

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE
RSUD dr. SLAMET GARUT
TAHUN 2020**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Mendapat Gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas

Bhakti Kencana Bandung

Disusun Oleh :

ANISA FITRI AMELIA

AKX.I7.092



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2020

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Anisa Fitri Amelia

NPM : AKX.17.092

Fakultas : Keperawatan

Prodi : D III Keperawatan

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul: "ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE RUMAH SAKIT UMUM DAERAH 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, Oktober 2020

Yang membuat pernyataan



Anisa Fitri Amelia

Pembimbing I

Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Pembimbing II

Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO
SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE
RSUD dr. SLAMET TAHUN 2020**

OLEH
ANISA FITRI AMELIA
AKX.17.092

Karya tulis ini telah disetujui oleh panitia penguji pada
tanggal 29 agustus 2020

Oleh
Pembimbing Utama Pembimbing Pendamping




Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
02004020117



Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners
02014020171

Mengetahui
Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE RSUD dr. SLAMET GARUT
TAHUN 2020**

Oleh

ANISA FITRI AMELIA

AKX.17.092

Telah berhasil dipertahankan dan di uji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung. Pada Tanggal 29 Agustus 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua :

**Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Pembimbing Utama)**


(.....)

Anggota :

**1. Ingrid Dirgahayu, S.Kp.,M.KM
(Penguji I)**


(.....)

**2. Yani Marlina, S.Kep.,Ners
(Penguji II)**


(.....)

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


(.....)

**Mengetahui,
Fakultas Keperawatan
Dekan**


**Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
2007020132**

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya penulis diberi kesempatan dan kesehatan sehingga penulis dapat menyusun proposal penelitian ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut Di Rsud Dr. Slamet Tahun 2020” sampai dengan selesai dengan sebaik-baiknya .

Tujuan dari penyusunan proposal penelitian ini yaitu untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Dengan ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada semua belah pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal penelitian ini, khususnya kepada :

1. H. Mulyana, SH.,M.Pd.,MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhiguna Kencana Bandung
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
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 Bndung
5. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberi pengarahan dan motivasi selama penyusunan proposal penelitian ini

6. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing, memberi pengarahan dan motivasi selama penyusunan proposal penelitian ini
7. Dr. H. Husodo Dewo Adi Sp.OT.Spine selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini
8. Riris Rismawati, S.Kep.,Ners selaku CI Ruangan Zade yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut
9. Orang tua tercinta, H. Toto Iskandar & Hj. Siti Ftimah (Alm) dan keluarga yang selalu memberikan do'a dan dukungan yang tak pernah ada batasnya
10. Ibnu Rizal, Nita, Nining, Silvia, Rindy, Novitasari, Miranti, Winda, Kiki dan DIII Keperawatan Angkatan Tahun 2017 Universitas Bhakti Kencana Bandung yang selalu memberi motivasi, memberi dukungan dan memberi semangat untuk dapat menyelesaikan penelitian ini

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

Bandung, April 2020

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang : Seksio Sesarea merupakan persalinan dengan mengeluarkan janin melalui sayatan yang dibuat di dinding uterus. Angka kejadian operasi seksio sesarea di RSUD dr. Slamet Garut pada 3 bulan terakhir pada bulan September-Desember 2019 yaitu sebanyak 419 kasus, angka kejadian operasi seksio sesarea di Ruang Zade pada 6 bulan terakhir pada bulan Juni-Desember 2019 yaitu sebanyak 163 kasus, dan pada 3 bulan terakhir pada bulan September-Desember 2019 yaitu sebanyak 156 kasus. Respon yang dirasakan klien *post* seksio sesarea adalah nyeri yang membuat klien kesakitan. **Tujuan :** Mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut tahun 2020 secara komprehensif dalam bentuk pendokumentasian. **Metode :** Penelitian ini merupakan studi kasus. Pengumpulan data yang digunakan penulis yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan, masalah nyeri akut pada klien 1 dan 2 ada penurunan skala nyeri dan teratasi. **Diskusi :** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut berhubungan dengan luka operasi, adapun perbedaan hasil dari intervensi yang dilakukan yaitu pada klien 1 hasil evaluasi keperawatan skala nyeri dirasakan menjadi 3 (0-10) dan pada klien 2 skala nyeri dirasakan menjadi 2 (0-10). **Saran :** Diharapkan petugas kesehatan di RSUD dr. Slamet Garut, khususnya di ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut dapat mengaplikasikan teknik menggenggam jari untuk mengurangi nyeri dalam melakukan asuhan keperawatan, khususnya pada klien *post* seksio sesarea

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri akut, *Post* seksio sesarea
Daftar Pustaka : 12 Buku (2001-2016), 22 Jurnal (2008-2019)

ABSTRACT

Background: *Caesarean section is a delivery by removing the fetus through an incision made in the uterine wall. The incidence of cesarean section surgery in dr. Slamet Garut in the last 3 months in September-December 2019, namely 419 cases, the incidence of cesarean section surgery in the Zade Room in the last 6 months in June-December 2019 was 163 cases, and in the last 3 months in September-December 2019, namely 156 cases. The response felt by the client with post-cesarean section is pain that makes the client in pain. Objective: To apply nursing care to Post Section Sesarea clients with acute pain in the Zade Room RSUD dr. Slamet Garut 2020 in a comprehensive manner in the form of documentation. Method: This research is a case study. The data collection used by the writer is interview, observation, physical examination, and documentation study. Results: After nursing care, the acute pain problem in clients 1 and 2 decreased the pain scale and resolved. Discussion: Both clients found acute pain problems associated with surgical wounds, while the differences in the results of the interventions carried out were in client 1 the results of the nursing evaluation of the pain scale were felt to be 3 (0-10) and in client 2 the pain scale was felt to be 2 (0- 10). Suggestion: It is expected that the health workers at the dr. Slamet Garut, especially in the Zade room at RSUD dr. Slamet Garut can apply the finger grasping technique to reduce pain in nursing care, especially for clients with post-cesarean section.*

Keywords: *Nursing care, acute pain, post cesarean section*
Bibliography: *12 Books (2001-2016), 22 Journals (2008-2019)*

DAFTAR ISI

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	II
LEMBAR PERSETUJUAN.....	III
LEMBAR PENGESAHAN	IV
KATA PENGANTAR	V
ABSTRAK	III
DAFTAR ISI	VIII
DAFTAR GAMBAR	X
DAFTAR BAGAN.....	XI
DAFTAR TABEL.....	XIII
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Teori.....	7
2.1.1 Konsep <i>Post Partum</i>	7
2.1.2 Perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum.....	11
2.1.3 Perubahan Psikologis Pada Masa Post Partum.....	15
2.2 Konsep Seksio Sesarea	17
2.2.1 Definisi	17
2.2.2 Etiologi.....	18
2.2.3 Patofisiologi.....	18
2.2.5 Manifestasi Klinis	20
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang	21

2.2.7 Penatalaksanaan Medis	22
2.3 Anatomi dan Fisiologi Seksio Sesarea.....	22
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum.....	24
2.4.1 Pengkajian.....	24
2.4.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum	34
2.4.3 Rencana Keperawatan	35
2.5 Konsep Nyeri	54
2.5.1 Definisi Nyeri.....	54
2.5.2 Fisiologi Nyeri	54
2.5.3 Klasifikasi Nyeri.....	55
BAB III METODE PENELITIAN.....	61
3.1 Desain Penelitian.....	61
3.2 Batasan Istilah.....	61
3.3 Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian.....	62
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	62
3.5 Pengumpulan Data.....	63
3.6 Uji Keabsahan Data.....	64
3.7 Analisis Data	64
3.8 Etik Penulisan KTI.....	65
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	69
4.1 Hasil	69
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	69
4.1.2 Pengkajian.....	70
4.1.3 Analisa Data	83
4.1.4 Perencanaan.....	88
4.1.5 Implementasi dan evaluasi formatif.....	94
4.1.6 Evaluasi sumatif	102
DAFTAR PUSTAKA	104

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambar Abdomen Pasca SC	24
Gambar 2.2 Gambar Skala Nyeri Visual Analog Scale	55
Gambar 2.3 Gambar Skala Nyeri Numeric Rating Scale	56
Gambar 2.4 ambar Skala Nyeri Verbal Rating Scale	56
Gambar 2.5 Gambar Skala Nyeri Faces Pain Rating Scale	57

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Bagan Patofisiologi	20
-------------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Ketidaefektifan Bersihan Jalan Nafas	40
Tabel 2.2 Tabel Nyeri Akut	42
Tabel 2.3 Tabel Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan.....	44
Tabel 2.4 Tabel Ketidakefektifan Pemberian ASI	45
Tabel 2.5 Tabel Gangguan eliminasi urine	47
Tabel 2.6 Tabel Gangguan pola tidur b.d kelelahan	48
Tabel 2.7 Tabel Resiko infeksi b.d faktor resiko	49
Tabel 2.8 Tabel Defisit perawatan diri.....	50
Tabel 2.9 Tabel Konstipasi	51
Tabel 2.10 Tabel Resiko syok (hipovolemik).....	53
Tabel 2.11 Tabel Resiko perdarahan.....	54
Tabel 2.12 Tabel Defisiensi Pengetahuan.....	55
Tabel 4.1 Tabel Identitas Klien	79
Tabel 4.2 Tabel Identitas Penanggungjawab	79
Tabel 4.3 Tabel Riwayat Kesehatan.....	80
Tabel 4.4 Tabel Riwayat Ginekologi dan Obstetric.....	80
Tabel 4.5 Tabel Riwayat Persalinan.....	81
Tabel 4.6 Tabel Riwayat Nifas.....	82
Tabel 4.7 Tabel Pola Aktivitas Sehari-hari	82
Tabel 4.8 Tabel Laboratorium.....	90
Tabel 4.9 Tabel Program dan rencana pengobatan	91
Tabel 4.10 Tabel Analisa data.....	91
Tabel 4.11 Tabel Diagnosa keperawatan	92
Tabel 4.12 Tabel Perencanaan	94
Tabel 4.13 Tabel Implementasi dan evaluasi formatif.....	99
Tabel 4.14 Tabel Evaluasi sumatif.....	103

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Seksio Sesarea merupakan sebuah persalinan buatan dengan melakukan tindakan mengeluarkan janin atau bayi melalui dinding depan perut dengan cara membuat sayatan di dinding uterus dengan syarat yaitu rahim harus dalam keadaan utuh. (Sofian, 2012). Tingginya angka persalinan buatan dengan operasi seksio sesarea disebabkan oleh beberapa macam indikasi, yaitu diantaranya : yang pertama ada indikasi pada ibu dan yang kedua ada indikasi pada janin (Nurarif & Kusuma, 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2015) menetapkan bahwa angka kejadian operasi sesar meningkat di negara-negara berkembang. WHO menetapkan indikator persalinan SC 5-15% untuk setiap negara , jika tidak sesuai indikasi operasi seksio sesarea dapat meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi. Riskesdas 2018 di seluruh provinsi sebesar 15,5% dari total 78.736 kelahiran di sepanjang tahun 2018 dengan provinsi terendah yaitu Papua sebanyak 6,7% dan provinsi tertinggi Bali sebanyak 30,2% (Riani, 2019). Angka kejadian Operasi Seksio Sesarea di RSUD dr. Slamet Garut pada 6 bulan terakhir pada bulan Juni-Desember 2019 yaitu berjumlah 452 kasus dan angka kejadian Operasi Seksio Sesarea di Ruang

Zade pada 6 bulan terakhir pada bulan Juni-Desember 2019 yaitu sebanyak 163 kasus. (Rekam Medis RSUD dr. Slamet Garut, 2020).

Tindakan operasi Seksio Sesarea ini dapat mempengaruhi terhadap beberapa kebutuhan dasar manusia, diantaranya seperti mempengaruhi pola makan, pola tidur, energi dan juga aktivitas – aktivitas keseharian klien (Fitri, Trisyani, & Maryati, 2012). Masalah keperawatan yang terjadi pada klien dengan post seksio sesarea dapat berupa aktual, resiko, dan potensial, yaitu diantaranya : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, Nyeri akut, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Ketidakefektifan pemberian ASI, Gangguan eliminasi urine, Gangguan pola tidur, Resiko infeksi, Defisit perawatan diri : mandi, makan, toileting, Konstipasi, Resiko syok (hipovolemik), Resiko perdarahan, Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum. (Sihombing, Saptarini, & Putri, 2017)

Setelah menjalani operasi pembedahan, rasa nyeri merupakan masalah yang sangat umum dialami oleh setiap orang yang mengalami berbagai macam operasi pembedahan, tidak terkecuali pada tindakan operasi seksio sesarea (Latifah & Ramawati, 2014). Nyeri merupakan terjadinya kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan sehingga menimbulkan pengalaman sensori dan emosional atau perasaan yang tidak nyaman yang bervariasi dari mulai ringan hingga berat (Loe & Silness, 2013)

Rasa nyeri yang dirasakan oleh klien merupakan sebuah dampak atau efek samping setelah menjalani suatu operasi. Nyeri yang dirasakan setelah

menjalani operasi merupakan nyeri yang sangat menyakitkan, nyeri atau ketidaknyamanan bagaimanapun harus tetap diatasi yaitu dengan manajemen nyeri, karena kenyamanan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. (Gandana, 2018). Tindakan operasi ini berakibat timbulnya rasa nyeri pasca operasi, sehingga menyebabkan keterbatasan gerak, pasien menjadi kurang gerak dan ini merupakan salah satu kontraindikasi yang mempengaruhi kondisi pasien (Karyati, Hanafi, & Astuti, 2018).

Peran perawat untuk mengatasi nyeri yaitu memberi asuhan keperawatan pada klien secara komprehensif. Ada beberapa teknik untuk menghilangkan rasa nyeri diantaranya teknik farmakologi dan non farmakologi. Teknik farmakologi yaitu dengan menggunakan analgesik, dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri tersebut. Dan teknik selanjutnya yaitu teknik non farmakologi, teknik non farmakologi ini bisa dilakukan dengan menggunakan teknik pernapasan, teknik relaksasi, *massage*, musik, perubahan/ pergerakan posisi, akupuntur, terapi panas/ dingin, *hypnobirthing*, dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) (Sofiyah, Ma'rifah, & Indri, 2014)

Teknik Relaksasi Genggam Jari menjadi salah satu teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Haniyah, Setyawati, & Sholikhah, 2017). Teknik relaksasi genggam jari ini merupakan teknik mengurangi rasa nyeri yang sangat sederhana dan dapat dilakukan oleh siapapun. Selain itu ada beberapa teknik non farmakologi yang dapat mengurangi nyeri diantaranya : melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi,

karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, Observasi reaksi non verbal atau ketidaknyamanan, Observasi tanda-tanda vital, Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu, pencahayaan dan kebisingan, Ajarkan teknik non farmakologi, Berikan obat *analgetic* untuk mengurangi nyeri, Tingkatkan istirahat, Observasi skala nyeri, Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil (Nurarif & Kusuma, aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis & nanda Nic Noc, 2015)

Berdasarkan uraian di atas, peran perawat untuk mengatasi nyeri sangat penting, yaitu dengan memberi asuhan keperawatan pada klien, karena jika nyeri tidak di atasi dengan segera maka akan mempengaruhi berbagai macam aktivitas klien. Penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Post Seksio Sesarea melalui penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut Di Ruang Zade Rsud dr. Slamet Garut Tahun 2020”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut tahun 2020?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut secara komprehensif dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2020.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2020.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2020.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2020.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2020.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memberi pengetahuan antara kasus nyata dan teori yang terjadi di lapangan sesuai atau tidak,

karena dalam teori yang sudah ada, tidak selalu sama dengan kasus yang terjadi di lapangan, maka dari itu di susunlah karya tulis ilmiah ini.

Selain itu, penulisan karya tulis ilmiah ini juga menambah pengetahuan bagi para pembaca mengenai asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat melihat diagnosa dan intervensi keperawatan untuk klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi Rumah Sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi Pendidikan yaitu dapat menjadi referensi untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Konsep *Post Partum*

1. Definisi *Post Partum*

Post partum adalah masa dimana lahirnya plasenta dan berakhir disaat kembalinya alat-alat kandungan pada keadaan sebelum hamil, masa ini berlangsung sekitar 6 minggu (W, 2019)

2. Tahapan Masa *Post Partum*

1. Plasenta Lahir-24 Jam atau *Immediate Postpartum*

Yaitu masa setelah plasenta lahir 24 jam, masalah yang sering terjadi yaitu perdarahan yang disebabkan atonia uteri, maka dari itu harus melakukan pemeriksaan terhadap pengeluaran lochea, kontraksi uterus, suhu dan juga tekanan darah

2. Waktu 24 jam – 1 minggu atau *Early Postpartum*

Memastikan tidak adanya perdarahan, involusi uteri normal, tidak demam, lochea tidak berbau busuk, ibu dapat menyusui dengan baik dan mendapatkan asupan makanan dan cairan yang cukup

3. Waktu 1 minggu – 6 minggu atau *Late Postpartum*

Melakukan pemeriksaan sehari-hari dan tetap melakukan perawatan juga konseling atau Pendidikan Kesehatan Keluarga Berencana (KB). (W, 2019)

3. Kebutuhan Masa Post Partum

1. Cairan dan Nutrisi

Terkait Nutrisi dan cairan menjadi sangat penting untuk ibu karena jika ibu mendapatkan nutrisi yang baik dan cukup maka akan mempengaruhi susunan air susu selain untuk mempercepat penyembuhan. Dibawah ini beberapa gizi yang dibutuhkan ibu saat menyusui :

- 1) Diet berimbang, protein, mineral dan vitamin
- 2) Konsumsi tambahan kalori sebanyak 500 kalori setiap hari
- 3) Kapsul Vit. A 200.000 unit
- 4) Minum 2 liter setiap hari (< 8 liter)
- 5) Fe/ tablet penambah darah sampai 40 hari setelah persalinan

2. Ambulasi

Early Ambulation atau ambulasi dini yaitu dimana tenaga kesehatan membimbing ibu *post partum* untuk belajar bangun dari tempat tidur secepat mungkin hingga berjalan. Pada waktu 24-48 jam *post partum*, ibu *post partum* sudah diperbolehkan untuk bangun dari tempat tidur. Hal ini diperlakukan secara bertahap.

Namun ambulasi ini bagi ibu *post partum* yang memiliki penyakit seperti anemia, penyakit jantung, demam, penyakit paru-paru atau penyakit lainnya tidak dibenarkan untuk dilakukan. Dibawah ini ada beberapa keuntungan dari ambulasi, diantaranya :

1. Fungsi usus dan kandung kemih akan lebih baik
2. Ibu akan merasa lebih sehat
3. Kemungkinan kita dapat mengajarkan ibu untuk merawat bayinya
4. Tidak mempengaruhi atau memperburuk proses setelah melahirkan, tidak memperburuk penyembuhan luka, tidak menyebabkan perdarahan, dan tidak menyebabkan pembesaran kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri.

3. Eliminasi

Setelah 6 jam ibu *post partum* diharapkan sudah dapat berkemih, jika setelah 8 jam kandung kemih penuh atau bahkan belum juga berkemih disarankan untuk menggunakan kateterisasi. Dibawah ini ada beberapa hal yang menyebabkan sulit berkemih atau retensio urine pada *post partum*, diantaranya :

- 1) Dinding kandung kemih kurang sensitif
- 2) Otot-otot perut masih lemah
- 3) Pada ibu *post partum* di harapkan sudah bisa defekasi atau BAB pada hari kedua setelah melahirkan, bisa diberi obat rektal atau pencahar

4. Kebersihan Diri

Pada ibu post partum kebersihan diri sangatlah penting, karena pada ibu pos partum sangat rentan terkena infeksi, maka dari itu kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur juga lingkungan harus tetap dijaga kebersihannya. Di bawah ini ada beberapa langkah yang harus dilakukan, diantaranya :

- 1) Anjurkan untuk kebersihan tubuh khususnya perineum.
- 2) Ajarkan kepada klien teknik membersihkan alat kelamin menggunakan sabun dan air dari depan ke belakang.
- 3) Berikan saran untuk mengganti pembalut minimal 2 kali dalam sehari.
- 4) Membersihkan tangan atau mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.
- 5) Jika klien memiliki luka eposiotomi/ luka jahit atau laserasi pada alat kelamin, disarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

5. Istirahat dan Tidur

Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan dapat melakukan aktivitas rumah secara bertahap. Kurang istirahat tidur sangat berpengaruh terhadap produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi setelah persalinan. Alat-alat interna dan alat-alat eksterna akan kembali ke masa sebelum hamil (involusi) yaitu pada masa *post partum*. (W, 2019)

2.1.2 Perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum

1. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mengeras karena retraksi otot-ototnya dan kontraksi, uterus akan bertahap mengecil sampai pada keadaan sebelum hamil.

2. Lochea

Lochea atau cairan atau *secret* yang berasal dari vagina dan kavum uteri selama masa post partum (Sitti Saleha, 2009), di bawah ini ada beberapa jenis lochea, diantaranya :

a. Lochea Rubra

Lochea rubra ini masih berwarna merah karena berisi darah merah yang segar dan sisa- sisa selaput ketuban, lanugo, desidua, verniks kaseosa dan mekonium berlangsung 2 hari setelah persalinan.

b. Lochea Sanguilenta

Lochea sanguilenta ini berwarna merah kuning yang berisi darah juga lendir dan berlangsung di hari ke 3-7 setelah persalinan.

c. Lochea serosa

Lochea serosa ini berwarna kuning, karena mengandung jaringan desidua, serum, eritrosit dan leukit dan berlangsung 7-14 hari setelah persalinan.

d. Lochea alba

Lochea alba ini sudah berwarna putih yang terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua dan berlangsung 14 hari- 2 minggu berikutnya.

3. Endometrium

Timbulnya thrombosis akan menyebabkan terjadinya perubahan, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, pada hari pertama tebal endometrium yaitu 2,5 mm, dan setelah hari ke-3 endometrium akan rata.

4. Serviks

Serviks akan membuka atau menganga setelah persalinan, kemudian dapat dilalui 1 jari setelah 7 hari, dan bagian luar akan kembali normal setelah 4 minggu.

5. Vagina dan Perineum

Secara berangsur-angsur luasnya vagina berkurang akan tetapi sangat jarang ukuran kembali seperti ukuran nullipara, hymen tampak seperti tonjolan jaringan kecil dan akan berubah menjadi *karunkula mitiformis*. Rugae vagina kembali pada minggu ke-3. Laserasi atau jahitan dan udem yang terdapat pada perineum akan berangsur-angsur pulih 6-7 hari tanpa infeksi. Maka dari itu vulva hygiene perlu dilakukan.

6. Mamae atau Payudara

Proses laktasi terjadi secara alami bagi semua wanita yang telah melahirkan. Terdapat 2 mekanisme , yaitu : produksi susu, sekresi susu atau *let down*. Jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya yaitu mempersiapkan makanan bagi bayi selama kehamilan.

Efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan pada hari ke-3 setelah melahirkan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Disaat bayi menghisap puting, oksitosin merangsang ensit *let down* (mengalirkan) maka menyebabkan ejeksi ASI.

7. Sistem Pencernaan

Setelah 2 jam persalinan ibu akan merasa lapar, kecuali terdapat komplikasi persalinan, tidak ada alasan menunda makan, konstipasi terjadi karena psikis yang menyebabkan takut BAB karena adanya luka jahit perineum.

8. Sistem Perkemihan

Pada akhir minggu ke-4 setelah melahirkan pelvis ginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan akan kembali normal. Wanita yang setelah melahirkan mengalami proteinuri non patologis yang berjumlah kurang dari 40%, kecuali pada kasus preeklamsia.

9. Sistem Muskuloskeletal

Fasia, ligamen dan diafragma pelvis meregang saat kehamilan, namun akan berabgsur-angsur mengecil seperti semula.

10. Sistem Endokrin

Beberapa hormon yang berperan :

1) Oksitosin

Oksitosin berperan sebagai pencegah pendarahan dalam kontraksi uterus, membantu uterus untuk kembali normal. Produksi ASI dan sekresi oksitosin dapat dirangsang oleh isapan bayi.

2) Prolaktin

Prolaktin dikeluarkan oleh kelenjar yang dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI, jika ibu setelah melahirkan tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi.

3) Estrogen dan Progesteron

Estrogen setelah melahirkan akan menurun dan progesteron akan meningkat.

11. Perubahan Tanda-tanda Vital

1. Suhu tubuh

Suhu tubuh setelah melahirkan dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dan akan kembali normal setelah 2 jam *post partum* normal.

2. Tekanan Darah

Tekanan Darah dapat naik lalu kembali normal setelah beberapa hari jika tidak ada penyakit penyerta. Dan BB biasanya turun rata-rata 4,5kg.

3. Nadi

Nadi dapat terjadi bradikardi, namun jika takikardi harus waspada mungkin saja ada perdarahan.

4. Pernafasan

Pernafasan bisa sedikit meningkat namun tidak lama akan kembali normal.

5. Setelah melahirkan pada dinding abdomen akan muncul striae yang tidak dapat dihilangkan sempurna dan akan berubah menjadi putih (striae albicans).
6. Evaluasi tonus otot abdomen untuk menentukan diastatis (derajat pemisah otot rektus abdomen). 3 set otot abdominalis dimiliki oleh setiap wanita, yaitu rektus abdominalis, oblique, dan transverse. Rektus abdominalis adalah yang bergerak dari atas ke bawah yang merupakan otot bertempat di paling luar. Otot ini terbagi 2 yang lebarnya kurang lebih 0,5cm yang dinamakan rekti dan dihubungkan oleh jaringan fibrous (linea alba). (Wahyuningsih, Dida, & Jenny , 2019)

2.1.3 Perubahan Psikologis Pada Masa Post Partum

Menurut Rubin (1963) dalam Gaston (2011) terdapat 3 tingkat psikologis ibu setelah melahirkan diantaranya :

1. *Taking In* yaitu tahap ketergantungan

Pada tahap ini ibu hanya berorientasi pada kebutuhan diri sendiri, tahap ini berlangsung selama 1-2 hari, tingkah laku klien hanya berdiam diri atau pasif juga bergantung pada orang lain. Klien juga bersifat pasif terhadap lingkungan karena kelelahan dan juga sangat mudah tersinggung, perhatian klien tertuju pada perubahan tubuhnya. Klien belum ada inisiatif untuk kontak dengan bayi. Klien masih membutuhkan orang lain untuk memenuhi kebutuhannya yaitu makan dan istirahat tidur. Nafsu makan klien bertambah maka membutuhkan

peningkatan nutrisi. Proses pengembalian tubuh tidak berlangsung normal ditandai dengan kurangnya nafsu makan. Selain itu klien mengulangi pengalaman-pengalaman melahirkan setelah menyadari pengalamannya dalam melahirkan.

Pada tahap ini klien akan mengalami beberapa proses mengetahui, diantaranya :

a. Identifikasi

Klien akan mengidentifikasi bagian-bagian dari tubuh bayi untuk menyesuaikan dengan yang dia harapkan.

b. Menghubungkan

Klien menghubungkan kemiripan bayi dengan anggota keluarga yang lain.

c. Menginterpretasikan

Klien mengartikan tingkah laku bayi dan kebutuhan yang dirasakan. Pada tahap ini dikenal dengan istilah “ *finger tie touch*”

2. *Taking Hold* atau Tahap antara Ketergantungan dan Mandiri

Pada tahap ini terjadi perpindahan antara tahap ketergantungan ke tahap mandiri. Tahap ini terjadi selama hari ke-3 sampai hari ke-10 masa nifas. Berangsur- angsur energi klien mulai kembali dan merasa nyaman, juga mulai berfokus pada bayi yang dilahirkan. Klien mulai mandiri, dan akhirnya mulai memiliki inisiatif untuk merawat dirinya sendiri dan sering merasa khawatir terhadap fungsi tubuhnya. Klien

mulai mampu mengendalikan fungsi eliminasi dan memperhatikan aktivitas yang dilakukannya setiap hari. Jika klien merawat bayinya maka klien harus memperhatikan kualitas dan kuantitas ASI. Selain itu di tahap ini juga klien mulai antusias dalam merawat bayinya, klien mulai trampil dalam perawatan bayi baru lahir (contoh : memeluk, mengganti popok, memandikan) .

3. *Letting Go* atau Tahap Penerimaan Peran Baru

Pada tahap ini semua terjadi setelah klien sudah kembali ke rumah. Klien sudah menerima tanggung jawab terhadap bayinya, untuk merawatnya, atas ketergantungan bayinya dan beradaptasi terhadap penurunan otonomi, kemandirian dan interaksi sosial. Pada tahap ini klien mengalami 2 perpisahan, yaitu :

- a. Menerima dan mengerti bentuk fisik dari bayinya
- b. Menjadi ibu yang merawat anak dan melepaskan peran ibu sebelum memiliki anak.

2.2 Konsep Seksio Sesarea

2.2.1 Definisi

Sectio Caesarea atau SC yaitu cara mengeluarkan janin atau bayi melalui dinding depan perut dengan cara membuat sayatan di dinding uterus. (Sofian, 2012)

2.2.2 Etiologi

Penyebab dilakukannya Seksio Sesarea terbagi dua, yaitu :

1. Penyebab yang berasal dari ibu
 - 1) Sejarah kehamilan atau persalinan yang buruk
 - 2) Terdapat panggul sempit
 - 3) Preeklamsia atau eklamsia
 - 4) Primigravida kelainan letak
 - 5) Kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM)
 - 6) Atas permintaan dan plasenta previa
2. Penyebab yang berasal dari janin
 - 1) Mal posisi kedudukan janin
 - 2) Gawat janin
 - 3) Kegagalan persalinan vakum
 - 4) Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil

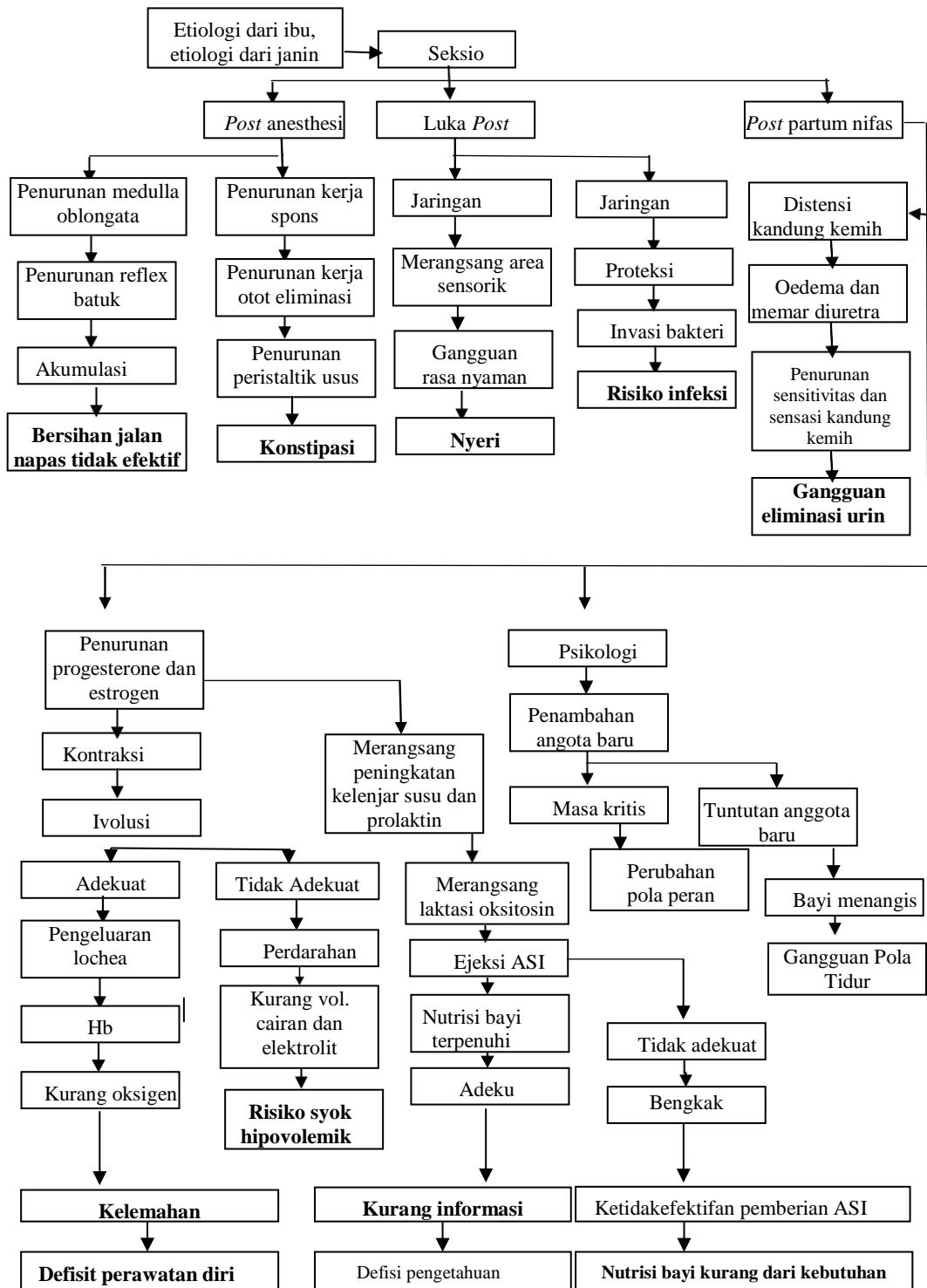
(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2.3 Patofisiologi

Seksio Sesarea dilakukan jika ibu atau janin mengalami kelainan yang menyebabkan tidak mungkin dilakukannya persalinan secara normal. Namun sekarang seksio sesarea sudah menjadi salah satu pilihan persalinan.

Ada beberapa hambatan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal : seperti panggul sempit, mal presentasi janin, preeklamsi, partus lama, plasenta previa, distokksia service, rupture

sentralis dan leteralis, kondisi tersebut yang menyebabkan harus dilakukannya tindakan operasi seksio sesarea. Setelah proses operasinya dilakukan akan membuat klien mengalami mobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelemahan dan kelumpuhan sementara yang menyebabkan klien tidak bisa melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri sehingga menimbulkan masalah deficit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan dan perawatan setelah operasi menimbulkan masalah ansietas. Selain itu dilakukannya insisi pada dinding abdomen dalam proses pembedahan yang menyebabkan inkontinuitas jaringan, saraf-saraf dan pembuluh darah di daerah insisi. Dan ini akan merangsang pengeluaran prostaglandin dan histamin sehingga menimbulkan rasa nyeri. Setelah proses operasi selesai daerah insisi akan ditutup juga menimbulkan luka post operasi yang jika tidak dirawat dengan baik bisa menimbulkan masalah resiko infeksi (Sugeng, 2010)



Bagan 2.1 Bagan Patofisoplogi SC (Nurarif & Kusuma , aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis & nanda Nic Noc, 2015)

2.2.5 Manifestasi Klinis

- a) Plasenta previa lateralis dan sentralis
- b) Rupture uteri mengancam
- c) Panggul sempit
- d) Ketidakseimbangan ukuran kepala dan panggul
- e) Partus tak maju
- f) Pre-eklamsia dan hipertensi
- g) Malpresentasi janin (gemeli, letak lintang, letak bokong)
- h) Distosia serviks

(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemantauan EKG
2. Urinalisis
3. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
4. Golongan darah
5. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
6. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
7. Hemoglobin/Hematokrit
8. Urinalisis
9. Ultrasound sesuai pesanan

(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2.7 Penatalaksanaan Medis

1. Pemberian cairan
2. Diet, biasanya pemberian cairan intravena dihentikan jika klien sudah flatus dan mulai diberikan peroral, contohnya air putih atau teh setelah 6-10 jam setelah operasi.
3. Mobilisasi, mobilisasi ini secara bertahap yang dilakukan setelah 6-10 jam setelah operasi yang dimulai dengan miring kanan dan miring kiri
4. Kateterisasi
5. Pemberian obat-obatan : antibiotik, analgetik, dan obat lainnya
6. Perawatan luka
7. Perawatan rutin : yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital

(Manuaba, 2008)

2.3 Anatomi dan Fisiologi Seksio Sesarea

1. Bagian Abdomen

1) Kulit

Lapisan kulit terbagi menjadi 2, yaitu lapisan kutikula atau yang lebih dikenal lapisan epidermis dan lapisan dermis atau korium

a. Lapisan Epidermis

Lapisan epidermis terdiri dari sejumlah lapisan sel yang disusun atas dua lapis yang jelas nampak : selapis zona germinalis dan selapis lapisan tanduk, lapisan epidermis juga tersusun atas epitalium berlapis.

b. Lapisan Dermis

Lapisan dermis tersusun atas jaringan ikat yang elastis dan jaringan fibrus. Didalamnya berisi ranting-ranting pembuluh darah kapiler pada papil-papil kecil yang tersusun pada permukaan dermis (Pearce, 2011)

2. Dinding perut lateral dan anterior

1. *Rectus abdominis*, otot ini disilang oleh beberapa pita fibrosa dan juga berada di dalam selubung. *Rectus abdominis* ini melebar luas dari bagian depan margo costalis di atas dan pubis di bagian atas.
2. *Linea alba* merupakan pita jaringan fibrosa yang membentang dari processus xiphoideus sternum menuju symphysis pubis, dan memisahkan kedua musculus rectus abdominis.
3. *Obliquus externus, transversus* dan *obliquus externus* merupakan otot yang pipih yang membentuk dinding abdomen pada bagian depan dan samping. Serat obliquus externus berjalan ke arah atas bawah dan atas, serat obliquus internus berjalan ke arah atas dan depan, dan serat transversus atau otot terdalam dari ketiga otot dinding perut berjalan secara transversal. Pada bagian depan ketiga otot berakhir dalam selubung yang menutupi rectus abdominis.

3. Dinding perut posterior

Quadratus Lumborum merupakan otot yang pendek berbentuk persegi di belakang abdomen, menuju crista iliaca di bawah dari costa kedua belas di

atas. Otot ini mempertahankan stabilitas costae dalam respirasi maka diafragma dapat menariknya.



Gambar 2.3 Abdomen Pasca Operasi

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, pekerjaan, status pernikahan, agama, suku/bangsa, nomor *medicak record*, diagnosa medik, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal pengkajian, yang mengantar ke Rumah Sakit, cara masuk Rumah Sakit, alasan masuk Rumah Sakit, keadaan umum, tanda-tanda vital

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Menguraikan keluhan utama yang dirasakan klien saat pertama kali dikaji, tindakan yang dilakukan, sampai proses klien datang ke Rumah Sakit.

b) Keluhan utama saat dikaji

Menguraikan keluhan utama saat dikaji yang dirasakan oleh klien dengan post Seksio Sesarea biasanya nyeri, cemas, dan kurangnya pengetahuan tentang perawatan luka Post Seksio Sesarea dan diuraikan menggunakan konsep PQRST.

1) *Provokatif / paliatif* :

Apa penyebabnya, apa yang memperberat dan apa yang mengurangi nyeri

2) *Qualitas / kuantitas* :

Dirasakan seperti apa, tampilannya, suaranya, dan berapa banyak.

3) *Region / radiasi* :

Lokasinya dimana, dan menyebar atau tidak

4) *Severity / scale* :

Intensitasnya (skala), pengaruh terhadap aktivitas

5) *Timing* :

Kapan keluhan itu muncul, seberapa lama, bersifat seperti apa (bertahap, sering, tiba-tiba, hilang timbul)

c. kesehatan dahulu

Meliputi penyakit yang dapat mempengaruhi seperti penyakit darah tinggi, infeksi pada ibu, DM atau jantung, atau klien pernah mengalami penyakit yang sama.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi apakah ada keluarga yang mengalami penyakit yang sama seperti yang dialami klien atau yang berbeda yang bersifat genetik ataupun tidak

e. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

a. Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Meliputi pertama kali haid atau umur pertama kali haid, siklus haid, lama haid, sifat darah (warna, bau, bentuk), keluhan dan HPHT.

b) Riwayat perkawinan

Meliputi usia klien saat menikah, usia saat suami klien menikah, usia pernikahan, pernikahan yang seberapa untuk klien dan suami

c) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien, yang digunakan klien sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan kontrasepsi, masalah selama penggunaan

kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang digunakan setelah persalinan

b. Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan yang dirasakan pada kehamilan sebelumnya

b) Riwayat kehamilan sekarang

Meliputi usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, imunisasi TT, perubahan berat badan selama kehamilan, tempat pemeriksaan kehamilan, dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya

c) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan bayi waktu lahir, panjang badan bayi waktu lahir, masalah yang terjadi, komplikasi anak atau ibu

d) Riwayat persalinan sekarang

Meliputi persalinan beberapa bagi klien, tanggal persalinan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin bayi, berat badan dan APGAR score bayi dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama

e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan saat nifas sebelumnya

f) Riwayat nifas sekarang

Meliputi adanya perdarahan, jumlah darah, kontraksi uterus (biasanya kontraksi uterus keras), tinggi fundus uteri (biasanya setinggi pusat)

3. Pola aktifitas sehari-hari di Rumah Sakit dan di rumah

1) Pola nutrisi

Meliputi makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan, porsi makan, riwayat alergi makanan atau minuman ndan keluhan terhadap makan.

Meliputi minum : frekuensi, jumlah, jenis minuman, dan keluhan terhadap minum.

Pada klien *post* seksio sesarea biasanya akan mengalami penurunan pada nafsu makan karena masih merasa mual akibat dari efek anestesi yang masih ada atau faktor nyeri dari *post* seksio sesarea

2) Pola eliminasi

Meliputi BAK : frekuensi, jumlah, earna dan keluhan dalam BAK.

Pada klien *post* seksio sesarea biasanya dipasang kateter urin untuk klien BAK, dan biasanya kateter urin di lepas setelah klien POD 1

Meliputi BAB : frekuensi, warna, konsistensi, dan keluhan dalam BAB.

Pada klien *post* seksio sesarea biasanya akan mengalami penurunan karena faktor psikologis ibu yang masih trauma. Defekasi mungkin bisa terjadi setelah 2-3 hari *post* partum. Hipotonus dan dilatasi uterus juga pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil membutuhkan waktu 2-8 minggu.

3) Pola istirahat dan tidur

Meliputi tidur malam : waktu tidur, lama tidur, dan keluhan.

Tidur siang : waktu tidur, lama tidur, dan keluhan. Biasanya tidur klien terganggu karena rasa nyeri yang dirasakan akibat tindakan pembedahan Seksio Sesarea.

Pada klien *post* seksio sesarea biasanya akan mengalami penurunan pola istirahat dan tidur karena adanya nyeri akibat dari tindakan pembedahan tersebut

4) Personal Hygiene

Meliputi mandi : frekuensi, gosok gigi, keramas, guntig kuku, dan mencuci rambut. Biasanya perawatan diri pada klien dengan kondisi setelah melakukan tindakan pembedahan Seksio Sesarea masih harus dibantu karena rasa nyeri dan lemah.

5) Aktifitas dan latihan

Meliputi kegiatan atau pekerjaan dan aktifitas klien sehari-hari serta kegiatan yang dilakukan diwaktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit.

Pada klien *post* seksio sesarea biasanya akan mengalami nyeri dan lemas, maka aktivitas klien pun akan di bantu

4. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik Ibu

a. Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran, penampilan.

Pada klien *post* Seksio Sesarea biasanya klien masih lemah, tingkat kesadarannya *composmentis* (sadar sepenuhnya) dan terkadang sedikit pucat.

b. Tanda-tanda vital

Meliputi tekanan darah yang biasanya normal, respirasi kemungkinan meningkat karena respon terhadap nyeri, suhu tubuh normal, dan nadi antara 60-100x/menit.

c. Antropometri

Meliputi tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan saat hamil, dan berat badan setelah melahirkan.

d. Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Inspeksi bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut, palpasi ada tidaknya nyeri tekan

b) Wajah

Inspeksi bentuk wajah, keadaan wajah, biasanya adanya kloasma gravidarum, wajah klien bisa pucat, palpasi ada tidaknya nyeri tekan.

c) Mata

Inspeksi bentuk mata, inspeksi warna konjungtiva, biasanya konjungtiva anemis, refleks pupil terhadap cahaya, fungsi otot mata, lapang pandang, fungsi penglihatan, palpasi ada tidaknya nyeri tekan.

d) Telinga

Inspeksi bentuk telinga, kebersihan telinga, dan fungsi pendengaran, palpasi ada tidaknya nyeri tekan

e) Hidung

Inspeksi bentuk hidung, kebersihan hidung, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan, dan fungsi pendengaran.

f) Mulut

Inspeksi bentuk mulut, inspeksi kebersihan mulut, adanya stomatitis, keadaan bibir, keadaan gigi, keadaan tonsil, fungsi pengecap.

g) Leher

Inspeksi bentuk leher, adanya peningkatan JVP, pembesaran tiroid, ada tidaknya nyeri saat menelan.

h) Dada

Jantung, paru-paru, dan payudara

Inspeksi bentuk, adanya ketidaksimetrisan saat bernafas, palpasi ada tidaknya nyeri tekan, suara jantung *dalness* dan paru resonan, payudara biasanya keluar cairan bening kekuningan atau kolostrum, pada klien dengan *post partum* biasanya mengalami penurunan hormon estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan hormon prolaktin meningkat yang menyebabkan produksi ASI dan hormon oksitosin yang merangsang pengeluaran ASI. Sehingga pada keadaan ini akan terjadi peningkatan produksi ASI dan harus segera diberikan kepada bayi supaya tidak mengalami pembengkakan, inspeksi warna aerola biasanya hiperpigmentasi, inspeksi adanya pembengkakan, palpasi ada tidaknya nyeri tekan.

i) Abdomen

Pada hari pertama, biasanya tinggi fundus uteri 1 jari di bawah pusat, inspeksi adanya linea nigra, inspeksi keadaan sekitar perban luka, panjang luka, dan bentuk sayatan luka, biasanya klien mengeluh nyeri.

j) Punggung dan bokong

Inspeksi bentuk, adanya kelainan bentuk tulang belakang

k) Genitalia

Inspeksi bentuk, ada tidaknya edema, inspeksi warna dan jumlah lochea, biasanya hari pertama lochea rubra berwarna merah dengan jumlah cukup banyak dan berbau amis

l) Anus

Inspeksi bentuk, adanya hemoroid.

m) Ekstremitas

Ektemitas atas : rekleks trisep bisep

Kekuatan otot

Ekstremitas bawah : refleks patela, kekuatan otot, kemungkinan kekuatan otot klien masih lemah dan terbatas karena adanya nyeri dan tromboplebitis.

2. Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaan umum

Meliputi kesadaran bayi dengan menggunakan APGAR score dan penampilan bayi.

b) Antropometri

Meliputi berat badan, panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan atas dan lingkaran dada.

3. Analisa Data

Data yang sudah ada dan terkumpul kemudian dikelompokkan, dalam pengelompokan data dibedakan menjadi data objektif dan data subjektif.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) bahwa diagnosa yang dapat muncul pada ibu post seksio sesarea diantaranya :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum

4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
5. Gangguan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
8. Defisit perawatan diri : mandi, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum
9. Konstipasi
10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

2.4.3 Rencana Keperawatan

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan Seksio Sesarea adalah :

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

Tabel 2.1 Tabel Rencana Keperawatan Krtidak efektifan Bersihan Jalan Nafas
(Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-
NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Batasan karakteristik : 1. Tidak ada batuk 2. Suara nafas tambahan 3. Perubahan frekuensi nafas 4. Perubahan irama nafas 5. Sianosis 6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara 7. Penurunan bunyi nafas 8. Dipsneu 9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan 10. Batuk yang tidak efektif 11. Orthopneu 12. Gelisah 13. Mata terbuka lebar Faktor yang	NOC 1. Respiratory status : ventilation 2. Respiratory status : airway patency Kriteria Hasil: 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan, dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu mengidentifikasi faktor yang dapat menghambat jalan nafas	NIC Mempertahankan jalan nafas yang adekuat 1. Evaluasi frekuensi/kedalaman pernafasan dan suara nafas 2. Atur posisi kepala sesuai usia dan kondisi/gangguan 3. Mengeluarkan sekresi : tinggikan kepala tempat tidur/ ubah posisi jika diperlukan	Mempertahankan jalan nafas yang adekuat 1. Takipneu biasanya terjadi pada beberapa derajat dan dapat terlihat saat terjadi stress pernafasan. Pernafasan menjadi dangkal. Beberapa derajat bronkospasme terjadi pada obstruksi jalan nafas dan dapat atau tidak ditandai dengan suara nafas tambahan, seperti crecels, suara redup dengan mengi saat ekspirasi (emfisema), atau tidak adanya suara nafas (asma berat) 2. Mengatur posisi kembali kepala menjadi sesuatu yang diperlukan untuk membuka atau mempertahankan jalan nafas tetap terbuka pada individu yang mengalami imobilisasi atau gangguan 3. Mengeluarkan sekresi : posisi yang tinggi atau tegak lurus memfasilitasi fungsi pernafasan dengan gangguan

berhubungan :

1. Lingkungan
 - a. Perokok pasif
 - b. Mengisap asap
 - c. Merokok
2. Obstruksi jalan nafas
 - a. Spasme jalan nafas
 - b. Mokus dalam jumlah berlebihan
 - c. Eksudat dalam jalan alveoli
 - d. Materi asing dalam jalan nafas
 - e. Adanya jalan nafas buatan
 - f. Sekresi bertahan /sisa sekresi
 - g. Sekresi dalam bronki
3. Fisiologis
 - a. Jalan nafas alergik
 - b. Asma
 - c. Penyakit paru obstruktif kronik
 - d. Hiperplasi dinding bronkia
 - e. Infeksi
 - f. Disfungsi

4. Instruksikan klien untuk latihan nafas dalam dan batuk saat membalut luka insisi
5. Mobilisasi klien sedini mungkin
6. Beri obat (misalnya bronchodilator, mukolitik, dan anti inflamasi) sesuai indikasi
7. Beri nebulizer ultrasonic atau alat pelembab udara ruangan humidifier
8. Pantau tanda-tanda vital , dengan mencatat darah, atau perubahan denyut nadi, observasi peningkatan denyut nadi, observasi peningkatan frekuensi pernafasan, dan penggunaan otot napas
9. Monitor status oksigen pasien
10. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning

- gravitasi. Bagaimanapun yang mengalami distress pernafasan akan mencari posisi yang nyaman
4. Untuk memaksimalkan upaya batuk, ekspansi paru, dan drainase, dan mengurangi nyegangguan nyeri
 5. Mengurangi resiko atau efek atelaktasis, yang meningkatkan ekspansi paru dan drainase bagian paru yang berbeda
 6. Untuk merileksasikan otot polos pernafasan, mengurangi edema jalan nafas dan mengeluarkan sekresi
 7. Untuk memberikan kelembaban tambahan sehingga membantu mengurangi kekentalan sekresi
 8. Menunjukkan perburukan gawat napas
 9. Untuk mengetahui ketidakabnormalan oksigen pasien
 10. Untuk mengetahui kebutuhan pasien
-

nourom uskular	11. Auskultasi suara nafas sesudah dan sebelum suctioning 12. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning 13. Monitor respirasi dan status oksigen 14. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 15. Aiway managemen	11. Untuk mengetahui suara nafas setelah di beri suction 12. Supaya klien dan keluarga mengetahui informasi tentang suction 13. Untuk mengetahui perkembangan pasien 14. Untuk membersihkan jalan nafas klien 15. Untuk membantu pernafasan klien
-------------------	---	---

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)

Tabel 2.2 Tabel Rencana Keperawatan Pada Nyeri Akut(Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut b.d agen injuri fisik Definisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa yang berlangsung < 6 bulan Batasan karakteristik : 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekuensi jantung 4. Perubahan frekuensi pernafasan	NOC 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level Kriteria Hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali	NIC Pain Management 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal atau ketidaknyamanan	1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri 2. Pasien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung

5. Laporan isyarat	nyeri (skala,	bermanfaat
6. Diaforesis	intensitas,	dalam
7. Perilaku distraksi (berjalan, mondar-mandir mencari aktivitas lain, aktivitas yang berulang)	frekuensi, dan tanda nyeri)	mengenali adanya nyeri
8. Mengekspresikan perilaku (gelisah, merengek, menangis)	4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	mengindikasikan kebutuhan untuk evaluasi lebih lanjut
9. Sikap melindungi area nyeri	3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	3. Meyakinkan klien untuk mendapatkan perawatan yang intensif
10. Indikasi nyeri yang dapat diamati	4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	4. Menentukan kultur pada klien
11. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri	5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	5. Untuk mengetahui pengalaman nyeri di masa lampau
12. Sikap tubuh melindungi	6. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	6. Dukungan dan dorongan dapat memberikan ketenangan bagi pasien
13. Dilatasi pupil	7. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	7. Mengurangi ketidaknyamanan sehingga dapat meningkatkan kemampuan koping
14. Melaporkan nyeri secara verbal	8. Kurangi faktor presipitasi nyeri	8. Untuk memberikan kenyamanan klien
15. Gangguan tidur	9. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)	9. Teknik non farmakologi dapat mengalihkan nyeri yang dirasakan dan penanganan farmakologi dapat membantu mengurangi nyeri
Faktor yang berhubungan	10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	10. Untuk memudahkan menentukan perencanaan
1. Agen cedera (biologis, zat kimia, fisik, psikologi)		

-
- | | |
|--|---|
| 11. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi | 11. Teknik non farmakologi dapat mengalihkan nyeri yang dirasakan |
| 12. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri | 12. Analgetik dapat membantu mengurangi rasa nyeri dengan menghambat proses transduksi yaitu mengurangi sensasi nyeri |
| 13. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri | 13. Untuk mengetahui keefektifannya kontrol nyeri |
| 14. Tingkatkan istirahat | 14. Istirahat sangat berperan penting dalam proses mengurangi nyeri |
| 15. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil | 15. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut |
| 16. Monitor penerimaan pasien dengan manajemen nyeri | 16. Untuk mengetahui perkembangan nyeri |

Analgetik administration

- | | |
|---|---|
| 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat | 1. Untuk mengetahui perkembangan nyeri sebelum dan sesudah diberikan obat |
| 2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi | 2. Untuk menghindari kesalahan dalam pemberian obat |
| 3. Cek riwayat alergi | 3. Untuk menghindari |
-

	alergi obat yang dimiliki klien
4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik analgesik ketika pemberian lebih dari satu	4. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi
5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri	5. Untuk menyesuaikan dengan nyeri yang dirasakan
6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian dan dosis optimal	6. Untuk memberikan obat dengan benar
7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur	7. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi
8. Monitor <i>vital sign</i> sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	8. Untuk mengetahui perkembangan dan keefektifan terapi (tekanan darah, frekuensi pernafasan berubah pada nyeri akut)
9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	9. Untuk membantu menurunkan nyeri yang dirasakan
10. Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala	10. Untuk mengetahui keefektifitasan dari terapi

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum

Tabel 2.3 Tabel Rencana Keperawatan Pada Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan(Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan karakteristik : 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makanan 4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal 5. Kerapuhan kapiler 6. Diare 7. Kehilangan rambut berlebih 8. Bising usus hiperaktif 9. Kurang makanan 10. Kurang informasi 11. Kurang minat pada makanan 12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat 13. Kesalahan konsepsi 14. Kesalahan informasi 15. Membran mukosa pucat 16. Ketidakmampuan memakan makanan 17. Tonus otot menurun 18. Mengeluh gangguan sensasi rasa 19. Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA 20. Cepat kenyang setelah makan 21. Sariawan rongga mulut 22. Kelemahan otot mengunyah 23. Kelemahan otot untuk menelan	NOC 1. <i>Nutritional status</i> 2. <i>Intake</i> 3. <i>Weight control</i> Kriteria Hasil 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-tanda malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	NIC 1. Beri obat untuk nyeri atau mual dan efek samping obat 2. Yakinkan diet yang dimakan mengandung banyak serat untuk mencegah konstipasi 3. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 4. Hindari makanan yang menyebabkan intoleransi motilitas lambung	1. Untuk meningkatkan kenyamanan fisik dan nafsu makan 2. Makanan yang mengandung banyak serat dapat memperlancar pencernaan 3. Mengetahui jumlah nutrisi dan kandungan kalori yang didapatkan 4. Untuk mengurangi ketidaknyamanan setelah makan

Faktor yang berhubungan :

1. Asupan diet kurang

Populasi beresiko

1. Faktor biologis
2. Kesulitan ekonomi

Kondisi terkait

1. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien
2. Ketidakmampuan mencerna makanan
3. Ketidakmampuan makan
4. Gangguan

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

Tabel 2.4 Tabel Rencana Keperawatan Pada Ketidakefektifan pemberian ASI (*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015*)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi : ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI Batasan karakteristik :	NOC 1. Breastfeding ineffective 2. Breathing pattern ineffective 3. Breastfeeding interrupted Kriteria Hasil :	NIC 1. Kaji pengetahuan klien tentang pemberian ASI dan tingkat intruksi yang diterima sebelumnya 2. Dorong diskusi pengalaman pemberian ASI saat ini dan sebelumnya 3. Catat pengalaman yang tidak memuaskan sebelumnya	1. Mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan masalah yang ditemui untuk mengembangkan rencana keperawatan 2. Mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan masalah yang ditemui untuk mengembangkan rencana keperawatan 3. Seringkali masalah yang tidak teratasi dan masalah yang diceritakan orang lain dapat menyebabkan keraguan tentang kesempatan untuk berhasil
1. Ketidakadeguan suplai ASI 2. Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara 3. Bayi menangis pada payudara 4. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui 5. Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui 6. Ketidakmampuan bayi untuk latchon pada payudara ibu secara tepat 7. Menolak latching on 8. Tidak responsive terhadap kenyamanan lain	1. Kematapan pemberian ASI : bayi : perlekatan pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI 2. Kematapan pemberian ASI : ibu : kematapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk		

9. Ketidak cukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui		memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI
10. Tampak ketidaktahuan asupan susu	3.	Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi
11. Penurunan berat badan bayi terus menerus		
12. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui	4.	Penyapihan pemberian ASI
13. Tidak tampak tanda pelepasan ositosin	5.	Diskontinuitas progresif pemberian ASI
14. Tidak mengisap payudara terus-menerus	6.	Pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI.
Faktor yang berhubungan		Ibu : mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera
1. Deficit pengetahuan		Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting
2. Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan		Mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI
3. Diskontinuitas pemberian ASI		
4. Ambivalen ibu		
5. Ansietas ibu		
6. Anomaly payudara ibu		
7. Keluarga tidak mendukung		
8. Pasangan tidak mendukung		
9. Reflek menghisap buruk		
10. Prematuritas		
11. Pembedahan payudara sebelumnya		
12. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya		

5. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.5 Tabel Rencana Keperawatan Gangguan eliminasi urin(Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan eliminasi urine Definisi : disfungsi pada eliminasi urine Batasan karakteristik : 1. Disuria 2. Sering berkemih 3. Anyang-anyangan 4. Inkontinensia 5. Nokturia 6. Retensi 7. Dorongan Faktor yang berhubungan 1. Obstruksi anatomic 2. Penyebab multiple 3. Gangguan sensorik motorik 4. Infeksi saluran kemih	NOC 1. <i>Urinary elimination</i> 2. <i>Urinary continuence</i> Kriteria Hasil : 1. Kandung kemih kosong secara penuh 2. Tidak ada residu urine > 100-200cc 3. Intake cairan dalam rentang normal 4. Bebas dari ISK 5. Tidak ada spasme bladder 6. Balance cairan seimbang	NIC 1. Memantau asupan dan keluaran 2. Membantu dengan toilet secara berkala 3. Anjurkan pasien/ keluarga untuk merekam output urine	1. Untuk menentukan tingkat hidrasi 2. Untuk melatih kandung kemih, berkemih yang dijadwalkan. 3. Untuk mengetahui jumlah ouput urine

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.6 Tabel Rencana Keperawatan Pada Gangguan Pola Tidur (Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor ekrternal Batasan karakteristik : 1. Perubahan pola tidur normal 2. Penurunan kemampuan berfungsi 3. Ketidakpuasan	NOC 1. <i>Anxiety reduction</i> 2. <i>Comfort level</i> 3. <i>Pain level</i> 4. <i>Rest : extent and pattern</i> 5. <i>Sleep : extent ang pattern</i> Kriteria Hasil 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal	NIC 1. Ciptakan lingkungan yang nyaman 2. Kolaborasi pemberian obat tidur 3. Monitor/ catat kebutuhan tidur pasien setiap hari	1. Untuk memberikan kesiapan untuk tidur dan meningkatkan durasi dan kualitas tidur 2. Untuk membantu tidur 3. Untuk memastikan intensitas dan

tidur	3. Perasaan segar dan jam	durasi masalah
4. Menyatakan sering terjaga	sesudah tidur atau istirahat	4. Untuk mengetahui masalah tidur pasien
5. Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur	4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	
6. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat		
Faktor yang berhubungan :		
1. Kelembaban lingkungan sekitar		
2. Suhu lingkungan sekitar		
3. Tanggung jawab member asuhan		
4. Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap		
5. Gangguan (mis, untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan labolatorium)		
6. Kurang kontrol tidur		
7. Kurang privasi, pencahayaan		
8. Bising, bau gas		
9. Restrain fisik, teman tidur		
10. Tidak familier dengan prabot tidur		

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

Tabel 12.7 Tabel Rencana Keperawatan Pada Resiko Infeksi(Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi	NOC	NIC	
Definisi :	<i>Immune Status</i>	1. cuci tangan	1. pertahanan pertama ini terhadap infeksi terkait layanan
Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik	<i>Knowledge : infection control Risk control</i>	sebelum dan sesudah aktivitas	
Faktor-faktor resiko :	Klien bebas dari tanda		

1. Penyakit kronis:	dan gejala infeksi		kesehatan
1) Diabetes melitus	Mendeskripsikan	2. inspeksi	2. kemerahan,
2) Obesitas	proses penularan	kondisi luka/	hangat,
2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemaanjan patogen	penyakit faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaanya,	insisi bedah	pembengkakan, nyeri, lapisan merah merupakan tanda perkembangan infeksi setempat yang dapat memiliki implikasi sistemik jika terapi terlambat
3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat	1. menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi		
1) Gangguan peritalsis	2. jumlah leukosit dalam batas normal		
2) Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena, prosedur invasif)	3. menunjukkan perilaku hidup sehat		
3) Perubahan sekresi pH			
4) Penurunan kerja siliaris			
5) Pecah ketuban dini			
6) Pecah ketuban lama		3. infeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	3. untuk mengetahui tanda-tanda adanya infeksi
7) Merokok			
8) Stasis cairan tubuh			
9) Trauma jaringan (trauma destruksi jaringan)			
4. Ketidak adekuatan pertahanan sekunder			
1) Penurunan hemoglobin		4. ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	4. untuk memberi pengetahuan tentang tanda-tanda adanya infeksi
2) Imunosekresi			
5. Vaksinasi tidak adekuat			
6. Pemajanan terhadap patogen			
7. Lingkungan meningkat		5. laporan kecurigaan infeksi	5. untuk dilakukan tindakan terhadap luka
1) Wabah			
8. Prosedur invasif			
9. Malnutrisi		6. Ajarkan cara menghindari infeksi salah satunya dengan cara mencuci tangan dengan tepat	6. Mengajarkan teknik mencuci tangan yang baik dan benar dapat menghindari resiko terjadinya infeksi
		7. Berikan terapi antibiotik	7. Sebagai proteksi terhadap infeksi
		8. Instrusikan klien untuk meminum antibiotik sesuai resep	8. Untuk membantu menghindari resiko infeksi

8. Defisit perawatan diri : mandi, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum

Tabel 2.8 Tabel Rencana Keperawatan Pada Defisit Perawatan Diri(Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri mandi Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/ aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri Batasan karakteristik : 1. Ketidak mampuan untuk mengakses kamar mandi 2. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi 3. Ketidakmampuan menjangkau sumber air 4. Ketidakmampuan mengatur air mandi 5. Ketidakmampuan membasuh tubuh Faktor yang berhubungan : 1. Gangguan kognitif 2. Penurunan motivasi 3. Kendala lingkungan 4. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh 5. Ketidakmampuan merasakan hubungan spesial 6. Gangguan muskuloskeletal 7. Gangguan neuromuskular	NOC <i>1. Activity Intolerance</i> <i>2. Mobility : physical impaired</i> <i>3. Self Care Deficit Hygiene</i> <i>4. Sensory perception, auditory disturbed</i> Kriteria Hasil : 1. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 2. Mengucapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh	NIC 1. Pertimbangkan budaya pasien ketika meningkatkan aktivitas perawatan diri 2. Pertimbangkan usia pasien ketika meningkatkan aktivitas perawatan diri 3. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri 4. Monitor kebutuhan pasien terhadap alat-alat kebersihan, alat untuk berpakaian, berdandan, makan dan eliminasi 5. Berikan peralatan kebersihan pribadi (misalnya sabun mandi, sikat gigi, diodorant dll) 6. Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri 7. Bantu pasien menerima kebutuhan (pasien) terkait dengan kondisi ketergantungannya 8. Lakukan	1. Karena budaya mempengaruhi perawatan diri klien 2. Untuk mengetahui aktivitas mana yang sesuai dengan klien 3. Untuk mengetahui aktivitas apa yang klien mampu 4. Memenuhi kebutuhan perawatan diri klien 5. Menjadi pendukung klien untuk melakukan perawatan diri 6. Membantu kebutuhan perawatan diri klien 7. Memenuhi kebutuhan perawatan diri klien 8. Untuk

8. Nyeri	pengulangan yang konsisten terhadap rutinitas kesehatan yang dimaksudkan untuk membangun perawatan diri	membiasakan klien melakukan perawatan diri
9. Gangguan persepsi		
10. Ansietas berat		
	9. Dorong pasien untuk melakukan aktivitas normal sehari-hari sampai batas kemampuan pasien	9. Membantu klien membiasakan terhadap aktivitas klien
	10. Dorong kemampuan pasien, namun bantu pasien ketika pasien tidak mampu melakukannya	10. Membantu klien dalam aktivitasnya
	11. Ajarkan keluarga untuk mendukung kemandirian pasien dengan cara keluarga hanya membantu pasien jika pasien tak mampu melakukannya	
	12. Ciptakan rutinitas perawatan diri	

9. Konstipasi

Tabel 2.9 Tabel Rencana Keperawatan Pada Konstipasi (Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi	NOC	NIC	
Definisi : penurunan pada frekuensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses/ pengeluaran feses yang kering, keras, dan banyak	1. <i>bowel elimination</i> 2. <i>hydration</i> kriteria Hasil : 1. mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari 2. bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 3. mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi	1. anjurkan pasien/ keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 2. monitor tanda dan gejala konstipasi 3. observasi feses : konsistensi,	1. memberikan dasar untuk perbandingan , yang meningkatkan pengenalan terhadap perubahan 2. untuk mengetahui tanda-tanda terjadinya konstipasi 3. memberikan dasar untuk
Batasan karakteristik :	1. Nyeri abdomen 2. Nyeri tekan		

abdomen dengan teraba resistensi otot	berbentuk	frekuensi, dan volume	perbandingan , yang meningkatkan pengenalan terhadap perubahan
3. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot		4. diskusikan kebiasaan defekasi yang normal	4. membantu mengidentifikasi persepsi klien terhadap masalah
4. Anoraksia		5. kolaborasi pemberian laksatif	5. untuk membantu melancarkan defekasi
5. Penampilan tidak has pada lansia (perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu tubuh)			
6. Darah merah pada feses			
7. Perubahan pada pola defekasi			
8. Penurunan frekuensi			
9. Penurunan volume feses			
10. Distensi abdomen			
11. Rasa rektal penuh			
12. Rasa tekanan rektal			
13. Keletihan umum			
14. Feses keras dan berbentuk			
15. Sakit kepala			
16. Bising usus hiperaktif			
17. Bising usus hipoaktif			
18. Peningkatan tekanan abdomen			
19. Tidak dapat makan, mual			
20. Rembesan feses cair			
21. Nyeri saat defekasi			
22. Massa abdomen yang dapat diraba			
23. Perkusi abdomen pekak			
24. Sering flatus			
25. Mengejan pada saat defekasi			

26. Tidak dapat mengeluarkan feses
27. Muntah

10. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.10 Tabel Rencana Keperawatan Pada Resiko Syok (Hipovolemik)(Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok (hipovolemik) Definisi : beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa Faktor resiko : 1. Hipotensi 2. Hipovolemi 3. Hipoksemia 4. Hipoksia 5. Infeksi 6. Sepsis 7. Sindrom	NOC 1. <i>Syok prevention</i> 2. <i>Syok management</i> Kriteria Hasil : 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan 5. Natrium serum dalam batas normal 6. Kalium serum dalam batas normal 7. Klorida serum dalam batas normal 8. Kalsium serum dalam batas normal 9. Magnesium serum dalam batas normal 10. PH darah serum dalam batas normal Hidrasi 1. Indikator : 1) Mata cekung tidak ditemukan 2) Demam tidak ditemukan 3) TD dalam batas normal 4) Hematokrit dalam batas normal	NIC 1. Berikan cairal IV atau oral yang tepat 2. Observasi tanda-tanda vital, earna kulit, suhu kulit 3. Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok 4. Monitor input dan output	1. Untuk mempertahankan volume sirkulasi dan mencegah kondisi syok yang berhubungan dengan dehidrasi dan hipovolemia 2. Untuk perubahan yang berkaitan dengan kondisi syok seperti kuku jari kebiruan, kulit dingin, perubahan gangguan sirkulasi sistemik dan hipoperfusi 3. Untuk memberi pengetahuan tentang tanda dan gejala syok 4. Untuk mengetahui jumlah intake dan output

11. Resiko perdarahan

Tabel 2.11 Tabel Rencana Keperawatan Pada Resiko Perdarahan (*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015*)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definisi : beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan Faktor resiko : 1. Aneurisme 2. Sirkumsisi 3. Defisiensi pengetahuan 4. Koagulopati intravaskuler diseminata 5. Riwayat jatuh 6. Gangguan gastrointestinal (penyakit ulkus lambung, polip, varises) 7. Gangguan fungsi hati (sirosis, hepatitis) 8. Koagulopati inheren (trombositopenia) 9. Komplikasi pascapartum (atonia uteri, retensio plasenta) 10. Komplikasi terkait kehamilan (plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta) 11. Trauma 12. Efek samping terkait terapi (pembedahan, pemberian obat,	NOC <i>1. Blood lose severity</i> <i>2. Blood koagulation</i> Kriteria Hasil : 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole 4. Tidak ada perdarahan pervagina 5. Tidak ada distensi abdominal 6. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 7. Plasma, PT, PTT dalam batas normal	NIC 1. Observasi TVV 2. Observasi nilai LAB 3. Monitor tanda-tanda perdarahan 4. Identifikasi penyebab perdarahan 5. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output	1. Untuk menentukan apakah ada defisit cairan intravaskular 2. Untuk mengevaluasi resiko perdarahan 3. Untuk mengetahui tanda adanya perdarahan 4. Untuk mengetahui penyebab terjadinya perdarahan 5. Untuk mengetahui terjadinya syok hipovolemik

pemberian
produk
darahdefisiensi
trombosit,
kemoterapi)

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

Tabel 2.12 Tabel Rencana Keperawatan Pada Defisiensi Pengetahuan(Aplikasi
Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC, 2015)

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum Definisi : ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Batasan karakteristik : 1. Perilaku hiperbola 2. Ketidakakuratan mengikuti perintah 3. Ketidakakuratan mengikuti tes 4. Perilaku tidak tepat (histeria, bermusuhan, agitasi, apatis) 5. Pengungkapan masalah Faktor yang berhubungan 1. Keterbatasan kognitif 2. Salah intrepetasi informasi 3. Kurang pajanan 4. Kurang minat dalam belajar 5. Kurang dapat mengingat 6. Tidak familier dengan sumber informasi	NOC 1. <i>Knowlwdge disease proces</i> 2. <i>Knowledge health behavior</i> Kriteria Hasil : 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognisis, dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya	NIC 1. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 2. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat 3. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat 4. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat	1. Memberi pengetahuan tentang gejala dari penyakit 2. Mencari penyebab penyakit 3. Memberi pengetahuan terhadap penyakit 4. Memberi informasi terhadap keadaan pasien

2.5 Konsep Nyeri

2.5.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan terjadinya kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan sehingga menimbulkan pengalaman sensorial dan emosional atau perasaan yang tidak nyaman (Loe & Silness, 2013)

2.5.2 Fisiologi Nyeri

Reseptor dan rangsangan sangat berkaitan erat dengan munculnya nyeri. Reseptor yang dimaksud yaitu nosiseptor, nosiseptor memiliki sedikit mielin, mielin tersebut tersebar pada kulit, dan mukosa khususnya pada persendian, visera, kantong empedu, hati dan dinding arteri. Nosiseptor merupakan ujung-ujung saraf yang bebas. Stimulasi atau rangsangan berpengaruh terhadap adanya respon pada reseptor nyeri. Stimulasi tersebut yaitu berupa kimiawi, mekanis, listrik dan termal. Histamin, bradikinin, prostaglandin dan macam-macam asam seperti pada gastritis yaitu asam lambung yang meningkat atau stimulasi yang dilepaskan jika adanya kerusakan pada jaringan merupakan stimulasi oleh zat kimiawi. Selanjutnya reseptor menerima stimulasi yang ditransmisikan berupa implus-implus nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yaitu serabut yang bermielin rapat atau serabut A (delta) dan serabut C serabut lambat. Implus-implus yang ditransmisikan oleh serabut delta A memiliki sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Akar dorsal serta sinaps dorsal hom merupakan jalan untuk serabut-serabut

aferen masuk ke spinal. Dorsal horn memiliki beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan. Diantara lapisan dua dan tiga membentuk *substantia gelatinosa* yang merupakan saluran utama implus. Lalu implus nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama yaitu jalur *spinothalamus* atau jalur *spinothalamic tract* (STT) dan *spinoreticular tract* (SRT) yang membawa informasi terjadinya nyeri dari proses transmisi, yaitu jalur *nonopiate* dan jalur *opiate*. Jalur *nonopiate* yaitu jalur desenden yang tidak memberikan respons terhadap naloxone yang tidak banyak diketahui mekanismenya. Sedangkan jalur *opiate* yaitu yang terdiri atas jalur spinal desenden dari talamus yang ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak, yang melalui otak tengah dan medula, ke tanduk dorsal sumsum tulang belakang yang berkonduksi bersama nosiseptor implus supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi nosiseptor yang ditransmisikan oleh serabut A (Musrifatul & Alimul, 2015)

2.5.3 Klasifikasi Nyeri

Secara umum nyeri terbagi menjadi 2, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

1. Nyeri akut adalah nyeri yang timbul atau yang dirasakan secara mendadak dan dapat menghilang secara cepat. Dan untuk lamanya nyeri akut ini memiliki waktu tidak lebih dari 6 bulan, dengan ditandai adanya peningkatan ketegangan pada otot.
2. Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lama dan lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis ini merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan.

Terdapat 3 kategori yang termasuk dalam nyeri kronis, diantaranya sindrom nyeri kronis, nyeri terminal dan nyeri psikosomatis (Musrifatul & Alimul , 2015)

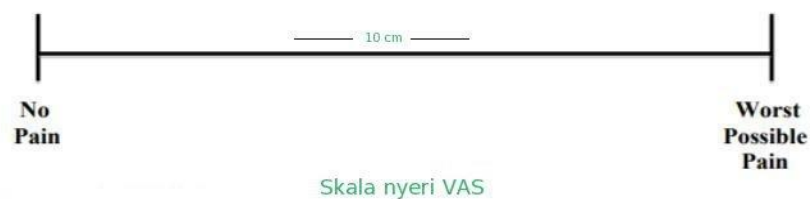
2.5.4 Pengukuran Intensitas Nyeri

Menurut McLafferty & Farley (2008) terdapat beberapa alat ukur nyeri (McLafferty & Farley, 2008)

Berikut ini ada beberapa cara untuk mengukur nyeri, diantaranya :

1. VAS atau *Visual Analog Scale*

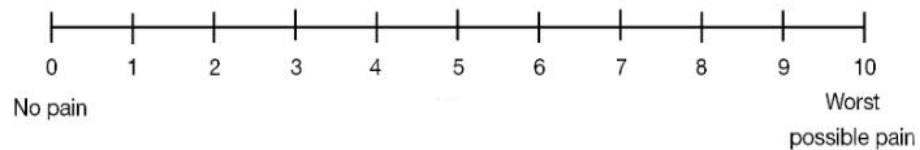
Metode pengukuran skala nyeri ini menilai nyeri dengan skala kontinu yang berupa garis vertikal atau horizontal, dengan panjangnya 10cm (100mm), skor 0 menunjukkan tidak nyeri dan skor 100 menunjukkan nyeri hebat. Biasanya tanda pada ujung garis ini bisa berupa pernyataan deskriptif atau angka. Cara pengukuran dengan metode ini yaitu pasien diminta memberikan tanda pada garis yang sudah disediakan, lalu diukur menggunakan penggaris, setelah itu dilihat dimana skala nyeri yang dirasakan pasien. Metode ini tidak bisa digunakan oleh pasien dengan pasien penurunan kesadaran, gangguan kognitif dan demensia (Hawker, 2011) (Evan, 2010) (Powell, 2010)



Gambar 2.2 Gambar Skala Nyeri *Visual Analog Scale* (Evan, 2010)

2. *Numeric Pain Rating Scale*

Metode pengukuran nyeri ini berupa garis lurus yang berbentuk horizontal dengan panjang 10cm, pada pengukuran skala nyeri ini pasien diminta untuk memberikan tanda pada angka yang ada pada gambar yang telah disediakan lalu memberikan titik pada angka dimana nyeri yang dirasakan. Setelah itu untuk mengetahui nyeri yang dirasakan tinggal melihat tanda yang pasien berikan, dan untuk nilainya, skor 0 menunjukkan tidak nyeri dan skor 10 menunjukkan nyeri hebat (Hawker, 2011) (Evan, 2010) (Powell, 2010)



Gambar 2.3 Gambar Skala Nyeri *Numeric Rating Scale* (Evan, 2010)

3. *Verbal Rating Scale*

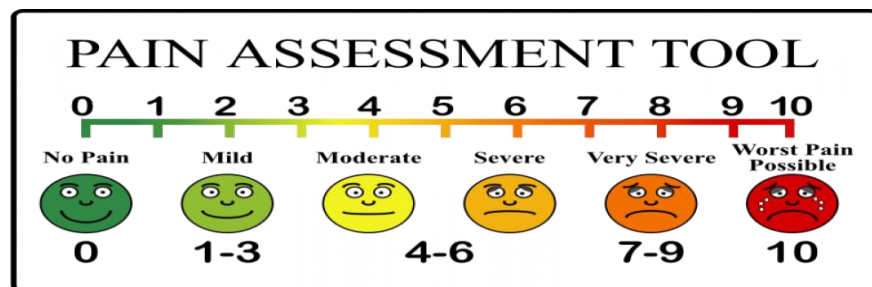
Metode ini merupakan metode pengukur skala nyeri yang bukan berupa angka atau garis untuk menggambarkan nyeri, yaitu merupakan skala verbal yang menggunakan kata-kata. Skala yang digunakan berupa tidak nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang, dan nyeri hebat. Dan hilang atau redanya nyeri dapat dinyatakan dengan tidak hilang sama sekali, sedikit berkurang, cukup berkurang, dan nyeri benar-benar hilang. Namun skala nyeri ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri karena skala ini memberikan keterbatasan pada pilihan kata pasien (Hawker, 2011) (Evan, 2010) (Powell, 2010)

None	Mild	Moderate	Severe
------	------	----------	--------

Gambar 2.4 ambar Skala Nyeri *Verbal Rating Scale* (Evan, 2010)

4. *Faces Pain Rating Scale*

Metode pengukuran skala nyeri ini berupa 6 gambar wajah yang memiliki ekspresi wajah yang berbeda-beda yang menggambarkan berbagai emosi, metode ini dapat berguna pada pasien yang memiliki gangguan kognitif ringan sampai sedang, juga metode ini dapat digunakan pada anak-anak (Hawker, 2011) (Evan, 2010) (Powell, 2010)



Gambar 2.5 Gambar Skala Nyeri *Faces Pain Rating Scale* (Evan, 2010)

2.5.5 Teknik Menggenggam Jari

a. Definisi

Teknik menggenggam jari adalah cara mudah untuk mengembangkan kecerdasan emosional dan mengelola emosi yaitu dengan cara teknik genggam jari ini. Terdapat meridian energi atau saluran yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi, disepanjang jari – jari tangan kita. Menarik nafas dalam sambil menggenggam jari dapat menyembuhkan dan mengurangi emosi dan ketegangan fisik, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik tempat keluar dan masuknya energi pada meridian yang terletak pada jari tangan. (Liana, 2013)

b. Patofisiologi

Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggam jari. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Evrianasar, Yosaria, & Ermasari, 2019)

c. Cara

Teknik ini merupakan teknik penggabungan antara relaksasi nafas dalam dan menggenggam jari yang di mulai dari ibu jari sampai ke lima jari dengan memiliki waktu 3 menit setiap jari tangan. Kemudian klien diminta untuk menarik nafas dalam dan menghembuskannya secara teratur bersamaan dengan melepaskan genggaman pada jari sambil membuang atau melepaskan semua perasaan-perasaan negatif dan masalah-masalah yang mengganggu pikiran klien. Teknik relaksasi genggam jari ini bisa dilakukan 3 kali dalam sehari dengan setiap 1 jari memiliki waktu 3 menit jadi 15 menit dalam 1 kali teknik, atau bahkan teknik ini juga bisa dilakukan jika sedang merasakan nyeri (Haniyah , Setyawati, & Sholikhah , 2017)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah prosedur atau pedoman serta teknik dalam perencanaan penelitian yang berguna sebagai panduan untuk membangun strategi yang menghasilkan model penelitian, disebut juga dengan penelitian.

Desain yang digunakan penulis yaitu studi kasus. Studi kasus ini merupakan studi untuk mengetahui dan mencari tahu masalah asuhan keperawatan pada klien dengan Post Seksio Sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut, dengan pengambilan berbagai data yang mendalam dan juga berbagai sumber informasi. Dan studi kasus ini memiliki batasan waktu dan tempat.

3.2 Batasan Istilah

Sesuai dengan judul studi kasus yaitu asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea di ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut, maka penulis harus memaparkan konsep tentang Seksio Sesarea juga membahas tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea mulai dari perencanaan, implementasi sampai dengan evaluasi yang sesuai dengan diagnosa medis dan masalah keperawatan yang terdapat pada judul studi kasus tersebut

1. Seksio Sesarea

Sectio Caesarea atau SC yaitu cara mengeluarkan janin atau bayi melalui dinding depan perut dengan cara membuat sayatan di dinding uterus. (Sofian, 2012)

2. Nyeri Akut

Nyeri merupakan terjadinya kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan sehingga menimbulkan pengalaman sensori dan emosional atau perasaan yang tidak nyaman (Loe & Silness, 2013)

3.3 Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian

Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian yang akan dilakukan dalam pembuatan studi kasus ini adalah dua orang klien Post Seksio Sesarea yang sama-sama memiliki masalah keperawatan nyeri akut.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Pembuatan studi kasus ini akan dilakukan di RSUD dr. Slamet Garut yang tepatnya di ruang Zade yaitu ruang nifas. Penulis akan melakukan studi kasus pada klien dari klien pertama kali masuk rumah sakit sampai klien pulang. Pada klien 1 akan dilakukan asuhan keperawatan dari tanggal 29 Januari 2020 sampai dengan 30 Januari 2020. Dan pada klien 2 dilakukan asuhan keperawatan dari tanggal 05 Februari sampai dengan 06 Februari 2020.

3.5 Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan penulis yaitu :

1. Wawancara

Melakukan wawancara terhadap klien ataupun keluarga klien untuk mendapatkan berbagai macam data dimulai dari identitas klien, penanggung jawab klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, aktivitas klien di rumah dan juga di rumah sakit, dan data-data lainnya.

2. Observasi

Selain menggunakan teknik wawancara, penulis juga mengumpulkan data dengan cara observasi, yaitu dengan melakukan observasi tanda-tanda vital dan respon nyeri klien, sesuai dengan diagnosa yang ada.

3. Pemeriksaan fisik

Selain menggunakan teknik wawancara dan observasi, penulis juga melakukan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan keluhan atau kelainan yang dirasakan oleh klien. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi). Ada beberapa pemeriksaan lainnya selain itu diantaranya, seperti pemeriksaan keadaan umum pada klien, tanda-tanda vital klien, antropometri, dan juga pemeriksaan psikologis, seperti adaptasi psikologi post partum, data sosial, konsep diri, pemenuhan seksual dan spiritual klien.

4. Studi Dokumentasi

Selain beberapa teknik pengumpulan data diatas, penulis juga melihat hasil pemeriksaan diagnostik seperti hasil laboratorium, yang bertujuan untuk melihat kelainan yang terjadi pada klien dari hasil pemeriksaan tersebut.

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 dar tiga sumber data utama yaitu klien, keluarga klien dan petugas kesehatan lainnya yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Sumber informasi tambahan mengenai triangulasi terlampir.

3.7 Analisis Data

Analisis data dilakukan ketika penelitian dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, lalu membandingkan dengan teori yang adadan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan yaitu dengan cara menarasikan semua jawaban yang didapatkan dari hasil wawancara mendalam.

Dibawah ini urutan analisis data yaitu :

1. Pengumpulan data

Data akan didapatkan dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi, lalu hasil di tulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian di salin kembali dalam bentuk catatan terstruktur.

2. Mereduksi Data

Data yang dicatat dengan cara catatan lapangan di salin kembali kedalam bentuk catatan terstruktur lalu dikelompokan menjadi data subjektif dan objektif.

3. Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan teks narasi juga tabel.

4. Kesimpulan

Dari semua data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

3.8 Etik Penulisan KTI

Etik penyusunan studi kasus, diantaranya :

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Informed Consent adalah memberikan lembar persetujuan setelah melakukan kesepakatan persetujuan antara peneliti bersama responden peneliti (Ramadhanti, 2016) jadi rencana tindakan ini akan dilakukan setelah mendapat persetujuan atau izin dari klien tersebut. Dalam pelaksanaan dilapangan, penulis terlebih dahulu menjelaskan tujuan dan

manfaat penelitian kepada klien, kemudian setelah memahami penjelasan yang diberikan, klien diberikan lembar *Informed Consent*. Jika klien menyetujuinya, maka lembar *Informed Consent* ditandatangani oleh klien.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Anonymity yaitu menggambarkan seseorang tanpa identitas pribadi atau tanpa nama (Ramadhanti, 2016). Dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini, penulis menjalankan prinsip *Anonymity* seperti pada pendokumentasian asuhan keperawatan ini, penulis tidak akan mencantumkan nama klien tapi menggunakan inisial nama.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Confidentiality yaitu memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian baik mengenai informasi atau lainnya (Ramadhanti, 2016). Dalam proses penulisan karya tulis ini, penulis berusaha untuk tetap menjaga kerahasiaan data ataupun catatan medis mengenai kondisi klien untuk tetap menjaga etik keperawatan, maupun etik penulisan karya tulis ilmiah ini, yaitu dengan cara penulis tidak akan memberi tahu kepada orang lain tentang apa yang dialami klien atau apa yang dirasakan klien saat ini, kecuali keluarga, dan tim medis lainnya.

4. *Beneficence* (Berbuat Baik)

Beneficence berkaitan dengan kewajiban untuk melakukan hal yang baik, bermanfaat dan tidak membahayakan orang lain (Notoatmodjo, 2010). Dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini, penulis melakukan tindakan atau memberi pengetahuan kepada klien tentang masalah yang dialami klien.

5. *Justice* (keadilan)

Prinsip ini merupakan tanggung jawab seorang perawat untuk selalu bersikap adil terhadap semua kliennya. Prinsip dari penelitian ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan gender, agama, etnis, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Maka dalam pembuatan karya tulis ini, penulis memperlakukan klien dengan adil tanpa membedakan gender, agama, etnis, dan sebagainya.

6. *Veracity* (kejujuran)

Prinsip ini bermakna bahwa perawat harus bersikap jujur terhadap kondisi klien yang sebenarnya kepada keluarga pasien (Pangaribuan, 2016). Maka dalam pembuatan karya tulis ini, penulis menyampaikan tentang kondisi klien kepada keluarga pasien dengan sebenar-benarnya.

7. *Fidelity* (menepati janji)

Prinsip ini bermakna bahwa perawat harus menepati janji dan berkomitmen untuk menjaga kerahasiaan klien. Selain itu juga ini merupakan tanggung jawab klien untuk meningkatkan kesehatan, memulihkan kesehatan, dan mencegah penyakit (Muhith & Siyoto, 2016). Maka dalam pembuatan karya tulis ini, penulis menjaga kerahasiaan klien terhadap orang lain dan bertanggung jawab membantu atas kesembuhan klien.

8. *Maleficience* (tidak merugikan)

Prinsip ini bermakna bahwa perawat dalam melakukan pelayanannya sesuai dengan ilmunya yang tidak akan menimbulkan bahaya/cedera fisik ataupun psikologis terhadap klien (Ismaini, 2001). Maka dalam pembuatan karya tulis ini, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan ilmunya yang ada dalam teori sehingga tidak memberikan kerugian terhadap klien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pengambilan data klien untuk studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut. RSUD dr. Slamet ini merupakan rumah sakit Pemerintah Kabupaten Garut yang berupa Rumah Sakit Umum Daerah. RSUD dr. Slamet ini bertempat di Jl. RSU No. 12, Sukakarya, Tarogong Kidul, Garut, Jawa Barat. RSUD dr. Slamet ini memiliki luas tanah sebesar 38.000 meter. Dan RSUD dr. Slamet ini memiliki beberapa ruangan untuk pelayanan kesehatan rawat inap salah satunya yaitu Ruang Zade yang merupakan ruang nifas. Di ruang Zade memiliki fasilitas tempat tidur sebanyak 24 buah yang terbagi dalam 8 kamar diantaranya 4 kamar kelas 1 dengan jumlah 2 tempat tidur setiap kamar, 4 kamar kelas 2 dengan jumlah 2 tempat tidur setiap kamar, dan kelas 3 dengan jumlah 8 tempat tidur. Di ruang Zade pun terdapat ruang perawat, ruang obat-obatan, dapur, dan kamar mandi untuk pasien, ruangan ini cukup bersih dan rapih. Kegiatan di ruang Zade yaitu pemberian obat, pemberian makan, bad making, dan memandikan bayi jika ada.

4.1.2 PENGKAJIAN

1. Pengumpulan Data

d. Identitas klien

Tabel 4.1 Tabel Identitas Klien

Identitas klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. S	Ny. W
TTL	Garut, September 1980	Garut, 11 Juli 1999
Umur	40 Tahun	20 Tahun
Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SMP
Pekerjaan	Swasta	Ibu Rumah Tangga
Status pernikahan	Menikah	Menikah
Suku / Bangsa	Sunda / Indonesia	Sunda / Indonesia
Tanggal masuk RS	27 Januari 2020 jam : 09.00	04 Februari 2020 jam : 01.00
Tanggal pengkajian	29 Januari 2019 jam : 08.00	05 Februari 2019 jam : 09.50
Tanggal operasi	28 Januari 2020 jam : 08.55	04 Februari 2012 jam : 19.25
No. Medrec	01219938	01221431
Diagnosa medis	P3A1 Post SC dengan indikasi serotinus & gagal induksi	P1A0 Post SC dengan indikasi gagal induksi
Alamat	Kp. Ciragug	Kp. Sindanghayu

e. Identitas Penanggung Jawab

Tabel 4.2 Tabel Identitas Penanggung Jawab

Identitas Jawab	Penanggung Jawab	Klien 1	Klien 2
Nama		Ny. R	Ny. D
Umur		28 tahun	23 tahun
Jenis kelamin		Perempuan	Laki-laki
Pendidikan		SD	SMA
Pekerjaan		Ibu Rumah Tangga	Wiraswasta
Agama		Islam	Islam
Hubungan dengan klien		Adik Ipar	Suami
Alamat		Kp. Tanjung Tarogong	Kp. Sindanghayu

f. Riwayat Kesehatan

Tabel 4.3 Tabel Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama saat masuk RS	Klien mengatakan adanya kontraksi, dan klien merasa kehamilan melewati waktu, lalu klien di bawa ke IGD ponok pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 09.00, setelah itu keesokan harinya pada tanggal 28 Januari 2020 klien di bawa ke ruang operasi untuk melakukan operasi pada pukul 08.55 karena serotinus dan gagal induksi, setelah itu klien masuk ke ruang Zade pukul 10.00 WIB	Klien mengatakan klien merasakan mules pada tanggal 03 Februari 2020 pukul 23.30 WIB, lalu klien dibawa ke bidan siti oleh keluarganya namun tidak ada alat, setelah itu klien di bawa ke ruang persalinan RSUD dr. Slamet Garut pukul 01.00 WIB, klien menginap hingga hari esok lalu klien di bawa ke ruang operasi pada tanggal 04 Februari 2020 pukul 19.25 WIB dan selesai pukul 21.00 WIB lalu di pindahkan keruang Zade pada pukul 22.00 WIB
Keluhan utama saat dikaji	Pada saat dikaji pada tanggal 29 Januari 2020 pukul 08.00, klien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri berada di bagian luka yang berada pada abdomen, nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya, skala nyeri 5, nyeri dirasakan kadang-kadang	Pada saat dikaji pada tanggal 05 Januari 2020 pukul 09.50 WIB, klien mengeluh nyeri, nyeri disebabkan karena adanya luka operasi SC, nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan, nyeri dirasakan seperti sayat-sayat, nyeri berada di bagian abdomen, nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya, skala nyeri 3, nyeri dirasakan hilang timbul
Riwayat kesehatan dahulu	Pada saat dikaji klien mengatakan klien tidak memiliki penyakit sebelumnya	Pada saat dikaji klien mengatakan klien tidak memiliki penyakit sebelumnya
Riwayat kesehatan keluarga	Pada saat dikaji klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang memiliki penyakit yang sama ataupun yang lain baik berupa genetik ataupun tidak	Pada saat dikaji klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang memiliki penyakit yang sama ataupun yang lain baik berupa genetik ataupun tidak

d. Riwayat Ginekologi dan Obstetric

Tabel 4.4 Tabel Riwayat Ginekologi & Obstetric

1. Riwayat Ginekologi	Klien 1	Klien 2
a. Riwayat Menstruasi	Pada saat dikaji klien mengatakan klien pertama kali haid pada usia 14 tahun, lama haid 7 hari, dengan siklus menstruasi 30 hari, selama menstruasi klien tidak ada masalah, klien tidak ingat kapan HPHT nya karena klien baru mengetahui bahwa klien hamil setelah beberapa bulan	Pada saat dikaji klien mengatakan klien pertama kali haid pada usia 15 tahun pada saat menginjak SMP, lama haid 5 hari, dengan siklus menstruasi 28 hari, selama menstruasi klien mengeluh nyeri di awal haid, klien mengatakan HPHT klien pada tanggal 9 juli 2019
b. Riwayat Perkawinan	Pada saat dikaji klien mengatakan klien menikah pada usia 16 tahun, dan usia suaminya 20 tahun, lama perkawinan 20 tahun, perkawinan ke-1 dan jumlah anak 3.	Pada saat dikaji klien mengatakan klien menikah pada usia 19 tahun, dan usia suaminya 23 tahun, lama perkawinan 1 tahun, perkawinan ke-1 dan jumlah anak baru 1.
c. Riwayat Keluarga Berencana	Pada saat dikaji klien mengatakan klien menggunakan KB Pil, lama penggunaan 18 tahun, klien mengatakan sudah tidak ingin menggunakan KB dengan alasan sudah ingin untuk memiliki anak kembali.	Pada saat dikaji klien mengatakan klien menggunakan KB IUD, dengan alasan klien ingin menjarak untuk mempunyai anak kembali
2. Riwayat Obstetric		
a. Riwayat Kehamilan		
1) Riwayat Kehamilan Dahulu	Pada saat dikaji klien mengatakan klien 2 kali melahirkan dengan normal, pada kehamilan kedua dan ketiga klien selalu memeriksakan kehamilannya ke bidan 1 kali dalam sebulan, pada kehamilan kedua klien tidak melakukan imunisasi sama sekali dan pada kehamilan ketiga klien klien melakukan imunisasi secara beruntun, selama kehamilan kedua dan ketiga klien tidak pernah mengonsumsi alkohol ataupun obat-obatan kecuali obat yang di beri oleh bidan, selama kehamilan kedua dan ketiga klien mengalami keluhan rasa mual dan muntah	Klien mengatakan ini merupakan kehamilan pertamanya

2) Riwayat Kehamilan Sekarang	Pada saat dikaji klien mengatakan klien melakukan pemeriksaan kehamilan 1 bulan 1 kali, klien juga mendapatkan imunisasi TT, klien tidak mengonsumsi obat ataupun alkohol, kecuali obat yang diberi oleh bidan selama kehamilan, dan klien memiliki keluhan selama mual muntah.	Pada saat dikaji klien mengatakan klien melakukan pemeriksaan kehamilan 1 bulan 1 kali, klien juga mendapatkan imunisasi TT, klien tidak mengonsumsi obat ataupun alkohol selama kehamilan, klien hanya mengonsumsi obat yang diberi oleh bidan, dan klien memiliki keluhan selama 1-4 bulan mual muntah, usia 5 bulan tidak ada keluhan, usia kehamilan 6-8 bulan sakit pinggang dan punggung.
-------------------------------	---	---

e. Riwayat persalinan

1) Riwayat Persalinan Dahulu Klien 1

P3A1

Tabel 4.5 Tabel Riwayat Persalinan

No	Tgl Lahir	Usi a	L/P	BB Lahir	Umur Hamil	Jenis Persalinan	Tempat	Kelainan Ibu	Kelainan Anak
2.	01/04/2002	17 Tahun	L	2700 gr	9 bulan	Normal	Di rumah dengan bidan	Tidak Ada	Tidak ada
3.	04/06/2013	6 tahun	P	2700 gr	9 bulan	Normal	Di rumah dengan bidan	Tidak ada	Tidak ada

2) Riwayat Persalinan Dahulu Klien 2

Klien mengatakan ini merupakan persalinan pertamanya

3) Riwayat persalinan sekarang

Riwayat Persalinan Sekarang	Klien 1	Klien 2
Riwayat Persalinan Sekarang	Pada saat dikaji klien mengatakan klien melakukan persalinan di ruang operasi pada tanggal 28 Januari 2020 pada pukul 08.55 WIB, dengan tipe persalinan tindakan sectio saesarea, dengan jenis anestesi spinal,	Pada saat dikaji klien mengatakan klien melakukan persalinan di ruang operasi pada tanggal 04 Februari 2020 pada pukul 19.25 WIB, dengan tipe persalinan tindakan Sectio Caesarea, dengan

jenis kelamin bayi laki-laki dengan berat badan 2900gr, dan panjang badan 45cm	jenis anestesi spinal, jenis kelamin bayi laki-laki dengan berat badan 1900gr
--	---

f. Riwayat Nifas

Tabel 4. 6 Tabel Riwayat Nifas

Riwayat Nifas	Klien 1	Klien 2
Riwayat Nifas Dahulu	Pada saat dikaji klien mengatakan nifas ke 2 lochea rubra berwarna merah, dengan jumlah 200cc, dan nifas yang ke 3 juga termasuk lochea rubra dengan jumlah 300cc.	Klien mengatakan ini merupakan masa nifas pertama klien
Riwayat Nifas Sekarang	Pada saat dikaji lochea klien termasuk lochea rubra yang berwarna merah dengan bau amis dengan jumlah 10cc karena sebelumnya sudah ganti pembalut, dan TFU 1 jari di bawah pusat	Pada saat dikaji lochea klien termasuk lochea rubra yang berwarna merah dengan bau amis dengan jumlah 100cc dan sebelumnya sudah ganti pembalut, dan TFU setinggi pusat

g. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4.7 Tabel Pola Aktivitas Sehari-hari

Klien 1		Di Rumah	Di Rumah Sakit
No	Jenis Aktivitas		
1.	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	2x Sehari	Baru 1x
	Jenis	Nasi + Tahu	Nasi Lembek + Sayur
	Porsi	1 Porsi	1 Porsi
	Keluhan	Tidak Ada	Tidak Ada
	b. Minum		
	Frekuensi	7x1	Baru 300ml
	Jumlah	1750ml	
	Jenis	Air Putih	Air Putih
	Keluhan	Tidak Ada	Tidak Ada
2.	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1x Sehari	Baru 1x
	Warna	Kuning	Kuning
	Bau	Khas Feses	Khas Feses
	Keluhan	Tidak Ada	Tidak Ada

	b. BAK		
	Frekuensi	6x Sehari	
	Jumlah	1500cc	700cc
	Warna	Kuning	Kuning
	Keluhan	Tidak Ada	Tidak Ada
3.	Istirahat Tidur		
	a. Siang	2 Jam	3 Jam
	b. Malam	7 Jam	7 Jam
	Keluhan	Pegal	Tidak Ada
4.	Personal Hygiene		
	a. Mandi	2x Sehari	Belum
	b. Gosok Gigi	2x Sehari	Belum
	c. Keramas	1x Sehari	Belum
	d. Gunting Kuku	1x Sehari	Belum
	e. Ganti Pakaian	1x Sehari	1x
5.	Aktivitas	Aktivitas klien di rumah terganggu, seperti mencuci pakaian, dan aktivitas lainnya karena mudah lelah	Klien mengatakan nyeri, namun klien sudah bisa melakukan mobilisasi secara bertahap, seperti miring kanan dan miring kiri meski harus dibantu karena adanya rasa nyeri
Klien 2			
1.	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x sehari	Baru 1x
	Jenis	Nasi + ikan	Nasi lembek+sayur
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Minum		
	Frekuensi	6x1	Baru 200ml
	Jumlah	1500ml	200ml
	Jenis	Air putih	Air putih
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2.	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1x sehari	
	Warna	Kuning	Belum
	Bau	Khas feses	
	Keluhan	Tidak ada	
	b. BAK		
	Frekuensi	7x sehari	
	Jumlah	1750cc	250cc
	Warna	Kuning	Kuning
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
3.	Istirahat Tidur		
	Siang	3 jam	2 jam
	Malam	8 jam	8 jam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

4.	Personal hygiene		
	a. Mandi	1x sehari	Baru 1x
	b. Gosok gigi	2x sehari	Belum
	c. Keramas	1x sehari	Belum
	d. Gunting kuku	1x seminggu	Belum
	e. Ganti pakaian	2x sehari	Baru 2x
5.	Aktivitas	Aktivitas sehari-hari klien terbatas, seperti mencuci baju, memasak, dan membersihkan rumah, karena mudah lelah	Aktivitas klien sudah bisa miring kanan dan miring kiri meski masih harus dibantu

h. Pemeriksaan fisik ibu

Tabel 4.8 Tabel Pemeriksaan Fisik Ibu

Pemeriksaan Fisik Ibu	Klien 1	Klien 2
1) Keadaan Umum		
Kesadaran	Composmentis, GCS : 15 (E : 4 V : 5 M : 6)	Composmentis, GCS : 15 (E : 4 V : 5 M : 6)
Penampilan	Lemah	nyeri sedang
2) Tanda – tanda vital		
Tekanan Darah	130/90 mmHg	100/50 mmHg
Suhu	36,1°C	35,8C
Nadi	88x/menit	98x/menit
Respirasi	22x/menit	22x/menit
3) Antropometri		
Tinggi badan	155 cm	153cm
BB sebelum hamil	70 kg	47 kg
BB setelah hamil	98 kg	60 kg
BB setelah melahirkan	Belum ditimbang	50 kg

1) Pemeriksaan fisik head to toe

Tabel 4.9 Tabel Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Klien 1	Klien 2
a) Kepala	Bentuk kepala simetris, warna rambut klien kehitaman, rambut tampak terikat, rambut tidak lengket, tidak ada nyeri tekan	Bentuk kepala simetris, warna rambut klien kehitaman, rambut tampak bersih, rambut tidak lengket, tidak ada nyeri tekan
b) Wajah	Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan, terdapat cloasma gravidarum, wajah terlihat pucat, ekspresi klien terlihat meringis, tidak ada	Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan, terdapat cloasma gravidarum, wajah terlihat pucat, ekspresi klien terlihat meringis, tidak ada

	nyeri tekan	nyeri tekan
c) Mata	Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, sklera berwarna putih, konjungtiva berwarna merah muda, warna iris hitam kecoklatan, pupil isokor, tidak ada nyeri tekan, fungsi penglihatan baik, klien dapat membaca papan nama perawat dalam jarak 30cm, otot mata klien normal dapat mengikuti arah benda yang digerakan, lapang pandang klien baik	Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, sklera berwarna putih, konjungtiva berwarna merah muda, warna iris hitam kecoklatan, pupil isokor, tidak ada nyeri tekan, fungsi penglihatan baik, klien dapat membaca papan nama perawat dalam jarak 30cm, otot mata klien normal dapat mengikuti arah benda yang digerakan, lapang pandang klien baik
d) Hidung	Bentuk simetris, tidak ada sekret, tidak ada luka, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan, penciuman klien masih normal dapat mencium bau-bauan dengan baik	Bentuk simetris, tidak ada sekret, tidak ada luka, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan, penciuman klien masih normal dapat mencium bau-bauan dengan baik
e) Telinga	Bentuk simetris, tidak ada serumen, tidak ada luka, tidak terdapat kemerahan, tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran klien masih normal klien dapat mengulang perkataan yg perawat bisikan, ketika dilakukan tes rine klien dapat merasakan getaran dari garputala dan ketika getaran sudah tidak terdengar lagi dipindahkan ke depan telinga dan klien bisa mendengarnya.	Bentuk simetris, tidak ada serumen, tidak ada luka, tidak terdapat kemerahan, tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran klien masih normal klien dapat mengulang perkataan yg perawat bisikan, ketika dilakukan tes rine klien dapat merasakan getaran dari garputala dan ketika getaran sudah tidak terdengar lagi dipindahkan ke depan telinga dan klien bisa mendengarnya
f) Mulut	Bentuk bibir simetris, tidak ada stomatitis, keadaan mukosa mulut lembab, gerakan lidah baik, terbukti klien dapat menggerakkan lidah ke kiri dan kanan, dan memasukan dan menjulurkan lidah, uvula terletak di tengah, uvula bergetar saat berkata "aahh" , fungsi pengecapan klien masih normal, klien masih dapat mengecap rasa manis, asin, asam, pahit.	Bentuk bibir simetris, tidak ada stomatitis, keadaan mukosa mulut lembab, gerakan lidah baik, terbukti klien dapat menggerakkan lidah ke kiri dan kanan, dan memasukan dan menjulurkan lidah, uvula terletak di tengah, uvula bergetar saat berkata "aahh" , fungsi pengecapan klien masih normal, klien masih dapat mengecap rasa manis, asin, asam, pahi
g) Leher	Bentuk leher simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada pembengkakan kelenjar getah	Bentuk leher simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada pembengkakan kelenjar getah

	bening, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada nyeri saat menelan, tidak ada nyeri tekan.	bening, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada nyeri saat menelan, tidak ada nyeri tekan
h) Dada	Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada mpenggunaan otot-otot pernafasan, ekspansi paru seimbang kanan kiri, frekuensi nafas 22x/menit, tidak ada nyeri tekan, perkusi paru resonan, perkusi jantung dallness. Bunyi jantung reguler, bunyi nafas vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan, bunyi jantung lup dup pada ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan, nadi 88x/menit. Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, puting susu bersih, aerola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, payudara teraba lunak, tidak ada nyeri tekan, produksi asi telah keluar asi	Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada mpenggunaan otot-otot pernafasan, ekspansi paru seimbang kanan kiri, frekuensi nafas 22x/menit, tidak ada nyeri tekan, perkusi paru resonan, perkusi jantung dallness. Bunyi jantung reguler, bunyi nafas vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan, bunyi jantung lup dup pada ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan, nadi 88x/menit. Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, puting susu bersih, aerola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, payudara teraba lunak, tidak ada nyeri tekan, produksi asi telah keluar, namun yang sebelah kanan banyak dan yang sebelah kiri asi keluar sedikit
i) Abdomen	Bentuk abdomen simetris, terdapat striae, terdapat linea nigra, terdapat perban luka post SC, panjang perban 10cm dengan bentuk horizontal, Tidak ada tanda-tanda inflamasi pada luka, seperti kemerahan, panas /demam di sekitar perban luka , namun ada nyeri, TFU 1 jari di bawah pusat, ginjal tidak teraba, tidak terdapat pembengkakan pada hati, tidak ada nyeri tekan kecuali di daerah luka operasi, kontraksi uterus keras, kandung kemih resonan karena klien sudah BAK, bising usus 9x/menit.	Bentuk abdomen simetris, terdapat striae, terdapat linea nigra, terdapat perban luka post SC, panjang perban 10cm dengan bentuk horizontal, Tidak ada tanda-tanda inflamasi pada luka, seperti kemerahan, panas/demam di sekitar perban luka, namun ada nyeri, TFU setinggi pusat, ginjal tidak teraba, tidak terdapat pembengkakan pada hati, tidak ada nyeri tekan kecuali di daerah luka operasi, kontraksi uterus keras, kandung kemih resonan karena klien sudah BAK, bising usus 11x/menit
j) Punggung	Bentuk simetris tidak ada kelainan bentuk tulang seperti lordosis, kifosis, ataupun skoliosis, tidak ada nyeri tekan, taktil premitus ketika	Bentuk simetris tidak ada kelainan bentuk tulang seperti lordosis, kifosis, ataupun skoliosis, tidak ada nyeri tekan, taktil premitus ketika

	klien berkata “77” terasa getaran seimbang antara kiri dan kanan	klien berkata “77” terasa getaran seimbang antara kiri dan kanan
k) Genitalia	Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan, terpasang kateter urin 700cc, 1 kali ganti pembalut, terdapat lochea kurang lebih 10cc yang di ukur dengan cara melihat lochea yang terdapat pada pembalut (1 pembalut <150-250cc) sedangkan lochea klien hanya terdapat sangat sedikit karena baru saja diganti, warna lochea rubra/merah kecoklatan, konsistensi cair, dan berbau amis	Bentuk simetris, tidak ada pembengkakan, terpasang kateter urin 250cc, 1 kali ganti pembalut, terdapat lochea kurang lebih 100cc yang di ukur dengan cara melihat lochea yang terdapat pada pembalut (1 pembalut <150-250cc), warna lochea rubra/merah kecoklatan, konsistensi cair, dan berbau amis
l) Anus	Bentuk simetris, tidak ada hemoroid, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan	Bentuk simetris, tidak ada hemoroid, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan
m) Ekstremitas		
a. Ekstremitas Atas	Bentuk simetris, jumlah jari lengkap kanan dan kiri, terpasang infus pada tangan sebelah kanan, klien dapat melakukan gerakan aduksi dan abduksi, dan rotasi meskipun terlihat berhati-hati pada tangan yang terpasang infus, refleks trisep + refleks bisep +, kekuatan otot kiri 5 kanan 5, turgor kulit kembali < 2 detik, CRT kembali < 3 detik, tidak ada nyeri tekan	Bentuk simetris, jumlah jari lengkap kanan dan kiri, terpasang infus pada tangan sebelah kanan, klien dapat melakukan gerakan aduksi dan abduksi, dan rotasi meskipun terlihat berhati-hati pada tangan yang terpasang infus, refleks trisep + refleks bisep +, kekuatan otot kiri 5 kanan 5, turgor kulit kembali < 2 detik, CRT kembali < 3 detik, tidak ada nyeri tekan
b. Ekstremitas Bawah	Bentuk simetris, jumlah jari lengkap, klien dapat melakukan gerakan aduksi dan abduksi, dan rotasi meskipun masih terlihat berhati-hati, refleks patela +, kekuatan otot kiri 5 kanan 5, humans sign (-) tidak ada nyeri, tidak terdapat tromboplebitis, tidak ada nyeri tekan	Bentuk simetris, jumlah jari lengkap, klien dapat melakukan gerakan aduksi dan abduksi, dan rotasi meskipun masih terlihat berhati-hati, refleks patela +, kekuatan otot kiri 5 kanan 5, humans sign (-) tidak ada nyeri, tidak terdapat tromboplebitis, tidak ada nyeri tekan

a) Data psikologis

Tabel 4.10 Tabel Data Psikologis

Data Psikologi	Klien 1	Klien 2
1) Adaptasi psikologis post partum	Fase <i>Taking in</i> yaitu klien masih ketergantungan. Klien berada pada fase <i>taking in</i> dimana klien masih bergantung kepada keluarga dan fokus klien terhadap dirinya sendiri untuk sembuh.	Fase <i>Taking in</i> yaitu klien masih ketergantungan. Klien berada pada fase <i>taking in</i> dimana klien masih bergantung kepada keluarga dan fokus klien terhadap dirinya sendiri untuk sembuh.
2) Konsep Diri		
a) Gambaran Diri	Klien menyukai seluruh anggota bagian tubuhnya	Klien menyukai seluruh anggota bagian tubuhnya
b) Ideal Diri	Klien mengatakan klien berharap dirinya cepat sembuh dan bisa cepat pulang kerumah	Klien mengatakan klien berharap dirinya cepat sembuh
c) Harga Diri	Klien memiliki pandangan yang positif terhadap dirinya dan menerima keadaan yang dialaminya, klien juga mengatakan bahwa anak yang klien miliki sekarang merupakan anugrah	Klien memiliki pandangan yang positif terhadap dirinya dan menerima keadaan yang dialaminya
d) Peran	Klien mengatakan klien adalah seorang istri dan seorang ibu, dan klien menyukai itu	Klien mengatakan klien adalah seorang istri dan seorang ibu, dan klien menyukai itu
e) Identitas Diri	Klien berjenis kelamin perempuan, sudah menikah dan memiliki 3 orang anak, dan klien merasa senang menjadi seorang ibu	Klien berjenis kelamin perempuan, sudah menikah dan klien baru memiliki 1 orang anak, dan klien merasa senang menjadi seorang ibu

b) Data sosial

Tabel 4.11 Tabel Data Sosial

Data Sosial	Klien 1	Klien 2
Data Sosial	Hubungan klien dengan keluarga, dan lingkungan baik, klien cukup kooperatif dan mau berkomunikasi dengan dokter, perawat juga pasien lainnya.	Hubungan klien dengan keluarga, dan lingkungan baik, klien cukup kooperatif dan mau berkomunikasi dengan dokter, perawat juga pasien lainnya.

c) Kebutuhan *bounding, attachment*

Tabel 4.12 Kebutuhan *Bounding, Atteachment*

Kebutuhan <i>Atteachment</i>	<i>Bounding,</i>	Klien 1	Klien 2
Kebutuhan <i>Atteachment</i>	<i>Bounding,</i>	Klien mengatakan belum bertemu bayinya, dan klien memiliki keinginan untuk bertemu bayinya	Klien mengatakan klien sempat bertemu bayinya di bawa pulang

d) Kebutuhan pemenuhan seksual

Tabel 4.13 Tabel Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Kebutuhan Pemenuhan Seksual	Klien 1	Klien 2
Kebutuhan Pemenuhan Seksual	Klien mengatakan klien cukup khawatir terkait dengan kondisinya saat ini untuk memenuhi kebutuhan seksual	Klien mengatakan klien cukup khawatir terkait dengan kondisinya saat ini untuk memenuhi kebutuhan seksual

e) Data spiritual

Tabel 4.14 Tabel Data Spiritual

Data Spiritual	Klien 1	Klien 2
Data Spiritual	Klien mengatakan klien selalu berdoa untuk kesembuhannya	Klien mengatakan klien selalu berdoa untuk kesembuhannya

f) Pengetahuan tentang perawatan diri

Tabel 4.15 Tabel Pengetahuan Perawatan Diri

Pengetahuan Perawatan Diri	Klien 1	Klien 2
Tabel Pengetahuan Perawatan Diri	Klien mengatakan klien sudah cukup tahu tentang perawatan diri selama di Rumah Sakit yaitu klien diseka oleh keluarganya dan mengganti bajunya, namun klien belum mengetahui cara merawat luka post seksio sesarea	Klien mengatakan klien sudah cukup tahu tentang perawatan diri selama di Rumah Sakit yaitu klien diseka oleh keluarganya dan mengganti bajunya

g) Data penunjang

1) Laboratorium

Tabel 4.16 Tabel Laboratorium

Klien 1					
Tgl	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	
27/01/ 2020 11 : 51	HEMATOLOGI				
	PT:INR				
	Masa Prothrombin	12.9	Detik	10.9-14.4	
	INR	1.03	%	0.83;1.16	
	APTT	27.8	Detik	23.5-39.5	
	DARAH RUTIN				
	Hemoglobin	11,2	g/dL	12.0-16.0	
	Hematokrit	32	%	35-47	
	Lekosit	9,250	/mm ³	3,800-10,600	
	Trombosit	191,000	/mm ³	150,000-440,000	
Eritrosit	3.56	Juta/mm ³	3.6-5.8		
IMUNOSEROLOGI					
HIV		Negatif		Non Reaktif	
HBsAg		Negatif	Unit	Negatif	
Klien 2					
04/02/20 09 : 53	HEMATOLOGI				
	PT-INR				
	Masa Prothrombin (PT)	12.1	Detik	10.9-14.4	
	INR	0.94	%	0.83-1.15	
	APTT	32.1	Detik	23.9-39.5	
	DARAH RUTIN				
	Hemoglobin	10.6	gr/dL	12.0-16.0	
	Hematokrit	29	%	35-47	
	Lekosit	11.630	10 ³ /mm ³	3.800-10.600	
	Trombosit	181,000	10 ³ /mm ³	150,000-440,000	
	Eritrosit	3.34	10 ³ /mm ³	3.6-5.8	
	2.IMUNOSEROLOGI				
	HIV		Negatif	Unit	Non Reaktif
	HbsAg		Negatif	Unit	Negatif

3.KIMIA KLINIK				
	AST (SGOT)	18	U/L	s/d 31
	ALT (SGPT)	12	U/L	s/d 31
04/02/20	DARAH RUTIN			
22 : 41	Hemoglobin	11.1	g/dL	12.0-16.0
	Hematokrit	33	%	35-47
	Lekosit	14,380	/mm ³	3.800-10.600
	Trombosit	186,000	/mm ³	150,000-440,000
	Eritrosit	3.63	juta/mm ³	3.6-5.8

h) Program dan rencana pengobatan

Tabel 4.17 Tabel Program & Rencana Pengobatan

Klien 1			
Jenis Therapy	Dosis	Cara Pemberian	Waktu
Cefotaxime	2x1gram	IV	10:00 dan 22:00
Metronidazole	3x500mg	IV	10:00, 18:00 dan 02:00
Caltrofen Sup	3x100mg	Supositoria	10:00, 18:00 dan 02:00
Keterolac	3x30mg	IV	10:00, 18:00 dan 02:00
Klien 2			
Cefotaxime	2x500mg	IV	11:00 dan 03:00
Metronidazole	3x5mg/ml	IV	11:00,18:00 dan 03:00
Caltrofen Sup	3x100mg	Supositoria	11:00, 18:00 dan 03:00

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 18 Tabel Analisis Data

Klien 1			
No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: klien mengatakan nyeri pada luka operasi - Nyeri disebabkan karena adanya luka operasi - Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Nyeri berada di bagian luka yang berada pada abdomen dan nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya - Nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan - Skala nyeri 5 (0-10) - Nyeri dirasakan hilang	Tindakan seksio sesarea ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Merangsang tubuh, mengeluarkan prostaglandin, histamin, serotonin ↓ Implus dikirim ke thalamus korteks serebri	Nyeri Akut

	timbul.	↓	
	DO: - Terdapat perban luka post op SC - Wajah klien tampak meringis - TD: 100/80mmHg N: 87x/menit R: 21x/menit S: 36,5°C	Nyeri dipersepsikan	
2	DS: Klien mengatakan selama di rumah sakit klien belum mandi - Belum gosok gigi, belum keramas - Belum menggunting kuku DO: Klien tampak kotor - Kuku klien panjang - Rambut klien tampak terikat - Oral hygiene klien tidak terpenuhi	Nyeri ↓ Ketidak mampuan untuk melakukan aktivitas kebersihan diri ↓ Defisit Perawatan Diri	Defisit Perawatan Diri
3	DS: Klien mengatakan belum bertemu dengan bayinya DO:- Asi klien sudah keluar	Tindakan SC ↓ Post Partum Nifas ↓ Ibu belum bertemu bayinya ↓ Ejeksi Asi ↓ Tidak Efektif ↓ Ketidakefektifan pemberian ASI	Ketidakefektifan pemberian ASI
4	DS :- DO :- Terdapat perban luka post op - Luka sepanjang 10cm - Tidak ada tanda-tanda inflamasi pada luka, seperti kemerahan, panas	Tindakan SC ↓ Terputusnya jaringan, pembuluh darah, dan saraf	Resiko infeksi

pada luka/demam, bengkak, perubahan fungsi dari jaringan, namun ada nyeri	↓	Adanya luka operasi merupakan <i>port de entry</i> mikroorganisme
- Leukosit 9,250/mm ³ (3,800-10,600)	↓	Resiko infeksi

Klien 2

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: klien mengatakan nyeri pada luka operasi - Nyeri disebabkan karena adanya luka operasi - Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat - Nyeri berada di bagian luka yang berada pada abdomen dan nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya - Nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan - Skala nyeri 3 (0-10) - Nyeri dirasakan hilang timbul. DO: - Terdapat perban luka post op SC - Wajah klien tampak meringis - TD : 100/50 N : 98x/menit R : 22x/menit S : 35,8C	Tindakan seksio seesarea ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Merangsang tubuh, mengeluarkan prostaglandin, histamin, serotonin ↓ Implus dikirim ke thalamus korteks serebri ↓ Nyeri dipersepsikan	Nyeri Akut
2.	DS: Klien mengatakan bayinya di bawa pulang setelah bertemu dengannya DO:- Asi klien sudah keluar	Tindakan SC ↓ Post Partum Nifas ↓ Bayinya di bawa pulang ↓ Ejeksi Asi ↓ Tidak Efektif	Ketidakefektifan pemberian ASI

↓
Ketidakefektifan pemberian
ASI

3.	DS: - DO: - terdapat perban luka post op - Luka sepanjang 10cm - Bentuk vertikal - Leukosit 14,3 (3,800-10,600)	Tindakan SC ↓ Terputusnya jaringan, pembuluh darah, dan saraf ↓ Adanya luka operasi merupakan <i>port de entry</i> mikroorganisme ↓ Resiko infeksi	Resiko Infeksi
----	---	--	----------------

i. Diagnosa keperawatan

Tabel 4.11 Tabel Diagnosa Keperawatan

Klien 1			
No	Diagnosa Keperawatan	Tgl Ditemukan	Paraf
1	Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka insisi DS: klien mengatakan nyeri pada luka operasi - Nyeri disebabkan karena adanya luka operasi - Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Nyeri berada di bagian luka yang berada pada abdomen dan nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya - Nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan - Skala nyeri 5 (0-10) - Nyeri dirasakan hilang timbul. DO: - Terdapat perban luka post op SC - Wajah klien tampak meringis - TD: 100/80mmHg N: 87x/menit R: 21x/menit S: 36,5°C	29 Januari 2020	Anisa Fitri

2	Defisit perawatan diri berhubungan dengan nyeri DS: Klien mengatakan selama di rumah sakit klien belum mandi - Belum gosok gigi, belum keramas - Belum menggunting kuku DO: Klien tampak kotor - Kuku klien panjang - Rambut klien tampak terikat - Oral hygiene klien tidak terpenuhi	29 Januari 2020	Anisa Fitri
3	Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan terhentinya proses menyusui DS: Klien mengatakan belum bertemu dengan bayinya DO:- Asi klien sudah keluar	29 Januari 2020	Anisa Fitri
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan <i>port de entry</i> bakteri DS :- DO :- Terdapat perban luka post op - Luka sepanjang 10cm - Tidak ada tanda-tanda inflamasi pada luka, seperti kemerahan, panas pada luka/demam, bengkak, perubahan fungsi dari jaringan, namun ada nyeri - Leukosit $9,250/\text{mm}^3$ (3,800-10,600)	29 Januari 2020	Anisa Fitri

Klien 2

1.	Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka insisi DS: klien mengatakan nyeri pada luka operasi - Nyeri disebabkan karena adanya luka operasi - Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat - Nyeri berada di bagian luka yang berada pada abdomen dan nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya - Nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan - Skala nyeri 3 (0-10) - Nyeri dirasakan hilang timbul.	05 Februari 2020	Anisa Fitri
----	--	------------------	-------------

2.	DS: Klien mengatakan bayinya di bawa pulang setelah bertemu dengannya DO:- Asi klien sudah keluar	05 Februari 2020	Anisa Fitri
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan <i>port de entry</i> bakteri DS: - DO: - terdapat perban luka post op - Luka sepanjang 10cm - Bentuk vertikal - Leukosit 14,380 (3,800-10,600)	05 Februari 2020	Anisa Fitri

4.1.4 Perencanaan

Tabel 4.12 Tabel Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Klien 1				
1	Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka insisi DS: klien mengatakan nyeri pada luka operasi - Nyeri disebabkan karena adanya luka operasi - Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Nyeri berada di bagian luka yang berada pada abdomen dan nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya - Nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan - Skala nyeri 5 (0-10) - Nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan : 1. Mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, dan mengetahui penyebab nyeri) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dari 5 menjadi 2 (1-3) dengan menggunakan	1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan faktor yang memperberat 2. Observasi reaksi non verbal atau ketidaknyamanan	1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri 2. Pasien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung bermanfaat dalam mengenali adanya nyeri mengindikasikan kebutuhan

dirasakan hilang timbul.	manajemen nyeri		untuk evaluasi lebih lanjut
DO: - Terdapat perban luka post op SC	3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)	3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	3. Meyakinkan klien untuk mendapatkan perawatan yang intensif
- Wajah klien tampak meringis	4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang dengan ditandai : ekspresi wajah klien tidak meringis, ataupun berkeringat	4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	4. Menentukan kultur pada klien
- TD: 100/80mmHg	5. Tanda-tanda vital dalam batas normal (TD : 120/90mm Hg, S : 36,5-37,5°C, RR : 18-22x/menit, N : 60-100x/menit)	5. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	5. Dukungan dan dorongan dapat memberikan ketenangan bagi pasien
		6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	6. Mengurangi ketidaknyamanan sehingga dapat meningkatkan kemampuan koping
		7. Kurangi faktor presipitasi nyeri	7. Untuk memberikan kenyamanan klien
		8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)	8. Teknik non farmakologi dapat mengalihkan nyeri yang dirasakan dan penanganan farmakologi dapat membantu mengurangi nyeri
		9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	9. Untuk memudahkan menentukan perencanaan
		10. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi seperti teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari (Liana, 2013)	10. Teknik non farmakologi dapat mengalihkan nyeri yang dirasakan, seperti pada teknik menggenggam jari sambil menarik nafas

	dalam dapat menyembuhkan dan mengurangi emosi dan ketegangan fisik, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik tempat keluar dan masuknya energi pada meridian yang terletak pada jari tanganjari sehingga dapat mengurangi rasa nyeri (Liana, 2013)
11. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri caltrofen supositoria 100mg dan Ketorolac 30mg	11. Analgetik dapat membantu mengurangi rasa nyeri dengan menghambat proses transduksi yaitu mengurangi sensasi nyeri
12. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	12. Untuk mengetahui keefektifannya kontrol nyeri
13. Tingkatkan istirahat	13. Istirahat sangat berperan penting dalam proses mengurangi nyeri
14. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	14. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
15. Monitor <i>vital sign</i> sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama	15. Untuk mengetahui perkembangan dan keefektifan terapi (tekanan

	kali	darah, frekuensi pernafasan berubah pada nyeri akut)
	16. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	16. Untuk membantu menurunkan nyeri yang dirasakan
	17. Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala	17. Untuk mengetahui keefektifitasan dari terapi
	18. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	18. Untuk mengetahui perkembangan nyeri sebelum dan sesudah diberikan obat
	19. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	19. Untuk mengetahui pengalaman nyeri di masa lampau

**Klien
2**

1.	Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka insisi DS: klien mengatakan nyeri pada luka operasi - Nyeri disebabkan karena adanya luka operasi - Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat - Nyeri berada di bagian luka yang berada pada abdomen dan nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya - Nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan : 1. Mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, dan mengetahui penyebab nyeri) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dari 3 menjadi 2 (1-3)	1. lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan faktor yang memperingan dan memperberat 2. Observasi reaksi non verbal atau ketidaknyamanan	1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri 2. Pasien mungkin tidak secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung bermanfaat dalam mengenali adanya nyeri mengindikasikan
----	---	---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 3 (0-10) - Nyeri dirasakan hilang timbul. 	<p>dengan menggunakan manajemen nyeri</p>	<p>kebutuhan untuk evaluasi lebih lanjut</p>
<p>DO: - Terdapat perban luka post op SC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah klien tampak meringis - TD : 100/50 - N : 98x/menit - R : 22x/menit - S : 35,8C 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang dengan ditandai : ekspresi wajah klien tidak meringis, ataupun berkeringat 5. Tanda-tanda vital dalam batas normal (TD : 120/90mm Hg, S : 36,5-37,5°C, RR : 18-22x/menit N : 60-100x/menit) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 7. Kurangi faktor presipitasi nyeri 8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) 9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 10. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi seperti teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari (Liana, 2013) <ol style="list-style-type: none"> 3. Meyakinkan klien untuk mendapatkan perawatan yang intensif 4. Menentukan kultur pada klien 5. Dukungan dan dorongan dapat memberikan ketenangan bagi pasien 6. Mengurangi ketidaknyamanan sehingga dapat meningkatkan kemampuan koping 7. Untuk memberikan kenyamanan klien 8. Teknik non farmakologi dapat mengalihkan nyeri yang dirasakan dan penanganan farmakologi dapat membantu mengurangi nyeri 9. Untuk memudahkan menentukan perencanaan 10. Teknik non farmakologi dapat mengalihkan nyeri yang dirasakan, seperti pada teknik menggenggam jari sambil menarik nafas

	dalam dapat menyembuhkan dan mengurangi emosi dan ketegangan fisik, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik tempat keluar dan masuknya energi pada meridian yang terletak pada jari tanganjari sehingga dapat mengurangi rasa nyeri (Liana, 2013)
11. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri caltrofen supositoria 100mg dan Ketorolac 30mg	11. Analgetik dapat membantu mengurangi rasa nyeri dengan menghambat proses transduksi yaitu mengurangi sensasi nyeri
12. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	12. Untuk mengetahui keefektifannya kontrol nyeri
13. Tingkatkan istirahat	13. Istirahat sangat berperan penting dalam proses mengurangi nyeri
14. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	14. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
15. Monitor <i>vital sign</i> sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali	15. Untuk mengetahui perkembangan dan keefektifan terapi (tekanan darah, frekuensi pernafasan berubah pada nyeri akut)

16. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	16. Untuk membantu menurunkan nyeri yang dirasakan
17. Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala	17. Untuk mengetahui keefektifitasan dari terapi
18. Tentukan karakteristik, lokasi, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	18. Untuk mengetahui perkembangan nyeri sebelum dan sesudah pemberian obat
19. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	19. Untuk mengetahui pengalaman nyeri di masa lampau

4.1.5 Implementasi dan evaluasi formatif

Tabel 4.13 Tabel Implementasi dan evaluasi formatif

Klien 1				
No	Tgl & Jam	DP	Implementasi	Paraf
1	29/01.20			Anisa Fitri
	09 : 20	I	<ul style="list-style-type: none"> - Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri dengan cara membatasi pengunjung, dan membuka jendela ruangan Hasil : Ruangan tampak tenang dan sejuk, klien merasa nyaman, skala nyeri 5 (0-10) - Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat Hasil : nyeri pada luka operasi, nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri berada di bagian luka yang berada pada abdomen, nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya, skala nyeri 5 (0- 	

10), nyeri dirasakan kadang-kadang

- 09 : 27
- Memilih dan melakukan penanganan nyeri , (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
- Hasil :
- Memberikan terapi farmakologi sesuai dengan intruksi : memberikan terapi caltrofen supositoria 100mg lewat anus dan Ketorolac 30mg lewat IV dan non farmakologi : teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari
- 09 : 27
- Memberikan terapi analgetik untuk mengurangi nyeri caltrofen supositoria 100mg lewat anus dan Ketorolac 30mg lewat IV
- Hasil :
- Terapi obat diberikan pada Ny. S, nama obat Caltrofen Supositoria 100mg, via anus, pada jam 09 : 25 WIB dan Keterolac 30mg via IV pada jam 09 : 27 WIB
- 13 : 36
- Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasein
- Hasil :
- Pengalaman nyeri yang dirasakan pasien sangat mengganggu terhadap aktivitas pasien
- 13 : 36
- Monitor *vital sign* sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali
- Hasil : TD 110/80
N: 75x/menit
R: 20X/menit
S: 36,8°C
- Monitor penerimaan pasien dengan manajemen nyeri
 - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
- Hasil :
- nyeri pada luka operasi, nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri berada di bagian luka yang berada pada abdomen, nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya, skala nyeri 5 (0-10), nyeri dirasakan kadang-kadang
-

		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan faktor yang memperingan dan memperberat <p>Hasil : Nyeri klien terdapat pada luka operasi, nyeri dirasakan kadang-kadang, nyeri bertambah jika beraktivitas dan berkurang jika beraktivitas, skala nyeri sebelum pemberian terapi analgetik 5 berkurang menjadi 4 (0-10), nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi keefektifan analgetik, tanda dan gejala <p>Hasil : Nyeri klien berkurang dari skala 5 menjadi 4 (0-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi reaksi non verbal atau ketidaknyamanan <p>Hasil : Ekspresi klien terlihat meringis</p>	
18 : 00	I	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi analgetik untuk mengurangi nyeri caltrofen supositoria 100mg lewat anus dan Ketorolac 30mg lewat IV <p>Hasil : Terapi obat diberikan pada Ny. S, obat caltrofen supositoria 100mg via anus dan Ketorolac 30mg via IV pada jam 18 : 00 WIB</p>	Anisa Fitri
18 : 20		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan penanganan non farmakologi, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan menggenggam jari <p>Hasil : Klien mengerti teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari dan klien dapat memperagakan kembali</p>	
18 : 22		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri <p>Hasil : Setelah dilakukannya teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari skala nyeri klien masih tetap 4 (0-10)</p>	
18 : 37		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor penerimaan pasien dengan 	

			<p>manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau <p>Hasil : Skala nyeri klien masih tetap 4 (0-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan faktor yang memperingan dan memperberat <p>Hasil : Nyeri klien terdapat pada luka operasi, nyeri dirasakan kadang-kadang, nyeri bertambah jika beraktivitas dan berkurang jika beraktivitas, skala nyeri 4 (0-10), nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan istirahat pasien <p>Hasil : Klien mengikuti arahan perawat untuk beristirahat</p>	
2	30/01/20 07 : 40	I	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan faktor yang memperingan dan memperberat (sebelum menggunakan teknik menggenggam jari) <p>Hasil : Nyeri terdapat pada luka operasi yang terdapat pada bagian abdomen, nyeri bertambah jika beraktivitas dan berkurang jika beristirahat, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri tidak menyebar ke bagian lain, skala nyeri klien berkurang dari 4 menjadi 3 (0-10), nyeri dirasakan kadang-kadang</p>	Anisa Fitri
	07 : 55		<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan klien teknik non farmakologi, teknik menggenggam jari dan teknik relaksasi nafas dalam <p>Hasil : Klien mengerti dan dapat mengikuti teknik menggenggam jari yang diajarkan</p>	
	10 : 25		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri <p>Hasil : Setelah dilakukannya teknik</p>	

menggenggam jari skala nyeri klien
masih tetap 3 (0-10)

Klien

2

1. 05/02/20
10 : 25 I Anisa Fitri
- Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri dengan cara membatasi pengunjung, dan membuka jendela ruangan
Hasil :
Ruangan tampak tenang dan sejuk, klien merasa nyaman, skala nyeri 3 (0-10)
 - Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
Hasil :
Nyeri yang dirasakan pasien bersumber dari luka operasi
 - Mengobservasi reaksi non verbal atau ketidaknyamanan
Hasil :
Ekspresi klien terlihat meringis
- 10 : 40
- Monitor penerimaan pasien dengan manajemen nyeri
 - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
Hasil :
Klien mengeluh nyeri, nyeri disebabkan karena adanya luka SC, nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan, nyeri dirasakan seperti sayat-sayat, nyeri berada di bagian abdomen, nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya, skala nyeri 3(0-10), nyeri dirasakan hilang timbul
 - Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
 - Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan faktor yang memperingan dan memperberat (sebelum menggunakan teknik menggenggam jari)
Hasil :
Nyeri terdapat pada luka operasi yang terdapat pada bagian abdomen, nyeri bertambah jika beraktivitas dan berkurang jika beristirahat, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri tidak menyebar ke bagian lain, skala nyeri 3 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul
-

11 : 00	<ul style="list-style-type: none"> - Memilih dan melakukan penanganan nyeri , (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) Hasil : Memberikan terapi farmakologi sesuai dengan intruksi : memberikan terapi caltrofen supositoria 100mg lewat anus dan non farmakologi : teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari - Memberikan terapi analgetik untuk mengurangi nyeri caltrofen supositoria 100mg lewat anus Hasil : Terapi obat diberikan pada Ny. W, obat caltrofen supositoria 100mg via anus pada jam 11 : 00 WIB
11 : 35	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor penerimaan pasien dengan manajemen nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau Hasil : Nyeri terdapat pada luka operasi yang terdapat pada bagian abdomen, nyeri bertambah jika beraktivitas dan berkurang jika beristirahat, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri tidak menyebar ke bagian lain, skala nyeri 3 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul - Evaluasi keefektifan analgetik, tanda dan gejala Hasil : Nyeri klien masih tetap 3 (0-10)
13 : 00	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan penanganan non farmakologi, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan menggenggam jari Hasil : Klien mengerti teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari dan klien dapat memperagakan kembali, skala nyeri 3 (0-10)
13 : 30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi reaksi non verbal atau ketidaknyamanan Hasil : Ekspresi klien terlihat meringis - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri Hasil : Setelah dilakukannya teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari skala nyeri klien masih tetap 3 (0-10)

			<ul style="list-style-type: none"> - Monitor <i>vital sign</i> sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali Hasil : TD 100/80 N: 88x/menit R: 22X/menit S: 37,1°C - Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien Hasil : Pengalaman nyeri yang dirasakan pasien sangat mengganggu terhadap aktivitas pasien
	13 : 45		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan faktor yang memperingan dan memperberat Hasil : Nyeri terdapat pada luka operasi yang terdapat pada bagian abdomen, nyeri bertambah jika beraktivitas dan berkurang jika beristirahat, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri tidak menyebar ke bagian lain, skala nyeri dari 3 menjadi 4 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul - Mengobservasi reaksi non verbal atau ketidaknyamanan Hasil : Ekspresi klien terlihat meringis
	14 : 00		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan penanganan non farmakologi, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan menggenggam jari Hasil : Klien mengerti teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari dan klien dapat memperagakan kembali
<hr/>			
2.	06/02/20 07 : 55	I	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien Hasil : Pengalaman nyeri yang dirasakan pasien sangat mengganggu terhadap aktivitas pasien - Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri dengan cara membatasi pengunjung, dan membuka
<hr/>			

	<p>jendela ruangan</p> <p>Hasil :</p> <p>Ruangan tampak tenang dan sejuk, klien merasa nyaman, skala nyeri 3 (0-10)</p>
08 : 00	<p>- Monitor penerimaan pasien dengan manajemen nyeri</p> <p>- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p> <p>Hasil :</p> <p>Skala nyeri klien 3 (0-10)</p> <p>- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan faktor yang memperingan dan memperberat</p> <p>Hasil :</p> <p>Nyeri terdapat pada luka operasi yang terdapat pada bagian abdomen, nyeri bertambah jika beraktivitas dan berkurang jika beristirahat, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri tidak menyebar ke bagian lain, skala nyeri 3 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul</p>
08 : 15	<p>- Memberikan penanganan non farmakologi, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan menggenggam jari</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien mengerti teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari dan klien dapat memperagakan kembali</p>
09 : 05	<p>- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>Hasil :</p> <p>Setelah dilakukannya teknik menggenggam jari skala nyeri klien masih 3 (0-10)</p>
09 : 10	<p>- Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <p>Hasil :</p> <p>Pengalaman nyeri yang dirasakan pasien sangat mengganggu terhadap aktivitas pasien</p> <p>- Mengobservasi reaksi non verbal atau ketidaknyamanan</p> <p>Hasil :</p> <p>Ekspresi klien terlihat meringis</p>
10 : 40	<p>- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p>

Hasil :
skala nyeri klien 3 (0-10)

- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan faktor yang memperingan dan memperberat

Hasil :
Nyeri terdapat pada luka operasi yang terdapat pada bagian abdomen, nyeri bertambah jika beraktivitas dan berkurang jika beristirahat, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri tidak menyebar ke bagian lain, skala nyeri 2 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul

4.1.6 Evaluasi sumatif

Tabel 4.14 Tabel Evaluasi sumatif

No	Evaluasi Klien 1	Evaluasi Klien 2	Paraf
1.	<p>30/01/20 11:10</p> <p>S: Klien mengatakan masih nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi) - Nyeri terdapat pada luka operasi - Nyeri bertambah jika beraktivitas dan berkurang jika beristirahat - Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Nyeri terdapat pada bagian abdomen dan tidak menyebar ke bagian lainnya - Skala nyeri masih 3 (0-10) - Nyeri dirasakan kadang-kadang - Klien mengatakan belum bisa merasakan nyaman <p>O: Terdapat Perban luka post op</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi klien masih terlihat meringis - Mampu mengontrol nyeri menggunakan teknik nonfarmakologi untuk 	<p>06/02/20 11 : 40</p> <p>S: Klien mengatakan masih nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi) - Nyeri terdapat pada luka operasi - Nyeri bertambah jika beraktivitas dan berkurang jika beristirahat - Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat - Nyeri terdapat pada bagian abdomen dan tidak menyebar ke bagian lainnya - Skala nyeri masih 2 (0-10) - Nyeri dirasakan hilang timbul - Klien mengatakan sudah bisa merasakan rasa nyaman <p>O: Terdapat Perban luka post op</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi klien terlihat nyaman (tidak meringis) - Mampu mengontrol nyeri menggunakan teknik nonfarmakologi untuk 	Anisa Fitri

<p>mengurangi nyeri (teknik menggenggam jari & relaksasi nafas dalam)</p> <p>A: Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>I : Memberikan penkes tentang menangani nyeri di rumah : mengatasi nyeri dengan teknik menggenggam jari setiap 1 jari 3 menit dan ketika menggenggam jari tarik nafas dalam lalu buang sambil melepaskannya ulangi 3x dalam sehari</p> <p>E: Klien mengerti dan dapat mengulangi kembali cara menggenggam jari</p> <p>R: Tindakan dilanjutkan di rumah, klien pulang</p>	<p>mengurangi nyeri (teknik menggenggam jari & relaksasi nafas dalam)</p> <p>A: Nyeri akut teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan, pasien pulang</p>
--	--

4.2 PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien *Post Seksio Sesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut pada klien 1 dimulai pada tanggal 29 - 30 Januari 2020 dan pada klien 2 dimulai pada tanggal 05 – 06 Februari 2020 terdapat beberapa kesamaan dan kesenjangan yang ditemukan antara teori yang terdapat pada Bab II dengan realita yang disajikan pada Bab IV, yaitu diantaranya :

4.2.1 Pengkajian

Secara teori bahwa pada ibu *Post Seksio Sesarea* akan merasakan nyeri, nyeri yang dirasakan oleh ibu pasca seksio sesarea berasal dari luka yang terdapat pada perut. Tingkat dan keparahan nyeri pasca seksio sesarea tergantung pada psikologis dan fisiologis individu serta toleransi yang ditimbulkan nyeri (Tampubolon, Lalenoh, & Tambajong, 2015). Hal ini pun ditemukan pada klien 1 dan klien 2. Pada saat pengkajian klien 1 dan klien 2 meengatakan bahwa keluhan utama yang dirasakan oleh klien adalah nyeri yang mengganggu terhadap aktivitas klien.

Pada klien 1 didapatkan hasil tekanan darah klien 100/80 mmHg dan pada klien 2 100/50 mmHg.

Pengkajian pada klien yang didapatkan pada kedua klien baik itu data subjektif ataupun data objektif klien yaitu, data objektif : pada perubahan fisiologis post partum dijelaskan bahwa terdapat perubahan pada tanda – tanda vital klien *post partum* diantaranya nadi pada ibu *post partum* dapat mengalami bradikardi, namun jumlah nadi pada klien 1 normal diatas 60 yaitu 87x/menit (60-100x/menit) dan pada klien 2 normal

diatas 60 yaitu 70x/menit (60-100x/menit). Dan pada pemeriksaan fisik di bagian ekstremitas kemungkinan kekuatan otot klien masih lemah dan terbatas karena adanya nyeri, namun kekuatan otot pada klien 1 normal yaitu tangan kanan dan kiri 5, kaki kanan dan kiri 5, dan pada klien 2 kekuatan otot tangan kanan kiri 5 dan kaki kanan kiri pun 5.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Secara teori menurut Nurarif & Kusuma (2015) bahwa diagnosa yang dapat muncul pada ibu post seksio sesarea diantaranya :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum
4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
5. Gangguan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
8. Defisit perawatan diri : mandi, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum
9. Konstipasi

10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

Sedangkan berdasarkan kasus sesuai dengan prioritas masalah setelah dilakukannya pengkajian, didapatkan diagnosa yang sama antara klien 1 dan klien 2 yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
2. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

Sedangkan diagnosa yang ada pada tinjauan teori namun tidak ada pada tinjauan kasus adalah :

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

Secara patofisiologi klien dengan *post* seksio sesarea akan mengalami penurunan medulla oblongata karena efek dari *post* anestesi yang menyebabkan penurunan refleksi batuk dan akumulasi sekret sehingga menyebabkan terjadinya bersihan jalan nafas tidak efektif (Nurarif & Kusuma, 2015)

Namun pada saat dilakukannya pengkajian pada klien 1 dan klien 2 tidak didapatkan hasil masalah bersihan jalan nafas tidak efektif seperti pernafasan cuping hidung, atau bunyi nafas tambahan, maka

dari itu diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif tidak diambil oleh penulis

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum

Saat dilakukannya pengkajian pada klien 1 dan klien 2 tidak terdapat masalah pada nutrisi klien karena nutrisi klien 1 dan klien 2 terpenuhi dengan tanda makan klien habis 1 porsi, maka dari itu penulis tidak mengambil diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.

3. Gangguan eliminasi urine

Secara patofisiologi klien dengan *post* seksio sesarea mengalami *post* partum nifas, lalu terjadi distensi kandung kemih dan udem juga memar di uretra sehingga terjadinya penurunan sensitivitas dan sensasi kandung kemih yang menyebabkan terjadinya gangguan eliminasi urine (Nurarif & Kusuma, 2015)

Namun pada saat dilakukannya pengkajian pada klien 1 dan klien 2 tidak didapatkan hasil terjadinya gangguan pada eliminasi urine klien, karena pada klien 1 terpasang kateter urine dengan jumlah urine 700cc dan pada klien 2 berjumlah 250cc. Maka dari itu penulis tidak mengambil diagnosa gangguan eliminasi urine.

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Saat dilakukannya pengkajian pada klien 1 dan klien 2 tidak ditemukan masalah gangguan pola tidur karena pola tidur klien normal

7-9 jam, maka dari itu penulis tidak mengambil diagnosa gangguan pola tidur .

5. Konstipasi

Secara patofisiologi klien dengan *post* seksio sesarea setelah *post* anestesi akan mengalami penurunan kerja pons dan penurunan kerja otot eliminasi lalu terjadi penurunan peristaltik usus sehingga menyebabkan konstipasi (Nurarif & Kusuma, 2015)

Namun pada saat dilakukannya pengkajian pada klien 1 dan klien 2 tidak didapatkan hasil terjadinya konstipasi karena biasanya pada klien *post* partum mengalami penurunan defekasi akibat masih trauma dan otot-otot masih berelaksasi. Maka penulis tidak mengambil diagnosa konstipasi.

6. Resiko syok (hipovolemik)

Secara patofisiologi klien dengan *post* seksio sesarea bisa terjadi karena perdarahan yang diakibatkan dari tidak adekuatnya involusi sehingga mengakibatkan kekurangan volume cairan dan elektrolit yang menyebabkan terjadinya resiko syok (hipovolemik) (Nurarif & Kusuma, 2015)

Namun pada saat dilakukannya pengkajian pada klien 1 dan klien 2 tidak mengalami perdarahan.

7. Resiko perdarahan

Secara patofisiologi klien dengan *post* seksio sesarea mengalami kontraksi uterus dan tidak adekuatnya involusi sehingga menyebabkan resiko perdarahan (Nurarif & Kusuma, 2015)

Diagnosa ini tidak diambil oleh penulis karena saat dilakukan pengkajian pada klien 1 dan klien 2 kontraksi uterus kedua klien keras.

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

Penulis tidak mengambil diagnosa defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum karena intervensinya sudah dimasukkan kedalam diagnosa resiko infeksi.

Berdasarkan diagnosa yang muncul, penulis mengangkat 1 diagnosa keperawatan untuk dilakukan analisis asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yaitu nyeri akut, karena keluhan utama yang dirasakan oleh kedua klien adalah nyeri sehingga sangat mengganggu klien, dan jika nyeri tidak di atasi maka akan berpegaruh terhadap aktivitas klien.

4.2.3 Perencanaan

Perencanaan asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan masalah keperawatan yang diangkat untuk dilakukan analisis asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka operasi, penulis membuat rencana sesuai dengan langkah dalam tinjauan teoritis yang disesuaikan dengan kemampuan klien, keluarga klien, dan farktor pendukung lainnya.

Adapun rencana keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yang ada dalam teori dan dilakukan oleh penulis, yaitu :

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan faktor yang memperingan dan memperberat

Intervensi ini dilakukan untuk mengetahui faktor memicu terjadinya nyeri, sehingga perlu dilakukannya intervensi ini

2. Observasi reaksi non verbal atau ketidaknyamanan

Dilakukannya intervensi ini karena klien tidak selalu secara verbal melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung, maka intervensi ini perlu dilakukan untuk mengenali hubungan antara reaksi verbal dan non verbal klien mengenai nyeri

3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien

Dilakukannya intervensi ini penulis dapat mendapatkan informasi tentang pengalaman nyeri klien dengan mudah dan menyeluruh

4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri

Dilakukannya intervensi ini untuk mengetahui budaya yang mempengaruhi terhadap respon nyeri klien

5. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan

Intervensi ini sangat mempengaruhi terhadap rasa nyeri klien, maka dari itu membantu klien dan keluarga untuk menemukan dukungan perlu dilakukan

6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan

Dilakukannya intervensi ini untuk mengetahui faktor lingkungan terhadap nyeri

7. Kurangi faktor presipitasi nyeri

Dilakukannya intervensi ini yaitu untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh klien

8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)

Intervensi ini dilakukan untuk mengetahui tindakan yang dilakukan kepada klien berupa farmakologi atau non farmakologi

9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi

Dilakukannya intervensi ini untuk mengetahui sumber terjadinya nyeri sehingga dapat menentukan intervensi

10. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi seperti teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari

Dilakukannya teknik relaksasi nafas dalam ini menjadi intervensi tambahan. Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Di sepanjang jari-jari tangan terdapat saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat gengaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi

menjadi lancer. Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Evrianasar, Yosaria, & Ermasari, 2019)

11. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri caltrofen supositoria 100mg dan Ketorolac 30mg

Dilakukannya intervensi ini supaya klien mendapatkan manfaat dari terapi farmakologi untuk mengurangi nyeri

12. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri

Dilakukannya intervensi ini untuk mengetahui keefektifan kontrol nyeri

13. Tingkatkan istirahat

Dilakukannya intervensi ini karena istirahat sangat berperan penting dalam proses mengurangi nyeri

14. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

Dilakukannya intervensi ini karena jika nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut

15. Monitor *vital sign* sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali

Intervensi ini dilakukan untuk mengetahui perkembangan dan keefektifan terapi (tekanan darah, frekuensi pernafasan berubah pada nyeri akut)

16. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat

Intervensi ini dilakukan untuk membantu menurunkan nyeri yang dirasakan oleh klien

17. Monitor penerimaan pasien dengan manajemen nyeri

Intervensi ini dilakukan untuk mengetahui perkembangan nyeri yang dirasakan klien

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

Dilakukannya intervensi ini untuk mengetahui perkembangan nyeri sebelum dan sesudah diberikan obat

19. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau

Dilakukannya intervensi ini untuk mengetahui pengalaman nyeri di yang dirasakan klien di masa lampau

20. Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala

Dilakukannya intervensi ini untuk mengetahui efektivitas dari terapi farmakologi sehingga penulis dapat mengetahui efektifitas keberhasilan dari terapi obat analgetik yang diberikan pada klien .

Beberapa intervensi dibawah ini yang ada dalam tinjauan teori namun tidak dimasukan ke dalam tinjauan kasus baik itu kasus pada klien 1 ataupun klien 2, diantaranya :

- 1) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi

Intervensi ini untuk menghindari kesalahan dalam pemberian obat terhadap klien, namun intervensi ini tidak dilakukan karena merupakan intervensi kolaborasi yang sudah dilakukan sebelumnya.

- 2) Cek riwayat alergi

Intervensi ini untuk menghindari alergi obat yang dimiliki klien, namun intervensi ini tidak dilakukan karena sudah dilakukan sebelumnya

- 3) Pilih analgetik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu

Intervensi ini untuk menentukan jenis rute untuk memberikan terapi, namun intervensi ini tidak dilakukan karena merupakan intervensi kolaborasi yang sudah dilakukan sebelumnya.

- 4) Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri

Intervensi ini untuk menyesuaikan dengan nyeri yang dirasakan oleh klien, namun intervensi ini tidak dilakukan karena merupakan intervensi kolaborasi yang sudah dilakukan sebelumnya.

- 5) Tentukan analgetik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal

Intervensi ini untuk memberikan obat dengan benar terhadap klien, namun intervensi ini tidak dilakukan karena merupakan intervensi kolaborasi yang sudah dilakukan sebelumnya.

- 6) Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur

Intervensi ini untuk menentukan rute yang sesuai untuk terapi, namun intervensi ini tidak dilakukan karena merupakan intervensi kolaborasi yang sudah dilakukan sebelumnya

Beberapa intervensi yang disebutkan dalam poin diatas tidak dimasukkan ke dalam tinjauan kasus karena intervensi tersebut merupakan intervensi kolaborasi yang sudah dilakukan sebelumnya.

4.2.4 Implementasi

Pada tahap ini penulis melakukan asuhan keperawatan dengan rencana yang telah di buat dalam perencanaan, implementasi yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 tidak terdapat perbedaan, hanya saja perkembangan nyeri klien yang membedakan. Pada klien 1 pada hari pertama sebelum diberikan terapi farmakologi dan non farmakologi skala nyeri klien skala 5 (0-10) Nyeri disebabkan karena adanya luka operasi, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri berada di bagian luka yang berada pada abdomen dan nyeri tidak menyebar ke bagian lainnya, nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang jika diistirahatkan, nyeri dirasakan hilang timbul. Dan setelah diberikan terapi farmakologi dan non farmakologi pada hari pertama skala nyeri klien menjadi 4 (0-10). Pada hari kedua setelah dilakukan terapi farmakologi dan non farmakologi skala nyeri klien berkurang dari 4 menjadi 3 (0-10).

Pada klien 2 pada hari pertama sebelum diberikan terapi farmakologi dan non farmakologi skala nyeri klien skala 3 (0-10), dan setelah diberikan terapi farmakologi dan non farmakologi pada hari pertama skala nyeri klien menjadi 4 (0-10), nyeri terdapat pada luka

operasi yang terdapat pada bagian abdomen, nyeri bertambah jika beraktivitas dan berkurang jika beristirahat, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri tidak menyebar ke bagian lain, nyeri dirasakan hilang timbul. Dan pada hari kedua skala nyeri klien berkurang dari 4 menjadi 3 (0-10).

4.2.5 Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea, yang dimulai pada tanggal 29 – 30 Januari 2020 pada klien 1 dan tanggal 05 – 06 Februari 2020 pada klien 2, maka ditemukan hasil bahwa masalah nyeri akut pada klien 1 belum teratasi dengan skala nyeri 3 (0-10) namun masih dalam rentang yang bisa diterima oleh klien, klien juga dapat melaksanakan teknik manajemen nyeri. Pada klien 2 masalah nyeri akut dapat teratasi pada hari kedua dengan skala 2 (0-10) namun masih dalam rentang yang bisa diterima oleh klien, klien juga dapat melaksanakan teknik manajemen nyeri, sehingga dapat dilakukan di rumah.

Hali ini menyatakan bahwa klien mungkin tidak akan 100% terbebas dari nyeri, namun pada skala nyeri 0 -3 merupakan tingkat ketidaknyamanan yang masih bisa dikendalikan.

BAB V

KESIMPILAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut pada tahun 2020, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan nyeri akut yang didapatkan oleh penulis dari kedua klien yang sama mengalami nyeri akut yang berbeda-beda, contohnya cemas, gelisah, berkeringat, dan meringis.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kedua klien *post* seksio sesarea dan terdapat dalam teori yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka insisi
- b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan nyeri
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan *port de entry* bakteri

3. Intervensi keperawatan

Dalam menyusun rencana keperawatan penulis melibatkan klien beserta keluarga klien sesuai permasalahan yang ditemukan pada klien. Berkat kerjasama klien dan keluarga klien seluruh tindakan perencanaan dapat dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan. Penulis

memasukan teknik menggenggam jari yang diambil dari sebuah jurnal untuk mengatasi nyeri akut pada kedua klien.

4. Implementasi keperawatan

Pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan ini dapat dilaksanakan dengan baik dan sesuai harapan, berkat dukungan dan kerjasama dari klien, keluarga klien juga seluruh perawat ruangan. Penulis melakukan teknik menggenggam jari sebagai tambahan implementasi sesuai jurnal yang didapat.

5. Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini diketahui bahwa, masalah nyeri akut berhubungan dengan adanya luka insisi belum teratasi pada klien 1 setelah 2 hari dengan skala nyeri awal 5 (0-10) setelah 2 hari skala nyeri menjadi 3 (0-10). Dan masalah nyeri akut pada klien 2 teratasi setelah 2 hari dengan skala nyeri awal 3 (0-10) dan setelah 2 hari menjadi 2 (0-10).

5.2 Saran

1. Untuk Rumah Sakit

Diharapkan petugas kesehatan di RSUD dr. Slamet Garut, khususnya di ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut dapat mengaplikasikan teknik menggenggam jari untuk mengurangi nyeri dalam melakukan asuhan keperawatan, khususnya pada klien *post* seksio sesarea.

2. Untuk Pendidikan


Diharapkan teknik menggenggam jari ini dapat dijadikan wawasan oleh mahasiswa-mahasiswi ataupun pihak lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan untuk masalah nyeri akut pada klien *post* seksio sesarea

DAFTAR PUSTAKA

- Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC (Edisi 3 ed.). (2015). Jogjakarta.
- Brink , P. J., & Wood, M. J. (t.thn.). Langkah Dasar Dalam Perencanaan Riset Keperawatan Dari Pertanyaan Sampai Proposal (4 ed.). (A. Maryunani, Penerj.) Jakarta : Jones & Bartlett Publishers, Inc.
- Doenges, M. (2015). Manual Diagnosis Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Evan, R. M. (2010). *Pathophysiologi of Pain and Pain Assessment*. Tasikmalaya: American Medical Association.
- Fitri, M., Trisyani, M., & Maryati, I. (2012). Hubungan Intensitas Nyeri Luka *Sectio Caesarea* Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Post Partum Hari Ke-2 Di Ruang Rawat Inap RSUD Sumedang.
- Gandana, M. P. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Klien Post *Seksio Sesarea* Dengan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut. Bandung.
- Gibson , J. (2002). Fisiologi dan Anatomi Modern Untuk Perawat (Edisi 2 ed.). Jakarta: EGC.
- Haniyah , S., Setyawati, M. B., & Sholikhah , S. M. (2017, September). Efektifitas Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Nyeri Post *Sectio Saesarea* Di RSUD Ajibarang. 235.
- Hawker. (2011). *Measures Of Adult Pain*. American College of Rheumatology.
- Indrayani, & Djami, M. E. (2013). Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. (T. Ismail, Penyunt.) Jakarta: CV. TRANS INFO MEDIA.
- Karyati, S., Hanafi, M., & Astuti, D. (2018). Ewektifitas Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Skala Nyeri Post Operasi *Sectio Caesarea* Di RSUD Kudus. URECOL.
- Latifah , L., & Ramawati, D. (2014). *Intervensi Emotional Freedom Technique (EFT) Untuk Mengurangi Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea (SC)*. Jurnal INJEC, 1, 53-60.
- Liana, E. (2013). Teknik Relaksasi : Genggam Jari Untuk Keseimbangan Emosi. MUSWIL IPEMI.
- Loe, H., & Silness, J. (2013). *Periodontal disease in pregnancy I. Prevelance and Scand*: Odontot.
- Manuaba, I. B. (2008). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. Jakarta: EGC.
- McLafferty, E., & Farley, A. (2008). *Assessing Pain In Patients*. Nursing Standart (Royal College of Nursing).
- Musrifatul, U., & Alimul , A. (2015). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Buku 2. Jakarta: Salemba.

- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis & nanda Nic Noc (Revisi Jilid 3 ed., Vol. Jilid 3)*. Jogjakarta: Mediacion Jogja.
- Pearce, E. C. (2011). *Anatomi dan Fisiologis Untuk Para Medis, Cetakan kedua*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Powell, R. A. (2010). *Pain Story and Pain Assessment (Vol. 10). International Association for The Study of Pain*.
- Ramadhanti, D. (2016). *Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Manajemen Pelayanan Hospital Homecare di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat*.
- Riani, R. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada NY. D Post Sectio Caesarea Dengan Indikasi Partus Lama Di Ruang Cut Nyak Dien RSUD Sekarwangi Kabupaten Sukabumi*.
- Sihombing, N., Saptarini, I., & Putri, D. S. (2017). *determinan persalinan Sectio Caesarea di indonesia. jurnal kesehatan reproduksi, 8(1), 63-75*.
- Sofian, A. (2012). *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri : Obstetri operatif Obstetri social (Vol. Edisi 3 jilid 1&2)*. Jakarta: EGC.
- Sofiyah, L., Ma'rifah, A. R., & Indri, H. (2014). *Pengetahuan Dan Upaya Pencegahan Hiv/Aids Pada Wanita Pekerja Seksual (Wps) Di Lokalisasi Sunan Kuning Semarang. Kesehatan*.
- Sugeng. (2010). *Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Selemba Medika.
- Wahyuningsih, Y., Dida, S., & Jenny, R. S. (2019). *Hambatan komunikasi terapeutik psikiater, perawat, kader jiwa, dan keluarga pada pasien gangguan jiwa pasca pasung. Jurnal Keperawatan Jiwa 7 (komunikasi kesehatan), 115-125*.

Lampiran I

 **Fakultas Keperawatan
Universitas
Bhakti Kencana**

Jl. Soekarno Hatta No 754 Bandung
☎ 022 7830 760, 022 7830 768
🌐 bku.ac.id 📧 contact@bku.ac.id

**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
Umur : 40 tahun
Diagnosa medis/ Ruang : P3A1
Alamat : Kp. Cramas


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


Nama Mahasiswa : Anisa Fitri A
NIM : AKX 17092
Fakultas : Keperawatan
Institusi : Universitas Bhakti Kencana

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

Garut 29 Januari 2020

Pasien


Ny. S
Tanda tangan dan nama lengkap





LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA: Anisa Fitri A
NIM: AKX 17092
NAMA PASIEN: Ny. S
DIAGNOSA MEDIS:

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
1	29/01/20	08.00		- pengkajian - pemeriksaan fisik head to toe + kel. utama		
		08.35		- oral Hygiene		
		08.45		- Gunting kuku		
		08.50		- Vulva Hygiene		
		09.10		- up DC		
		09.15		- penyuluhan kesehatan tentang perawatan tali pusat + cuci tangan	<i>Hand</i>	
		09.35		- Therapy obat (Metronidazole Cefotaxime Caltrofen suppositoria 100mg, Keterolac)	<i>Hand</i>	
		09.30		- pengkajian TTV:		
		13.35	1.	- menanyakan kabar px - mengkaji skala nyeri skala nyeri berkurang dari 5 → 4 (0-10)	<i>Hand</i>	
		18.00		- memasukkan obat IV Metronidazole Keterolac Caltrofen suppositoria		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Anisa Fitri A
NIM : AKX17092
NAMA PASIEN : NY. S
DIAGNOSA MEDIS :

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
	30/ 01-20	18.20	I	- mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam Hasil : klien tak tampak meringis		
		18.20	II	- Mengkaji kemampuan klien - mendampingi dan membantu klien untuk mobilisasi : duduk		
		18.22	I	- mengajarkan teknik genggam jari		
		07.40	I	- menanyakan kabar klien		
			II	- mengkaji skala nyeri klien, skala nyeri 3 dari 5 → 4 → 3 (0-10)		
		07.55	I	- mengajarkan teknik mengenggam jari		
		10.25		- mengkaji skala nyeri Hasil : skala nyeri masih tetap 3 (0-10)		
		08.10	II	- membantu klien untuk mobilisasi secara bertahap berdiri & berjalan		
		08.30		Hasil : klien dapat berjalan ke kamar mandi		
	08.40	III	- melakukan perawatan luka Hasil : tidak ada tanda infeksi			



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Anisa Fitri
NIM : AKX 17092
NAMA PASIEN : Ay. S
DIAGNOSA MEDIS :

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		10:25	I	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif Hasil : nyeri pada luka operasi pada abdomen, nyeri bertambah jika beraktivitas, & berkurang jika diistirahatkan, nyeri dirasakan seperti disayat - sayat, nyeri tidak menyebar, skala nyeri 3(0-10) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri : Hasil : skala nyeri 3(0-10)		
		10:35	III	memberikan terapi antibiotik secara oral : Farizol metronidazol 500 mg (3x1) sesudah makan, dan menjelaskan s benar dalam mengonsumsi obat. Hasil : klien dapat mengulang kembali s B.		

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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : U. W
Jenis Kelamin/ No RM : Perempuan
Umur : 21 tahun
Diagnosa medis/ Ruang : P1A0 / Ruang Zaido
Alamat : Kp. Sindang

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

Nama Mahasiswa : Anisa Fitri
NIM : AKX 17092
Fakultas : Keperawatan
Institusi : Universitas Bhakti Kencana

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

Garut, 05 Februari 2020

Pasien

Widi

Windi Widianti
Tanda tangan dan nama lengkap



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUIAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Anisa Fitri A
NIM : AKX 17092
NAMA PASIEN : Ny. W
DIAGNOSA MEDIS : Nyeri

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
1.	05/02.20	09:50	I	Pengkajian		
		10:25		- mengontrol lingkungan yg dapat mempengaruhi nyeri - mengobservasi reaksi non Verbal & ketidaknyamanan		27
		10:40		- Mengkaji nyeri secara komprehensif	Writi	
		11:00		- memberikan terapi obat Caltrion Epoprostanolol 100 mg		
			II	- memberikan terapi obat Metronidazole 500ml dan Cefotaxime 1 gram		
		11:35	!	- Evaluasi keefektifan analgetik, tanda & gejala Hasil: skala nyeri 3 (0-10)	Writi	
		13:00		- Mengajarkan teknik non farmakologi Hasil: klien dapat mengikuti & memperagakan kembali		27
		13:30		- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri Hasil: setelah dilakukannya teknik menggersam jari skala		

LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Anisa Fitri A
 NIM : AKK.1709.2
 NAMA PASIEN : Ny. W
 DIAGNOSA MEDIS :

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		13:45		nyeri klien masih 3 (0-10). TTV : TD : 100/80 N : 88 R : 22 S : 37,1°C mengkaji nyeri secara komprehensif Hasil : nyeri pada luka operasi pada abdomen, nyeri bertambah jika beraktivitas & berkurang jika beristirahat, nyeri dirasakan seperti di sayat-sayat, nyeri tidak menyebar, skala nyeri dari 3 menjadi 4 (0-10)		
	06/02-20	14:00		mengasarkan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik menggenggam jari		
		17:55	I	mengontrol lingkungan yg dapat mempengaruhi nyeri		
		18:00		Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau. Hasil: skala nyeri 3 (0-10)	Warsi	
		18:45		mengkaji nyeri scr komprehensif Memberikan teknik relaksasi nafas dalam & genggam jari		
			II	Melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik Hasil : tidak ada tanda ? Infeksi (
		19:10	I	mengkaji skala nyeri Hasil : skala nyeri 3 (0-10)		

Lampiran 2

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan : Mencuci tangan yang baik dan benar

Sub Pokok Bahasan : a. Pengertian Mencuci Tangan

b. Tujuan Mencuci Tangan

c. Tujuan Mencuci Tangan di Air Mengalir

d. Prosedur Kerja

Sasaran : Klien dan Keluarga Klien

Waktu : 15 Menit

Hari dan Tanggal : Rabu, 29 Januari 2020

Tempat : Ruang Jade

Pelaksana : Anisa Fitri Amelia

Tujuan Instruksional umum :

Setelah dilakukan penyuluhan, keluarga klien mampu mengetahui pentingnya mencuci tangan yang baik dan benar

A. Tujuan Instruksional Khusus :

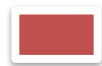
Setelah di berikan penyuluhan tentang mencuci tangan yang baik dan benar, diharapkan sasaran mampu :

1. Menjelaskan pengertian Mencuci Tangan
2. Menjelaskan tujuan Mencuci Tangan
3. Menjelaskan tujuan Mencuci Tangan di Air Mengalir
4. Prosedur Kerja

B. Metode : Ceramah

C. Media : leaflet

D. Setting :



Keterangan :



: Pemateri



: Peserta

E. Kegiatan Belajar :

NO.	TAHAP KEGIATAN	KEGIATAN PENYULUHAN	WAKTU
1.	Pendahuluan	Pembukaan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pertemuan dan mengucapkan salam 2. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus pertemuan ini 3. Menyampaikan waktu dan kontrak waktu yang akan di gunakan dan mendiskusikannya 4. Menyampaikan Apersepsi 	3 menit
2.	Penyajian	Pelaksanaan : Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur . Materi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengertian cuci tangan 2. Menjelaskan tujuan mencuci tangan 	5 menit

		3. Menjelaskan tujuan Mencuci Tangan di Air Mengalir 4. Prosedur kerja	
3.	Penutup	Evaluasi : 1. Memberikan waktu kepada klien untuk bertanya 2. Memberikan pertanyaan kepada klien 3. Klien mengerti seluruh materi penyuluhan yang telah di sampaikan Penutup : 1. Penyuluh mengucapkan terimakasih atas perhatian klien 2. Mengucapkan salam dan penutup	7 menit

F. Evaluasi

1. Diharapkan klien dapat menjelaskan pengertian mencuci tangan .
2. Diharapkan klien dapat menjelaskan tujuan mencuci tangan.
3. Diharapkan klien klien dapat menjelaskan tujuan mencuci tangan di Air Mengalir
4. Diharapkan klien klien dapat mengulangi prosedur kerja

G. Lampiran Materi

1. Pengertian Mencuci Tangan

Mencuci tangan adalah membasuh kedua telapak tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah melakukan tindakan dengan tujuan untuk menghilangkan kuman. Membiasakan mencuci tangan sejak dini merupakan langkah awal untuk mencegah masuknya kuman dan resiko tertularnya penyakit

2. Tujuan Mencuci Tangan

- a. Supaya tangan bersih.
- b. Membebaskan tangan dari kuman dan bakteri.
- c. Terhindar dari sakit perut dan diare.

3. Tujuan Mencuci Tangan di Air Mengalir

Dengan mencuci tangan di air mengalir maka kotoran dan kuman akan ikut terbawa air. Jadi mulai sekarang bila kita harus mencuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan

4. Prosedur Kerja

- a. Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan lengan memakai air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut
- b. Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian
- c. Jangan lupa jari-jari tangan, gosok sela-sela jari hingga bersih
- d. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan mengatupkan
- e. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian
- f. Letakkan ujung jari ketelapak tangan kemudian gosok perlahan. Bersihkan kedua pergelangan tangan secara bergantian dengan cara memutar, kemudian diakhiri dengan membilas seluruh bagian tangan dengan air bersih yang mengalir lalu keringkan memakai handuk atau tisu

Mencuci tangan yg baik dan benar



Oleh :

Anisa Fitri A

Universitas bhakti kencana

Bandung

2019

Apa itu mencuci tangan ?

Mencuci tangan adalah membasuh kedua telapak tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah melakukan tindakan dengan tujuan untuk menghilangkan kuman. Membiasakan mencuci tangan sejak dini merupakan langkah awal untuk mencegah masuknya kuman dan resiko tertularnya penyakit



Tujuan mencuci tangan

- Supaya tangan bersih.
- Membebaskan tangan dari kuman dan bakteri.
- Terhindar dari sakit perut dan diare.

Tujuan mencuci tangan di air mengalir

Dengan mencuci tangan di air mengalir maka kotoran dan kuman akan ikut terbawa air. Jadi mulai sekarang bila kita harus mencuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan

Prosedur kerja :

a. Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan lengan memakai air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut

b. Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian

c. Jangan lupa jari-jari tangan, gosok sela-sela jari hingga bersih
d. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan mengatupkan

e. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian

f. Letakkan ujung jari ketelapak tangan

kemudian gosok perlahan. Bersihkan kedua pergelangan tangan secara bergantian dengan cara memutar, kemudian diakhiri dengan membilas seluruh bagian tangan dengan air bersih yang mengalir lalu keringkan memakai handuk atau tisu



TERIMA KASIH

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL PENELITIAN

Nama Mahasiswa : Anisa Fitri Amelia

NIM : AKX.17.092

Nama Pembimbing : Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep (1)

No	TANGGAL	SARAN & PERTIMBANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	22 Maret 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAB I : Untuk latar belakang dibuat pertama sehingga ada acuan yang akan di bahas per paragraf 2. BAB II : langsung ke anfis abdomen saja dan gambar SC 3. Masukkan sumber pada diagnosa 4. Tambahkan tentang nyeri 5. BAB III : benarkan cara penulisan sumber 6. Pada lokasi & waktu penelitian masukan 1 pasien dulu 7. Untuk etika penelitian jelaskan pengertiannya terlebih dahulu, setelah itu tambahkan apa yang dilakukan dalam penelitian kita 8. Di info consent jika pasien menolaknya tidak usah di cantumkan 9. BAB IV jam operasi harus terisi 10. No Rm harus terisi 11. Di riwayat kesehatan sekarang jadwal operasi cantumkan 12. Cek kembali apa benar klien tidak mengonsumsi vitamin atau yang lainnya? 13. Di riwayat persalinan cantumkan jam nya 14. Pemeriksaan fisik langsung di narasikan saja 15. Cantumkan cara mengukur lochea 16. Lengkapi data di ekstremitas 17. Jelaskan maksud Taking In sesuai dengan keadaan pasien 18. Konsep diri sesuaikan dengan keadaan klien sekarang 19. Data sosial sesuaikan dengan keadaan klien sekarang 20. Pada perawatan diri yang ditulis adalah yang disampaikan klien 21. TTV masukan dalam analisa data 22. Diagnosa keperawatan lengkapi dengan 	

		<p>DO DS</p> <p>23. Di perencanaan dan di analisa data harus sama datanya</p> <p>24. Pada kriteria hasil pada nyeri harus SMART</p> <p>25. Implementasi cek lagi jam nya</p> <p>26. Di evaluasi skala nya berbeda, cek kembali & cek tujuan dan respon di implementasi</p>	
2.	01 April 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAB I : latar belakang setiap perempuannya hapus saja 2. Langsung saja bahas SC 3. SC meningkat karena beberapa indikasi (indikasinya tidak usah dicantumkan) 4. WHO terbaru 5. Data kasus SC di RS dan di ruangan satukan saja dalam 1 paragraf 6. Bahas masalah yang mungkin muncul, bahas keluhan yang paling banyak dikeluhkan 7. Membahas nyeri 8. Dampak nyeri terhadap pasien 9. Masukan semua intervensi pada nyeri dan teknik genggam jari tidak usah dijelaskan 10. Membahas askep 11. BAB II : 1. Konsep teori (konsep PP dan konsep SC) 2. Konsep askep (pengkajian dst) 12. BAB III : pada etila penelitian cantumkan sumber 13. BAB IV : pemeriksaan fisik lengkapi 13. kriteria hasil pada nyeri harus SMART 14. evaluasi sesuaikan dengan SMART yang ada 	
3.	11 April 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daftar gambar, Daftar tabel dipisah menjadi /1 lembar 2. Di lembar persetujuan & Kata pengantar benarkan gelarnya 3. Cari Riskesdas 2018 4. Tambahkan yang mengatakan SC mempengaruhi KDM 5. Pengkajian & Implementasi bedakan jamnya 6. Masukan hasil skala sebelum menggunakan teknik genggam jari dan sesudah menggunakan teknik genggam jari 	
4.	24 April 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek semua penulisan BAB, spasi, dan paragraf 2. Di BAB 1 paragraf minimal 4 baris 3. Di BAB 4 implementasi urutannya jam, benarkan 	

5.	06 Mei 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Di BAB 1 paragraf 1 & 2 satukan, dan yang diberi tanda merah satukan 2. BAB 2 nyeri disimpan di setelah konsep askep, lengkapi cara ukur & alat ukur dan penelitiannya 3. BAB 4 hasil kriteria harus spesifik sehingga memudahkan dalam penilaian di evaluasi 	
6.	09 Mei 2020	1. BAB 4 tambahkan hasil pada implementasi	
7	14 Mei 2020	ACC BAB 1-4	

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL PENELITIAN

Mahasiswa : Anisa Fitri Amelia

NIM : AKX.17.092

Nama Pembimbing : Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners (2)

No	Tanggal	Saran & Pertimbangan Pembimbing	Paraf
1	26 Maret 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Pada judul tidak menggunakan masalah keperawatan2. Cek kembali untuk penulisan, spasi dll3. Benarkan cara penulisan sumber4. Bahasa asing di cetak miring5. Masukkan pendahuluan askep6. Di tujuan khusus masukan implementasinya7. Di manfaat teoritis : teoritis, literatur dll8. Manfaat untuk perawat : ganti kata menentukan (untuk menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan)9. BAB II terdiri dari konsep penyakit dan konsep askep10. Anatomi SC bagian dari penyakit11. Untuk patofisiologi narasi terlebih dahulu, walaupun mau menggunakan bagan tidak boleh melebihi dari margin yang sudah ditentukan12. Jangan hanya panggul sempit, tapi secara umum13. Tambahkan konsep adaptasi post partum14. Riwayat kesehatan terkait kondisi yang dapat menyebabkan SC secara teori15. Di pemfis masukan masalah apa yg mungkin timbul pada pasien pp SC secara teori16. Menguraikan diagnosa yang mungkin muncul pada pasien pp SC17. Masukan semua intervensi Nyeri bagian dari konsep penyakit	
2	13 April 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Pada judul seksio dan sesarea jangan dipisah, di ruang zade nya juga2. BAB I Pendahuluan cek spasi harusnya double3. Paragraf minimal terdiri dari 3 kalimat4. Angka kejadian SC di RS dan di ruangan satukan dalam 1 paragraf5. Secara umum dulu setelah itu justifikasi kenapa nyeri menjadi masalah utama6. Dari umum ke khusus	

		<ol style="list-style-type: none"> 7. Tidak ada pe, bahasan kasus di bab 1, hilangkan 8. Teknik mengurangi nyeri tidak masuk ke pendahuluan, hilangkan 9. Masukkan apa yang akan terjadi jika nyeri tidak segera ditangani, dan bagaimana peran perawat untuk mengatasi nyeri 10. Penulisan tidak harus dikapital untuk judul di pendahuluan dan sesuaikan dengan judul 11. Untuk manfaat teoritis perbaiki, pembacanya dijelaskan di paragraf kedua 12. Perbaiki kata dalam manfaat bagi perawat 13. Anatomi itu bagian dari konsep penyakit 14. Anfis SC bukan anfis abdomen 15. Perubahan fisiologis dan psikologis pp diletakan setelah konsep SC 16. Konsep SC diletakan sebelum konsep pp 17. Patofisiologi jangan melebihi margin yang ditentukan 18. Riwayat kesehatan dahulu masukan penyakit yang mungkin mempengaruhi terjadinya SC 19. Diagnosa itu menurut nanda atau nurarif? Perbaiki kalimatnya 20. Penulisan sesuai juknis 21. Rapihan sejajarkan antara intervensi dan rasional masing masing 22. Nyeri termasuk konsep penyakit 23. Cek spasi tanpa after before 24. Perbaiki spasi, kesejajaran, dll sebelum di konsulkan 25. Jika tidak ada perpanjangan waktu maka hapus saja 26. Untuk etik penulisan cantumkan pengertian dan bagaimana yang dilakukan dalam penelitian dilapangan 27. Untuk bab 4 rapihkan dari mulai spasi dll semuanya 	
3	15 Mei 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teknik penanganan nyeri disimpan di BAB 2 (Namun karena pembimbing 1 meminta untuk dicantumkan, jadi tidak di hapus jika dilakukan) 2. Masukan peran perawat 3. Cek kembali semua kata masalah keperawatan di hapus 4. Di patofisiologi tambahkan patofisiologi narasi tidak hanya pathway saja 5. Masukan semua intervensi yang ada di buku nurarifnya 6. Ganti kata menasihati di etik penulisan 7. Nyeri luka operasi SC ganti saja dengan luka operasi saja 8. Benarkan itu abdomen atau luka? 9. Sejajrkan tulisannya 10. Gunakan tabel terbuka 11. Sebutkan aktivitas apa yg terganggu, dan 	

		<p>mobilisasi apa yang sudah klien lakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Benarkan itu sudah ada asinya atau hanta kolostrum 13. Pemeriksaan fisik urutannya IPPA 14. Untuk ekstremitas kekuatannya menggunakan garis atau jika tidak sebutkan kiri kanan nya 15. Untuk adaptasi psikologis tidak usah menggunakan simbol dan cetak miring 16. Di kebutuhan bounding kaji apakah klien ada keinginan untuk bertemu bayinya atau tidak 17. Di pemenuhan seksual apakah klien merasa khawatir dengan keadaan sekarang terhadap pemenuhan seksualnya tidak 18. Masukkan jam pada hasil lab dan jika yang tidak ada hasilnya tidak usah di cantumkan 19. Di analisa data masukan semua PQRST nya 20. Intervensi sesuaikan dengan yang ada di bab 2 	
4	01 Juni 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAB I hapus dan tambahkan peran perawat 2. Patofisiologi harus sesuai dengan margin 3. Berbungan dengan tidak boleh disingkat 4. Masukan beberapa intervensi di BAB 2 ke dalam intervensi dalam kasus 5. Keabsahan data benarkan 6. Di BAB 4 tabel tidak boleh di bold dan tidak boleh melebihi margin 7. Data yang ada di analisa data harus ada juga di pengkajian 8. Di evaluasi apakah sudah sesuai dengan kriteria hasil? 	
5	03 Juni 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Di patofisiologi buat judul bagan saja dan di fit untuk disimpan di halaman sebelumnya, jangan sampai ada yang kosong 2. Pada diagnosa keperawatan di BAB II untuk sumber ganti menggunakan tahun terbit saja dalam kurung 3. Di BAB III pada uji keabsahan data jika tidak ada perpanjangan waktu maka dihapus saja, dan jadikan 1 paragraf dengan paragraf diatasnya 4. Perbaiki tabel yang garisnya bold 5. Di data aktivitas masukan ke dalam analisa data hambatan mobilitas 6. Benarkan susunan numbering 7. Data aktivitas jangan masuk ke ekstremitas dan tidak boleh ada DS pada pemeriksaan fisik 8. Tanda panah di analisa data gnti menggunakan simbol 9. Analisa data hambatan mobilitas samakan dengan yang ada di ADL 10. Urutan intervensi di BAB 4 samakan dengan 	

		<p>intervensi di BAB II</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Pada intervensi ajarkan teknik non farmakologi, tambahkan teknik seperti apa yang diajarkan 12. Tambahkan rasional dari jurnal yang didapat dan tuliskan sumbernya 13. Jangan menambahkan intervensi yang diluar nic, tinggal tambahkan nama obatnya 14. Tuliskan sumbernya di intervensi 15. Di BAB 4 implementasi dan jamnya disejajarkan 16. Data pengkajian tidak boleh dimasukkan kedalam data implementasi 17. Untuk hasil di enter dulu supaya terlihat hasilnya yang mana 18. Beri jarak/enter antar implementasi 19. Hasil dari gunting kuku, kuku nya bagaimana 20. Kalimat di implementasi samakan dengan kalimat yang ada di intervensi 21. Lihat DS dan DO nya apakah sma dengan kriteria hasil? 22. Jika masalah teratasi berarti tidak ada lagi intervensi. Perbaiki 23. Di daftar pustaka spasi single, after before 6 dan untuk bahasa asing di cetak miring 	
6	07 Juni 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hapus judul yang ada di bagan patofisiologi 2. Di data aktivitas masukan kedalam analisa fata hambatan mobilitas fisik 3. Perbaiki DS DO di hambatan mobilitas fisik 4. Rasional di BAB 4 sejajarkan dengan intervensi 5. Masukan intervensi nyeri sesuai yang dilakukan kedalam implementasi dengan kalimat yang sesuai 6. Jika pasien merupakan SC pertama, maka evaluasi pengalaman nyeri masa lampau tidak usah dimasukan 7. Pada intervensi ajarkan tentang teknik non farmakologi masukan juga teknik relaksasi nafas dalam dan menggenggam jari 8. Intervensi masukan juga sumbernya 9. Pada intervensi berikan antibiotik masukan antibiotiknya apa dan dosisnya 10. Bahasa asing dimiringkan 11. Setelah memberikan intervensi terapi obat, hasilnya masukan 5B 12. Jika tidak ada di intervensi tidak usah dimasukan kedalam implementasi 	
7	11 Juni 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Di kata pengantar spasi tidak usah menggunakan after 2. Huruf judul di kata pengantar tidak usah din capslock 3. Sejajarkan dengan paragraf sebelumnya 4. Gelar MH.Kes 5. Kata pengantar cukup 2 lembar 6. Tanggal di kata pengantar dihapus dan mana diganti dengan kata penulis 7. Daftar isi diperbaiki hurufnya, ukurannya, spasinya dan rapihkan numberingnya 	

		8. Perbaiki lagi di analisa data termasuk DS atau DO 9. Setelah implementasi non farmakologi masukan intervensi evaluasi keefektifan kontrol nyeri 10. Setelah implementasi analgetik masukan intervensi evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala 11. Sumber tidak usah menggunakan numbering 12. Hasil tidak usah dicantumkan jam 13. Hasil benarkan lagi 14. Garis yang masih bold dibenarkan 15. Beberapa daftar pustaka lengkapi lagi	
8	12 Juni 2020	BAB 1-4 ACC dan benarkan daftar pustaka	

LEMBAR KONSULTASI KTI

Mahasiswa : Anisa Fitri Amelia

NIM : AKX.17.092

Nama Pembimbing : Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep (1)

No	Tanggal		Paraf
1.	13 Juli 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Cek kembali skala nyeri pada pasien 2 skala nyerinya 3 atau 5? Cek tujuannya di intervensi2. Implementasi cek kembali, pola asuhan dan hubungan antar intervensi3. Lihat berapa lama dari skala nyeri 3 ke 2? Rasionalnya?4. Cek apakah semua intervensi sudah dilakukan setiap hari?	Anisa Fitri Amelia
2.	20 Juli 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Tambahkan diagnosa ketidakefektifan pemberian ASI2. Diperencanaan di bagian kriteria hasil ganti nyeri berkurang dalam rentang 1-33. TTV dalam rentang normal4. Masukan intervensi kaji nyeri di masa lampau, monitor penerimaan nyeri pasien5. Di intervensi pada pembahasan ganti menjadi “ kolaborasi sudah dilakukan sebelumnya “6. Cek kembali kondisi pasien secara menyeluruh7. Masukan skala	
3.	08 Agustus 2020	ACC daftar	
4	26 September 2020	Bimbingan setelah sidang akhir ACC	

LEMBAR KONSULTASI KTI

Mahasiswa : Anisa Fitri Amelia

NIM : AKX.17.092

Nama Pembimbing : Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners (2)

No	Tanggal	Saran & Pertimbangan Pembimbing	Paraf
1.	03 Juli 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Untuk etika penulisan KTI ditambahkan lagi menjadi 82. Di identitas klien cek lagi tanggal nya3. Jelaskan maksud dari imunisasi beruntut4. Benarkan lagi untuk jarak jangan terlalu dekat dan jangan terlalu jauh5. Data jangan ada yang menggantung/terpotong6. Untuk tabel tulis judulnya saja7. Masukkan tanggal pada cek hasil lab8. Klien 1 dan klien 2 di bold untuk membedakan9. Di etiologi resiko infeksi diganti menjadi port de entry10. Dari tulisan pembahasan spasi double11. Sejajarkan dengan paragraf sebelumnya12. Jelaskan dan bahas data apa saja yang tidak sesuai teori, semua pengkajian tidak hanya nyeri13. Pada diagnosa di pembahasan, bahas diagnosa yang tidak muncul pada klien dan jelaskan kenapa tidak muncul14. Jelaskan menurut jurnal kenapa bisa dijadikan intervensi dan bagaimana genggang jari bisa mengurangi nyeri15. Bahas intervensi teori yang tidak dimasukan kasus dan jelaskan alasannya16. Bahas apa perbedaan respon nyeri setelah implementasi farmakologi dan non farmakologi pada klien 1 dan 2	Anisa Fitri A
2.	08 Juli 2020	<ol style="list-style-type: none">1. Di identitas klien benarkan2. Jika kalimat kurang dari 4 kalimat berarti bukan paragraf3. Masukkan penulis jurnal dan tahunnya4. Untuk intervensi di pembahasan, jika	

		pembahasannya hanya 1 maka jadikan 1 poin saja 5. Perbaiki di saran	
3.	13 Juli 2020	ACC SIDANG	
4.	11 Agustus 2020	Bimbingan Abstrak : 1. Abstrak dan Abstract dalam 1 halaman 2. Jumlah kata dalam abstrak maksimal 250 kata 3. Benarkan huruf kapital 4. Beberapa kalimat hapus saja 5. Saran samakan dengan saran yang ada di BAB 5 6. Kata kunci sesuai abjad	
5.	18 Agustus 2020	ACC SIDANG	
6.	26 September 2020	Bimbingan setelah sidang akhir ACC	

**EFEKTIFITAS TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI TERHADAP
NYERI *POST SECTIO CAESAREA* DI RSUD AJIBARANG**

Siti Haniyah¹, Martyarini Budi Setyawati², Siti Mar'atus Sholikhah³

^{1,2}

STIKes Harapan Bangsa Purwokerto

email¹:hani_wiyana@gmail.com

email²: martyarini.bs @gmail.com

³

RSUD Ajibarang

email³: sitimaratussholikhah@gmail.com

ABSTRAK

Angka kejadian Sectio Caesarea di Indonesia menurut data survey nasional pada tahun 2007 adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan (22,8%) dari seluruh persalinan (Riskesdas, 2010). Nyeri post SC diatasi dengan teknik relaksasi genggam jari.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui efektifitas teknik aroma terapi lavender dan teknik relaksasi genggam jari terhadap nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di RSUD Ajibarang

Desain penelitian ini adalah quasi eksperiment with pretest-posttest design dengan sampel 33 responden terbagi menjadi 2 kelompok, 11 responden mendapatkan relaksasi genggam Jari, dan 11 responden sebagai kelompok kontrol. Uji beda dua mean antar kelompok menggunakan uji T test.

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan skala nyeri antara kelompok relaksasi genggam jari dengan kelompok kontrol p value 0,000, serta ada perbedaan skala nyeri antara kelompok aroma terapi lavender dengan kelompok kontrol p value 0,000 namun tidak ada ada perbedaan antara kelompok intervensi dalam menurunkan nyeri p value 0,21.

Key word: Relaksasi Genggam Jari, Nyeri Post Sectio Caesarea

1.PENDAHULUAN

Proses persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks, dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Prawirohardjo, 2009). Pada proses persalinan terkadang janin tidak bisa lahir secara normal, dikarenakan oleh faktor malposisi janin, plasenta previa, diabetes pada ibu, dan disproporsi sefalo pelvis janin-ibu. *Sectio Caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dari dalam rahim (Prawirohardjo, 2009). Menurut *World Health Organisation* (WHO), standar rata-rata *Sectio Caesarea* di sebuah negara adalah sekitar 5–15%. Di rumah sakit pemerintah rata-rata 11%, sementara di rumah sakit swasta bisa lebih dari 30% (Dewi, 2007).

Di Indonesia angka kejadian *Sectio Caesarea* juga terus meningkat baik di rumah sakit pendidikan maupun di rumah sakit swasta. Angka kejadian *Sectio Caesarea* di Indonesia menurut data *survey* nasional pada tahun 2007 adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan (22,8%) dari seluruh persalinan (Riskesdas, 2010)

Menurut Whalley (2008), tindakan operasi *Sectio Caesarea* dapat menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Tindakan operasi *Sectio Caesarea* menggunakan anestesi agar pasien tidak merasa nyeri pada saat dibedah. Namun setelah operasi selesai, saat pasien mulai sadar dan efek anestesi sudah habis bereaksi, pasien akan merasakan nyeri di

daerah sayatan yang membuat pasien merasa tidak nyaman. Ketidaknyamanan yang dirasakan pasien post operasi *Sectio Caesarea* dapat menyebabkan resiko komplikasi pada bayi maupun pada ibu.

Ibu *post Sectio Caesarea* akan merasakan nyeri dan dampak dari nyeri akan mengakibatkan mobilisasi ibu menjadi terbatas, *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu, *bonding attachment* (ikatan kasih sayang) dan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) tidak terpenuhi karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila ibu bergerak. Hal ini mengakibatkan respon ibu terhadap bayi kurang, sehingga ASI sebagai makanan terbaik bagi bayi dan mempunyai banyak manfaat bagi bayi maupun ibunya tidak dapat diberikan secara optimal (Purwandari, 2009).

Manajemen nonfarmakologi yang sering diberikan antara lain yaitu dengan meditasi, latihan *autogenic*, latihan relaksasi progresif, *guided imagery*, nafas ritmik, *operant conditioning*, *biofeedback*, membina hubungan terapeutik, sentuhan terapeutik, stimulus kutaneus, hipnosis, musik, *accupresure*, aromaterapi (Sulistyowati, 2009).

Teknik relaksasi genggam jari adalah cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Di sepanjang jari-jari tangan kita terdapat saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi (Cane, 2013). Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik

dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (*energi channel*) yang terletak pada jari tangan kita (Liana, 2008).

Di RSUD Ajibarang penanganan nyeri menggunakan pendekatan farmakologi, biasanya dengan diberikan analgetik (injeksi ketorolac 1 amp), namun penggunaan analgesik secara terus menerus dapat mengakibatkan ketagihan obat. Meskipun sudah diberikan analgesik pasien masih merasakan nyeri. Dibutuhkan kombinasi antara farmakologi dan non farmakologi untuk mengontrol nyeri agar nyeri dapat berkurang.

Berdasarkan latar belakang dan studi pendahuluan tersebut, peneliti tertarik untuk mengambil judul penelitian “Efektivitas pemberian

aromaterapi lavender dan Terapi relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri *post Sectio Caesarea* di RSUD Ajibarang”.

Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas pemberian teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri *post Sectio Caesarea* di RSUD Ajibarang. Tujuan Khusus dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian teknik relaksasi genggam jari dan untuk menganalisis pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri *post Sectio Caesarea*

2. METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Ajibarang bagian ruang nifas. Desain pada penelitian ini adalah *quasi Experiment pre post*

test design with control group.

Berdasarkan desain penelitian

tersebut di atas, maka rancangan penelitian adalah sebagai berikut :

Diberikan RGJ mulai dari ibu jari sampai dengan kelima jari lain dengan waktu tiap jari 3 menit



O1O2

O3 — O4

Gambar : Rancangan Penelitian

Keterangan:

O1 : Kelompok Perlakuan (KP 2)

Skala Nyeri sebelum diberikan Teknik

Relaksasi Genggam Jari; O2 : KP 1

Skala Nyeri setelah diberikan Teknik Relaksasi Genggam Jari

O3 : Kelompok Kontrol (KK) Skala Nyeri tanpa diberi perlakuan; O4 :

KK di ukur skala nyeri tanpa pemberian perlakuan.

Sampel yang dikehandaki pada penelitian ini adalah pasien post partum yang menjalani persalinan dengan operasi SC yang dirawat di Bangsal Nifas RSUD Ajibarang pada periode penelitian berlangsung, dengan kriteria sebagai berikut: bersedia menjadi responden, dengan post operasi SC

Besar sampel ditentukan dengan rumus besar sampel pada penelitian eksperimen atau uji klinis dengan kelompok kontrol. sampel 22 responden terbagi menjadi 3 kelompok, yaitu 1 responden menggunakan Relaksasi Genggam Jari, dan 11 responden menjadi kelompok kontrol.

Teknik *sampling* yang digunakan pada penelitian ini adalah

Accidental Sampling, dengan cara setiap ada pasien Post SC yang dirawat di bangsal nifas RSUD Ajibarang yang ditemui saat penelitian berlangsung.

Variabel yang diamati pada penelitian ini adalah :

1. Variabel independen : Teknik Relaksasi Genggam Jari, adalah suatu tindakan penggabungan antara relaksasi nafas dalam dengan menggenggam jari mulai dari ibu jari sampai dengan kelima jari lain dengan waktu 3 menit setiap jari tangan. Kemudian responden di minta menarik nafas dalam-dalam kemudian hembuskan nafas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur (ketika menghembuskan nafas, hembuskan secara perlahan sambil melepaskan semua perasaan-perasaan negatif dan masalah-

masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran).

Tindakan Relaksasi Genggam Jari dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari atau saat nyeri terasa. Cara ukur menggunakan lembar observasi berupa lembar ceklist latihan RGJ. Hasil ukur dikatagorikan menjadi dilakukan RGJ dan tidak dilakukan RGJ, dengan skala ukur nominal.

2. Variabel dependen: Nyeri Post Sectio Caesarea, yaitu parameter yang digunakan untuk menilai pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang didapatkan pada ibu *post* operasi SC. Cara ukur menggunakan Skala Nyeri *Numeric Rating Scale* diukur sebanyak 2 kali, dengan

hasil penilaian berupa rata-rata dari hasil pengukuran tersebut dan skala ukur adalah rasio.

Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah penilaian skala nyeri pada post SC sebelum dan sesudah diberikan perlakuan Aroma terapi Lavender dan Relaksasi Genggam Jari menggunakan skala nyeri *Numeric Rating Scale*.

Pada saat pengumpulan data peneliti hanya akan melakukan intervensi pada responden, sedangkan untuk melakukan pengukuran *Numeric Rating Scale* baik sebelum dan sesudah perlakuan dilakukan oleh para asisten peneliti. asisten peneliti terdiri dari para perawat RSUD Ajibarang dan mahasiswa STIKES Harapan Bangsa. Pengukuran skala nyeri dilakukan oleh para asisten peneliti bertujuan

untuk menghindari adanya subyektifitas peneliti. Oleh karena itu sebelum penelitian dilakukan maka akan dilakukan penyamaan persepsi dengan para asisten penelitian meliputi SOP Relaksasi Genggam Jari serta cara pengukuran skala Nyeri serta prosedur kerja penelitian yang akan dilakukan.

Metode analisis data yang digunakan pada penelitian ini meliputi analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat untuk mendapatkan gambaran/ deskriptif dari masing-masing variabel penelitian. Analisis univariat meliputi mean, modus, median, nilai minimal dan maksimal, standar deviasi, varian serta distribusi dan proporsi dari karakteristik pasien serta pre test maupun post test.

Analisis bivariat yang Genggam Jari sebanyak 11 digunakan pada penelitian ini adalah responden, responden dan kelompok

1. Gambaran Tingkat Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea Sebelum dan Sesudah Dilakukan Teknik Aroma Terapi Lavender di RSUD Ajibarang Kabupaten Banyumas

Kategori	Mean	Media n	Std. Dev	Min-max
Sebelum	6,81	7	0,522	6-8
Sesudah	5,72	6	1,044	5-6

sebagai berikut:

kontrol 11 Responden).

Untuk mengetahui perbedaan skala nyeri pada kelompok control, dan intervensi menggunakan uji Paired T test.

Penyajian data hasil penelitian terdiri

dari analisis univariat dan analisa bivariat yang dilakukan menggunakan program pengolahan data SPSS 19.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Hasil

Pelaksanaan penelitian di RSUD Ajibarang dilakukan selama kurun waktu antara bulan April sampai dengan Juli 2016. Jumlah responden dalam penelitian ini berjumlah 22 ibu post Sectio Caesarea di RSUD Ajibarang (di bagi dalam kelompok yang mendapat perlakuan Relaksasi

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa mayoritas nyeri pada

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa nilai rata-rata nyeri

2. Gambaran Tingkat Nyeri pada ibu Post Operasi Sectio Caesarea Sebelum dan Sesudah Dilakukan Teknik *Relaksasi Genggam Jari* di RSUD Ajibarang Kabupaten Banyumas

Kategori	Mean	Median	sd	Minmax
Sebelum	7,09	7	1,095	7-8
Sesudah	5,63	6	1,104	5-6

Post Operasi Sectio Caesarea sebelum diberikan teknik Aroma Terapi *Lavender* adalah nyeri berat sebanyak 8 responden (72,7%) dan responden, sedangkan nyeri pada Post Operasi Sectio Caesarea setelah diberikan teknik Aroma Terapi *Lavender* semuanya adalah nyeri sedang sebanyak 11 responden (100%)

pada ibu Post Operasi Sectio Caesarea sebelum dilakukan Teknik *Relaksasi Genggam Jari* adalah 7,09 dengan nilai nyeri terendah adalah 7 dan tertinggi adalah 8. Sedangkan nilai rata-rata nyeri pada Post Operasi Sectio Caesarea setelah dilakukan Teknik *Relaksasi Genggam Jari* adalah 5,63, dengan nilai nyeri terendah adalah 5 dan tertinggi adalah 6. Mayoritas nyeri pada Post Operasi Sectio Caesarea sebelum dilakukan Teknik *Relaksasi Genggam Jari* adalah nyeri berat sebanyak 10 responden (90,9%) dan responden dengan nyeri sedang sebanyak 1 responden (9,1%). Sedangkan nyeri

pada ibu Post Operasi Sectio
Caesarea setelah dilakukan Teknik
Relaksasi Genggam Jari semuanya
mengalami nyeri sedang sebanyak
11responden (100%)

2. Efektifitas Teknik *Aroma Terapi Lavender* dan Teknik *Relaksasi Genggam Jari* terhadap penurunan Tingkat Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea di RSUD Ajibarang Kabupaten Banyumas

Tabel 5.3 Efektifitas Teknik *Aroma Terapi Lavender* dan Teknik *Relaksasi Genggam Jari* terhadap penurunan Tingkat Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea di RSUD Ajibarang Kabupaten Banyumas

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	9,455	2	4,727	19,50	,000
Within Groups	7,273	30	,242		
Total	16,727	32			

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa Pengaruh antara teknik *Aroma Terapi Lavender* terhadap penurunan nyeri Post SC dengan nilai p -value adalah 0,000

b. Pembahasan

Tingkat Nyeri pada ibu Post Operasi Sectio Caesarea Sebelum dan Sesudah Dilakukan Teknik *Relaksasi Genggam Jari* di RSUD Ajibarang Kabupaten Banyumas.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa nilai rata-rata nyeri pada ibu Post Operasi Sectio Caesarea sebelum dilakukan Teknik *Relaksasi Genggam Jari* adalah 7,09 dan menurun setelah dilakukan Teknik *Relaksasi Genggam Jari* menjadi 5,63. Dapat diketahui pula bahwa mayoritas nyeri pada Post Operasi Sectio Caesarea sebelum dilakukan Teknik *Relaksasi Genggam Jari* adalah nyeri berat sebanyak 10 responden (90,9%) dan sesudah dilakukan Teknik *Relaksasi Genggam Jari* semuanya mengalami nyeri sedang sebanyak 11 responden (100%)

Teknik relaksasi genggam jari adalah cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Emosi adalah seperti gelombang energi yang mengalir di dalam tubuh, pikiran, dan jiwa. Saat kita merasakan perasaan yang berlebihan, aliran energi di dalam tubuh kita menjadi tersumbat atau tertahan, sehingga akan menghasilkan rasa nyeri atau kemampatan. Di sepanjang jari-jari tangan kita terdapat

saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi (Cane, 2013).

Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (*energi channel*) yang

terletak pada jari tangan kita (Liana, 2008)

Respon relaksasi merupakan bagian dari penurunan umum kognitif, fisiologis, dan/atau stimulasi perilaku. Proses relaksasi juga melibatkan penurunan stimulasi nyeri.

Menurut teori akupunktur, setiap jari merupakan jalur keluar masuknya energi dan berhubungan dengan emosi tertentu. terdapat banyak titik-titik disekitar jari tangan serta telapak tangan. Berdasarkan pada konsep *Gate Control Theory* stimulasi serabut taktil kulit dapat menghambat sinyal nyeri dari area tubuh yang sama atau area lainnya. Relaksasi

Genggam Jari merupakan teknik sentuhan serta pemijatan ringan, yang dapat menormalkan denyut jantung dan tekanan darah, serta meningkatkan kondisi rileks dalam

tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui titik akupunktur di permukaan jari. Teknik ini memfasilitasi distraksi dan menurunkan transmisi sensorik stimulasi dari dinding abdomen sehingga mengurangi ketidaknyamanan pada area yang sakit.

4. DAFTAR PUSTAKA

- Anggorowati (2007). *Efektifitas Pemberian Intervensi Spiritual "Spirit Ibu" Terhadap Nyeri Post Sectio Caesarean (SC) Pada Rs Sultan Agung Dan Rs Roemani Semarang*. Journal Media Ners, Vol.8 No.2.
- Arikunto. S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Atkinson, R, (2003). *Pengantar Psikologi Edisi 8 Jilid 2*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Batubara. (2008). *Hubungan Pengetahuan, Nyeri Pembedahan Sectio Caesaria Dan Bentuk Puting Dengan Pemberian Air Susu Ibu Pertama Kali Pada Ibu Post Partum*. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)
- Berman, A, *et.al.* (2009). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis (Ed. 5)*. Jakarta : EGC.
- Bobak, M. I. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Ed. 4)*. Jakarta : EGC
- Cunningham, G. F, *et.al.* (2006). *Obstetri William, (Ed. 21)*. Jakarta : EGC
- Farrer, H. (2011). *Perawatan Maternitas (Ed. 2)*. Jakarta : EGC
- Gruendemann, B & Billie, F. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Perioperatif (Vol.2)*. Jakarta : EGC
- Laila. (2011). *Buku Pintar Menstruasi*. Yogyakarta: Bukubiru
- Liana, E. (2008). *Teknik Relaksasi : Genggam Jari untuk Keseimbangan Emosi*. <http://www.pembelajar.com/teknikrelaksasi-genggam-jariuntukkeseimbangan-emosi> Diakses 21 Oktober 2013 Jam 08.22 WIB
- Lukman, TV. (2013). *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam*

- Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Prof. Dr. Hi. Aloei Saboe Kota Gorontalo.*
<http://kim.ung.ac.id/index.php/KIMFIK/article/viewFile/2859/2835>
 Diakses 23 November 2013 Jam 10.07 WIB Mochtar, R. (2008). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta :EGC
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ogan, M. (2005). *A Pilot Study Evaluating Mindfulness Based Stress Reduction And Massage For The Management Of Chronic Pain*. USA
- Pinandita. (2012). *Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi*.
<http://digilib.stikesmuhgombo.ng.ac.id/>
- MUSWIL IPEMI Jateng, 17 September 2016
files/disk1/27/jtstikesmuhgo-gdliinpinandi-1344-2-hal.32--3.pdf
 Diakses 21 Oktober 2013 Jam 09.56 WIB
- Potter dan Perry. (2005).*Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, Dan Praktik (Ed.4, Vol 1)*. Jakarta : EGC.
- Prawirohardjo, S. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka
- Price dan Wilson. (2006). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses Penyakit. Ed. 6. Vol- 2*. Jakarta: EGC
- Purwandari. (2009). *Pengaruh Terapi Latihan Terhadap Penurunan Nilai Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea*. Skripsi, Universitas Muhammadiyah Surakarta. Skripsi. Tidak Dipublikasikan
- Puwahang. (2011).*Jari-jari tangan*. <http://titik-refleksi-pada-tangan> Diakses 29 Oktober 2013 Jam 12.44 WIB.
- Simkin. (2008). *Paduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan, Dan Bayi*. Jakarta: Arcan Smeltzer, S. C, & Bare, B.G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan*
- 238
Medikal Bedah. Jakarta : EGC
- Sulistiyowati. (2009). *Efektifitas Terapi Aroma Lavender Terhadap Tingkat Nyeri Dan Kecemasan Persalinan Primipara Kala I Di Rumah Sakit Dan Klinik Bersalin Purwokerto*. Skripsi. Tidak Dipublikasikan

Sumanto, H dan Rozak, M. (2009). *Perbedaan Teknik Distraksi Mendengarkan Musik Klasik Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Klien Post Operasi Secsio Caesarea Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan*. Skripsi. Tidak Dipublikasikan

Widyanto, F. (2012). *Perbedaan Injeksi Im Gluteal Pada Posisi Lateral Dan Tengkurap Terhadap Tingkat Nyeri Akseptor Kb Suntik Di Bidan Praktik Swasta Nastiti Wilayah Kerja Puskesmas Kebasen Banyumas*. Skripsi, Universitas Jenderal Soedirman

Wong, D.L. (2008). *Essential Of Pediatric Nursing*. Philadelphia : Mosby. Co

Yusmiati, D. (2007). *Manajemen Stres, Cemas : Pengantar Dari A Sampai Z*. Jakarta: Edsa Mahkota

Yusrizal. (2012). *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan Masase Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Pasca*

Apendektomi Di Ruangan Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan.

<http://repository.unand.ac.id/17872/>

1

[/YUSRIZAL.pdf](#) Diakses 5

Mei 2014 dari Jam 09.45

WIB

Zees, RF. (2012). *Pengaruh Tehnik Relaksasi Terhadap Respon Adaptasi Nyeri Pada Pasien Apendektomi Di Ruang G2 Lantai II Kelas III Blud Rsu Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo*.

<https://www.google.co.id/#q=Pengaruh+Tehnik+Relaksasi+Terhadap+Respon+Adaptasi+Nyeri+Pada+Pasien+Apendektomi+Di+Ruang+G2+Lantai+II+Kelas+III+Blud+Rsu+Prof.+Dr.+H.+Aloe+Saboe+Kota+Gorontalo> Diakses 27 Oktober 2013

MUSWIL IPEMI Jateng,
17 September 2016 239

CATATAN REVISI

UJIAN KTI

Nama Mahasiswa : Anisa Fitri Amelia

NIM : AKX17092

NO	HALAMAN	BAB	SARAN PERBAIKAN
1.	1	I	- Data jumlah 3 bulan terakhir yang melakukan operasi seksio sesarea di RSUD dr. Slamet Garut hapus saja, cukup yang 6 bulan terakhir saja
2.	3	I	- Masukkan jenis non farmakologi dan alasan kuat yang kuat mengapa mengambil penelitian teknik tersebut
3.	59	II	- Gunakan poin – poin untuk jurnal menggenggam jari

BANDUNG, 24 September 2020
PENGUJI

(.....)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Anisa Fitri Amelia
Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 19 Juni 1998
Agama : Islam
Alamat : Babakan Suka Mulya Ds. Cipacing Arpus
Rt/Rw 01/06 Kec.Jatinangor Kab.Sumedang Jawa
Barat

2. Riwayat Pendidikan

Tahun 2003 - 2004 : TK Miftahul Huda
Tahun 2004 - 2010 : SD Bojong Loa 1
Tahun 2010 – 2013 : Madrasah Tsanawiyah Pondok Pesantren
Al- Basyariyah
Tahun 2013 – 2016 : Madrasah Aliyah Pondok Pesantren
Al- Basyariyah
Tahun 2017 – 2020 : Program Studi DIII Keperawatan Umum
Universitas Bhakti Kencana Bandung