarganya.
- d. Kurangi *factor* presipitasi nyeri  
Penulis tidak mengambil intervensi ini karena klien tidak melakukan aktivitas berat yang dapat menimbulkan nyeri.
- e. Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi  
Penulis tidak mengambil intervensi ini karena telah mencakup pada intervensi pengkajian nyeri secara komperhensif sehingga penentuan intervensi telah di buat.
- f. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil  
Penulis tidak mengambil intervensi ini karena hal ini sudah di lakukan tindakan penangan nyeri dengan farmakologi pemberian obat analgetik yang sesuai dengan instruksi dokter dan non farmakologi; relaksasi nafas dalam dengan meniup balon sesuai dengan anjuran jurnal kesehatan.
- g. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.  
Penulis tidak mengambil intervensi ini karena dapat dilihat dari intervensi evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala.

- h. Tentukan lokasi karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat

Menurut penulis dalam intervensi ini penentuan karakteristik, kualitas dan derajat nyeri telah mencakup pada intervensi pengkajian nyeri secara komprehensif.

- i. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi

Penulis tidak mengambil intervensi ini karena hal ini sudah dilakukan oleh perawat ruangan yang bertanggung jawab atas pemantauan dan pemberian obat yang sesuai dengan instruksi.

- j. Cek riwayat alergi

Penulis tidak mengambil intervensi ini karena pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak memiliki alergi obat serta makanan, dan telah dilakukan pemeriksaan *skin test* pada saat kedua klien masuk ke ruang kalimaya bawah.

- k. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu

Penulis tidak mengambil intervensi ini karena pemilihan terapi analgesik sudah diresepkan dari dokter yang bertanggung jawab atau yang menangani kedua klien.

- l. Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri.

Penulis tidak mengambil intervensi ini karena analgetik telah ditentukan atau diresepkan oleh dokter penanggung jawab klien sesuai dengan tipe dan berat nyerinya.

m. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengotan nyeri secara teratur.

Penulis tidak mengambil intervensi ini karena di ruang kalimaya bawah klien sudah di resepkan untuk pemberian obat dalam proses terapi obat dan sudah di tentukan cara pemberian obatnya secara supositoria oleh dokter dan perawat ruangan.

#### **4.2.4 Implementasi**

Setelah implementasi tersusun dalam perencanaan keperawatan yang rasional terhadap klien, kemudian penulis berusaha untuk mengimplementasikan sesuai apa yang telah diintervensikan sebelumnya. Seksama melakukan asuhan keperawatan, penulis kesulitan dalam melakukan pendokumentasian terhadap perkembangan klien dan tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan pada saat penulis sedang tidak berada dirumah sakit. Namun, dengan upaya yang dilakukan penulis, penatalaksanaan asuhan keperawatan dapat tetap dilakukan. Penulis melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan diagnosa utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan yang direncanakan. Penatalaksanaan nyeri pada pasca operasi *sectio caesarea* terdiri dari penatalaksanaan farmakologi dan nonfarmakologi.

Rasa nyeri dapat ditangani dengan obat analgesik yang digolongkan menjadi analgesik opioid dan *Nonsteroidal anti-Inflammatory Drugs* (NSAID) yang pemilihannya tergantung dari tingkatan nyeri setiap individu (Katzung, 2014). Pemilihan obat untuk ibu pasca melahirkan yang nantinya

akan menyusui perlu diperhatikan. Pemilihan bentuk sediaan supositoria secara rektal cocok untuk pasien yang tidak bisa menelan, termasuk mual dan muntah. Mual dan muntah tersebut merupakan efek samping dari pemberian anestesi (Matthews, 2017). Menurut ACOG (2018) bahwa secara umum penggunaan NSAID sebagai lini pertama pengobatan nyeri pada ibu pasca melahirkan aman dan efektif.

Ketoprofen dengan nama kimia (2- (3-benzoyl phenyl) propionic acid) dan dengan rumus kimia (C<sub>16</sub>H<sub>14</sub>O<sub>3</sub>) (Rencber dkk, 2010). Ketoprofen merupakan Obat Antiinflamasi Nonsteroid (OAINS) turunan dari asam propionat. Ketoprofen juga digunakan meredakan nyeri pasca operasi, kondisi sakit dan inflamasi seperti gout akut atau gangguan jaringan lunak dan untuk mengurangi demam. Ketoprofen diabsorpsi secara baik jika diberikan melalui intramuscular atau rektal, dan sedikit diabsorpsi jika diberikan secara topikal. Ketoprofen di masyarakat banyak digunakan dalam bentuk sediaan tablet, kapsul, supositoria, tablet salut enterik, tablet lepas lambat, dan gel topikal, produk ketoprofen yang beredar dipasaran diantaranya adalah Kaltrofen, Profenid, dan Pronalges (MIMS, 2015). Bentuk sediaan penghantaran alternatif untuk mengatasi keterbatasan ketoprofen tersebut adalah mengubah sistem penghantaran obat melalui rektal. Rute penghantaran obat melalui rektal lebih 3 menguntungkan karena dapat menghindari efek samping iritasi pada gastrointestinal dan *first-pass effect* (Abu El-Enin and El-Feky, 2013). Bentuk sediaan yang biasanya diberikan melalui rektal adalah supositoria dan gel. Supositoria adalah

sediaan padat dengan berbagai bentuk dan bobot yang dimasukkan ke lubang tubuh (umumnya rektal, vaginal, atau uretral), kemudian meleleh, melarut, dan melepaskan kandungan obatnya sehingga menghasilkan efek obat (Depkes R.I, 2014). Supositoria melalui penghantarannya melalui rektal dapat memberikan efek lokal maupun sistemik. Sehingga klien diberikan analgetik kalfrofen 2x1 mg sebagai analgesik dan antiinflamasi yang diberikan melalui rektal, setelah diberikan alagetik terdapat penurunan intensitas nyeri berdasarkan nilai VAS. Penggunaan ketoprofen pada jam ke-2, 4, 6, 12, dan 24 pada pasien bedah sesar mengalami penurunan derajat nyeri dari sedang menjadi ringan (Furdiyanti, 2019).

Salah satu teknik yang dapat digunakan untuk menurunkan skala nyeri secara nonfarmakologi yaitu dengan latihan relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon. Relaksasi telah menjadi sebuah anjuran yang semakin populer untuk terapi analgesik konvensional. Relaksasi sudah digunakan secara luas dalam manajemen nyeri *pasca* bedah dan telah direkomendasikan dalam pengelolaan nyeri. Relaksasi nafas dalam merupakan salah satu metode nonfarmakologis yang telah direkomendasikan sebagai manajemen nyeri, yang dapat dilakukan untuk merilekskan ketegangan otot sehingga dapat mempengaruhi skala nyeri pada ibu post operasi *sectio caesarea*. Relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri karena tidak memiliki efek samping, mudah dalam pelaksanaannya serta tidak memerlukan biaya dan waktu yang cukup banyak. Ketika melakukan teknik relaksasi nafas dalam, ibu pasca operasi

*sectio caesarea* hanya perlu memposisikan badannya dengan nyaman mungkin, kemudian melakukan relaksasi nafas dalam dengan frekuensi nafas yang lambat dan berirama. Teknik relaksasi nafas dalam dapat dilakukan dengan berbagai metoda seperti meniup balon. Teknik relaksasi ini efektif untuk menurunkan intensitas nyeri pada anak post operasi *megacolon*, sehingga teknik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon juga akan efektif dilakukan pada pasien post operasi *sectio caesarea*. Relaksasi nafas dalam menciptakan sensasi melepaskan ketidaknyaman dan stress. Secara bertahap, klien dapat merileksasikan otot tanpa harus terbelih dahulu menengangkan otot-otot tersebut. Ketika individu telah mencapai tingkat relaksi penuh, maka persepsi nyeri akan berkurang dan perasaan cemas terhadap pengalaman nyeri menjadi berkurang (Hapsari,2013).

Pada hari pertama setelah dilakukan intervensi farmakolgi pemberian analgetik kaltrofen 2x1 mg secara supositoria dan nonfarmakologi yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon, klien I masih belum bisa mengontrol nyeri pada saar hari pertama, sedangkan klien II sudah dapat mengontrol nyeri pada saat hari pertama. Pada hari kedua, setelah dilakukan intervensi farmakolgi pemberian analgetik kaltrofen 2x1 mg secara supositoria dan nonfarmakologi teknik relaksasi nafas dalam klien pada klien I pada hari kedua klien sudah bisa menegontrol nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon dan pada klien II mengatakan klien sudah dapat mengontrol nyeri, pada saat dievaluasi klein I mengatakan skala nyeri nya

berkurang dari 7 (0-10) menjadi 3 (0-10), dan pada klien ke II skala nyeri 6 (0-10) menjadi 2 (0-10).

Adapun implementasi yang menjadi fokus penulisan yaitu relaksasi nafas dalam diberikan selama 5 menit menggunakan balon dengan frekuensi 1 kali sehari dalam 2 hari. Pemberian intervensi dimulai pada hari pertama pasca operasi *sectio caesarea*. Pengkajian nyeri dilakukan selama  $\pm$  5 menit dan setelah diberikan intervensi dengan menggunakan NRS (Jurnal Kesehatan Vol II No 1 Tahun 2018), tentang “Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Dengan Teknik Meniup Balon Terhadap Perubahan Skala Nyeri Pasca Operasi Seksio Saesarea Di RSIA Bahagia Makassar”. Hasil implementasi hari pertama pada kedua klien hampir sama yaitu setelah dilakukan pemberian teknik non farmakologi relaksasi nafas dalam kepada klien, klien mampu mengikuti instruksi perawat dan klien mengatakan dirinya merasa nyaman terhadap lingkungan yang ada. Karena keterbatasan waktu, penulis hanya memberikan terapi relaksasi nafas dalam 1x sehari, selebihnya klien melakukan nya secara mandiri. Terdapat perbedaan efektivitas pemberian analgetik dapat menurunkan persepsi nyeri yang bekerja di sistem saraf pusat, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Teknik relaksasi dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri.

Penulis tidak menemukan adanya hambatan karena klien dan keluarga kooperatif dalam pelaksanaan yang telah di terapkan oleh perawat. Penulis telah melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan proses

keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi sampai evaluasi. Kerja sama baik dari pihak keluarga klien dan perawat serta tenaga medis lainnya yang telah membantu meringankan penanganan kepada kedua klien post operasi *sectio caesarea* dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

#### **4.2.5 Evaluasi**

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dimana berguna untuk menilai kemajuan dari kesehatan klien setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 2x24 jam. Evaluasi pada klien 1 dilakukan pada tanggal 21 Desember 2019, hasil evaluasi pada klien I yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam masalah teratasi sebagian ditandai dengan klien mengatakan nyerinya berkurang setelah dilakukan manajemen nyeri dan dapat beristirahat dengan baik, skala nyeri menurun menjadi 3 (0-10). Klien diperbolehkan pulang dengan *advice* dokter pada tanggal 21 Desember 2019 pukul 11.00 wib. Namun karena masalah hanya teratasi sebagian sehingga klien melanjutkan terapi dirumah yaitu : 1) Lakukan relaksasi nafas dalam dengan meniup balon selama 5 menit dengan frekuensi 1 kali sehari untuk mengurangi nyeri. 2) minum obat anti nyeri keterolac 500 mg 3x1 sesudah makan secara oral.

Sedangkan pada klien 2, evaluasi dilakukan pada tanggal 23 Desember 2019, hasil evaluasi klien 2 yaitu, setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam masalah teratasi ditandai dengan klien mengatakan nyeri berkurang setelah dilakukan manajemen nyeri relaksasi nafas dalam

dengan meniup balon dalam dua hari dan dapat beristirahat dengan baik, Penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 2 (0-10). Klien 2 diperbolehkan pulang dengan advis dokter pada tanggal 23 Desember 2019. Klien II juga melakukan terapi analgetik asam mefenamat 3x500 gram dirumah sesuai dengan anjuran perawat.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 KESIMPULAN**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada ibu post *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

##### **5.1.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan melalui kerjasama dengan klien, keluarga klien, perawat ruangan dan studi dokumentasi yang dilakukan secara komperhensif dan menyeluruh meliputi aspek Bio-Psiko-Sosio-Spiritual. Dengan melakukan pengkajian, maka akan diperoleh data yang menunjang tentang masalah klien, dengan melakukan pemeriksaan fisik dan melakukan anamnesa yang lengkap agar hasil yang didapatkan maksimal sesuai dengan harapan.

##### **5.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang didapat oleh penulis setelah menganalisi data dari hasil pengkajian kedua responden yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi *sectio caesarea*; Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri; Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya ; Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan; Resiko infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka.

### 5.1.3 Intervensi

Dalam menyusun perencanaan keperawatan penulis melibatkan klien dan keluarga dengan permasalahan yang ditemukan saat pengkajian. Intervensi yang dilakukan kepada kedua klien yaitu intervensi *paint mangement* untuk nyeri akut. Tidak semua perencanaan dapat dilaksanakan karena disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien.

Intervensi fokus yang diambil oleh penulis yaitu pemberian terapi nonfarmakologi tehnik relaksasi nafas dalam. Intervensi tersebut dilakukan berdasarkan jurnal yang ada yaitu “pengaruh relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon terhadap peruabhan skala nyeri pasca operasi seksio saesarea di RSIA bahagia makassar”, penelitian dalam jurnal tersebut dilakukan oleh Ar. Megawahyuni, Hasanah & Mariah Ulfah Azhar (2018).

### 5.1.4 Implementasi

Semua pelaksanaan asuhan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik berkat dukungan dan kerjasama klien, keluarga dan adanya dukungan dari seluruh perawat ruangan. Implementasi dilakukan untuk mengatasi masalah yang timbul dari klien. Penulis melakukan *paint management* dalam mengelola masalah yang ada pada klien 1 dan 2. Tidak semua intervensi dapat diimplementasikan karena disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien.

### **5.1.5 Evaluasi**

Dalam melakukan asuhan keperawatan, seluruh tindakan keperawatan didokumentasikan oleh penulis dan perawat ruangan sebagai persyaratan legal dalam setiap lingkungan pelayanan. Tahap evaluasi merupakan tahapan akhir dari semua rangkaian proses keperawatan, evaluasi yang dilakukan adalah berupa hasil dari observasi langsung kepada klien. Bahwa diagnosa nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi *sectio caesarea* pada klien I dan klien II dapat teratasi pada hari ke 2.

## **5.2 SARAN**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien dari tanggal 18 Desember 2019 sampai 23 Desember 2019, penulis ingin menyarankan beberapa hal yaitu untuk :

### **5.2.1 Untuk Rumah Sakit**

Diharapkan pihak RSUD dr Slamet Garut untuk terus mempertahankan pelayanan dan perawatan yang sudah ada. Penulis sangat terbantu dalam memperoleh data-data dan melakukan asuhan keperawatan karena terfasilitasi dengan baik, dari segala aspek.

### **5.2.2 Untuk Pendidikan**

Kepada pihak pendidikan diharapkan untuk menambah jumlah literatur terbaru dengan tahun terbit (10 Tahun terakhir) khususnya mengenai keperawatan maternitas post operasi *sectio caesarea*.

### **5.2.3 Bagi peneliti Selanjutnya**

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan untuk melakukan penelitian terkait dengan tehnik relaksasi nafas dalam dengan cara lain sehingga diketahui jenis yang paling efektif untuk digunakan dalam menurunkan nyeri pasien post operasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abasi M. 2015. *A comparative study on the concept of convulsion in traditional Iranian medicine and classic medicine : Avicenna Journal of Phytomedicine*.[http://ajp.mums.ac.ir/article\\_5454\\_8900156ff21a8bf04ed2e00ce4c58eed.pdf](http://ajp.mums.ac.ir/article_5454_8900156ff21a8bf04ed2e00ce4c58eed.pdf). Di unduh kamis, 19 Desember 2019, 10.10.26
- Abu El-Enin, A.S.M., El-Feky, G.S., 2013. *Formulation and Evaluation of In-situ Gelling Tenoxicam Liquid Suppositories: Journal of Life Medicine*.  
<http://repository.wima.ac.id/7791/6/BAB%205.pdf>.  
Di unduh Minggu, 14 Juni 2020, 13.00.41
- Andarmoyo,S. 2013. Konsep dan proses keperawatan nyeri. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media
- Arwani S. I. dan Hartono R. 2012. Pengaruh pemberian aromaterapi terhadap tingkat kecemasan pasien sebelum operasi dengan anestesi spinal di RS Tugu Semarang : Jurnal Riset Kesehatan.  
<http://103.97.100.145/index.php/JKJ/article/download/974/1023>.  
Diunduh Kamis, 30 Januari 2020, 20.51.09
- Asmadi. 2013. Teknik Prosedur keperawatan : Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klie. Jakarta : Salemba Medika
- Chapman & Charles. 2013. Persalinan dan Kelahiran Asuhan Kebidanan. Jakarta: ECG
- Damai & Dian. 2011. Asuhan Kebidanan Masa Nifas : Belajar menjadi Bidan Profesional. Bandung : PT Refika Aditama
- Depkes R.I. 2014, Farmakope Indonesia V. Jakarta : Dirjen POM  
Di Unduh pada Minggu, 14 Juni 2020, 12.20.48
- Doenges, Marilyn. 2018. Rencana Asuhan Keperawatan. Jakarta : EGC
- Dr. Amru Sofian, Sp.OG(K). Onk.MWALS. 2013. Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri: Obstetri Operatif, Obstetri Sosial, Edisi.3, Jilid 2. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Dr.dr.Iman Rasjidi, Spog(K). 2010. Manual Seksio Sesarea dan Laparotomi Kelainan Adneksa. Jakarta: Sagung Seto
- Eniyati & Afifin Sholihah. 2013. Asuhan Kebidanan pada Persalinan Patologi. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- F Gary Cunningham, MD. 2014. Obstetri Williams, Edisi.23, Volume 1. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Furdiyanti, N.H., Oktianti, D., Rahmadi, R., Coreira, L. 2019. Keefektifan ketoprofen dan ketorolak sebagai analgesik pada pasien pasca bedah cesar. *Indonesian Journal of Pharmacy and Natural Product*

- <http://jurnal.unw.ac.id:1254/index.php/ijpnp/article/view/194>. Diunduh pada Minggu, 14 Juni 2020, 12.20.48
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. 2010. Buku Saku Fisiologi kedokteran. Jakarta : EGC
- Huda Nurarif, Amin dan Kusuma, Hardhi. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Jilid 3. Yogyakarta: *Mediaction* Jogja.
- Jitowiyono, Sugeng dan Weni Krtistiyanasari. 2012. Asuhan Keperawatan Post Operasi Pendekatan Nanda, NIC, NOC. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Juwita, D. R., Faradani, N., & Wibowo, M. I. N. A. 2019. Studi Penggunaan Obat Analgesik pada Pasien Pasca Partus Pervaginal dan Sectio Caesarea di RSUD Bunda Purwokerto. *PHARMACY: Jurnal Farmasi Indonesia (Pharmaceutical Journal of Indonesia)*, 16(2), 265-277. <http://jurnalnasional.ump.ac.id/index.php/PHARMACY/article/view/5627>. Di unduh Minggu, 14 Juni 2020, 12.12.20
- Katzung, B.G. 2014. Farmakologi: Dasar dan Klinik. Edisi 12 Volume 1. Penerjemah Pendit, B.U. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Kemenkes Ri. 2018. Riset Kesehatan Dasar. RISKESDAS. <https://www.kemkes.go.id>. Di unduh, Sabtu 3 April 2020.
- Mansyur & Dahlan. 2014. Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Malang : Selaksa Media.
- Maryunani, Anik. 2015. Asuhan Ibu Nifas dan Asuhan Ibu Menyusui. Bogor: In Media.
- Megawahyuni, A., Hasnah, H., & Azhar, M. U. 2018. Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Dengan Teknik Meniup Balon Terhadap Perubahan Skala Nyeri Pasca Operasi Seksio Sesarea Di Rsia Bahagia Makassar. *Jurnal Kesehatan*, 11(1), 51-60. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/5028>. Di unduh Kamis, 19 Desember 2019, 09.49.52
- Mochtar, Sofian. 2015. Sinopsis Obstetri Edisi 3 Jilid 2. Jakarta : EGC.
- Notoatmojo, Soekidjo. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta
- Nurjannah, Siti Nunung, dkk. 2013. Asuhan Kebidanan Post Partum. Bandung : PT Refika Aditama
- Oxorn, Harry & Forte, William. 2013. *Human Labor and Birth* : Jurnal Kesehatan. <https://ejournal.unair.ac.id/MOG/article/view/7978>. Diunduh Kamis, 23 Januari 2020, 22.39.31
- Patasik, C. K., Tangka, J., & Rottie, J. 2013. Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan *Guided Imagery* Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi *Sectio Caesare* Di Irina D Blu Rsup Prof. Dr. RD Kandou Manado. *JURNAL KEPERAWATAN*, 1(1).

- <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/2169>. Di unduh pada Senin, 18 Mei 2020, 15.07.46
- Pearce, Evelyn C. 2018. *Anatomi dan Fisiologi Untuk Para Medis*, Cetakan ke Empat Puluh Tujuh. Jakarta: PT.Gramedia Pustaka Utama
- Prasetyo, Sigit Nian. 2010. *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Pratiwi R. 2012. Penurunan intensitas nyeri akibat luka post sectio caesrea setelah dilakukan latihan teknik relaksasi pernapasan menggunakan aromaterapi lavender di Rumah Sakit Al Islam. *Student e-journal*. <http://journal.unpad.ac.id/ejournal/article/view/711>. Di unduh Kamis, 19 Desember 2019, 09.50.21
- Reichman, Eric & Simon, Robert. 2013. *Emergency Medicine Procedures*. [https://www.researchgate.net/publication/327043695\\_Reichman's\\_Emergency\\_Medicine\\_Procedures\\_3rd\\_edition](https://www.researchgate.net/publication/327043695_Reichman's_Emergency_Medicine_Procedures_3rd_edition). Diunduh Kamis, 12 Maret 2020, 17.56.33
- Solehati, Tetti dan Eli Kosasih, Cecep. 2015. *Konsep dan Aplikasi Relaksasi dalam Keperawatan Maternitas*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Sukma, Febi, dkk. 2017. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta : Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta
- Sulistiyawati, Ari. 2015. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: ANDI
- Widiastini, Luh Putih. 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. <https://books.google.co.id>. Diakses pada tanggal 10 April 2020
- Yudiyanta, Khoirunnisa, dkk. 2015. *Assessment Nyeri*. Yogyakarta: Ar-ruzz
- Yuniati I. 2011. *Catatan dan Dokumentasi Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: Sagung Seto.

### LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Liza Hartiningsih

NIM : AKX 17 040

Nama Pembimbing : Ingrid Dirgahayu, S.Kp., M.KM

NO	TANGGAL	SARAN & PERTIMBANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1	Selasa, 14 April 2020	Bimbingan BAB I <ol style="list-style-type: none"><li>1. riwayat persalinan ditambahkan riwayat persalinan bisa normal atau operasi dan riwayat keluarga berencana uraikan tentang post sc teori idealnya menggunakan KB apa</li><li>2. aktivitas sehari hari, pola eliminasi dijelaskan juga disana bagaimana psien post sc, terpasang kateter berapa lama; personal hygiene juga dijelaskan bagaimana keadaannya pada ibu nifas post sc; aktivitasnya digambarkan bagaimana aktivitas ibu post SC spinal atau umum</li><li>3. pemeriksaan fisik ditambah bagian wajah</li><li>4. keadaan umum ditambahkan kesadaran post op sc</li><li>5. pemeriksaan dada dikelompokkan lagi data mana untuk payudara mana untuk pengkajian dada atau thorac</li><li>6. pemeriksaan anus hapus bagian ruptur dan pemeriksaan abdomen cari teori atau jurnal penurunan TFU pada ibu post SC bedanya apa dengan yang normal</li></ol>	
2	Selasa, 21 April 2020	Revisi BAB I Bimbingan BAB II dan BAB III	



		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tahun Lahirnya di tutup ujungnya</li> <li>2. DX nya di tambah POD keberapa</li> <li>3. Pola Eliminasi BAK 3-4 kali tapi di bawah terpasang kateter</li> <li>4. Pemfis dada dipisah payudara dan dada nya di tambahkan pemeriksaan jantung</li> <li>5. Pemeriksaan Psikologinya cek lagi jangan copas</li> <li>6. Tambahkan di bounding attachment nya sudah laktasi belum, kalo belum kenapa, bayinya di rawatnya dimana</li> <li>7. Pada DO Nyeri di tambah skala nyeri sama POD keberapa</li> <li>8. Pada perencanaan farmako dulu baru non farmako urutannya</li> <li>9. Pada pelaksanaan EDC nya itu di tambahkan penjelasan mengenai jurnalnya berapa kali, waktunya berapa lama, efek nya bagaimana hasil ke klien nya bagaimana, tapi bukan penkes.</li> <li>10. Urutannya Melakukan, mengajarkan, menganjurkan</li> <li>11. Perbaiki tabel sesuai juknis</li> </ol>	
3	Selasa, 12 Mei 2020	<p>Bimbingan dan Revisian BAB II , BAB III ,BAB IV</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki Pemeriksaan Fisik Bagian Kepala, Dada, Bokong dan Punggung. Dan ADL Periksa analisa data DS DO</li> <li>2. sesuaikan dengan Hasil Pengkajian</li> </ol>	
4	Sabtu, 16 Mei 2020	<p>Revisian BAB II dan BAB IV</p> <p>Penulisan gambar dan tabel sesuai juknis, Cek masukan jurnal nyeri di konsep penatalaksanaan, Periksa intervensi dan implementasi, Pada Point Pengkajian Diringkas lagi.</p>	

		Cek bahasa asing cetak miring semua, cek judul Daftar pustaka Beri halaman Lanjut Draft lengkap, Abstrac dll	
5	Selasa, 19 Mei 2020	Revisi BAB IV Bimbingan BAB V, Daftar Pustaka, Absstrac Paragraf jangan Terlalu meyorok ke sebelah kanan bab 1 -5 Abstrac isi latar belakangnya perbaiki, masukan asuhan keperawatan Perbaiki draft	
6	Kamis, 21 Mei 2020	Revisian BAB IV, BAB V dan Abstrac Bimbingan Draft ACC SIDANG	

### LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Liza Hartiningsih

Nim : Akx 17 040

Nama Pembimbing : Anggi Jamiyati S.Kep Ners

NO	TANGGAL	SARAN & PERTIMBANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1	Rabu, 25 Maret 2020	Bimbingan BAB I, BAB II, BAB III  1. Perbaiki penulisan, data dengan data jangan terpisah, menggunakan data dan sumber buku terbaru, penggunaan bahasa asing, konsisten dalam penulisan	
2	Kamis, 07 Mei 2020	Revisian BAB I, BAB II, BAB III  1. Perbaiki penulisan, data dengan data, bahasa asing cetak miring, tujuan penelitian dan manfaat penelitian 2. Perbaiki anatomi sectio caesarea 3. Perbaiki penggunaan kalimat dan penambahan materi etik penelitian	
3	Sabtu, 16 Mei 2020	Revisian BAB I, BAB II, BAB III  1. Perbaiki penulisan bahasa asing	

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Perbaiki pathofisiologi dalam bentuk narasi dan pathway</li> <li>3. Perbaiki spasi before dan after</li> <li>4. Perbaiki penulisan sumber Bimbingan BAB IV, BAB V</li> </ol>	
4	Kamis, 21 mei 2020	<p>Revisian BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki penulisan bahasa asing</li> <li>2. Perbaiki susunan bab 2</li> <li>3. Perbaiki penulisan kalimat dalam tabel</li> <li>4. Perbaiki penulisan sumber pada gambar dan tabel</li> </ol>	
5	Minggu, 31 mei 2020	<p>Revisian BAB I, BAB II, BAB IV, BAB V</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki penulisan bahasa asing, kalimat dan spasi</li> <li>2. Perbaiki penulisan, penambahan dan pengurangan kata pada tabel identitas, keluhan utama, riwayat nifas, ADL, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, analisa data, diagnosa keperawatan.</li> </ol>	

6	Kamis, 04 juni 2020	Revisian BAB II, BAB IV, BAB V  1. perbaikan penulisan pathofisiologi 2. perbaikan penulisan sumber 3. penambahan intervensi 4. perbaikan ketentuan penulisan 5. perbaikan DS dan DO, implementasi dan evaluasi	
7	Kamis 11 juni 2020	Revisian BAB II, BAB IV, BAB V  1. Perbaikan penulisan garis Pathway 2. Perbaikan penulisan analisa data, diagnosa keperawatan, penambahan tabel intervensi , pengurutan intervensi, penulisan tabel implementasi, tabel evaluasi data sesuai dengan kriteria hasil, penulisan pembahasan diagnosa keperawatan tambahkan sumber, pembahasan intervensi, bahas intervensi jurnal dan jelaskan menurut jurnal, tuliskan sumber, Penambahan materi pada pembahasan implementasi 3. Perbaikan penulisan saran bedakan mana manfaat dan saran.	

8	Minggu, 14 juni 2020	Revisian BAB IV, BAB V  1. Perbaikan penulisan tabel implementasi dan evaluasi 2. Perbaikan penulisan pembahasan intervensi 3. Perbaikan penulisan saran	
9	Kamis, 18 juni 2020	Revisian BAB IV  Perbaikan penulisan pembahasan intervensi.  Bimbingan kata pengantar, daftar isi, abstrak dan daftar pustaka	
10	Minggu, 21 juni 2020	Revisian BAB IV  Revisian penulisan kata pengantar, penomeran daftar isi, abstrak daftar pustaka.  ACC SIDANG	

**CATATAN REVISI**  
**UJIAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA : LIZA HARTININGSIH

NIM : AKX.17.040

No	Sub BAB	Saran Perbaikan
1	BAB I	1. Hapus Kata Negatif pada dampak SC 2. Hapus Kata IMD 3. Cantumkan jurnal yang di gunakan di latar belakang
2	BAB II	Masukan Rasional pada teori bab II
3	BAB III	Batasan istilah pada teori nyeri samakan dengan bab II
4	BAB IV	1. Pada tabel identitas masukan tanggal operasinya 2. Hitung benar POD 1 atau bukan 3. Perbaiki keluhan pada Istirahat tidur 4. Dosis obat di buat berapa mg atau gram nya 5. Ganti kata head up 30 Derajat menjadi semifowler 6. Jelaskan cara meniup balon nya bagaimana 7. Cantumkan nyeri berkurang karena farmakologi atau nonfarmakologinya

Bandung, 26 Juni 2020

**Penguji I**



Vina Vitniawati, S.Kep.,M.Kep

**CATATAN REVISI**  
**UJIAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA : LIZA HARTININGSIH

NIM : AKX.17.040

No	Sub BAB	Saran Perbaikan
1	BAB I	1. Hapus Kata Negatif pada dampak SC 2. Hapus Kata IMD 3. Cantumkan jurnal yang di gunakan di latar belakang
2	BAB II	Masukan Rasional pada teori bab II
3	BAB III	Batasan istilah pada teori nyeri samakan dengan bab II
4	BAB IV	1. Pada tabel identitas masukan tanggal operasinya 2. Hitung benar POD 1 atau bukan 3. Perbaiki keluhan pada Istirahat tidur 4. Dosis obat di buat berapa mg atau gram nya 5. Ganti kata head up 30 Derajat menjadi semifowler 6. Jelaskan cara meniup balon nya bagaimana 7. Cantumkan nyeri berkurang karena farmakologi atau nonfarmakologinya

Bandung, 26 Juni 2020

**Penguji II**



**Ili. Sri Mulyati R, S.Kp.,M.Kes**

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)**  
**MENJADI PASIEN KELOLAAN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : Ny. I

Jenis Kelamin/ No RM : Perempuan / 0121235X

Umur : 21 Tahun

Diagnosa medis/ Ruang : P1A0 Post Operasi secio caesaria a.i CPD / Kalimaya Bawah

Alamat : Kampung Rancabatu, RT 01 RW 04 Desa Wanamekar, Wanamja Garut

telah memperoleh penjelasan dan bersedia dengan sepenuhnya untuk menjadi pasien kelolan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa :

Nama Mahasiswa : Liza Hartiningsih

NIM : AKX. 17.040

Fakultas : DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi

Institusi : Universitas Bhakti Kencana Bandung

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

Garut, 19 Desember 2019

Pasien



Ny. I





**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)  
MENJADI PASIEN KELOLAAN  
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : Ny. S

Jenis Kelamin/ No RM : Perempuan / 012130XX

Umur : 25 Tahun

Diagnosa medis/ Ruang: P2A0 Post Operasi secio caesaria a.i CPD / Kalimaya Bawah

Alamat : Cikendi, RT RW Garut

telah memperoleh penjelasan dan bersedia dengan sepenuhnya untuk menjadi pasien kelolaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa :

Nama Mahasiswa : Liza Hartiningsih

NIM : AKX, 17.040

Fakultas : DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi

Institusi : Universitas Bhakti Kencana Bandung

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

Garut, 21 Desember 2019

Pasien

Ny. S



**LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA**  
**PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN**

NAMA MAHASISWA : LISA HARTININGGIH  
 NIM : AKK. 11.010  
 NAMA PASIEN : Ny. I  
 DIAGNOSA MEDIS : Riwayat post op sc a.l cpd

No	Tanggal	Jam	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
1.	18 / 12	09.50	Monitor vital sign sebelum pemberian analgesik pertama. Hasil: TD: 120/80 mmHg T: 38,6 °C HR: 90x/menit RR: 24x/menit		<i>[Signature]</i>
		10.00	I: Melakukan Pengkajian nyeri secara komprehensif. H: klien melaporkan nyeri di bagian luka operasi, bertambah apabila gerak dan berkurang apabila istirahat. Skala nyeri 7 (0-10).	<i>Jmel</i>	
		10.10	I: Menapikervah reaksi non verbal & kelidoknuananan H: klien mengng kesatuan.		
		10.15	I: Menguraikan teknik kontrol untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. H: klien mengatakan ini operasi pertamanya dan merasakan nyeri seperti ini		
		10.20	I: Membeikan analgesik untuk mengurangi nyeri (Kofrespen 2x1 mg secara supositoria). H: klien diberikan obat kofrespen 1mg secara rektal 2x1 hari.		
		10.25	I: Memonitor vital sign setelah pemberian analgesik pertama. H: TD: 120/80 mmHg HR: 90x/menit RR: 22x/menit T: 38,4 °C.		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA  
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : LIZA HARTINIAMBH  
NIM : AKY. 17.040  
NAMA PASIEN : Ny. I  
DIAGNOSA MEDIS : P.Ao Post Op SC di CPD

No	Tanggal	Jam	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
2.	19/12	13.50	I: Monitor vital sign sebelum pemberian analgetik pertama. H: TD: 130/70 mmHg. HR: 92 x/menit RR: 23 x/menit. T: 36,4°C.		<i>[Signature]</i>
		14.00	I: Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. H: klien melaporkan nyeri di lokasi operasinya, ber (r) apa bila bergerak & berbarang apabila istirahat seperti di sugesti 3 skala nyeri 7 (0-10).		<i>Jmd</i>
		14.10	I: Mengobservasi respon nonverbal dan verbal nyerian. H: klien tampak seperti sedang menahan nyeri apabila bergerak.		
		14.12	I: Menyajikan teknik komar untuk mengatasi pengalman nyeri pasien. H: klien melaporkan nyeri yg la rasakan saat ini. Mengungkapkan hal pertama kalinya.		
		14.20	I: Menuntal ungkuran yg dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan ketenangan; Menhabisi pengumpang. H: klien tampak dapat bernafas hat dan nyaman.		
		14.30	I: Men bantui individu menentukan posisi yang nyaman.		

**LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA**  
**PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN**

NAMA MAHASISWA : LIZA HARTININGSIH  
 NIM : AKY. 17.040  
 NAMA PASIEN : Ny. I  
 DIAGNOSA MEDIS : P, A0 post op st a.1 cpd

No	Tanggal	Jam	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
			<p>H: Posisi Head up 30°, klien mengatakan lebih nyaman &amp; tidak sesak.</p> <p>I: 14.30 Memberikan analgesik untuk mengurangi nyeri (kaltrofen 2x1mg secara keporikan).</p> <p>H: Klien diberikan kaltrofen 1mg secara retal 2x1 hari</p> <p>I: 14.40 Mengajarkan teknik non farmakologi; Relaksasi nafas dalam dg meniup balon.</p> <p>H: Klien mengerti dan mencoba melakukan teknik relaksasi nafas dalam meniup balon. Selama 12 menit dg frekuensi 5x perlahan-lahan, klien mengatakan nyeri mulai berkurang.</p> <p>I: 14.55 Mengunjukkan teknik non farmakologi relaksasi nafas dalam dg meniup balon apabila nyeri dirasakan.</p> <p>H: Klien mengatakan akan melakukan relaksasi dg meniup balon 1x sehari apabila nyeri.</p> <p>I: 15.10 Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri non farmakologi; Relaksasi nafas dalam dg meniup balon.</p> <p>H: Skala nyeri sebelum 7 (0-10) setelah Relaksasi nafas dalam 6 (0-10).</p> <p>I: 15.15 Meningkatkan istirahat.</p> <p>H: Klien mengikuti instruksi perawatan untuk beristirahat lebih total.</p>		<p>Jml</p>



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA  
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : LIZA HARTINI MGSIH  
NIM : AKK 17.040  
NAMA PASIEN : NY. I  
DIAGNOSA MEDIS : P, No port op sc a.d LPO

No	Tanggal	Jam	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
3.	20/12	06.20	I: Memonitor vital sign sesudah pemberian analgesik pertama. H: TD: 120/80 mmHg. HA: 90 <sup>o</sup> /menit RR: 21 <sup>x</sup> /menit	Jmel	Liza
		06.30	I: Mengevaluasi Efektifitas analgesik, tanda & gejala H: Skala nyeri dari 7(0-10) menjadi 5(0-10).		
		08.00	I: Memonitor vital sign sebelum pemberian analgesik pertama H: TD: 120/80 mmHg. HA: 90 <sup>o</sup> /menit RR: 21 <sup>x</sup> /menit T: 36,3 <sup>o</sup> C		
		08.10	I: Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. H: klien mengatakan nyeri area perut bagian bawah. Skala nyeri 6(0-10).		
		08.15	I: Mengevaluasi reaksi dan verbal dan ketidakefektifan H: klien sudah tidak terlihat menangis seperti hari sebelumnya.		
08.20	I: Menggunakan teknik kompres untuk mengatasi pengaliran nyeri pasien H: klien tampak fokus ketika berkomunikasi dg perawat.				

**LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA**  
**PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN**

NAMA MAHASISWA : LIZA HARTININGSIH  
 NIM : AKY. 17.010  
 NAMA PASIEN : NY. I  
 DIAGNOSA MEDIS : P. Ad portop sc at CPD

No	Tanggal	Jam	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		08.30	I: Mengunjungi lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. H: klien tampak lebih nyaman.	Janet	
		08.35	I: Mem bantu individu menentukan Pxi U yg nyaman. H: Head up 20°		
		08.40	I: Memberikan Analgesik untuk mengurangi nyeri (kallitrofen 2x1 mg secara Ru partone). H: klien diberikan kallitrofen 1mg secara rektil 2x1 hari		
		08.50	I: Mengobservasi teknik nonfarmasi Relaksasi nafas dalam dg meniup balon. H: klien melakukan relaksasi nafas dalam dg meniup balon 12 menit, dan mengatakan nyeri berkurang perlahan-lahan.		
		09.00	I: Mengajarkan teknik nonfarmakologi: relaksasi nafas dalam dg meniup balon secara mandiri. H: klien mengesahui cara pengupayakan teknik relaksasi nafas dalam dg meniup balon apabila nyeri di rasakan.		
		09.15	I: Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri: relaksasi nafas dalam dengan meniup balon. H: klien mengatakan pada hari		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA  
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : LIZA HARTINIMESH  
NIM : AKK.17.090  
NAMA PASIEN : Ny. I  
DIAGNOSA MEDIS : PAO post op SC a.1 CPD

No	Tanggal	Jam	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		09.25	Perilaku memuatkan nyeri kedua betisnya menaruh balon dan hani kedua interasi nyeri 90% dan berkurang dari skala 5 (0-10) menjadi 4 (0-10). I: Meningkatkan istirahat di kamar H: klien lebih nyaman selama 2 jam & malam 8 jam		
		09.30	I: Memonitor vital sign sesudah pemberian analgesik pertama. H: TD: 120/80 mmHg. HR: 82/menit. RR: 21/menit.		
		09.35	I: Mengevaluasi efek piior analgesik, tanda & gejala H: Skala nyeri menjadi 3 (0-10)		Jml



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA  
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : LIZA HARTININGSIH  
NIM : Akx. 17. 040  
NAMA PASIEN : Ny. S  
DIAGNOSA MEDIS : Pt. Ao post op sc. a.i. CPO.

No	Tanggal	Jam	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
1	21 / 12 / 2019	13.50	Memonitor vital sign sebelum pemberian analgesik pertama. H: TD 140/90 mmHg HR 84 /menit RR 21 x /menit T 36,4 °C		
		14.00	I: Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. H: klien mengatakan nyeri, skala nyeri 6 (6-10).		
		14.10	I: Mengobservasi reaksi nonverbal dan verbalnya. H: klien tampak menahan nyeri.		
		14.15	I: Menggunakan teknik kompres untuk meredakan keluhan nyeri pasien. H: klien mengatakan ini pertama kalinya ia diperasi.		
		14.25	I: Membantu analgesik untuk mengurangi nyeri (kallupren 2x1 mg supositoria). H: klien diberi kallupren 1mg. Secara rektal 2x1 hari.		
		14.30	I: Memonitor vital sign setelah pemberian analgesik pertama. H: TD 140 /90 mmHg HR 84 x /menit RR 21 x /menit T 36,4 °C.		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA  
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : LIZA HARTININGSIH  
NIM : AKK. 17. 090  
NAMA PASIEN : NY. S  
DIAGNOSA MEDIS : P2 Ad Post op sc a1 CPD

No	Tanggal	Jam	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
2.	22/12/2019	07.50	I : Memantau vital sign sebelum pemberian analgetik pertama H: TD 130/80 mmHg HR 87 x/menit RR 22 x/menit T 36,2 °C		
		08.00	I : Melakukan Pengkajian nyeri secara komprehensif. H: klien mengatakan nyeri di daerah luka operasinya, dg skala nyeri 6-10, nyeri bertambah apabila bergerak, nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk.		
		08.10	I : Mengobservasi reaksi non verbal dan ketidakelegan. H: klien tampak menahan nyeri & mengerik apabila nyeri.		
		08.15	I : Menggunakan teknik komiter untuk mengatasi pengalaman nyeri pasien. H: klien mengatakan ini perasaan ketuanya, tapi kali pertama merasakan nyeri Post operasi ini.		
		08.25	I : Mengontrol lingkungan yg dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kelembaban; Membatasi pengunjung. H: klien dapat beristirahat dengan baik.		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA  
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : LIZA HARTININGSIH  
NIM : Akx.17.040  
NAMA PASIEN : Ny.S  
DIAGNOSA MEDIS : Pa.Ao post op sc a1 cpd

No	Tanggal	Jam	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		08.30	I : Membantu individu menentu- kan posisi yang nyaman. H: klien tampak nyaman dengan posisi head up 30°		
		08.35	I : Memberikan analgesik untuk mengurangi nyeri (kaltrofen 8x1 mg Superiora). H: klien diberikan kaltrofen 1mg dg cara/rute tektal 2x1 hari		
		08.45	I : Mengajarkan teknik non farmakologi: Relaksasi nafas dalam dengan mengup balon. H: klien mengerti dan mencoba melakukan teknik relaksasi nafas dalam dg mengup balon 15 menit dg perlahan-lahan dan klien mengatakan merasa nyaman.		
		08.50	I : Mengajarkan teknik non farmakologi: relaksasi nafas dalam dg mengup balon apabila nyeri dira- sakan. H: klien mengatakan akan melakukan relaksasi nafas dalam dg mengup balon 1x sehari, apabila nyeri untuk mengurangi nyeri yg dirasakannya.		
		09.00	I : mengajarkan kemampuan kontrol nyeri; Relaksasi nafas dalam dengan mengup balon.		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA  
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : LIZA HARTININGSIH  
NIM : AKY. 17-040  
NAMA PASIEN : Ny. S  
DIAGNOSA MEDIS : Pa.A post-op sc a.1 cpd

No	Tanggal	Jam	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
3.	23/12	09.10	H: Dada nyeri sebelum 6 (0-10) Setelah 5 (0-10) I: Mening katan/iritasi H: klien beris fisisah ketah total		
		09.15	I: Memonitor vital sign setelah pemberian analgesik pertama H: T <sub>a</sub> : 36,3°C HR: 84 x/menit RR: 22 x/menit		
		09.20	I: Mengevaluasi efektifitas analgesik, tanda dan gejala H: Skala nyeri menjadi 4 (0-10)		
		07.20	I: Memonitor vital sign sebelum pemberian analgesik pertama. H: T <sub>a</sub> : 36,3°C HR: 80 x/menit RR: 21 x/menit		
		07.30	I: Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif H: klien mengatakan nyeri area perut bagian bawah berkejang skala nyeri 4 (0-10)		
		07.40	I: Mengobservasi reaksi verbal dan ketidaksiyamanan H: klien tampak tenang dan dapat bergetah diri skakan.		
07.45	I: Mengurakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengevaluasi pengalaman nyeri pasien H: klien tampak baik ketika berkomunikasi dg perawat.				

LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA  
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : LIZA HARTININGSIH  
NIM : AKK 17.040  
NAMA PASIEN : NY.S  
DIAGNOSA MEDIS : P1A0 post-op sc a.1 CPD

No	Tanggal	Jam	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		07.55	I: mengontrol lingkungan yg dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan. H: ketteri tertutup lebih nyaman.		
		08.00	I: membantu indurda menentukan posisi yg nyaman H: Headdup 20°		
		08.05	I: memberikan analgesik untuk mengurangi nyeri (Celestapen 2x1 mg - Suproctaria). H: keten & berikan kaitropen mg sesuai rekam 2x1 hari.		
		08.15	I: mengobservasi teknik relaksasi nafas dalam dg men up batin. H: klien melakukan relaksasi 2x3 menit & melaporkan nyeri berkurang setelah latihan.		
		08.25	I: Mengevaluasi keefektifan teknik nafas dalam dg men up batin. H: klien mengatakan teknik ketenya men up batin dan latihan nafas setelah dilakukannya berkurang dari skala (0-10) menjadi 3 (0-10).		
		08.40	I: Memantau vital sign sesudah pemberian analgesik pertama. H: TD: 120/80 mmHg HR: 80 x/menit RR: 20 x/menit		
		08.50	I: Evaluasi efektifitas analgesik tanda dan gejala H: Skala nyeri menjadi 2 (0-10)		

### LEMBAR JUSTIFIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

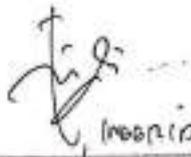
Nama : Integratio Dirgahayu, Skep., MKM.  
NIK : 10104019

Menyatakan bahwa mahasiswa :  
Nama : Lisa Hartiningsih  
NIM : Akx. 17.090  
Prodi : Dijl Keperawatan konsentrasi Anestesi  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny. J (P/An) dan Ny. S (P/An) dengan post operasi scio Caesaria hari ke-1 di ruang kalmaya bawah RSUD DR. Slamet Garut.

Masalah Keperawatan : Nyeri Akut.

Telah selesai melakukan justifikasi pada Tanggal 26 Bulan 12 Tahun 2019 tempat RSUD DR. Slamet Garut dan dinyatakan setuju untuk melanjutkan pengambilan kasus kedua serta penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah nya.  
Demikian Surat Pernyataan ini saya buat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Dosen Yang Justifikas

  
Tanda tangan dan nama lengkap

### FORMAT REVIEW ARTIKEL

NAMA PENGARANG/TAHUN	JUDUL	PENERBIT	METODE PENELITIAN	SAMPLE	HASIL	KESIMPULAN
Ar.Megawahyuni, Hasanah, Mariah Ulfah Azhar / 2018	Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Dengan Teknik Meniup Balon Terhadap Perubahan Skala Nyeri Pasca Operasi Seksio Sesarea Di RSIA Bahagia Makassar	Jurnal Kesehatan	Metode deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian <i>quasi eksperiment dengan pendekatan one group pre and post test design.</i>	Seluruh pasein pasca operasi seksio saesarea sebanyak 30 responden dengan kriteria inklusi yaitu pasien pasca operasi seksio saesarea pada hari kedua.	Ada pengaruh pemberian tehnik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon terhadap perubahan intesitas nyeri pada pasien paska operasi seksio saesarea.	Relaksasi nafas dalam dengan tehnik meniup balon memiliki pengaruh terhadap perubahan skala nyeri pasca operasi seksio saesarea di RSIA Bahagia Makassar. Berdasarkan uji wilcoxon diperoleh nilai p value adalah 0,000 ( $p < 0,05$ ).
Chandra Kristianto Patasik, Jon Tangka, Julia Rottie / 2013	Efektifitas Teknik relaksasi nafas dalam dan Guided imagery Y terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di Irina D Blu RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado	Ejurnal Keperawatan (e-Kp)	Jenis penelitian ini adalah analitik dengan metode penelitian kuasi eksperimen. Desain penelitian adalah satu kelompok pre-post tes tanpa kelompok kontrol.	semua pasien yang telah menjalani operasi sectio caesarea sebanyak 20 orang dengan teknik pengambilan sampel <i>Accidental Sampling</i>	Adanya perubahan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan <i>guided imagery</i> terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi <i>sectio caesarea</i>	teknik relaksasi nafas dalam dan <i>guided imagery</i> sebagian besar mengalami penurunan ke kategori nyeri ringan selebihnya ke kategori nyeri sedang, dan teknik relaksasi nafas dalam dan <i>guided imagery</i> efektif terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi <i>sectio caesarea</i> .

## PENGARUH RELAKSASI NAFAS DALAM DENGAN TEKNIK MENIUP BALON TERHADAP PERUBAHAN SKALA NYERI PASCA OPERASI SEKSIO SESAREA DI RSIA BAHAGIA MAKASSAR

Ar. Megawahyuni<sup>1</sup>, Hasnah<sup>2</sup>, Mariah Ulfah Azhar<sup>3</sup>.

<sup>1,2</sup> Mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar

<sup>3</sup> Dosen Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar

\*70300114037@uin-alauddin.ac.id, \*\*hasnahners@gmail.com, \*\*\*mariaulfah697@gmail.com

DOI : 10.24252/jkesehatan.v11i1.5028

### Abstrak

Persalinan seksio sesarea semakin banyak diminati oleh ibu hamil di negara maju, hal ini dikarenakan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terus berkembang hingga saat ini. Secara fisiologis, tindakan operasi seksio sesarea dapat menimbulkan dampak pasca operasi yaitu nyeri. Penatalaksanaan nyeri pada pasca operasi seksio sesarea terdiri dari penatalaksanaan farmakologi dan non farmakologi. Salah satu teknik yang dapat digunakan untuk menurunkan skala nyeri secara non farmakologi yaitu dengan latihan relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon. Tujuan penelitian yaitu mengetahui pengaruh relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon terhadap perubahan skala nyeri pasca operasi seksio sesarea di RSIA Bahagia Makassar. Metode penelitian yang digunakan yaitu *Quasi Eksperimient* dengan pendekatan *one group pre and post test design*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 30 responden ibu pasca operasi seksio sesarea dengan 24 jam pertama menggunakan teknik *accidental sampling*. Pengambilan data dilakukan di ruang perawatan nifas dengan menggunakan lembar observasi dan skala ukur nyeri NRS (*Numeric rating Scale*) pada tanggal 16 Januari 2018 sampai 16 Februari 2018. Analisa data yang digunakan yaitu Uji *Wilcoxon*. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa skala nyeri sebelum dilakukan intervensi adalah 7,03 dimana nilai tersebut masuk dalam kategori nyeri berat. Sedangkan skala nyeri setelah diberikan intervensi relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon adalah 2,20 dimana nilai tersebut masuk dalam kategori nyeri ringan. Hasil analisis yang telah diperoleh dengan menggunakan uji *wilcoxon* yaitu  $p=0,000$  ( $p<0,05$ ). Hal ini membuktikan bahwa  $H_0$  diterima yaitu ada pengaruh relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon terhadap perubahan skala nyeri pasca operasi seksio sesarea. Jadi dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara skala nyeri sebelum dan setelah diberikan relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon.

**Kata Kunci:** Seksio Sesarea, Nyeri, Relaksasi Nafas Dalam, Meniup Balon

### Abstract

*Delivery of cesarean section is increasingly in demand by pregnant women in developing country, this is because science and technology continue to develop today. Physiologically, the action of cesarean section surgery can cause postoperative effects of pain. Pain management in postoperative cesarean*

section consists of pharmacological and non-pharmacological management. One technique that can be used to reduce pain scale non-pharmacologically is by deep breathing relaxation exercises with balloon blowing techniques. Objective in this research is to determine the effect of deep breathing relaxation with balloon blowing techniques on changes in postoperative cesarean section pain scale in hospital clinical of Bahagia Makassar. The design of this study is Quasi Experiment with one group approach pre and posttest design. The sample in this study amounted to 30 maternal respondent postoperative cesarean section with the first 24 hours using accidental sampling technique. Data collection was carried out in the postpartum care room by using observation sheets and NRS (Numeric rating scale) pain measuring scales on January 16, 2018 to February 16, 2018. The data analysis used was the Wilcoxon Test. The results of this study indicate that the pain scale before intervention is 7.03 where the value falls into the category of severe pain. While the pain scale after being given intercession relaxes the deep breath with the technique of blowing balloon 2.20 where the value falls into the category of mild pain. The results of the analysis that have been obtained using the Wilcoxon test are  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ). This proves that  $H_0$  is accepted that there is an effect of deep breath relaxation with balloon blowing techniques on changes in postoperative pain scale of cesarean section. So it can be concluded that there are significant differences between pain scales before and after being given deep breathing relaxation with balloon blowing techniques.

**Keywords:** *Caesarean section, Pain, Deep Breath Relaxation, Balloon Blowing*

---

## PENDAHULUAN

Seksio Sesarea adalah salah satu operasi yang saat ini banyak menjadi pilihan bagi ibu hamil di negara maju yang disebabkan karena kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terus berkembang pada saat ini, terutama dalam bidang kesehatan. Angka kejadian (insidensi) seksio sesarea mengalami peningkatan hampir di seluruh dunia (Wahyuni, 2010). Menurut *World Health Organization* (WHO), sejak tahun 1985 komunitas kesehatan internasional telah mempertimbangkan tingkat ideal untuk operasi sesarea menjadi antara 10% dan 15%. Sejak saat itu, operasi sesarea telah menjadi semakin umum pada negara maju dan berkembang (*World Health Organization*, 2015).

Pada dasarnya, persalinan yang dilakukan dengan pervaginam lebih aman dilakukan jika dibandingkan dengan tindakan seksio sesarea. Efek samping dari obat-obatan yang diberikan saat operasi seksio sesarea dilakukan lebih berbahaya dari pada pervaginam. Masa penyembuhan luka akibat proses persalinan juga akan lebih lama jika dibandingkan persalinan pervaginam, serta pada persalinan seksio sesarea dapat menimbulkan masalah yang kompleks bagi ibu hamil baik secara fisik, psikologis, sosial, dan spiritual (Hartati, 2014).

Dampak fisik atau fisiologis yang sering muncul pada pasien pasca seksio sesarea adalah nyeri sebagai akibat adanya torehan jaringan yang menyebabkan kontinuitas jaringan terputus. Rasa nyeri yang dirasakan biasanya membuat pasien merasa tidak nyaman karena pasien merasa sangat kesakitan. Ketidaknyamanan atau nyeri tersebut

harus diatasi sesuai dengan manajemen nyeri, karena ketidaknyamanan merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi (Hutahaean, 2009).

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan oleh peneliti dengan kepala ruangan di Ruang Nifas bahwa keluhan utama yang dirasakan oleh pasien pasca operasi seksio sesarea adalah nyeri. Adapun intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menghilangkan atau mengurangi nyeri pada pasien sebagian besar adalah berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik. Pelaksanaan manajemen nyeri non farmakologi belum sepenuhnya dilakukan oleh perawat dalam mengatasi nyeri. Teknik relaksasi yang menjadi intervensi independent perawat masih sangat minim dilaksanakan. Penanganan nyeri akan lebih mudah jika terapi farmakologi dengan memperhatikan efek samping dapat dikombinasikan dengan terapi non farmakologi, seperti teknik relaksasi nafas dalam.

Relaksasi telah menjadi sebuah anjuran yang semakin populer untuk terapi analgesik konvensional. Relaksasi sudah digunakan secara luas dalam manajemen nyeri pasca bedah dan telah direkomendasikan dalam pengelolaan nyeri. Penelitian yang dilakukan oleh Seers dan Carroll (2005) untuk menyelidiki keefektifan teknik relaksasi saat digunakan sendiri dalam penanganan nyeri akut. Tiga dari tujuh penelitian yang mereka tunjukkan menunjukkan nyeri secara signifikan lebih sedikit atau rasa sakit tertekan relaksasi (Pyati dan Gan, 2007).

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu metode non farmakologis yang telah direkomendasikan sebagai manajemen nyeri. Teknik relaksasi nafas dalam dapat dilakukan dengan berbagai metode seperti meniup balon. Teknik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon efektif menurunkan intensitas nyeri pada anak post operasi megacolon, sehingga teknik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon juga akan efektif dilakukan pada pasien pasca seksio sesarea. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul "Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam dengan Teknik Meniup Balon Terhadap Perubahan Skala Nyeri Pasca Operasi Seksio Sesarea di RSIA Bahagia Makassar".

## METODOLOGI PENELITIAN

Metode penelitian yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah metode deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian quasi eksperiment dengan pendekatan *one group pre and post test design*. Penelitian dengan *one group pre and post test design* merupakan penelitian yang menggunakan satu kelompok subyek, pengukuran dilakukan sebelum diberikan intervensi dan setelah diberikan intervensi. Hasil pengukuran tersebut kemudian dilihat kembali perbedaan hasil pengukuran (Suyanto, 2011).

Penelitian ini dilakukan di RSIA Bahagia Makassar pada tanggal 16 Januari 2018 sampai 16 Februari 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien pasca

operasi seksio sesarea di Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia. Metode pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu *non probability* dengan pendekatan *Accidental Sampling* dengan berdasarkan pada pasien pasca seksio sesarea yang ada pada saat penelitian. Jadi sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien pasca operasi seksio sesarea sebanyak 30 responden dengan kriteria inklusi yaitu pasien pasca operasi seksio sesarea pada hari kedua, pasien dalam keadaan sadar penuh, pasien berusia kurang dari 40 tahun, dan pasien bersedia menjadi responden secara tertulis. Sedangkan kriteria eksklusinya yaitu pasien tidak kooperatif, pasien mengalami komplikasi setelah operasi seksio sesarea dan pasien mengalami gangguan pernafasan.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan balon serta lembar observasi yang berisi tentang pengkajian nyeri pasien sebelum dan setelah intervensi. Instrumen pengukuran skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS). Intervensi relaksasi nafas dalam diberikan selama 5 menit menggunakan balon dengan frekuensi 1 kali sehari selama 2 hari pada jam yang sama. Pemberian intervensi dimulai pada hari kedua pasca operasi seksio sesarea. Pengkajian nyeri dilakukan 5 menit sebelum dan setelah diberikan intervensi dengan menggunakan NRS.

Pengolahan data menggunakan software statistik (SPSS) dengan menggunakan dua cara dalam menganalisis data, yaitu analisis data Univariat dan Bivariat. Uji hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan uji Wilcoxon.

## HASIL PENELITIAN

### 1. Karakteristik Responden

#### a. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Usia	Total	
	Jumlah	Presentase
17 - 25 Tahun	6	20
26 - 35 Tahun	17	57
36 - 40 Tahun	7	23
<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

#### b. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Total	
	Jumlah	Presentase
SMP	2	7
SMA	12	40
D3 atau S1	16	53
<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

## c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Total	
	Jumlah	Presentase
IRT	19	63
PNS	5	17
Wiraswasta	6	20
<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

## d. Karakteristik Responden Berdasarkan Paritas

Paritas	Total	
	Jumlah	Presentase
Primipara	10	33
Multipara	20	67
<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

## e. Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat SC

Riwayat	Total	
	Jumlah	Presentase
Pertama	22	73
Berulang	8	27
<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

## 2. Analisis Univariat

## a. Distribusi Skala Nyeri Sebelum dan Setelah Intervensi Hari Pertama

Skala Nyeri	Total	
	Jumlah	Presentase
Nyeri Ringan	1	3
Nyeri Sedang	11	37
Nyeri Berat	18	60
<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

(Skala Nyeri Sebelum Intervensi)

Skala Nyeri	Total	
	Jumlah	Presentase
Nyeri Ringan	10	33
Nyeri Sedang	16	53
Nyeri Berat	4	14
<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

(Skala Nyeri Setelah Intervensi)

## b. Distribusi Skala Nyeri Sebelum dan Setelah Intervensi Hari Kedua

Skala Nyeri	Total	
	Jumlah	Presentase
Nyeri Ringan	4	13
Nyeri Sedang	26	87
Nyeri Berat	-	-
<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

(Skala Nyeri Sebelum Intervensi)

Skala Nyeri	Total	
	Jumlah	Presentase
Nyeri Ringan	26	87
Nyeri Sedang	4	13
Nyeri Berat	-	-
<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

(Skala Nyeri Setelah Intervensi)

## 3. Analisis Bivariat

## a. Uji Normalitas

Variabel	Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.
Nyeri Pre H.1	.686	30	.000
Nyeri Post H.1	.789	30	.000
Nyeri Pre H.2	.404	30	.000
Nyeri Post H.2	.404	30	.000

## b. Uji Wilcoxon

Variable	Z-test	P value
Nyeri Pre (H.1)	-4.849	0,000
Nyeri Post (H.2)		

## PEMBAHASAN

## 1. Karakteristik responden

Dari 30 responden frekuensi kelompok usia responden sebagian besar berusia antara 26 sampai 35 tahun yaitu berjumlah 17 responden (57%). Sedangkan kelompok usia sebagian kecil yaitu berusia 17 - 25 tahun sebanyak 6 responden (20%). Adapun kelompok usia 36 - 40 tahun yaitu sebanyak 7 responden (23%).

Menurut Depkes (2009), usia 26 - 35 tahun adalah masa dewasa awal yang merupakan usia yang dianggap ideal untuk menjalani kehamilan dan persalinan karena pada usia 26 - 35 tahun seorang ibu sudah memiliki kesiapan mental yang baik sehingga memiliki potensi resiko yang rendah. Berbeda dengan usia remaja akhir dan dewasa akhir, pada usia tersebut memiliki resiko yang tinggi terhadap keselamatan selama proses persalinan.

Frekuensi tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah D3 atau S1 yaitu sebanyak 16 responden (53%). Sedangkan frekuensi tingkat pendidikan yang terkecil yaitu SMP sebanyak 2 responden (7%). Semakin tinggi tingkat pendidikan seorang ibu maka semakin tinggi pula perhatian terhadap kesehatannya sehingga persalinan operasi sesarea lebih berpeluang terjadi pada ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi (Sihombing, 2017)

Seorang ibu yang bekerja akan memiliki kecenderungan untuk mengambil sebuah keputusan atau pertimbangan. Status pekerjaan yang paling banyak adalah IRT yaitu sebanyak 19 responden (63%), sedangkan PNS merupakan status pekerjaan yang paling sedikit yaitu sebanyak 5 responden (17%).

Frekuensi tingkat paritas responden adalah multipara yaitu sebanyak 20 responden (67%), sedangkan tingkat paritas primipara sebanyak 10 responden (33%). Adapun frekuensi riwayat seksio searea sebagian besar adalah pertama kali melakukan operasi seksio sesarea yaitu sebanyak 22 responden (73%), sedangkan yang berulang sebanyak 8 responden (27%).

## 2. Univariat

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa skala nyeri yang dirasakan oleh responden sebelum diberikan intervensi pada hari pertama sebagian besar berada pada kategori nyeri berat yaitu sebanyak 18 responden (60%), sedangkan untuk yang nyeri ringan hanya terdapat 1 responden (3%). Sedangkan setelah diberikan intervensi sebagian besar berada pada kategori nyeri sedang sebanyak 16 responden (53%) dan yang berada pada kategori nyeri berat menjadi 4 responden (14%).

Pada hari kedua, skala nyeri yang dirasakan oleh responden sebelum diberikan intervensi sebagian besar berada pada kategori nyeri sedang yaitu sebanyak 26 responden (87%), sedangkan setelah diberikan intervensi skala nyeri terbanyak yang dirasakan oleh responden yaitu berada pada kategori nyeri ringan yaitu sebanyak 26 responden (87%). Sedangkan untuk kategori sedang sebanyak 4 responden (13%) dan tidak ada lagi responden yang merasakan skala nyeri berat setelah diberikan intervensi pada hari kedua.

### 3. Bivariat

Pada uji normalitas dengan menggunakan uji *Shapiro-Wilk*, diperoleh nilai  $p$  sebelum diberikan intervensi dan setelah diberikan intervensi pada hari pertama yaitu  $p=0.000$ , begitu halnya pada hari kedua yang juga diperoleh nilai  $p=0.000$ . Hal ini menunjukkan bahwa nilai  $p<0,005$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi tidak normal, sehingga uji yang dilakukan untuk melihat pengaruh sebelum dan setelah diberikan intervensi relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon yaitu dengan menggunakan uji Wilcoxon.

Hasil uji statistik yang telah dilakukan dengan menggunakan uji Wilcoxon diperoleh nilai  $p$  value sebesar 0.000. Secara statistik, jika nilai  $p < 0,05$  maka  $H_0$  diterima. Oleh karena itu, berdasarkan hasil analisis tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat pengaruh relaksasi nafas dalam dengan meniup balon terhadap perubahan skala nyeri pasca operasi seksio sesarea di RSIA Bahagia Makassar.

Relaksasi nafas dalam adalah salah satu terapi non farmakologis yang dapat dilakukan untuk merilekskan ketegangan otot sehingga dapat mempengaruhi skala nyeri pada ibu pasca operasi seksio sesarea. Relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri karena tidak memiliki efek samping, mudah dalam pelaksanaannya serta tidak memerlukan biaya dan waktu yang cukup banyak. Ketika melakukan teknik relaksasi nafas dalam, ibu pasca operasi seksio sesarea hanya perlu memposisikan badannya dengan nyaman mungkin, kemudian melakukan relaksasi nafas dalam dengan frekuensi nafas yang lambat dan berirama.

Dalam melakukan relaksasi nafas dalam, ada beberapa teknik modifikasi yang dapat dilakukan untuk menghilangkan ketegangan otot sehingga dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri. Salah satunya yaitu penelitian yang telah dilakukan oleh Wahyuni (2015) dengan memodifikasi relaksasi nafas dalam dengan menggunakan teknik meniup baling-baling kertas. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup baling-baling kertas efektif menurunkan skala nyeri pada anak yang akan dilakukan penyuntikan anastesi sirkumsisi. Selain itu, penelitian lain yang dilakukan oleh Handayani, dkk (2017), bahwa relaksasi nafas dalam dengan menggunakan aroma terapi efektif terhadap penurunan nyeri akut dan kronis.

Nyeri pasca operasi seksio sesarea akan timbul setelah hilangnya efek dari pembiusan, nyeri hebat yang dirasakan 24 jam pertama atau hari ke dua pasca operasi baik pasien yang pertama kali dilakukan seksio sesarea sebelumnya maupun yang sudah berulang (Sulaminingsih, 2012). Di dalam Al-Qur'an tampaknya tidak ada ayat yang menyatakan rasa nyeri secara spesifik, namun dijelaskan bahwa rasa sakit yang dirasakan oleh seorang ibu ketika akan melahirkan anaknya merupakan rasa nyeri yang luar biasa, seperti firman Allah SWT:

فَأَجَاءَهَا الْمَخَاضُ إِلَى جِذْعِ النَّخْلِ قَالَتْ يَا لَيْتَنِي مِتُّ قَبْلَ هَذَا وَكُنْتُ نَسِيًّا ۝

Terjemahnya:

"Maka rasa sakit akan melahirkan anak memaksa ia (bersandar) pada pangkal pohon kurma, dia berkata: "Aduhai, alangkah baiknya Aku mati sebelum ini, dan Aku menjadi barang yang tidak berarti, lagi dilupakan". (QS. Maryam/19: 23).

Ayat ini menjelaskan bahwa ketika Maryam hendak melahirkan seorang anak, beliau merasakan nyeri yang sangat berat, sehingga beliau bersandar disebuah pangkal pohon kurma. Hal ini membuktikan bahwa rasa sakit atau nyeri yang dirasakan seorang ibu ketika hendak melahirkan anaknya terutama pasca operasi seksio sesarea menandakan bahwa betapa besar perjuangan seorang ibu untuk melahirkan anaknya ke dunia. Oleh karena itu, jelas perintah Allah SWT. untuk selalu berbakti kepada orang tua terutama kepada ibu.

Relaksasi nafas dalam menciptakan sensasi melepaskan ketidaknyamanan dan stress. Secara bertahap, klien dapat merileksasi otot tanpa harus terlebih dahulu menegangkan otot-otot tersebut. Ketika individu telah mencapai tingkat relaksasi penuh, maka persepsi nyeri akan berkurang dan perasaan cemas terhadap pengalaman nyeri menjadi berkurang (Hapsari, 2013).

Sebagai seorang perawat yang telah memiliki ilmu keperawatan mempunyai posisi penting dalam membantu memenuhi kebutuhan rasa nyaman akibat nyeri dan rasa aman cemas yang dirasakan oleh ibu pasca operasi seksio sesarea dengan mengurangi rasa nyeri tersebut. Sesungguhnya usaha seorang perawat dalam membantu ibu pasca operasi seksio sesarea untuk mengurangi rasa nyerinya tak luput dari kehendak Allah swt., sebagaimana firman Allah swt. :

وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِي ۝

Terjemahnya:

"Dan apabila Aku sakit, dialah yang menyembuhkan aku" (QS. Asy-Syu'araa/26:80).

Ayat tersebut telah dijelaskan bahwa kita sebagai hamba-Nya hanya mampu berusaha untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan dan intervensi yang telah diberikan yaitu relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon untuk mengurangi skala nyeri yang dirasakan oleh ibu pasca operasi sesarea hanyalah sebagai perantara dan hanya Allah swt. lah yang mampu menyembuhkan segalanya.

## KESIMPULAN

Relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon memiliki pengaruh terhadap perubahan skala nyeri pasca operasi seksio sesarea di RSIA Bahagia Makassar. Berdasarkan uji wilcoxon diperoleh nilai p value adalah 0,000 ( $p < 0,05$ ). Sehingga terapi relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon dapat menjadi salah satu intervensi

yang digunakan untuk mengurangi skala nyeri yang dirasakan, karena terapi ini tidak memerlukan biaya dan waktu yang banyak. Untuk penelitian selanjutnya yang ingin meneliti lebih jauh tentang pengaruh relaksasi nafas dalam dengan teknik meniup balon terhadap perubahan skala nyeri dapat menjadikan penelitian ini sebagai dasar dengan menggunakan sampel yang lebih besar lagi serta mengkombinasikan skala ukur yang digunakan yaitu skala ukur NRS (*Numeric rating Scale*) dengan skala ukur yang lain.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Al-Qur'an dan Terjemahnya. Kementerian Agama RI.
- Handayani, N. Dkk. (2017). *Penerapan Teknik Nafas Dalam dan Aroma Terapi Bunga Mawar Terhadap Penurunan Nyeri Dismenore Pada Remaja Putri*.
- Hapsari, R. W dan Tri Anasari. (2013). Efektivitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Metode Pemberian Cokelat Terhadap Penurunan Intensitas Dismenore Pada Remaja Putri Di Smk Swagaya 2 Purwokerto. "Jurnal Inovasi Kebidanan". 3 (5). Diakses 18 Januari 2018.
- Hartati, S dan Maryunani, A. (2014). *Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum Seksio Sesarea (Pendekatan Teori Model Selfcare dan Comfort)*, Jakarta Timur: CV. Transa Info Media.
- Hutahaean, S. (2009). *Asuhan Keperawatan Dalam Maternitas & Ginekologi*. Jakarta: Katalog Dalam Terbitan (KDT).
- Pyati, S., & Gan, T. J. (2007). Perioperative pain management. *CNS Drugs*, 21(3), 185-211. <https://doi.org/10.2165/00023210-200721030-00002>
- Sulaminingsih, et al. (2012). *Perbedaan Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Sectio Caesar Pertama dengan Pasien Pasca Operasi Sectio Caesar Berulang yang Diberikan Ketolorac 30 Mg di RSUD Ambarawa*.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Wahyuni, H. Dkk. (2015). Terapi Slow Deep Breathing Dengan Bermain Meniup Baling-Baling Terhadap Intensitas Nyeri Pada Anak Yang Dilakukan Penyuntikan Anestesi Sirkumsisi. "Jurnal Skolastik Keperawatan". 1(2).
- Wahyuni, S. Dkk. (2010). *Model Konsep & Teori Keperawatan Aplikasi pada Kasus Obstetri Ginekologi*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- World Health Organization. (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates. Retrieved from [www.who.int/reproductivehealth/](http://www.who.int/reproductivehealth/)

**EFEKTIFITAS TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM DAN *GUIDED IMAGERY*  
TERHADAP PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST  
OPERASI *SECTIO CAESARE* DI IRINA D  
BLU RSUP Prof. Dr. R. D. KANDOU  
MANADO**

**Chandra Kristianto Patasik  
Jon Tangka  
Julia Rottie**

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran  
Universitas Sam Ratulangi Manado  
E-mail:cha\_chris91@gmail.com

**ABSTRACT:** Pain is an unpleasant symptom that felt by patients post sectio caesarea. Alternatives to reduce pain with deep breathing relaxation techniques and guided imagery not definitely known how its effectiveness. The purpose of this research was to determine the effectivity of deep breathing relaxation techniques and guided imagery to reduction pain in post surgery patients sectio caesarea. This research is an analytical research with quasi-experimental research methods. The research design was a single group pre-post test without control group. The sampling technique used is accidental sampling where found samples as many as 20 people. The data analysis using paired sample t-test in SPSS 17 programe at 95% significance level ( $\alpha=0.05$ ). The results showed that deep breathing relaxation techniques and guided imagery proved to be effective in reducing pain intensity in post surgery patients sectio caesarea in the Irina D Department of RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado (p value=0.000;  $\alpha$  0.05) which means that the hypothesis is accepted. Conclusion, deep breathing relaxation techniques and guided imagery can reduce pain intensity in post surgery patients sectio caesarea in the Irina D Department of RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Implementation of deep breathing relaxation techniques and guided imagery to reduce pain in post surgery patients sectio caesarea can be done according to the SOP so not just focus on the pharmacological treatment only.  
**Keywords:** Deep Breathing Relaxation Techniques, Guided Imagery, Pain, Sectio Caesarea.

**ABSTRAK:** Nyeri merupakan suatu gejala yang tidak menyenangkan yang dialami oleh pasien post operasi sectio caesarea. Alternatif untuk menurunkan nyeri yaitu dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan guided imagery bagaimana efektifitasnya belum jelas diketahui. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas teknik relaksasi nafas dalam dan guided imagery terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea. Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan metode penelitian kuasi eksperimen. Desain penelitian adalah satu kelompok pre-post tes tanpa kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel yaitu Accidental Sampling dimana didapatkan sampel sebanyak 20 responden. Teknik analisa data menggunakan uji paired sampel t-tes program SPSS 17 pada tingkat kemaknaan 95% ( $\alpha=0,05$ ). Hasil penelitian menunjukkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dan guided imagery terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado (nilai  $p=0,000$ ;  $\alpha$  0,05) yang berarti hipotesis diterima. Kesimpulan, teknik relaksasi nafas dalam dan guided imagery mampu menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R.D.

Kandou Manado. Penerapan teknik relaksasi nafas dalam dan guided imagery untuk menurunkan nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea dapat dilakukan sesuai dengan SOP agar tidak hanya terpaku pada penanganan secara farmakologis saja.

**Kata kunci:** Teknik Relaksasi Nafas Dalam, Guided Imagery, Nyeri, Sectio Caesarea.

## PENDAHULUAN

Dewasa ini, ilmu pengetahuan dan teknologi telah meningkat pesat. Kemajuan teknologi dan ilmu dibidang kesehatan membawa manfaat yang besar bagi manusia, termasuk pada penatalaksanaan *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* merupakan salah satu cara yang digunakan dibidang kesehatan untuk membantu persalinan ketika ada masalah tak terduga terjadi selama persalinan, seperti faktor dari ibu yaitu panggul yang sempit, faktor dari janin yang letaknya lintang, tidak cukup ruang bagi janin untuk melalui vagina, dan kelainan pada janin seperti berat badan janin melebihi 4000 gram (National Institute of Health, 2012). *Sectio caesarea* adalah operasi bedah dimana dokter kandungan membuat sebuah lubang di perut dan rahim ibu kemudian mengeluarkan janin dari lubang tersebut (National Institute for Clinical Excellence, 2004).

Berdasarkan data yang ditemukan di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado terdapat 1.504 operasi *sectio caesarea* pada tahun 2011 dan 1.511 operasi *sectio caesarea* pada tahun 2012. Ini menunjukkan bahwa banyaknya operasi *sectio caesarea* pada saat ini yang dilakukan di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado, walaupun operasi ini sangat beresiko.

Respon nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. Nyeri yang disebabkan oleh operasi biasanya membuat pasien merasa sangat kesakitan. Ketidaknyamanan atau nyeri bagaimanapun keadaannya harus diatasi dengan manajemen nyeri, karena kenyamanan merupakan kebutuhan dasar manusia.

Nyeri merupakan sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan bervariasi pada tiap individu. Nyeri dapat mempengaruhi seluruh pikiran seseorang, mengatur aktivitasnya, dan mengubah kehidupan orang tersebut. Nyeri merupakan faktor psikososial yang perlu diungkap lewat komunikasi terapeutik, karena seorang perawat perlu mendapatkan data baik secara subjektif maupun objektif untuk menilai seberapa besar pengaruh nyeri tersebut pada pasien (Berman, Snyder, Kozier, & Erb, 2003).

Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Penanganan nyeri dengan tindakan relaksasi mencakup teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery*. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi (Sehono, 2010).

Relaksasi adalah sebuah keadaan dimana seseorang terbebas dari tekanan dan kecemasan atau kembalinya keseimbangan (*equilibrium*) setelah terjadinya gangguan. Tujuan dari teknik relaksasi adalah mencapai keadaan relaksasi menyeluruh, mencakup keadaan relaksasi secara fisiologis, secara kognitif, dan secara behavioral. Secara fisiologis, keadaan relaksasi ditandai dengan penurunan kadar epinefrin dan non epinefrin dalam darah, penurunan frekuensi denyut jantung (sampai mencapai 24 kali per menit), penurunan tekanan darah, penurunan frekuensi nafas (sampai 4-6 kali per menit), penurunan ketegangan otot, metabolisme menurun, vasodilatasi dan peningkatan temperatur pada ekstermitas (Rahmayati, 2010).

Teknik relaksasi nafas dalam akan lebih efektif bila dikombinasikan dengan beberapa teknik lainnya, seperti *guided imagery*. *Guided imagery* merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010). Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta kepada klien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus pada nafas mereka, klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang (Rahmayati, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Syahriyani (2010), tentang pengaruh teknik relaksasi terhadap perubahan intensitas nyeri pada pasien post operasi apendiktomi di ruang perawatan bedah RSUD TK II Pelamonia Makassar, menunjukkan bahwa intensitas nyeri responden sebelum dan sesudah pemberian teknik relaksasi mengalami peningkatan penurunan nyeri dari nyeri ringan 20,00% ke 66,67%, nyeri sedang 53,33% ke 20,00%, dan nyeri berat 26,67% ke 13,33%. Uji lebih lanjut membuktikan ada pengaruh pemberian teknik relaksasi terhadap perubahan intensitas nyeri pada pasien post operasi apendiktomi di ruang perawatan bedah RSUD TK II Pelamonia Makassar.

Hasil survei sementara di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado pada salah seorang perawat senior menyatakan umumnya perawat jarang bahkan tidak melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* karena penanganan nyeri berfokus hanya pada penanganan secara farmakologis saja.

Berdasarkan uraian tersebut di atas maka penulis merasa tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai efektifitas teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* terhadap penurunan nyeri abdomen pada pasien post operasi *sectio caesareae*

Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah analitik dengan metode penelitian kuasi eksperimen. Desain penelitian adalah satu kelompok pre-post tes tanpa kelompok kontrol.

Penelitian dilaksanakan di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado pada tanggal 7 Juni – 15 Juni 2013.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang telah menjalani operasi *sectio caesareae* di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado dengan teknik pengambilan sampel *Accidental Sampling*.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah pasien post *sectio caesareae* hari pertama, pasien yang bersedia menjadi responden, pasien yang reaksi analgetiknya telah hilang atau 6 jam setelah pemberian analgetik dan belum mendapatkan analgetik lagi. Sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah pasien yang telah diberikan teknik relaksasi lainnya, pasien yang telah melakukan operasi *sectio caesareae* sebelumnya, pasien *sectio caesareae* yang mengalami komplikasi.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa lembar observasi yang berisi tentang data umum responden, dan lembar isian nyeri yang terdiri dari nomor, inisial, umur, jam post operasi *sectio caesareae*, jam terjadinya nyeri, hasil skala nyeri sebelum dilakukan tindakan, lama dan jumlah tindakan, dan hasil skala nyeri sesudah dilakukan tindakan serta lembar intensitas nyeri berupa skala intensitas nyeri 10 poin dengan kata-kata penjelas dan prosedur teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery*.

Data primer diambil langsung dari responden dengan cara penggunaan lembar observasi dan data sekunder terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian dan data

pasien yang telah menjalani operasi *sectio caesarea*.

Prosedur teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* yaitu ciptakan lingkungan yang tenang, jaga privasi pasien, usahakan tangan dan kaki pasien dalam keadaan rileks, minta pasien untuk memejamkan mata dan usahakan agar pasien berkonsentrasi, minta pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan-lahan sambil menghitung dalam hati "hirup, dua, tiga", selama pasien memejamkan mata kemudian minta pasien untuk membayangkan hal-hal yang menyenangkan atau keindahan, minta pasien untuk menghembuskan udara melalui mulut dan membuka mata secara perlahan-lahan sambil menghitung dalam hati "hembuskan, dua, tiga", minta pasien untuk mengulangi lagi sama seperti prosedur sebelumnya sebanyak tiga kali selama lima menit.

Teknik pengolahan data pada penelitian ini terdiri dari *koding, editing, tabulasi data, dan entri data*. Sedangkan analisa data dilakukan dengan pengujian analisa univariat dan bivariat.

Menurut Yurisa 2008, etika penelitian memiliki berbagai macam prinsip, namun terdapat empat prinsip utama yang perlu dipahami, yaitu menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*), menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*), keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*), memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*).

## HASIL dan PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi menurut umur di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado (n=20 orang)

Umur	Banyak Responden	
	n	%
10 - 20 Tahun	2	10,0
21 - 30 Tahun	10	50,0
31 - 40 Tahun	6	30,0
>40 Tahun	2	10,0
Total	20	100,0

Sumber : Data primer

Tabel 2. Distribusi menurut tingkat pendidikan di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado (n=20 orang)

Tingkat Pendidikan	Banyak Responden	
	n	%
SD	1	5,0
SMP	1	5,0
SMA	18	90,0
Total	20	100,0

Sumber : Data primer

Tabel 3. Distribusi menurut pekerjaan di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado (n=20 orang)

Pekerjaan	Banyak Responden	
	n	%
Ibu Rumah Tangga	15	75,0
Wiraswasta	5	25,0
Total	20	100,0

Sumber : Data primer

Tabel 4. Distribusi menurut intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado (n=20 orang)

Intensitas Nyeri	Banyak Responden	
	n	%
Tidak Nyeri	0	0,0
Nyeri Ringan	0	0,0
Nyeri Sedang	5	25,0
Nyeri Hebat	12	60,0
Nyeri Sangat Hebat	3	15,0
Nyeri Terhebat	0	0,0
Total	20	100,0

Sumber : Data primer

Tabel 5. Distribusi menurut intensitas nyeri sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado (n=20 orang)

Intensitas Nyeri	Banyak Responden	
	n	%
Tidak Nyeri	0	0,0
Nyeri Ringan	13	65,0
Nyeri Sedang	7	35,0
Nyeri Hebat	0	0,0
Nyeri Sangat Hebat	0	0,0
Nyeri Terhebat	0	0,0
Total	20	100,0

Sumber : Data primer

Tabel 6. Hasil analisis perbandingan rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* dan intensitas nyeri sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado (n=20 orang)

Intensitas Nyeri	Mean	Std. Deviation	Std. error	t	p value	N
Sebelum	6,15	1,089	0,24	10,10	0,00	20
Sesudah	3,05	0,945	0,21	1	0	

Sumber : Data primer

Penelitian yang dilakukan di Irina D BLURSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado ini menggunakan 20 orang sampel. Berdasarkan umur responden paling banyak berumur 21-30 tahun yaitu 10 orang (50,0%). Umur responden adalah variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi maupun ekspresi responden terhadap rasa nyeri. Semakin meningkatnya umur, semakin tinggi reaksi maupun respon terhadap nyeri yang dirasakan. Berdasarkan tingkat pendidikan, responden paling banyak berpendidikan SMA yaitu 18 orang (90,0%). Tingkat pendidikan seseorang sangat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, semakin tinggi tingkat pencegahan berbagai jenis penyakit maupun kelainan-kelainan yang dapat mengakibatkan operasi. Menurut Nikita 2012, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin tinggi kemampuan seseorang untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya ke dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam kepeduliannya pada tingkat kebutuhan kesehatan. Berdasarkan pekerjaan, responden paling banyak hanya bekerja sebagai ibu rumah tangga yaitu 15 orang (75,0%) sementara yang lainnya

sebagai wiraswasta. Pekerjaan memiliki peran penting dalam tingkat kesehatan seseorang. Beban berat yang dilakukan oleh seseorang sesuai dengan pekerjaannya dapat menyebabkan timbulnya berbagai penyakit maupun kelainan-kelainan. Nikita berpendapat bahwa pekerjaan dan aktifitas seseorang menuntut beban kerja berat yang semakin beresiko untuk mengalami penyakit dan pekerjaan seseorang yang kurang memperhatikan kehati-hatian akan beresiko untuk mengalami cedera. Cedera yang dialami seseorang kadang-kadang menyebabkan seseorang harus menjalani operasi.

Frekuensi pasien yang datang untuk melakukan persalinan di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado cukup banyak karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan. Tidak semua pasien yang datang dapat melakukan persalinan secara normal karena mengalami beberapa hambatan seperti faktor dari ibu yaitu panggul yang sempit, faktor dari janin yang letaknya lintang, tidak cukup ruang bagi janin untuk melalui vagina, dan kelainan pada janin seperti berat badan janin melebihi 4000 gram, atau secara faktor sosial yaitu keinginan orang tua untuk melahirkan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan, sehingga harus dilakukan suatu operasi yaitu *sectio caesarea*. Selama periode penelitian pada 7 Juni sampai 15 Juni 2013 didapatkan 20 responden yang menjalani operasi *sectio caesarea*, dan 60,0% dari responden tersebut mengalami nyeri hebat bahkan nyeri sangat hebat (15,0%) dan yang lainnya mengalami nyeri sedang (25,0%). Intensitas nyeri ini diukur menggunakan skala intensitas nyeri 10 poin dengan kata-kata penjabar. Nyeri merupakan efek samping yang dialami pasien setelah menjalani suatu operasi. Nyeri yang dirasakan oleh pasien diakibatkan oleh terputusnya kontinuitas jaringan karena insisi. Jenis operasi juga mempengaruhi respon nyeri seseorang terhadap nyeri. Ada

dua jenis operasi yang dilakukan berdasarkan keadaan pasien yaitu Cito dan elektif. Operasi Cito merupakan operasi yang harus segera dilakukan karena darurat. Pasien yang menjalani operasi Cito tidak dapat mempersiapkan diri untuk menghadapi kemungkinan-kemungkinan yang terjadi setelah operasi seperti nyeri. Berbeda dengan operasi elektif, pasien sudah dipersiapkan sejak lama sesuai jadwal sehingga pasien dapat mempersiapkan diri untuk menghadapi nyeri setelah selesai operasi. Dalam penelitian ini, responden yang menjalani operasi Cito lebih banyak yaitu 17 responden (85,0%) sedangkan yang lainnya menjalani operasi elektif.

Respon nyeri yang dirasakan oleh setiap pasien berbeda-beda sehingga perlu dilakukan eksplorasi untuk menentukan nilai nyeri tersebut. Menurut Syalriyani (2010), perbedaan tingkat nyeri yang dipersepsikan oleh pasien disebabkan oleh kemampuan sikap individu dalam merespon dan mempersepsikan nyeri yang dialami. Kemampuan mempersepsikan nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor dan berbeda diantara individu. Tidak semua orang terpapar terhadap stimulus yang sama mengalami intensitas nyeri yang sama. Sensasi yang sangat nyeri bagi seseorang mungkin hampir tidak terasa bagi orang lain. Salah satu upaya untuk menurunkan nyeri adalah dengan menggunakan teknik farmakologis dan teknik nonfarmakologis. Teknik farmakologis yaitu dengan menggunakan obat-obatan sedangkan teknik nonfarmakologis salah satunya yaitu dengan relaksasi nafas dalam dan *guided imagery*. Pada penelitian ini, sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* terjadi perubahan intensitas nyeri, dimana responden hanya mengalami dua tingkat nyeri yaitu nyeri sedang (35,0%) dan nyeri ringan (65,0%). Tidak ada lagi yang mengalami nyeri hebat dan sangat hebat.

Efek relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* membuat responden merasa rileks dan tenang. Responden menjadi rileks dan tenang saat mengambil oksigen di udara melalui hidung, oksigen masuk kedalam tubuh sehingga aliran darah menjadi lancar serta dikombinasikan dengan *guided imagery* menyebabkan pasien mengalihkan perhatiannya pada nyeri ke hal-hal yang membuatnya senang dan bahagia sehingga melupakan nyeri yang sedang dialaminya. Inilah yang menyebabkan intensitas nyeri yang dirasakan pasien post operasi *sectio caesarea* berkurang setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery*.

Adanya perubahan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* juga dapat diketahui setelah dilakukan uji statistik menggunakan uji *paired sample t-test* pada tingkat kemaknaan 95% ( $\alpha = 0,05$ ). Nilai mean sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* yaitu 6,15 sedangkan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* yaitu 3,05. Hasil analisis diperoleh nilai  $p=0,000$  dengan kata lain  $p<0,05$ . Oleh karena itu maka hipotesis diterima. Jadi, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea*.

Hasil ini mendukung penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Nikita (2012) yang meneliti tentang pengaruh teknik relaksasi terhadap perubahan intensitas nyeri pada pasien post operasi apendektomi, dengan hasil yaitu ada pengaruh yang signifikan pada intensitas nyeri pasien post operasi apendektomi sesudah dilakukan teknik relaksasi, dari 4 orang yang mengalami nyeri hebat (40,0%) sesudah dilakukan teknik relaksasi menjadi 2 orang (20,0%), nyeri sedang 5 orang (50,0%) menjadi 2 orang (20,0%), dan tidak

nyeri yang semula 1 orang (10,0%) menjadi 6 orang (60,0%). Namun yang membedakan penelitian ini dan penelitian yang dilakukan oleh Nikita (2012) adalah tempat penelitian, jumlah responden, tindakan relaksasi, dan operasi yang dialami responden. Nikita (2012) melakukan penelitian di Irina A pada 10 responden post operasi apendektomi dan hanya menggunakan teknik relaksasi nafas dalam saja, sedangkan penelitian ini dilakukan di Irina D pada 20 responden post operasi *sectio caesarea* dan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam yang dikombinasikan dengan *guided imagery*.

#### SIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini yaitu tingkat nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado sebagian besar mengalami nyeri hebat sampai sangat hebat, tingkat nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado sebagian besar mengalami penurunan ke kategori nyeri ringan selebihnya ke kategori nyeri sedang, dan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* efektif terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea*.

#### DAFTAR PUSTAKA

- A service of the U.S. National Library of Medicine, 2012. *Cesarean Section*. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/cesareansection.html> diakses pada tanggal 01 April 2013 pukul 18.30 WITA
- Berman A. Snyder S. Kozier B & Erb G. 2003. *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Kozier & Erb edisi 5*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Hastono, Sutanto Priyo. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Depok: SPH

- Jayanthi, Niken. 2010. *Analisa Data*. <http://rentalnikari.wordpress.com/2010/03/23/analisa-data/> diakses pada tanggal 15 Mei 2013 pukul 13.20 WITA
- Jayanthi, Niken. 2010. *Teknik Relaksasi Nafas Dalam*. <http://rentalnikari.wordpress.com/2010/03/23/teknik-relaksasi-nafas-dalam/> diakses pada tanggal 01 April 2013 pukul 17.40 WITA
- Mawei, Nikita Mayumi. 2012. *Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendektomi*.
- National Institute for Clinical Excellence, 2004. *Caesarean Section*. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG013publicinfoenglish.pdf> didownload pada tanggal 05 April 2013 pukul 21.00 WITA
- Oxorn H & Forle W. 2010 *Ilmu Kebidanan: Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medika
- Rahmayati, Yeni Nur. 2010. *Pengaruh Guided Imagery Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Skizoafektif Di RSUD SURAKARTA*. <http://etd.eprints.ums.ac.id/9482/1/1210060060.pdf> didownload pada tanggal : 04 Mei 2013 pukul 17.00 WITA
- Sehono, Endrayani. 2010. *Pengaruh Teknik Relaksasi Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Di RSUD DR. Moewardi*. <http://etd.eprints.ums.ac.id/10412/> di download pada tanggal 03 Mei 2013 pukul 12.40 WITA
- Sidauruk P. 2011. *Mekanisme Terjadinya Nyeri*. <http://www.forexsid.com/2011/03/mekanisme-terjadinya-nyeri.html> diakses pada tanggal 04 April 2013 pukul 20.30 WITA
- Smeltzer, Suzanne C. Bare Brenda G. Hinkle Janice L. & Cheever Kerry H. 2010. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing edisi 12*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health
- Suyanto. 2011. *Metodologi dan Aplikasi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Syahriyani ST. 2010. *Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendektomi di Ruang Perawatan Bedah RSUD TK II Pelamonia Makassar*. <https://www.box.com/s/d306231b8d03f80cf358> didownload pada tanggal 10 Mei 2013 pukul 19.30 WITA
- Vaandda, Vhadh. 2012. *Pengertian Sectio Caesaria*. <http://www.scribd.com/doc/77221559/Pengertian-Sectio-Caesaria> diakses pada tanggal 04 Mei 2013 pukul 13.30 WITA
- Yurisa, Wella. 2008. *Etika Penelitian Kesehatan*. [http://yayanaklwar.files.wordpress.com/2009/01/etika-penelitian-kesehatan\\_files-of-drsmed.pdf](http://yayanaklwar.files.wordpress.com/2009/01/etika-penelitian-kesehatan_files-of-drsmed.pdf) didownload pada tanggal 15 Mei 2013 pukul 14.30 WITA
- Zhukmana, Aulia Dwi. 2009. *LP Sectio caesarea*. <http://www.scribd.com/doc/16308854/LP-Sectio-Caesarea> diakses pada tanggal 04 April 2013 pukul 17.40 WITA

## **SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

Bidang Studi	: DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi
Topik	: Nutrisi Ibu Selama Nifas
Sasaran	: Pasien dan/ keluarga Pasien
Hari/Tanggal	: Rabu, 18 Desember 2019
Jam	: 08.00 Sd selesai
Tempat	: Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr.Slamet Garut
Penyaji	: Liza Hartiningsih

### **A. Tujuan Instruksional Umum (T I U)**

Setelah dilakukan tindakan pendidikan kesehatan diharapkan klien dan atau keluarga dapat memahami mengenai Nutrisi yang harus di penuhi ibu selama masa nifas

### **B. Tujuan Instruksional Khusus (T I K)**

Setelah dilakukan tindakan pendidikan kesehatan diharapkan klien dan/keluarga :

- 1) Menjelaskan kembali pengertian Nutrisi ibu selama nifas dengan kalimatnya sendiri.
- 2) Menyebutkan tujuan pemberian Nutrisi pada ibu selama masa nifas
- 3) Menyebutkan kembali cara menerapkan Nutrisi pada ibu selama nifas
- 4) Menyebutkan kerugian tidak melakukan kegiatan tersebut.

### **C. Materi Penyuluhan**

Terlampir

**D. Media**

Leaflet

**E. Metode**

Ceramah dan tanya jawab.

**F. Kegiatan Penyuluhan**

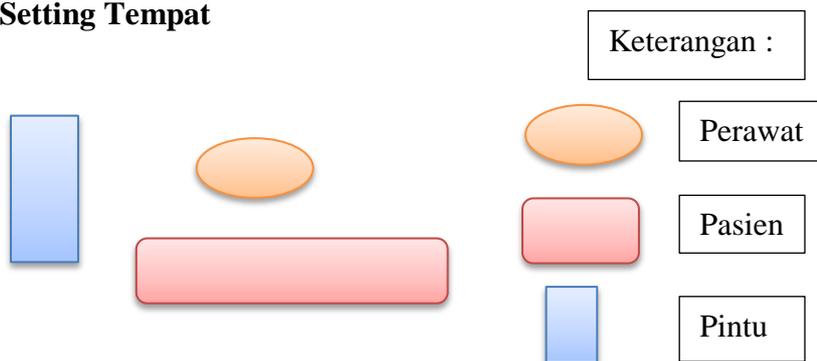
No	Waktu	Kegiatan	Penyuluh
1	5 Menit	Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengucapkan Salam</li><li>2. Memperkenalkan diri</li><li>3. Menjelaskan Tujuan</li></ol>
2	15 Menit	Kegiatan Inti	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menjelaskan materi tentang Nutrisi Ibu Selama masa nifas</li><li>2. Menjelaskan Tujuan Nutrisi ibu selama masa nifas</li><li>3. Menjelaskan cara menerapkan nutrisi ibu selama masa nifas</li><li>4. Menjelaskan kerugian tidak melakukan kegiatan tersebut.</li></ol>
3	10 Menit	Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Membiarkan pasien untuk bertanya</li><li>2. Memberikan pertanyaan untuk peserta</li><li>3. Peserta mengerti dengan materi yang disampaikan.</li></ol>

4	5 Menit	Penutup	1. Mengucapkan terima kasih kepada peserta 2. Mengucapkan Salam
---	---------	---------	--

### G. Evaluasi

1. Prosedur : Tanya Jawab
2. Pertanyaan :
  - 1) Jelaskan Pengertian Nutrisi ?
  - 2) Sebutkan tujuan dari pemberian nutrisi pada ibu selama masa nifas?
  - 3) Sebutkan apa saja makanan yang harus dikonsumsi ibu selama masa nifas ?
  - 4) Sebutkan kerugian tidak melakukan kegiatan tersebut

### H. Setting Tempat



### I. Pengorganisasian

- a. Pembawa Acara : Liza Hartiningsih
- b. Pemateri : Liza Hartiningsih
- c. Notulis : Liza Hartiningsih

## MATERI PENYULUHAN : NUTRISI IBU MENYUSUI

### A. Pengertian Nutrisi Ibu Menyusui

Nutrisi adalah substansi organik yang dibutuhkan organisme untuk fungsi normal dari sistem tubuh, pertumbuhan, pemeliharaan kesehatan. Nutrisi di dapatkan dari makanan dan cairan yang selanjutnya diproses oleh tubuh.

Menyusui adalah proses pemberian susu kepada bayi atau anak kecil dengan air susu ibu (ASI) dari payudara ibu. Jadi *pengertian nutrisi ibu menyusui adalah* makanan yang didalamnya terkandung banyak zat-zat yang bermanfaat bagi bayi seperti : vitamin, karbohidrat, dll. yang dibutuhkan bayi dari asi sangat penting bagi perkembangan bayi untuk pertumbuhan, pemeliharaan kesehatan dan kegunaan lainnya.

Ibu menyusui membutuhkan konsumsi minimal 2.300 kalori perhari. Tentu saja berupa menu dengan gizi seimbang dan beragam makanan. kebutuhan akan protein meningkat dan pastikan setiap makanan terdapat protein dengan takaran yang sesuai dengan kebutuhan, daging, makanan laut, telur kacang-kacangan, tahu, dan berbagai produk susu merupakan sumber protein yang baik. Kebutuhan akan kalsium akan tetap tinggi seperti halnya pada waktu sedang menyusui, ibu menyusui harus minum setidaknya 3-4 jenis makan kaya kalsium setiap hari. Produksi ASI juga membutuhkan asupan air. jadi paling tidak minumlah 2 liter air.

### B. Manfaat Nutrisi bagi ibu menyusui

1. Untuk pemulihan kesehatan ibu setelah melahirkan
2. Mempertahankan sirkulasi yang adekuat bagi ibu selama proses pemulihan

3. Meningkatkan pertahanan tubuh selama proses pemulihan

**Ada beberapa yang mempengaruhi proses laktasi :**

1. Pengaruh makanan erat kaitanya dengan volume ASI yang di produksi per hari
2. Protein dengan adanya variasi individu maka dia ajurkan penambahan bahan 15-20 gram protein sehari
3. Suplementasi, jika makanan sehari seimbang, suplement tidak di perlukan kecuali jika kekurangan satu atau lebih zat gizi.
4. Aktivitas, pada percobaan hewan (dengan manusia belum teliti ) diketahui bahwa aktivitas fisik terlalu berat dapat menurunkan produksi asi.

**Hal- hal yang harus dihindari ibu menyusui :**

1. Jangan minum kopi yang berlebihan karna dapat merangsang ginjal berkerja lebih kuat yang menyebabkan sering buang air kecil padahal selama menyusui memerlukan banyank cairan..
2. Merokok juga dilarang, selain akibat pasif dari efek rokok yang dihisap paru- paru bayi, nikotin yang ada dalam tembakau mengalir melalui ASI ketubuh bayi, akibatnya bayi keracunan nikotin.
3. makanan yang menyebabkan alergi bagi ibu dan bayinya alergi.

**Makanan yang tidak boleh di konsumsi ibu menyusui :**

1. Makan yang terlalu pedas
2. Makan yang terlalu pedas
3. Makanan yang banyak mengandung MSG

Sama halnya dengan waktu menyusui, wanita yang sedang menyusui anaknya juga memerlukan unsur- unsur gizi dalam jumlah yang banyak bahkan lebih banyak dari semasa menyusui. Bedanya adalah pada waktu menyusui zat makanan itu langsung diberikan oleh ibu dengan perantara darahnya. Sedangkan pada waktu menyusui makanan itu diberikan melalui ASI. Air susu itu sendiri mengandung kira-kira 760 kalori, 12 gram protein, 45 gram lemak, lactose, garam kapur, vitamin dll.

### **C. Nutrisi yang diperlukan ibu menyusui**

#### **❖ Kalori**

Kebutuhan kalori pada masa menyusui jauh lebih besar dibandingkan pada waktu menyusui. Pada umumnya wanita menyusui memerlukan tambahan 500 kalori di atas kebutuhan hariannya. Kebutuhan ini akan jauh lebih banyak lagi apabila menyusui bayi kembar. Sekalipun tubuh menyimpan banyak lemak pada waktu menyusui, simpanan tersebut tidak akan mencukupi seluruh kebutuhan kalori.

#### **❖ Protein**

Wanita menyusui membutuhkan protein 30-40 % lebih banyak dari kebutuhan normal. Untuk memenuhi kebutuhan selama menyusui, setiap hari harus mengkonsumsi 65 g protein selama 6 bulan pertama dilanjutkan 62g selama 6 bulan kedua. Beberapa penyelidikan menyebutkan kebutuhan protein selama menyusui bahkan lebih besar dari angka- angka tadi. Apabila sang ibu kurang mengkonsumsi protein maka produksi air susu pun berkurang, cadangan protein dalam tubuh juga akan berkurang.

Bahan makanan sebagai sumber protein kualitas tinggi adalah ikan dan seafood, unggas, daging sapi, hati dan telur. Sumber lain adalah semua jenis kacang .susu dan produk olahannya seperti keju dan yogurt kaya protein.

#### ❖ **DHA**

Asam lemak doksaheksaenoat ( DHA ) amat penting bagi perkembangan daya lihat dan mental bayi. Asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan DHA dalam air susu, daging, hati, padi-padian, kacang polong, dan kentang adalah sumber-sumber vitamin B6 yang baik

#### ❖ **Karbohidrat**

Karbohidrat kompleks adalah salah satu sumber vitamin B dan mineral terbaik untuk pertumbuhan bayi. Dengan demikian selama menyusui anda harus mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung karbohidrat kompleks.

#### ❖ **Cairan**

Ibu menyusui sangat membutuhkan cairan agar dapat menghasilkan air susu dengan cepat, hampir 90% air susu ibu terdiri dari air. Minumlah delapan gelas per hari, atau lebih jika udara panas, banyak berkeringat dan demam.

#### ❖ **Sayur- sayuran & Buah-buahan**

Selama menyusui kebutuhan sayuran dan buah-buahan meningkat, untuk menjamin adanya vitamin yang esensial lain dalam air susu. Jumlah kebutuhan adalah 3 porsi sehari, baik sayuran berwarna hijau maupun sayuran dan buah- buah berwarna kuning.

### ❖ **Kalsium**

Kalsium banyak membantu pertumbuhan tulang dan gigi,serta meningkatkan fungsi otot dan syaraf. Kebutuhan kalsium selama menyusui tidak meningkat asupan harinya harus terjamin. Wanita menyusui berusia 19 tahun keatas mengkonsumsi 1000mg kalsium perhari.bila asupan kalsium dari makan tidak mencukupi,secara alami ASI akan mengambil kalsium dari tulang. Akibatnya akan beresiko besar mengalami fraktur ( patah tulang).



### NUTRISI IBU MASA NIFAS



LIZA HARTININGSIH

AKX.17.040

PRODI DIII KEPERAWATAN  
KONSENTRASI ANESTESI DAN  
GAWAT DARURAT MEDIK  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA  
BANDUNG

2019

### DEFINISI

Nutrisi ibu post partum yaitu nutrisi yang seharusnya dikonsumsi ibu pasca melahirkan prinsipnya yaitu tinggi kalori dan tinggi protein.



### TUJUAN :

- ✦ Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bagi bayi dan ibu
- ✦ Untuk mencegah terjadinya penyakit anemia, malnutrisi pada ibu post partum
- ✦ Untuk menunjang tumbuh kembang bayi
- ✦ Untuk memproduksi ASI yang banyak

### MENU MAKANAN YANG SEIMBANG

Makanan ibu post partum adalah makanan yang mengandung gizi seimbang



#### 1. Sumber Karbohidrat

- a. Nasi, Ketela
- b. Sagu
- c. Jagung
- d. Terigu
- e. Roti, kentang

Fungsi sebagai penambah tenaga



2. Makanan yang mengandung lemak

- a. Mentega
- b. Keju

Fungsinya sebagai sumber energi



3. Makanan yang mengandung protein

- a. Protein hewani
  - 1) Hati
  - 2) Telur
  - 3) Susu
  - 4) Ikan
  - 5) Daging
  - 6) udang
- b. Protein Nabati
  - 1) Tempe
  - 2) Tahu
  - 3) Kedelai
  - 4) Kacang hijau

Fungsinya sebagai zat pembangun



4. Sayuran dan buah-buahan

- a. Bayam
- b. Sawi
- c. Kangkung
- d. Wortel
- e. Tomat
- f. Jeruk
- g. Pepaya
- h. Pisang, dll

Fungsinya untuk mencukupi kebutuhan cairan dan serat

5. Vitamin dan suplemen

- a. Zat besi untuk penambah darah
- b. Asam folat untuk kecerdasan anak
- c. Vitamin B komplek untuk mencegah anemia



Contoh susunan menu ibu menyusui per hari

- ✚ Nasi : 3 piring
- ✚ Ikan : 2 potong
- ✚ Tempe : 4 potong
- ✚ Sayuran : 3 mangkuk (bervariasi mulai dari bayam, kangkung, kacang-kacangan)
- ✚ Buah : 2 potong pepaya
- ✚ Air : 8 gelas/hari

Penambahan frekuensi makan / Makanan selingan

- ✚ Roti tawar + keju
- ✚ Buah – buah
- ✚ Bubur kacang hijau
- ✚ susu

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Identitas

Nama : Liza Hartiningsih  
Tempat dan Tanggal Lahir : Lebong Tambang, 26 Juni 1999  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Lobang Kaca Mata, Dusun 2, Lebong  
Tambang, Lebong Utara, Lebong,  
Bengkulu

### B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2005-2011 : SD Negeri 05 Lebong Utara
2. Tahun 2011-2014 : SMP Negeri 01 Lebong Utara
3. Tahun 2014-2017 : SMA Negeri 01 Lebong Utara
4. Tahun 2017-2020 : Prodi DIII Keperawatan Konsentrasi  
Anestesi dan Gawat Darurat Medik  
Universitas Bhakti Kencana Bandung.