

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**



**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI DALAM MEMBERIKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA DIRUANGAN  
SITI AISYAH RS ISLAM IBNU SINA  
BUKITTINGGI TAHUN 2020**

**OLEH :**

**ENGLA PUTRI AMANDA**

**1914901754**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIKES PERINTIS PADANG  
TAHUN AJARAN 2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Program  
Studi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang*



**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI DALAM MEMBERIKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA DIRUANGAN  
SITI AISYAH RS ISLAM IBNU SINA  
BUKITTINGGI TAHUN 2020**

**OLEH :**

**ENGLA PUTRI AMANDA**

**1914901754**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIKES PERINTIS PADANG  
TAHUN AJARAN 2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN KIA-N

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Engla Putri Amanda, S.Kep

NIM : 1914901754

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA-N : Penerapan Teknik Relaksasi Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Dengan Post Sectio Caesarea Di Ruang SITI Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini tidak ada karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ners di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan penulis juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacuan dalam naskah disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila ternyata kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya diatas, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya.

Bukittinggi, September 2020

Yang Membuat Pernyataan



Engla Putri Amanda, S.Kep

HALAMAN PERSETUJUAN

PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI DALAM MEMBERIKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA DIRUANGAN  
SITI AISYAH RS ISLAM IBNU SINA  
BUKITTINGGI TAHUN 2020

OLEH:

ENGLA PUTRI AMANDA  
1914901754

Karya Ilmiah Akhir Ners ini akan diseminarkan  
Bukittinggi, 07 September 2020

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Ns. Endira Amalia, M.Kep  
NIK : 1420123106993012

Pembimbing II



Ns. Mera Delima, M.Kep  
NIK : 1420101107296019

Mengetahui,  
Ketua Prodi Profesi Ners  
STIKes Perintis Padang



  
Ns. Mera Delima, M.Kep  
NIK 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN  
PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI DALAM MEMBERIKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA DIRUANGAN  
SITI AISYAH RS ISLAM IBNU SINA  
BUKITTINGGI TAHUN 2020

OLEH :

ENGLA PUTRI AMANDA  
1914901754

Pada :



Hari/Tanggal : Senin/ 07 September 2020

Jam : 12.00 – 13.00 WIB


Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. Yessi Andriani, M.Kep, Sp.Kep.Mat (  )  
Penguji II : Ns. Endra Amalia, M.Kep (  )

Mengetahui,  
Ketua Prodi Profesi Ners  
STIKes Parintis Padang

  
Ns. Mera Delima, M.Kep  
NIK 1420101107296019

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**Karya Ilmiah Akhir Ners, September 2020**

**ENGLA PUTRI AMANDA**

**1914901754**

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM DENGAN POST SECTIO CAESAREA DI RUANGAN SITI AISYAH RS ISLAM IBNU SINA BUKITTINGGI TAHUN 2020**

**Xvii + V BAB + 120 Halaman + 5 Gambar + 3 Lampiran**

**ABSTRAK**

Sectio Caesarea adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan operasi Sectio Caesarea menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Nyeri merupakan suatu kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan yang bersifat sangat subjektif yang dialami klien pasca operasi. Salah satu cara untuk mengurangi intensitas nyeri dengan therapy nonfarmakologis yaitu dengan cara menggunakan teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Tujuan dari Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah mampu menerapkan teknik relaksasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu post partum dengan post sectio caesarea Diruangan Siti Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi. Metode yang digunakan dalam penulisan ini adalah studi kasus dengan pemberian intervensi relaksasi nafas dalam pada pasien post operasi, intervensi dilakukan selama tiga hari. Hasil analisis kasus pada pasien masalah nyeri dapat berkurang dengan pemberian teknik relaksasi nafas dalam. Hasil karya ilmiah ini dapat dijadikan masukan bagi perawat untuk dapat melibatkan keluarga sehingga mampu memberikan perawatan yang tepat pada pasien saat dirumah.

**Kata Kunci** : *Sectio Caesarea*, Nyeri, Teknik Relaksasi Nafas Dalam

**Kepustakaan** : 20 (2000-2018)

**NERS PROFESSIONAL STUDY PROGRAM**

**INSTITUTE OF HEALTH SCIENCE PERINTIS PADANG**

**The Final Scientific Work, September 2020**

**ENGLA PUTRI AMANDA**

**1914901754**

**THE IMPLEMENTATION OF RELAXATION TECHNIQUES IN GIVING NURSING CARE FOR POST PARTUM WOMEN WITH POST SECTIO CAESAREA IN SITI AISYAH ROOM AT IBNU SINA BUKITTINGGI ISLAMIC HOSPITAL, 2020**

**Xvii + V Chapters + 120 Pages + 5 Pictures + 3 Attachments**

#### **ABSTRACT**

Caesarean section is a way to deliver a fetus by making an incision in the uterine wall through the front wall of the stomach. Sectio Caesarea surgery causes pain and results in changes in tissue continuity due to surgery. Pain is a condition in the form of unpleasant feelings that are very subjective in postoperative clients. One way to reduce pain intensity with non-pharmacological therapy is by using deep breath relaxation techniques. Deep breath relaxation technique is an action to free mentally and physically from tension and stress so as to increase tolerance to pain. The purpose of this Nurse's Final Scientific Work is to be able to apply relaxation techniques in providing nursing care to post partum mothers with post sectiocaesarea in the SitiAisyah room of the Islamic Hospital Ibnu Sina Bukittinggi. The method used in this writing is a case study by giving deep breath relaxation intervention in postoperative patients, the intervention is carried out for three days. The results of case analysis in patients with pain problems can be reduced by giving deep breath relaxation techniques. The results of this scientific work can be used as input for nurses to be able to involve families so that they are able to provide proper care to patients at home.

**Keywords: *Sectio Caesarea*, Pain, Deep Breath Relaxation Techniques**

**Bibliography: 20 (2000-2018)**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### A. Identitas Diri

Nama : Engla Putri Amanda  
Tempat/ Tanggal Lahir : Lubuk Basung/ 26 Januari 1994  
Jenis kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Jumlah saudara : 3 Orang  
Alamat lengkap : Lubuk Mangindo, Jorong III Sangkir,  
Kecamatan Lubuk Basung, Kab.Agam

### B. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Nasrul  
Nama Ibu : Trisdawarti  
Alamat : Lubuk Mangindo, Jorong III Sangkir,  
Kecamatan Lubuk Basung, Kab.Agam

### C. Riwayat Pendidikan

Tahun 1999-2005 : SD N 10 Banda Sakti  
Tahun 2005-2008 : SMP N 3 Lubuk Basung  
Tahun 2008-2011 : SMA N 1 Lubuk Basung  
Tahun 2011-2015 : S1 Keperawatan STIKes Ceria Buana Bukittinggi  
Tahun 2019-2020 : Profesi Ners STIKes Perintis Padang



## KATA PENGANTAR



Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Puji syukur penulis ucapkan kepada ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia- Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul **“Penerapan teknik relaksasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ibu Post Partum dengan Post Sectio Caesarea Di Ruang SITI Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan. Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat terselesaikan. Pada kesempatan ini dengan ketulusan hati perkenankan penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M. Biomed. Selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Mera Delima, M. Kep. Selaku Ketua Program Studi Profesi pendidikan Ners STIKes Perintis Padang Terimakasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.

3. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep, Selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
4. Ibu Ns. Mera Delima, M.Kep. Selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
5. Ibu Ns. Yessi Andriani, M.Kep, Sp.Kep. Mat selaku penguji yang telah telah memberikan petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat meneruskan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
6. Dosen dan staf Program studi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bimbingan, bekal ilmu pengetahuan dan bantuan kepada penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
7. Teristimewa ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada orang tua tercinta mama dan papa yang telah memberikan kasih sayang, doa, dan juga nasehat kepada saya dalam menuntut ilmu, dan untuk adik-adik serta keluarga yang tak hentinya mendoakan dan memberikan motivasi dalam setiap langkah penulis.
8. Terimakasih rekan-rekan seperjuangan seangkatan 2019 program Studi Profesi Ners STIKes Perintis Padang.

Semoga kebaikan dan pertolongan yang telah di berikan kepada penulis mendapatkan berkah dari Allah SWT. Akhir kata penulis mohon maaf apabila masih terdapat kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, karena masih jauh dari kesempurnaan sehingga penulis mengharapkan kritik

dan saran yang membangun demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Semoga ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memerlukan dan berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan dikemudian hari, khususnya di bidang kesehatan.

Wassalam

Bukittinggi, September 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN KIA-N</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	<b>viii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xvii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penulisan.....	8
1.3.1 Tujuan Umum.....	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	8
1.4 Manfaat.....	9
1.4.1 Bagi LahanPraktek.....	9
1.4.2 Bagi Perawat.....	9
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	10
1.4.4 Bagi Pasien dan Bagi Keluarga.....	10
1.4.5 Bagi Mahasiswa.....	10
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b>	
2.1 Konsep Dasar.....	11
2.1.1 Defenisi Post Partum.....	11
2.1.2 Etiologi.....	12
2.1.3 Tanda dan Gejala.....	12
2.1.3.1 Tanda Permulaan Persalinan.....	12
2.1.3.2 Tanda-tanda Post Partus.....	13
2.1.4 Fisiologi.....	14
2.1.4.1 Involusi.....	14
2.1.4.2 Laktasi.....	16
2.1.5 Perubahan Fisiologis Dalam Masa Nifas.....	16
2.1.6 Tanda-tanda Bahaya Post Partum.....	18
2.2 Sectio Caesarea.....	19
2.2.1 Etiologi.....	19
2.2.2 Patofisiologi.....	20
2.2.2.1 WOC.....	21
2.2.3 Klasifikasi.....	22
2.2.4 Komplikasi.....	22

2.2.5 Resiko Infeksi Pada Ibu Post SC .....	23
2.2.6 Faktor Resiko Infeksi .....	23
2.2.7 Faktor Predisposisi/Faktor Pencetus .....	23
2.2.8 Dampak Resiko Infeksi .....	24
2.2.9 Tanda dan Gejala.....	24
2.2.10 Pemeriksaan Penunjang.....	25
2.2.11 Perawatan Ibu Post Op SC .....	25
2.3 Konsep Nyeri.....	26
2.3.1 Defenisi .....	26
2.3.2 Fisiologi Nyeri.....	26
2.3.3 Penyebab Nyeri .....	27
2.3.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri .....	28
2.3.5 Klasifikasi Nyeri .....	28
2.3.6 Respon Terhadap Nyeri.....	29
2.3.7 Karakteristik Nyeri .....	29
2.3.8 Penilaian dan Pengukur Nyeri.....	30
2.3.9 Managemen Nyeri .....	35
2.4 Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengatasi Nyeri Akut Pada Ibu Post SC .....	37
2.4.1 Pengertian.....	37
2.4.2 Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam .....	38
2.4.3 Manfaat Teknik Relaksasi Napas Dalam .....	38
2.4.4 Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Persepsi Nyeri .....	38
2.4.5 Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam .....	39
2.5 Asuhan Keperawatan Teoritis Pada Klien Sectio Caesarea .....	41
2.5.1 Pengkajian .....	41
2.5.2 Diagnosa Keperawatan.....	52
2.5.3 Intervensi Keperawatan.....	54
<b>BAB III TINJAUAN KASUS</b>	
3.1 Pengkajian .....	71
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	86
3.3 Intervensi Keperawatan.....	87
3.4 Implementasi dan Evaluasi.....	92
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
4.1 Profil Lahan Praktek.....	105
4.2 Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Konsep Terkait .....	105
4.2.1 Pengkajian .....	105
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	108
4.2.3 Intervensi .....	110
4.2.4 Implementasi .....	114
4.2.5 Evaluasi .....	115
4.3 Analisis Intervensi Dengan Konsep Penelitian Terkait.....	116
4.4 Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan .....	117

## **BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan.....	118
5.2 Saran.....	119
5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan .....	119
5.2.1 Bagi Perawat .....	120
5.2.3 Bagi Layanan.....	120
Daftar Pustaka	
Lampiran	

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.2.2.1 Woc Sectio Caesarea .....	21
Gambar 2.3.8.1 Face Pain Rating Scale .....	31
Gambar 2.3.8.2 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif .....	31
Gambar 2.3.8.3 Skala Identitas Nyeri Numerik.....	32
Gambar 2.3.8.4 Skala Analog Visual.....	32
Gambar 2.3.8.5 Skala Nyeri Menurut Bourbanis.....	32

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.5.3 Intervensi Keperawatan.....	54
Tabel 3.1.4.1 Riwayat Persalinan.....	73
Tabel 3.1.8 Therapy .....	80
Tabel 3.1.9 Hasil Pemeriksaan Penunjang.....	83
Tabel 3.1.12 Analisa Data.....	84
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	87
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi .....	92



## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Daftar Isi

Lampiran 2 : SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Bimbingan

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Post partum adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya “periode” ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara empat hingga enam minggu. Walaupun masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai oleh banyaknya perubahan fisiologi. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu ibu, komplikasi serius juga sering terjadi (Cunningham, F, et al, 2013).

Diseluruh dunia terdapat sekitar 160 juta perempuan hamil setiap tahunnya. Terdapat sekitar 15 % yang menderita komplikasi berat, dimana sepertiganya adalah komplikasi yang mengancam ibu. Akibat dari komplikasi ini menyebabkan kematian lebih dari setengah juta ibu setiap tahunnya. Diperkirakan jumlahnya 90 % terjadi Asia dan Afrika Sub Sahara, 10 % di Negara berkembang lainnya, dan kurang dari 1 % di negaranegara maju. Beberapa negara, kematian ibu lebih tinggi dan beresiko dari 1 dalam 10 kehamilan, tetapi di negara maju resiko ini kurang dari 1 dalam 6.000 (Prawirohardjo, 2014).

Kira-kira sekitar 15% dari seluruh wanita hamil dimana Angka kelahiran di Indonesia masih tinggi dan terjadi komplikasi dalam persalinan. Untuk

mengatasi komplikasi salah satu jalan keluarnya yaitu dilakukan Caesarea dalam penanganan persalinan dengan komplikasi. Menurut World Health Organization (WHO) (2015) standar persalinan Sectio Caesarea Inggris Tahun 2010 data Sectio Caesarea terjadi peningkatan 24.6% tahun 2008 23.5% dan di Australia tahun 2010 terjadi peningkatan 31% tahun 2008 sebesar 21% namun di Indonesia persalinan Sectio caesarea di Indonesia 15,3% sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan pada jangka waktu 5 tahun terakhir yang di survey dari 33 provinsi. Adanya faktor gambaran resiko ibu saat melahirkan dan di operasi Caesarea yaitu 13,4% berupa ketuban pecah dini, 5,49% berupa Preeklampsia, 5,14% berupa Perdarahan, 4,40% Kelainan letak Janin, 4,2% (Risksedas RI, 2015).

Diperkirakan dari setiap ibu meninggal dalam kehamilan terdapat penyebab kematian dan kesakitan ibu, seperti persalinan, atau nifas, 16-17 penderita komplikasi pada ibu dapat mempengaruhi kesehatan mereka, biasanya menetap. Penyebab utama kematian ibu sudah diuraikan sebelumnya di atas, yaitu perdarahan, infeksi, preeklamsia (hipertensi dalam kehamilan), persalinan macet, dan aborsi. Pada kasus yang berat komplikasi yang terjadi berasal dari kesakitan ibu yaitu dari komplikasi ringan, hingga berat, kemudian komplikasi permanen dan menahun terjadi sesudah masa nifas. Contoh komplikasi ini adalah fistula, inkontinensia urin dan alvi, perut uterus, penyakit radang panggul, palsy, dan sindrom Sheehan (Prawirohardjo, 2014).

Di Sumatera Barat pada tahun 2017, Angka Kematian Ibu masih tinggi. Berdasarkan data yang diperoleh dari Kabupaten dan Kota terdapat angka kasus kematian ibu sebesar 87,02 %. Kematian maternal paling banyak yaitu setelah masa melahirkan sebesar 49,12 %, selanjutnya pada waktu melahirkan sebesar 23,89 %. Berdasarkan data dari bidang pelayanan kesehatan (Yankes) dan Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi Sumatera Barat pada tahun 2017, angka kejadian kematian ibu sebesar 74,97 % dan naik menjadi 86,21 % kelahiran hidup pada tahun 2017 (Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, 2017). Dalam UU Kesehatan NO 47 Tahun 2009 yaitu upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotive, preventive, kurative, dan rehabilitative yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh dan berkesinambungan (Depkes RI, 2015).

Sectio caesarea adalah proses persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi dilakukan di perut dan rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 1000 gr atau umur kelahiran > 28 minggu (manuaba, 2012). *Sectio caesarea* dilakukan atas indikasi yang terbatas pada panggul sempit dan *placenta previa* (Hartati, 2015 ; Olina, 2017).

Masa nifas adalah masa kritis baik bagi ibu dan bayinya. Berdasarkan data Dunia kesehatan (WHO) menyatakan bahwa persalinan dengan bedah caesar yaitu sekitar 10-15% dari semua proses persalinan dinegara berkembang. Bahkan, di rumah sakit swasta presentase melahirkan Sectio Caesarea pada

tahun 2004 rata-rata 20 % dan persalinan normal 80%. Sementara, hasil laporan kedokteran terbaru di tahun 2015 meningkat menjadi 26,3% dan 27,5% di tahun 2006 (Kemenkes RI, 2013).

Dalam operasi *Sectio Cesarea* menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Nyeri tersebut akan menimbulkan berbagai masalah jika tidak ditangani yaitu mobilisasi terbatas, bonding attachment( ikatan kasih sayang ) terganggu/tidak terpenuhi, ADL, IMD, tidak dapat terpenuhi karena adanya peningkatan intensitas nyeri (Afifah, 2009).

Kebanyakan ibu merasakan nyeri dibekas jahitan *Sectio caearea* . Keluhan yang dirasakan sebenarnya wajar karena tubuh mengalami luka dan proses penyembuhannya tidak sempurna. Dampak nyeri yang perlu dipertanyakan adalah hal-hal yang spesifik seperti pengaruhnya terhadap pola tidur, pola makan, energi, aktifitas keseharian (Zakiah, 2015).

Penatalaksanaan dalam menurunkan intensitas nyeri dengan cara farmakologis atau memakai obat-obatan dan dapat pula dengan terapi non-farmakologis atau tanpa memakai obat-obatan dengan menggunakan teknik tertentu yang kemudian akan mengurangi intensitas nyeri itu sendiri. Sedangkan pada terapi non farmakologis sudah sering digunakan terhadap penanganan nyeri yaitu terapi relaksasi yang memberikan efek relaks dan tenang pada penderita nyeri sehingga intensitas nyerinya berkurang (Maryunani, 2010)

Dalam setiap nyeri teknik relaksasi nafas dalam paling sering digunakan. Teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dengan mengajarkan dan menganjurkan klien mengatur nafas yang baik, menarik nafas dalam dan menghembuskan nafas sambil mengeluarkan perasaan nyeri yang dirasakan. Mekanisme terjadi saat pasien menarik nafas dalam - dalam adalah terjadi relaksasi pada otot skelet sehingga menyebabkan paru membesar, pasokan oksigen ke paru bertambah sehingga membuka pori-pori Kohn di alveoli sehingga meningkatkan konsentrasi oksigen yang akan dibawa ke pusat nyeri (Marynani, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Joula Olyvia Lauw,dkk (2017) tentang *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea di Ruang Nifas Rumah Sakit Advent Manado* menyatakan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan utuh dan sehat.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dita Amita,dkk (2018) tentang *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Bengkulu* menyatakan bahwa *sectio caesarea* yaitu proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu (*laparotomi*) dan rahim

(*histerectomi*) untuk mengeluarkan bayi. Banyak ibu yang mengeluh rasa nyeri dibekas jahitan *sectio caesarea* .

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Gusrina Komara Putri,dkk (2018) tentang *The influence of deep breathing relaxation techniques in reducing blood pressure and pain caused by hypertension* menyatakan bahwa menunjukkan adanya pengaruh teknik relaksasi terhadap penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik pada pasien hipertensi. Teknik relaksasi adalah pemulihan mental dan fisik dari stres dan ketegangan. Relaksasi napas dalam dilakukan dengan menarik napas dalam-dalam secara perlahan seperti biasa. Tujuan dari relaksasi pernafasan adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, menghindari atelektasis paru, relaksasi ketegangan otot, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres secara fisik dan emosional serta mengurangi kecemasan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rizky Asta Pramesti Rini (2018) tentang *The Effectiviness Of Deep Breathing Relaxation Technique And Guided Imagery To Decrease Pain Intensity On Postoperative Fracture Patients In Bougenvile Ward Of Dr Soegiri Hospital Lamongan* , menyatakan bahwa teknik relaksasi pernafasan merupakan salah satu bentuk asuhan keperawatan dimana perawat melatih klien bagaimana melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain mengurangi intensitas nyeri,

teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wiwiek Widiatie (2015), tentang *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea di rumah sakit UNIPDU Medika Jombang* menunjukkan bahwa sebagian besar responden sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam menunjukkan nyeri berat sedangkan setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam menunjukkan nyeri sedang yang artinya ada penurunan skala nyeri yang dirasakan oleh responden.

Dari survei awal yang dilakukan penulis di Rumah Sakit Ibnu Sina Bukittinggi Yarsi, Sumbar dengan interview pada 10 orang ibu yang pernah menjalani persalinan *sectio caesarea* semua ibu menyatakan bahwa persalinan *sectio caesarea* menyebabkan nyeri.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “ Penerapan teknik relaksasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ibu Post Partum dengan Post Sectio Caesarea Di Ruangan Siti Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan hal tersebut maka perumusan masalah dalam karya ilmiah ini yaitu: “Penerapan teknik relaksasi dalam memberikan asuhan keperawatan



pada Ibu Post Partum dengan Post Sectio Caesarea Di Ruangn Siti Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020”

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu memberikan gambaran tentang hasil praktek efektif Profesi Ners dengan mengaplikasikan “Penerapan teknik relaksasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ibu Post Partum dengan Post Sectio Caesarea Di Ruangn Siti Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020”

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mahasiswa mampu memahami konsep pasien setelah operasi Di Ruangn Siti Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020

1.3.2.2 Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Ibu Post Partum dengan Post Sectio Caesarea Di Ruangn Siti Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020

1.3.2.3 Mahasiswa mampu menegakkan dan memprioritaskan diagnosis keperawatan pada Ibu post partum dengan Post Sectio Caesarea Di Ruangn Siti Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020

1.3.2.4 Mahasiswa mampu membuat rencana tindakan pada Ibu Post Partum dengan Post Sectio Caesarea Di Ruangn Siti Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020

1.3.2.5 Mahasiswa mampu melakukan implementasi pada Ibu post partum dengan Post Sectio Caesarea Di Ruang SITI Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020

1.3.2.6 Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada Ibu post partum dengan Post Sectio Caesarea Di Ruang SITI Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020

1.3.2.7 Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian pada Ibu post partum dengan Post Sectio Caesarea Di Ruang SITI Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Bagi Lahan Praktek**

Karya ilmiah ini dapat dijadikan media informasi tentang penyakit yang diderita pasien dan bagaimana cara penanganannya bagi pasien dan juga bagi keluarga baik di rumah maupun di rumah sakit khususnya untuk pasien sectio caesarea dalam penerapan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri.

##### **1.4.2 Bagi Perawat**

Hasil karya ilmiah akhir ners ini dapat memberikan manfaat bagi pelayanan keperawatan dengan memberikan gambaran dan mengaplikasikan acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pasien sectio caesarea dalam penerapan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri.

#### **1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat digunakan sebagai bahan untuk pelaksanaan pendidikan serta masukan dan perbandingan untuk karya ilmiah lebih lanjut asuhan keperawatan pasien sectio caesarea dalam penerapan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri.

#### **1.4.4 Bagi Pasien dan Keluarga**

Pasien dan keluarga mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang Penerapan teknik relaksasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ibu Post Partum dengan Post Sectio Caesarea Di Ruang SITI Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020

#### **1.4.5 Bagi Mahasiswa**

Diharapkan mahasiswa dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien sectio caesarea dalam penerapan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri.

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### 2.1 Konsep Dasar

##### 2.1.1 Defenisi Post Parum

Menurut Departemen Kesehatan RI dalam padila (2014), *Postpartum* yaitu masa nifas yang dimulai sejak bayi lahir dan plasenta bayi dilahirkan hingga keadaan kandungan kembali seperti saat sebelum hamil, masa ini pada umumnya terjadi sekitar 6 minggu.

Post partum yaitu setelah kelahiran plasenta dan berakhir dimana alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira – kira enam minggu (Roito, Noor, & Mardiah, 2013).

Post partum atau masa nifas terbagi atas tiga periode (Mochtar, 1998) :

1. Kepulihan ibu dimana telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan disebut dengan puerperium dini.
2. Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya mencapainya enam sampai delapan minggu disebut dengan purperium intermedial.

3. Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil maupun saat persalinan yang memiliki komplikasi

### **2.1.2 Etiologi**

Pada masa nifas, keadaan alat alat genetalia internal ataupun eksternal akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan alat genital ini dalam keseluruhannya disebut involusi (Winknjosastro, 2006:237).

Pada otot rahim terdiri dari tiga lapis otot bentuk anyaman sehingga pembuluh darah dapat tertutup sempurna, dengan demikian terhindari dari perdarahan post partum (Manuaba,2012)

### **2.1.3 Tanda dan Gejala**

#### **2.1.3.1 Tanda Permulaan Persalinan**

Tanda permulaan persalinan atau kata pendahuluan (*Preparatory stage of labor*) dimana beberapa minggu sebelum terjadi persalinan, dapat berupa :

- a. *Lightening* atau *setting* atau *deopping*, dimana kepala bayi turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida
- b. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun

- c. Perasaan sering kencing (*Polikisuria*) akibat kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
- d. Perasaan sakit diperut dan dipinggang akibat kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya *fleksus frankerhauser* yang terletak pada sekitar *serviks* (tanda persalinan false-labour pains).
- e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar karena terdapat kontraksi otot rahim
- f. Terjadi pengeluaran lendir, dimana lendir penutup serviks dilepaskan dan bisa bercampur darah (*Bloody show*).

#### **2.1.3.2 Tanda-tanda Post Partus sebagai berikut :**

Menurut Hafiffah, (2011) post partus ditandai oleh :

- a. Sistem reproduksi
  - 1) *Uterus* di tandai dengan kembalinya uterus ke kondisi normal setelah hamil
  - 2) Keluarnya *lochea*, komposisi jaringan endometrial, darah dan limfe
 

Tahapannya : Rubra (merah) : 1-3 hari, kemudian Sanguinolenta : warna merah kekuningan, berisi darah dan lendir terjadi pada hari ke 3-7, Lochea serosa : berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan, Lochea alba : cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu pasca

persalinan, Lochea purulenta : ini terjadi karena infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk, Lochiotosis : lochea tidak lancar keluarnya

3) Siklus menstruasi

Mengalami perubahan saat ibu mulai menyusui pada saat menstruasi

4) *Serviks*

Setelah lahir serviks akan terjadi edema, bentuk distensi untuk beberapa hari, struktur interna akan kembali setelah 2 minggu

5) *Vagina*

Nampak berugae kembali pada 3 minggu

6) *Perinium*

Terdapat robekan jika di lakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu

7) Payudara

Payudara akan membesar karena *vaskularisasi* dan *engorgemen* (bengkak karena peningkatan prolaktin).

## **2.1.4 Fisiologi**

### **2.1.4.1 Involusi**

Proses involusi sebagai berikut :

- Kontraksi retraksi serabut otot uterus yang terjadi terus menerus sehingga mengakibatkan kompresi pembuluh darah dan anemia setempat : Ishcemia
- Autolisis : dimana proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterine.
- Atrofi : jaringan berfoliperasi dimana terdapat estrogen kemudian atrofi sebagai reaksi terhadap produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta. Selama involusi vagina yang mengeluarkan sekret dinamakan lochea, terdiri atas empat macam :
  - 1) Lochea ini muncul di hari pertama dan hari kedua lochea rubra, terdiri atas darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, sel-sel desidua
  - 2) Hari ketiga dan kelima lochea sanguinolenta, terdiri atas darah bercampur lendir
  - 3) Satu minggu masa persalinan, lochea serosa berwarna agak kuning
  - 4) Setelah dua minggu lochea alba berwarna hanya cairan putih atau kekuning-kuningan, warna itu disebabkan karena banyak leukosit (Wiknjosastro, 2006:238)



#### **2.1.4.2 Laktasi**

Laktasi mempunyai dua pengertian, yaitu:

- 1) Pembentukan atau produksi air susu
- 2) Pengeluaran air susu

Kedua refleks ini bersumber dan perangsang puting susu akibat isapan bayi meliputi :

- Refleks prolaktin

Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara, karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik.

- Refleks Let Down

Merupakan refleks yang terjadi ketika saraf dipayudara ibu terangsang oleh hisapan bayi dan sinyal pelepasan oksitosin, hormon yang mendorong otot-otot kecil di sekitar sel-sel yang memproduksi ASI untuk berkontraksi, mengalirkan ASI ke dalam saluran Air Susu Ibu. (Huliana, 2003:33).

#### **2.1.5 Perubahan Fisiologis Dalam Masa Nifas**

Masa nifas adalah masa kembalinya organ-organ reproduksi seperti sedia kala sebelum hamil yaitu :

- 1) Perubahan dalam sistem reproduksi berupa: Perubahan dalam uterus atau rahim (invulusi uterus), involusi tempat plasenta,

pengeluaran lochea, serta perubahan pada perineum, vulva, dan vagina.

2) Laktasi atau pengeluaran Air Susu Ibu

Setelah kelahiran bayi ketika kadar hormone estrogen menurun memungkinkan terjadinya kenaikan kadar hormone prolaktin dan produksi Air Susu Ibu pun dimulai.

3) Perubahan sistem perkemihan

Dalam perubahan sistem perkemihan biasanya air seni yang terbentuk oleh ginjal meningkat, tetapi ibu sering mengalami kesulitan dalam buang air kecil, disebabkan oleh : perasaan ingin Buang Air Kecil ibu kurang walaupun bledder penuh, uretra tersumbat akibat perlukaan atau edema pada dinding rahim akibat oleh kepala bayi, ibu tidak bisa Buang Air Kecil dengan berbaring diatas tempat tidur.

4) Perubahan tanda-tanda vital

Suhu badan wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °C. Sesudah persalinan dapat naik 0,5 °C dari keadaan normal, namun tidak melebihi 38,0 °C sesudah duabelas jam pertama melahirkan.

5) Perubahan sistem hematologik

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sampai sebanyak 15.000 semasa persalinan, selanjutnya meningkat sampai 15.000 - 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tidak mengalami persalinan lama. Jumlah hemoglobin, hematokrit

dan eritrosit akan sangat bervariasi awal masa nifas sebagai akibat dari volume eritrosit yang berubah-ubah.

6) Perubahan psikologis postpartum

Pada wanita kebanyakan sesudah melahirkan pada minggu pertama menunjukkan gejala yaitu depresi ringan dan berat.

### **2.1.6 Tanda-tanda Bahaya Postpartum**

- Perdarahan vagina yang berlebihan
- Pengeluaran vagina yang baunya menusuk
- Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung
- Sakit kepala tak tertahankan
- Pembengkakan di wajah atau tangan
- Demam, muntah rasa sakit waktu Buang Air Kecil, merasa tidak enak badan
- Payudara yang berubah menjadi merah, panas dan atau terasa sakit
- Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang sama
- Terdapat pembengkakan di kaki dan terasa sakit
- Sedih terus-terusan dan merasa depresi
- Sesak nafas dan nyeri dada

## 2.2 Sectio Caesarea

*Sectio caesarea* yaitu cara agar dapat melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (Nurarif & Kusuma, 2015).

*Sectio caesarea* yaitu persalinan yang dilakukan dengan pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi (Endang Purwoastuti and Siwi Walyani, 2014).

Sectio Caesarea yaitu tindakan pembedahan dengan cara membuka dinding abdomen dan dinding rahim untuk melahirkan janin (Benson & Pernoll, 2008) dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram dan usia janin > 28 minggu (Syaifuddin, 2009)

### 2.2.1 Etiologi *Sectio Caesarea*

#### a. Etiologi yang berasal dari ibu

Manuaba (2012), penyebab yang berasal dari ibu kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat satu sampai dua, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, Diabetes Melitus),

#### b. Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin berupa :

1. Gawat janin
2. Mal presentasi

3. Mal posisi kedudukan janin
  4. Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil
  5. Kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi
- (Nurarif & Kusuma, 2015).

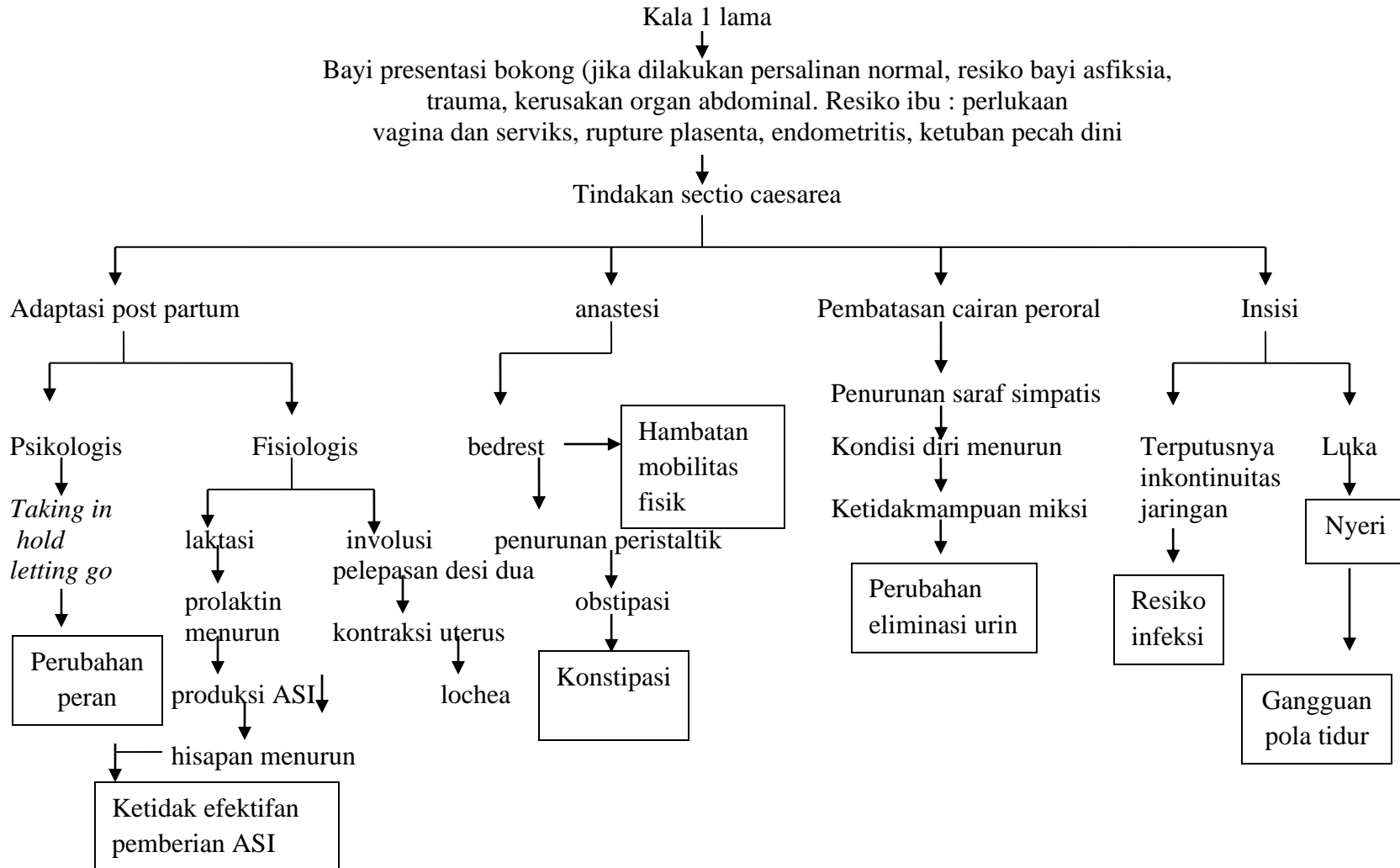
### **2.2.1 Patofisiologi *Sectio caearea***

Pada proses persalinan ada hambatan dapat menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, seperti : plasenta previa, ruptur sentralis dan lateralis, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama), pre-eklamsi, distoksia serviks dan mal presentasi janin, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio caesarea* ( SC ). Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien.

Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan dan akhirnya harus dilakukan tindakan *Sectio caesarea*, bahkan sekarang *Sectio caesarea* menjadi salah satu pilihan persalinan (Sugeng, 2010)

2.2.2.1 Woc Sectio Caesarea

Sumber : Nurarif dan Hardhi (2015)



### 2.2.3 Klasifikasi *Sectio caearea*

Menurut arah sayatan pada rahim, *Sectio caesarea* dapat dilakukan yaitu :

- 1) Bentuk sayatan memanjang
- 2) Bentuk sayatan melintang
- 3) Bentuk sayatan huruf T

a. *Sectio caesarea* klasik

Caranya membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

b. *Sectio caesarea* ismika

Caranya membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira sepanjang 10 cm (Nurarif & Kusuma, 2015).

### 2.2.4 Komplikasi *Sectio Caesarea*

Komplikasi pada *sectio caesarea* menurut (Mochtar, 2013, hal. 87) adalah saebagai berikut :

a. Infeksi Puerperal

- 1) Ringan dimana suhunya naik dalam beberapa hari
- 2) Sedang dimana suhunya lebih tinggi
- 3) Berat dengan peritonitis, sepsis dan illeus paralitik.

b. Perdarahan karena :

Terdapat pembuluh darah banyak yang terputus dan terbuka, atonia uteri, perdarahan pada placentar bed

- c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang

#### **2.2.5 Resiko Infeksi Pada Post *Sectio Caesarea***

Yaitu peningkatan infeksi tubuh pathogen atau mikroorganisme mampu berakibat sakit. Resiko infeksi yaitu keadaan seorang individu berisiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) (Potter & Perry, 2005).

#### **2.2.6 Faktor Resiko Infeksi**

Menurut standar diagnosa keperawatan indonesia (2017), faktor risiko terjadinya infeksi berupa:

- a. Efek prosedur invasif
- b. Meningkatnya paparan organisme patogen lingkungan
- c. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
- d. Terjadi kerusakan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya
- e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :
- f. Penurunan hemoglobin, immunosupresi

#### **2.2.7 Faktor Predisposisi/Faktor Pencetus**

Beberapa faktor yang mencetuskan risiko infeksi pada pasien menurut Potter & Perry (2005) adalah :



a. Agen

Mikroorganisme yang masuk bisa karena agennya sendiri atau karena toksin yang dilepas.

b. Host

Jadi biarpun ada agen, kalau tidak ada yang bisa dikenai, tidak ada infeksi.

c. Environment

Environment itu lingkungan di sekitar agen dan host, seperti suhu, kelembaban, sinar matahari, oksigen dan sebagainya.

### **2.2.8 Dampak Resiko Infeksi**

Pada ibu nifas mengalami infeksi luka Post *Sectio caesarea* dan tidak segera ditangani akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada jaringan epidermis maupun dermis, gangguan pada sistem persyarafan, dan kerusakan pada jaringan seluler menurut (Hasanah and Wardayanti, 2015).

### **2.2.9 Tanda dan Gejala**

Tanda dan Gejala yang lazim terjadi, pada infeksi menurut (Smeltzer, 2002) sebagai berikut :

a. Rubor : yaitu kemerahan

b. Kalor : Kalor terjadi bersamaan dengan kemerahan dari reaksi peradangan akut.

c. Dolor : Perubahan PH lokal atau konsentrasi lokal ion-ion tertentu dapat merangsang ujung-ujung saraf.

- d. Tumor : Pembengkakan
- e. Functio Laesa : reaksi peradangan

#### **2.2.10 Pemeriksaan Penunjang**

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Hemoglobin/Hematokrit
- e. Golongan darah
- f. Urinalis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- i. Ultrasound sesuai pesanan (Tucker, susan martin, 1998 dalam buku Aplikasi NANDA, 2015).

#### **2.2.11 Perawatan Post Op Sectio Caesarea**

Pasien yang mengalami komplikasi obstetric atau medis memerlukan observasi ketat setelah resiko *sectio caesarea*.

Perawatan umum untuk semua ibu meliputi :

1. Kaji tanda-tanda vital dengan interval diatas (15 menit). Pastikan kondisinya stabil
2. Lihat tinggi fundus uteri (TFU), adanyaperdarahan dari luka dan jumlah lokea
3. Pertahankan keseimbangan cairan
4. Pastikan analgesa yang adekuat

5. Penggunaan analgesa epidural secara kontinu sangat berguna
6. Tangani kebutuhan khusus dengan indikasi langsung untuk *sectio caesarea*, misalnya kondisi medis seperti diabetes
7. Jadwalkan kesempatan untuk melakukan pengkajian ulang pasca melahirkan guna memastikan penyembuhan total (Fraser, 2012).

## **2.3 Konsep Nyeri**

### **2.3.1 Defenisi**

Nyeri yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan dan muncul terkait akibat adanya kerusakan jaringan aktual, potensial, atau digambarkan kondisi terjadinya kerusakan sedemikian rupa (*International Association Study of Pain*) : Awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (NANDA, 2013).

### **2.3.2 Fisiologi Nyeri**

Menurut Smeltzer & Bare (2002) Biasanya terdapat interkoneksi antara sistem neural desenden serta traktus sensori asenden. kornu dorsalis dari medula spinalis dapat dianggap sebagai tempat memproses sensori. Serabut perifer berakhir disini dan serabut traktus sensori asenden berawal disini.

Agar nyeri dapat diserap secara sadar, neuron pada sistem asenden harus diaktifkan (Smeltzer & Bare, 2002).

### 2.3.3 Penyebab Nyeri

Menurut (Asmadi, 2009) penyebab nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua penyebab yaitu :

#### 1. Penyebab fisik

##### a. Trauma (mekanik, termis, kimiawi, elektrik)

Pada trauma mekanik nyeri adanya ujung saraf mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan atau luka. Sedangkan pada trauma termis nyeri adanya ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, dingin. Dan pada trauma kimiawi terjadi akibat tersentuh zat asam atau basa. Trauma elektrik menimbulkan nyeri akibat pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.

##### b. Neoplasma menyebabkan nyeri terjadi akibat tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri

##### c. Peradangan menimbulkan nyeri akibat kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

#### 2. Penyebab psikologis

Nyeri diakibatkan karena faktor psikologis yaitu nyeri dirasakan karena adanya trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Nyeri karena faktor ini disebut *psychogenic pain*.

### **2.3.4 Faktor –faktor Yang Mempengaruhi Nyeri**

Menurut prasetyo (2010), faktor-faktor yang dapat mempengaruhi persepsi dan reaksi nyeri antara lain :

1. Usia

Usia suatu variable yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu

2. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri.

3. Kebudayaan

Perawat seringkali berasumsi bahwa cara berespon pada setiap individu dalam masalah nyeri adalah sama

4. Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

5. Ansietas

6. Dukungan keluarga dan sosial

### **2.3.5 Klasifikasi Nyeri**

Berupa nyeri akut dan nyeri kronis :

1. Nyeri akut

Nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi enam bulan, dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

## 2. Nyeri kronis

Nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan.

### **2.3.6 Respon Terhadap Nyeri**

Respon tubuh terhadap nyeri adalah sebuah proses kompleks dan bukan sebuah kerja spesifik. Respon tubuh terhadap nyeri memiliki aspek fisiologis dan psikososial. Pada awalnya, sistem saraf simpatik berespon, menyebabkan respon melawan atau menghindar. Apabila nyeri terus berlanjut, tubuh beradaptasi ketika system syaraf para simpatik mengambil ahli, membalik banyak respons fisiologis. Adaptasi terhadap nyeri ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari mengalami nyeri.

Reseptor nyeri aktual sangat sedikit beradaptasi terus mentransmisikan pesan nyeri. Seseorang dapat belajar tentang nyeri melalui aktivitas kognitif dan perilaku, yaitu : pengalihan, imajinasi, dan banyak tidur. Individu dapat berespon terhadap nyeri dengan mencari intervensi fisik untuk mengatasi nyeri seperti, analgetik, oijat dan olah raga.

### **2.3.7 Karakteristik Nyeri**

Karakteristik dapat juga dilihat nyeri berdasarkan metode PQRST, P *provocate*, Q *Quality*, R *Region*, S *Scale*, T *Time*.

1. P *provocate*, tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada penderita.
2. Q *Quality*, kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan klien.
3. R *Region*, untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman.
4. S *Scale*, tingkat keparahan merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita
5. T *Time*, tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi, dan rangkaian nyeri.

### **2.3.8 Penilaian dan Pengukuran Nyeri**






Evaluasi ini juga dapat didekati dengan menggunakan penelitian yang lebih formal, seperti kuesioner nyeri *MC bill*, yang merupakan salah satu alat untuk menilai nyeri. Bagian pertama klien menandai lokasi nyeri disebuah gambar tubuh manusia. Pada bagian kedua klien memilih duapuluh kata yang menjelaskan kualitas *sensorik, afektif, evaluatif, dan kualitas* lain dari nyeri. Pada bagian ketiga klien memilih kata seperti singkat, berirama atau menetap untuk menetap untuk menjelaskan pola nyeri. Pada bagian keempat klien menentukan tingkatan nyeri pada suatu skala 0 sampai 5 (Price, 2005).

Kualitas nyeri dapat dinilai sederhana yang meminta pasien menjelaskan nyeri dengan kata-kata mereka sendiri (misalnya tumpul, berdenyut, seperti terbakar).

Alat bantu lain yang digunakan untuk menilai intensitas atau keparahan nyeri klien:

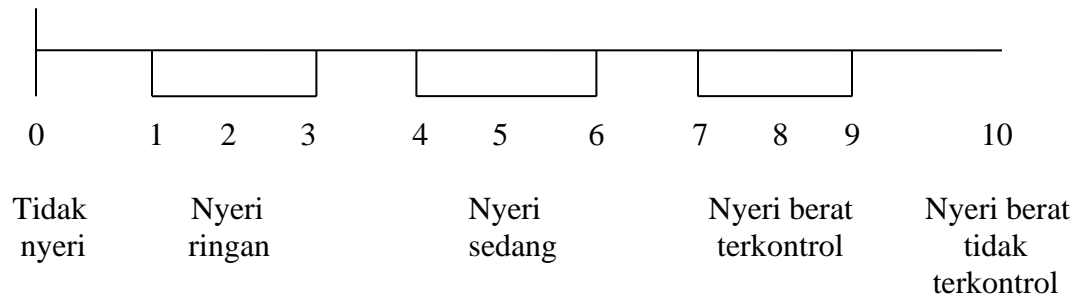
**Gambar 2.3.8.1**

**Face Pain Rating Scale**

					
0 tidak sakit	2 Sedikit sakit	4 Agak mengganggu	6 Mengganggu aktivitas	8 Sangat mengganggu	10 Tak tertahan

**Gambar 2.3.8.2**

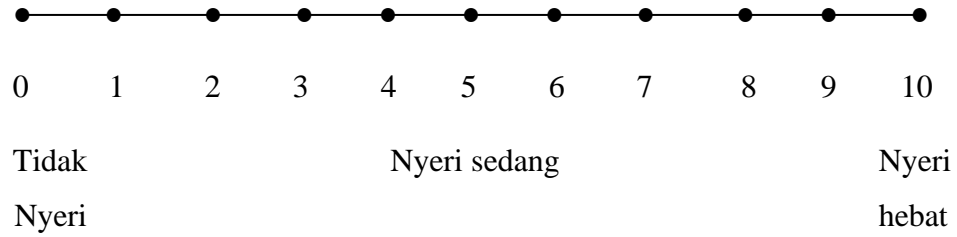
**Skala intensitas nyeri deskriptif**





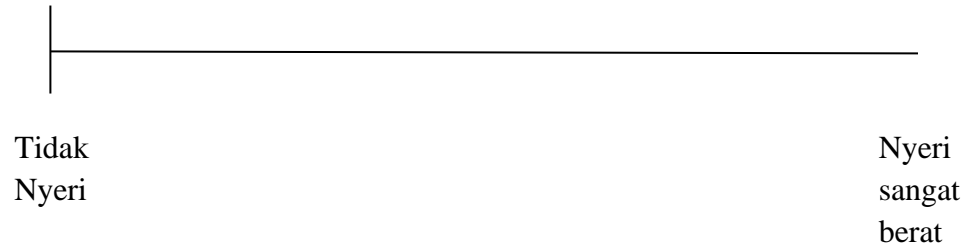
**Gambar 2.3.8.3**

**Skala identitas nyeri numerik**



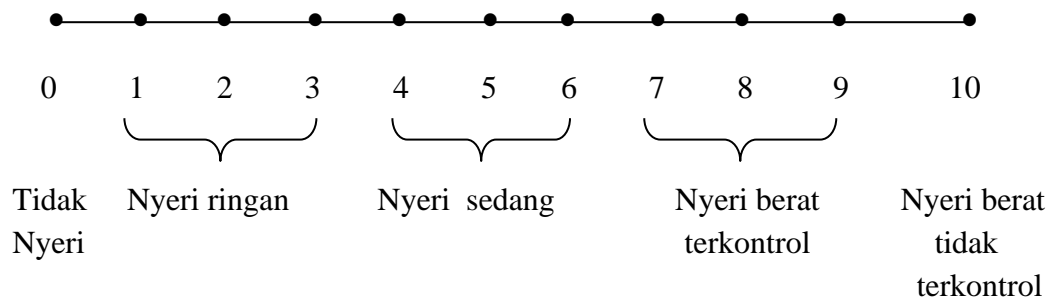
**Gambar 2.3.8.4**

**Skala analog visual**



**Gambar 2.3.8.5**

**Skala nyeri menurut bourbanis**



**Keterangan :**

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4-6 : Nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, meringis, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik
- 7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih bisa respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi
- 10 : Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul

Karakteristik paling subyektif pada nyeri yaitu tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien biasanya diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Menurut Wong dan Baker (2011), pengukuran skala nyeri menggunakan *Face Pain Rating Scale* yaitu terdiri dari enam wajah kartun mulai dari wajah yang tersenyum untuk “tidak ada nyeri” hingga wajah yang menangis untuk “nyeri berat”.

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga

sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Alat VDS ini membuat klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian numerik (*Numerical rating scales, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala nol hingga sepuluh (AHCPR, 2012).

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengkomsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya. Skala deskriptif bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, tapi juga, mengevaluasi perubahan kondisi klien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan (Potter, 2005).

Skala analog visual (*Visual analog scale, VAS*) tidak melebel subdivisi. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (Potter, 2005).

### 2.3.9 Manajemen Nyeri

#### a. Manajemen Farmakologi

dibagi atas tiga macam obat nyeri berupa :

- 1) *Analgetik non opioid* – Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS)
- 2) *Analgesia opioid*
- 3) *Adjuvan / Koanalgetik*

#### b. Manajemen Non-Farmakologi

Beberapa hal yang dapat dilakukan ialah:

##### 1) Distraksi

Distraksi dimana memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri.

##### 2) Hypnosis-diri

Hypnosis-diri dengan membantu merubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. (Edelman & Mandel, 2004).

##### 3) Stimulus Kutaneus

Dimana stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri massase, mandi air hangat, kompres panas atau dingin (Mander,2004).

##### 4) Massase

Yaitu terapi nyeri yang paling primitive dan menggunakan refleks lembut manusia untuk

menahan, menggosok, atau meremas bagian tubuh yang nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

5) Terapi hangat dan dingin

Terapi hangat dan dingin bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor). Terapi dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri. Penggunaan panas dapat meningkatkan aliran darah yang dapat mempercepat penyembuhan dan penurunan nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

6) Relaksasi pernafasan

Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi pernafasan juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Relaksasi pernafasan adalah suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan pada klien bagaimana cara melakukan pernafasan, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. (Smeltzer & Bare, 2002).

## **2.4 Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengatasi Nyeri Akut Pada Ibu Post SC**

### **2.4.1 Pengertian**

Relaksasi yaitu tindakan membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres yang mampu meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Sulistyo, 2013).

Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi yang lambat dan berirama (Smeltzer & Bare, 2002). Latihan napas dalam yaitu bentuk latihan napas yang terdiri dari pernapasan abdominal (diafragma) dan *pursed lip breathing* (Lusianah, Indaryani, & Suratun, 2012).

Melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri, di dalam tubuh seseorang tersebut secara stimulan dapat meningkatkan saraf parasimpatik maka hormon kortisol dan adrenalin yang dapat menyebabkan stres akan menurun sehingga konsentrasi meningkat serta merasa tenang untuk mengatur napas sampai pernapasan kurang dari 60-70 kali per menit. Kemudian kadar  $PCO_2$  akan meningkat dan menurunkan pH sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah (Handerson, 2002).

Intensitas nyeri adalah jumlah nyeri yang terasa. Intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan angka 0 sampai 10 pada skala intensitas nyeri (Maryunani, 2010).

Kebanyakan pada pasien sectio caesarea yang mengeluh rasa nyeri pada bekas jahitan . Pasien SC akan mengalami nyeri akut. Dimana nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2016).

#### **2.4.2 Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam**

Yaitu untuk meningkatkan ventilasi alveoli, meningkatkan efisiensi batuk, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, dan mengurangi tingkat stress baik itu stress fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh individu (Smeltzer & Bare, 2002).

#### **2.4.3 Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Teknik relaksasi nafas dalam dapat memberikan berbagai manfaat. Menurut Potter & Perry (2006), menjelaskan efek relaksasi nafas dalam antara lain terjadinya penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera dan periode kewaspadaan yang santai.

#### **2.4.4 Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Persepsi Nyeri**

Relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui tiga mekanisme yaitu : Pertama dengan merelaksasikan otot

skelet yang mengalami spasme yang disebabkan insisi (trauma) jaringan saat pembedahan, kemudian yang kedua lakukan relaksasi otot skelet akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri, dan yang ketiga teknik relaksasi napas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan *opoid endogen* yaitu *endorfin* dan *enkefalin* (Smeltzer & Bare, 2002).

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

Menurut Lusianah, Indrayani, & Suratun (2012), langkah teknik relaksasi nafas dalam yaitu :

- a. Mengecek program terapi medik
- b. Mengucapkan salam terapeutik
- c. Melakukan evaluasi dan validasi
- d. Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur kepada pasien
- e. Mempersiapkan alat: satu bantal
- f. Memasang sampiran
- g. Mencuci tangan

Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau kursi atau dengan *lying position* (posisi berbaring) di tempat tidur atau dikursi dengan satu bantal



- i. Meminta pasien untuk menarik napas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup. Hitung sampai tiga selama inspirasi
- j. Meminta pasien untuk berkonsentrasi dan rasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap kondisi rileks dan cegah lengkung pada punggung. Jika ada kesulitan menaikkan abdomen, tarik napas dengan cepat, lalu napas kuat dengan hidung
- k. Meminta pasien untuk menghembuskan udara lewat bibir, seperti meniup dan ekspirasikan secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan dari pipi. Teknik *pursed lip breathing* ini menyebabkan resistensi pada pengeluaran udara paru, meningkatkan tekanan di bronkus (jalan napas utama) dan meminimalkan kolapsnya jalan napas yang sempit
- l. Meminta pasien untuk berkonsentrasi dan rasakan turunya abdomen dan kontraksi otot abdomen ketika ekspirasi. Hitung sampai tujuh selama ekspirasi
- m. Meminta pasien untuk menggunakan latihan ini dan tingkatkan secara bertahap selama lima sampai 10 menit. Latihan ini dapat dilakukan dalam posisi berbaring, duduk tegap, berdiri dan berjalan
- n. Mencuci tangan
- o. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan respon pasien

## **2.5 Asuhan Keperawatan Teoritis Pada Klien Sectio Caeara**

Pendekatan Proses Keperawatan Proses keperawatan yaitu merupakan rangkaian tindak asuh keperawatan yang harus dilakukan perawat secara sistematis, sinambung, terencana dan profesional. Mulai dari mengidentifikasi masalah kesehatan, merencanakan tindakan, mengurangi dan mencegah terjadinya masalah baru, melaksanakan tindakan keperawatan hingga mengevaluasi hasil dari tindakan tersebut. Proses keperawatan terdiri dari 5 tahap yang “Sequensial” dan berhubungan : pengkajian diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Rohmah, 2009).

### **2.5.1 Pengkajian**

Pada pengkajian klien dengan sectio caesaria, data yang dapat ditemukan meliputi distress janin, kegagalan untuk melanjutkan persalinan, malposisi janin, prolaps tali pusat, abrupsio plasenta dan plasenta previa.

Pengkajian terdiri dari :

#### **2.5.1.1 Biodata**

##### **a. Identitas Klien**

Terdiri dari identitas klien yang terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, status marital, tanggal masuk RS, tanggal operasi, nomor CM, ruang / kamar, diagnosa medis, tanggal pengkajian, alamat.

b. Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, alamat.

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan yang paling menonjol dan yang paling dirasakan oleh klien dengan post partum seksio sesarea. Pada saat dilakukan pengkajian pada umumnya klien mengeluh nyeri luka operasi di daerah abdomen.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengeluh nyeri di bagian abdomen, nyeri dirasakan terus menerus seperti disayat benda tajam, nyeri bertambah saat bergerak atau batuk.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin dan abortus

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah terdapat anggota keluarga yang mengidap penyakit menular dan diturunkan, seperti penyakit diabetes melitus, hipertensi, dan lain -lain.

## 5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

### a) Riwayat Obstetri

#### (1) Riwayat Kehamilan Sekarang

Pada pasien post operasi yang dicurigai indikasi sectio caesarea umumnya mengalami kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, vasa previa), kelainan tali pusat (prolaps tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (multiple pregnancy), pre eklamsia berat (PEB) , dan ketuban pecah dini (KPD).

#### (2) Riwayat Persalinan Sekarang

Pasien melahirkan dengan cara sectio caesarea dibantu oleh dokter, perawat dan bidan. Sebelum dilakukan tindakan sectio caesarea pasien diberikan anastesi spinal.

#### (3) Riwayat Nifas Sekarang

Pada pemeriksaan bagian abdomen tampak ada striae, linea alba, ada sayatan dibawah umbilicus. Kontraksi uterus keras, dan tinggi fundus uteri 2 jari diatas umbilicus. Kaji keluhan pada daerah luka post operasi pada saat bergerak.

b) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat Menstruasi

Umur pertama mengalami haid, lama haid, banyaknya perdarahan, siklus, HPHT, taksiran persalinan, dan usia kehamilan.

(2) Riwayat Perkawinan

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

(3) Riwayat Kontrasepsi

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

**2.5.1.3 Pemeriksaan Fisik**

a. Keadaan Umum

Keadaan umum pada pasien post operasi sectio caesarea 30 menit pertama kesadaran samnolen, 30 menit kemudian pasien sadar penuh dengan kesadaran composmentis. Pasien tampak lemas.

1) Tanda-tanda vital

Tekanan darah normal atau menurun  $< 120/90$  mmHg, nadi meningkat  $> 80$  kali permenit, suhu meningkat

37,5 °C dan respirasi meningkat (takipnue, dispneu, napas dangkal).

b. Sistem Integumen

Keadaan luka operasi pada abdomen (apakah ada infeksi atau ada nanah, apakah lukanya kering), skala nyeri, turgor kulit, striase gravidarum, warna rambut, penyebaran rambut, kebersihan kulit kepala dan rambut, keadaan dan warna kuku klien.

c. Sistem Sensori

1) Mata

Keadaan konjungtiva (merah segar atau merah pucat), sklera (putih atau kuning), pupil (isokor kanan dan kiri) reflek terhadap cahaya (miosis atau mengecil), alat bantu penglihatan.

2) Telinga

Bentuk simetris, fungsi pendengaran (baik), kebersihan (apakah ada serumen), alat bantu yang di gunakan dan keluhan.

3) Hidung

Keadaan lubang hidung bersih, apakah terdapat polip atau tidak, kebersihan (apakah terdapat serumen atau tidak), apakah ada sumbatan jalan nafas.

#### 4) Mulut

Mukosa bibir, keadaan gigi, fungsi pengecap dan menelan, keadaan lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil, warna tonsil.

#### 5) Leher

Apakah ada pembesaran kelenjar getah bening, kaji adanya distensi vena jugularis kelenjar thyroid dan keluhan.

#### d. Abdomen

Pada pemeriksaan terdapat sayatan bekas operasi, adanya perban luka pada abdomen. Pasien mengalami nyeri post sectio caesarea, lokasi nyeri pada abdomen bagian bawah. Mengkaji luka jahitan post operasi sectio caesarea yang meliputi kondisi luka (melintang atau membujur, kering atau basah, adanya nanah atau tidak), dan mengkaji kondisi jahitan (jahitan menutup atau tidak, terdapat tanda-tanda infeksi serta warna kemerahan pada sekitar area jahitan luka post sectio caesarea atau tidak).

#### e. Dada

##### 1) Paru-paru

Bentuk dada simetris, pengembangan dada sama. Amati pernafasan pasien hitung frekuensi dan irama pernafasan pasien. Perkusi dinding thoraks amati bunyi

yang ditimbulkan apakah sonor, redup, pekak atau hipersonor.

## 2) Payudara

Pada pemeriksaan payudara pada ibu yang mengalami bendungan ASI meliputi bentuk simetris, kedua payudara tampak tegang, ada nyeri tekan, kedua puting susu menonjol, aerola hitam, warna kulit tidak kemerahan, ASI belum keluar atau ASI hanya keluar sedikit.

### f. Sistem Kardiovaskuler

Apakah ada peningkatan vena jugularis, jika ada pendarahan saat persalinan post sectio caesarea konjungtiva anemis, tetapi jika pendarahan hebat disertai dengan penurunan hemoglobin yang tajam, terjadinya penurunan kapilaritas akibat gangguan perpusi pada perifer, jika disertai dengan riwayat pre-eklamsi berat tekanan darah jadi meningkat dengan sistol  $\geq 140$  dan diastolik  $\geq 100$ .

### g. Sistem Pencernaan

Efek anestesi mukosa bibir kering, bising usus tidak ada atau lemah. Adanya mual atau muntah yang disebabkan iritasi lambung atau efek sentral dari anestesi, sehingga menimbulkan nyeri tekan di epigastrium dan terjadinya konstipasi karena terhambatnya aktivitas usus.



#### h. Sistem Perkemihan

Terjadinya penurunan laju filtrasi glomerulus yang disebabkan vasokonstriksi pada pembuluh darah ginjal dan mengakibatkan menurunnya produksi urine. Jika masih terpasang kateter pantau/observasi bagaimana produksi dan warna urine.

#### i. Sistem Muskuloskeletal

##### 1) Peritoneum atau dinding perut

Perut menjadi kendur dan terdapat luka operasi panjang luka baru bisa dilihat pada hari ketiga

##### 2) Ekstremitas bawah dan atas

Umumnya terjadi kelemahan sebagai dampak anestesi yang mendefresikan sistem saraf pada musculoskeletal sehingga terjadinya penurunan tonus otot, kurangnya mobilitas fisik dapat menyebabkan terjadinya tromboplebitis.

##### 3) Sistem Reproduksi

1) Mamae: Bentuk, keadaan puting susu, keluhan.

2) Genetalia: Kaji keadaan lochea, lochea normalnya : Merah hitam (lochea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit. Abnormalnya : merah terang, bau busuk, mengeluarkan

darah beku, perdarahan hebat. Periksa keadaan perineum yang perlu diperhatikan : kemerahan pada perineum, adakah edema atau pembengkakan pada labia, adakah lebam pada labia/ perdarahan bawah kulit, pengeluaran pervagina, adakah pertautan atau pelekatan pada jaringan.

3) Uterus: Tinggi Fundus Uteri.

Pada persalinan dengan operasi pengecilan uterus mengalami perlambatan akibat dari adanya luka operasi pada uterus, dan pada persalinan normal konsistensi uterus akan mengecil secara perlahan-lahan (involusi) sampai kembali normal seperti sebelum hamil.

#### **2.5.1.4 Aktivitas sehari -hari**

a. Nutrisi dan cairan

1) Nutrisi

Ibu post partum harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca bersalin, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup, mengonsumsi kapsul vitamin A, agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya (Saifuddin, 2001 dalam Siti, dkk 2013).

Makanan bergizi terdapat pada sayur hijau, seperti bayam, sawi, kol dan sayur hijau lainnya. Lauk pauk dapat memilih daging ayam, ikan telur dan sejenisnya, beserta buah-buahan segar. Ibu post sectio caesarea harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas (Simkin dkk, 2007 dalam Siti dkk, 2013).

## 2) Cairan

Kaji tentang jenis, frekuensi, jumlah per hari, keluhan.

### a) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan BAB dan BAK meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, bau serta masalah eliminasi (Anggraini, 2010). Pada pasien post sectio caesarea biasanya 2-3 hari mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) hal ini dikarenakan ketakutan akan rasa sakit pada daerah sekitar post operasi, takut jahitan terbuka karena mengejan (Handayani, 2011).

### b. Istirahat Tidur

Tidur klien kurang dai kebutuhan tubuh karena adanya nyeri pada luka operasi, Hal ini juga bisa disebabkan oleh cemas yang datang dari klien.

c. Personal Hygiene

Pemenuhan personal hygiene terganggu seperti mandi, cuci rambut, gosok gigi, gunting kuku. Karena adanya luka operasi pada abdomen ditambah kondisi klien yang lemah

d. Aktivitas

Pada pasien post sectio caesarea didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri

e. Aspek Psikologis

1) Keadaan emosi

Emosi pada pasien setelah operasi melahirkan tidak stabil sehubungan dengan hospitalisasi. Klien membutuhkan pendamping atau bantuan dalam memenuhi ADLnya, klien juga menjadi depresi, mudah menangis karena klien mengalami nyeri pada luka operasi, nyeri payudara jika klien tidak menyusui.

2) Tingkat kecemasan

Cemas meningkat ditandai dengan menurunnya wawasan persepsi diri terhadap lingkungan.

f. Aspek Sosial

1) Klien dapat bersosialisasi dengan keluarga, tim kesehatan dan lingkungan sekitarnya baik.

2) Apakah klien ikut aktif dalam suatu kegiatan organisasi masyarakat atau tidak

3) Bagaimana dukungan keluarga terhadap kesembuhan

Pengetahuan Klien dan Keluarga Mengenai:

1) Immunisasi

2) Perawatan payudara

3) Teknik pemberian ASI

4) Keluarga Berencana (KB)

g. Aspek Spiritual

Mengkaji apa agama klien, keadaan ibadah klien sebelum sakit dan sesudah nifas.

### **2.5.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, ketidakefektifan refleks oksitosin, ketidakadekuatan refleks menghisap bayi, dibuktikan dengan bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, Asi tidak menetes/memancar, bayi menghisap tidak terus menerus
3. Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, imobilitas, tirah baring, kelemahan dibuktikan dengan merasa lemah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (mis, pencahayaan, jadwal tindakan), kurang kontrol tidur, kurang privasi, dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

### 2.5.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), dibuktikan dengan mengeluh nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun</li> <li>• Meringis menurun</li> <li>• Gelisah menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Pola napas membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> </ul>	<p>1. Manajemen nyeri</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin,)</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa</li> </ul>

			<p>nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>- Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ul> <p>2. Pemberian analgesik</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi karakteristik nyeri( mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)</li> <li>- Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>- Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotik) dengan tingkat</li> </ul>
--	--	--	---



			<p>keparahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik</li> <li>- Monitor efektifitas analgesik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, <i>jika perlu</i></li> <li>- Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum</li> <li>- Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien</li> <li>- Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</li> </ul> <p>3. Edukasi teknik napas</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</li> <li>- Jelaskan prosedur teknik napas</li> <li>- Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis, duduk, baring)</li> <li>- Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</li> <li>- Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</li> <li>- Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</li> <li>- Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</li> </ul>
2.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, di harapkan status	1. Edukasi menyusui Tindakan

	<p>bengkak, ketidakefektifan refleks oksitosin, ketidakadekuatan refleks menghisap bayi, dibuktikan dengan bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, Asi tidak menetes/memancar, bayi menghisap tidak terus menerus</p>	<p>menyusui membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat</li> <li>• Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat</li> <li>• Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat</li> <li>• Berat badan bayi meningkat</li> <li>• Tetesan/pancaran Asi meningkat</li> <li>• Suplai Asi adekuat meningkat</li> <li>• Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat</li> <li>• Kepercayaan diri ibu meningkat</li> <li>• Bayi tidur setelah menyusu</li> <li>• Hisapan bayi meningkat</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>- Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>- Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>- Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan konseling menyusui</li> <li>- Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>- Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar</li> <li>- Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</li> <li>- Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis, memerah Asi, pijat payudara, pijat oksitosin)</li> </ul>
--	---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lecet pada puting menurun</li> <li>• Kelelahan maternal menurun</li> <li>• Kecemasan maternal menurun</li> <li>• Bayi rewel menurun</li> <li>• Bayi menangis setelah menyusu menurun</li> </ul>	<p>2. Konseling laktasi</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui</li> <li>- Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui</li> <li>- Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu)</li> <li>- Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu</li> </ul> <p>3. Pemberian kesempatan menghisap pada bayi</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pernapasan bayi</li> <li>- Monitor tanda vital dan perdarahan selama</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>melahirkan</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan ibu kesempatan untuk rawat gabung (<i>rooming</i>)</li> <li>- Fasilitasi ibu untuk posisi semi fowler</li> <li>- Fasilitasi ibu menemukan posisi yang nyaman</li> <li>- Buka pakaian bagian atas ibu</li> <li>- Hindari membersihkan dada ibu dari keringat</li> <li>- Buka pakaian bayi, kenakan popok dan topi bayi</li> <li>- Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di antara payudara ibu</li> <li>- Berikan kehangatan dengan menyelimuti punggung bayi dan kenakan topi</li> <li>- Berikan waktu kepada bayi apabila menyusui dimulai</li> <li>- Berikan kesempatan ibu untuk memposisikan dan menggendong bayi dengan benar</li> <li>- Pindahkan bayi setelah selesai menyusui dengan melepas sendiri puting ibu</li> <li>- Letakkan bayi disamping ibu atau tempat tidur ibu, sehingga memudahkan memulai lagi kegiatan menyusui</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan memberi kesempatan bayi sampai</li> </ul>
--	--	--	---

			lebih dari 1 jam atau sampai bayi menunjukkan tanda-tanda siap menyusui
3.	Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam, di harapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kebersihan tangan meningkat</li> <li>• Kebersihan badan meningkat</li> <li>• Demam menurun</li> <li>• Kemerahan menurun</li> <li>• Nyeri menurun</li> <li>• Bengkak menurun</li> <li>• Gangguan kognitif meningkat</li> <li>• Kultur area luka membaik</li> </ul>	<p>1. Pencegahan infeksi</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> <li>- Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>- Ajarkan etika batuk</li> <li>- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> <p>2. Perawatan luka</p>

			<p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor karakteristik luka (mis. drainase, ukuran, bau)</li> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>- Cukur rambut di sekitar daerah luka, <i>jika perlu</i></li> <li>- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>- Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>- Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, <i>jika perlu</i></li> <li>- Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>- Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), <i>sesuai indikasi</i></li> </ul>
--	--	--	--

			<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi prosedur <i>debridement</i> (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), <i>jika perlu</i></p>
4.	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, imobilitas, tirah baring, kelemahan dibuktikan dengan merasa lemah, merasa tidak nyaman	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam, di harapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi nadi meningkat</li> <li>• Saturasi oksigen meningkat</li> <li>• Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>• Kecepatan berjalan meningkat</li> <li>• Jarak berjalan</li> </ul>	<p>1. Manajemen energy</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>- Monitor pola dan jam tidur</li> <li>- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>- Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>- Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> </ul>



		<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</li> <li>• Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> <li>• Keluhan lelah menurun</li> <li>• Dispnea saat aktivitas menurun</li> <li>• Dispnea setelah aktivitas menurun</li> <li>• Perasaan lemah menurun</li> <li>• Aritmia saat aktivitas menurun</li> <li>• Aritmia setelah aktivitas menurun</li> <li>• Sianosis menurun</li> <li>• Warna kulit membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Frekuensi napas membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan tirah baring</li> <li>- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>- Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul> <p>2. Terapi aktivitas</p> <p>Observasi</p> <p>Tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi defisit tingkat aktivitas</li> <li>- Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>- Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>- Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>- Identifikasi makna aktivitas rutin (mis.</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>bekerja) dan waktu luang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</li> <li>- Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</li> <li>- Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</li> <li>- Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>- Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li> <li>- Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, <i>jika sesuai</i></li> <li>- Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</li> <li>- Fasilitasi aktivitas rutin (mis. ambulansi, mobilisasi, dan perawatan diri), <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>- Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</li> <li>- Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</li> <li>- Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, <i>jika sesuai</i></li> <li>- Fasilitasi aktivitas motorik untuk</li> </ul>
--	--	--	--

			<p>merelaksasi otot</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</li> <li>- Libatkan keluarga dalam aktivitas, <i>jika perlu</i></li> <li>- Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</li> <li>- Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</li> <li>- Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</li> <li>- Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, <i>jika perlu</i></li> <li>- Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li>- Anjurkan melakukan aktifitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</li> <li>- Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, <i>jika sesuai</i></li> <li>- Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>aktivitas, <i>jika sesuai</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, <i>jika perlu</i></li> </ul> <p>3. Dukungan ambulasi</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)</li> <li>- Fasilitasi melakukan mobilisasi, <i>jika perlu</i></li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>- Anjurkan ambulasi dini</li> <li>- Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke</li> </ul>
--	--	--	--

			kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
5.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (mis, pencahayaan, jadwal tindakan), kurang kontrol tidur, ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, di harapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>• Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>• Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>• Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>• Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> <li>• Kemampuan beraktivitas meningkat</li> </ul>	<p>1. Dukungan tidur</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>- Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisikdan/atau psikologis)</li> <li>- Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, teh, dll)</li> <li>- Identifikasi obat tidur yang di konsumsi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, dll)</li> <li>- Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i></li> <li>- Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</li> <li>- Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat,dll)</li> <li>- Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>- Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> <li>- Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis, psikologis, dll)</li> <li>- Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ul> <p>2. Edukasi aktifitas istirahat</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</li> <li>- Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk nertanya</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin</li> <li>- Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermainatau aktivitas lainnya</li> <li>- Anjurkan menyusun jadwal aktifias dan</li> </ul>
--	--	--	--

			<p>istirahat</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis, kelelahan, sesak napas saat aktivitas)</li><li>- Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan</li></ul>
--	--	--	---

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1. Data umum klien**

- a. Inisial Klien : Ny. F
- b. Usia : 25 tahun
- c. Status Perkawinan : Menikah
- d. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- e. Pendidikan Terakhir : SMA

##### **3.1.2. Hubungan orang terdekat**

- a. Inisial Klien : Tn.A
- b. Usia : 26 tahun
- c. Status Perkawinan : Menikah
- d. Pekerjaan : Pedagang
- e. Pendidikan Terakhir : SMP
- f. Hubungan dengan pasien : Suami

##### **3.1.3 Keluhan utama :**

Klien post op sc dengan indikasi KPD yang anastesi spinal selama  $\pm$  1 jam lamanya, klien mengatakan nyeri yang timbul karena ada luka sayatan pada abdomen bekas operasi yang nyerinya terasa tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 5. Dan klien juga mengatakan masih



keluar lendir bercampur darah merembes di vagina yang berwarna keruh, dengan bau yang khas dan amis, klien mengatakan ASI masih belum keluar. Klien mengatakan hamil anak pertama.

Klien terdapat luka jahitan/ operasi post SC pada dinding /kulit abdomen, panjang  $\pm$  12 cm dengan jenis insisi horizontal, kondisi luka ditutup perban dengan menggunakan kasa steril ukuran  $\pm$  4 x 12 cm, pasien mengatakan nyeri luka bekas operasi dan tidak nyaman dengan lukanya. klien tampak meringis kesakitan memegang abdomen, payudara klien masih padat, perban luka tampak kering dan bersih. TTV : TD: 122/85 mmHg Suhu : 36,5°C Nadi : 78x/menit RR: 20x/menit.

#### **3.1.4. Riwayat kehamilan saat ini :**

1. Pemeriksaan kehamilan : pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 2 bulan sampai 9 bulan.
2. Masalah kehamilan : inpartu + Ketuban pecah pada tanggal 7 januari 2020, pukul 04:00 WIB, sebanyak  $\pm$  500cc dan pecahnya dirumah.

**Tabel 3.1.4.1**

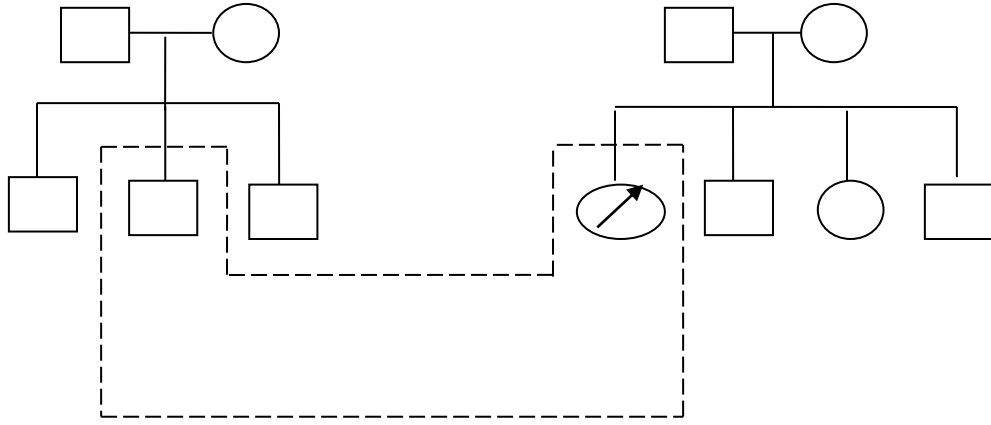
**Riwayat persalinan**

Jenis Persalinan	Jenis Kehamilan	Perdarahan	Masalah dalam persalinan
SC Tanggal: 08-01-2020 Pukul : 13:00Wib	Perempuan BB: 3,1grm PB: 50cm	Normal (pedarahan terjadi pada saat operasi sebanyak $\pm 500\text{cc}$ )	Ketuban pecah dini, nyeri akut

**3.1.5. Riwayat ginekologi**

- 1) Masalah Ginekologi : klien mengatakan tidak ada penyakit penyerta pada saat hamil.
- 2) Riwayat KB : Ny.F tidak memiliki riwayat penggunaan alat kontrasepsi/KB, karena Ny.F baru menikah dan baru hamil yang pertama.

### 3) Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki  
○ : Perempuan  
➤ : Klien

⋯ : Tinggal serumah  
— : Menikah

#### 3.1.6 Data Umum Kesehatan Saat Ini

Status obstetrik : P1 A0 Post Partum indikasi SC hari ke 1

Keadaan

- Keadaan Umum: Sedang
- Kesadaran : Compos Mentis (CM)
- BB : 61 Kg
- TB : 157 Cm

#### Tanda vital

- Tekanan darah: 122/85 mmHg
- Nadi : 90 x / i
- Pernafasan : 20 x / i
- Suhu : 36,7 C

#### 3.1.7 Pemeriksaan Head To Toe

- Kepala : Keadaan rambut bersih, rambut berwarna hitam, tidak ada terdapat pembengkakan pada kepala
- Mata : Simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva berwarna merah muda, sclera berwarna putih, tidak ada edema valpebra
- Hidung : Keadaan lubang hidung bersih, tidak ada terdapat serumen dalam lubang hidung, tidak ada terdapat polip
- Mulut : Keadaan umum mulut bersih, gigi pasien lengkap, tidak ada karier pada gigi
- Telinga : Daun telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada terdapat serumen pada telinga, lubang telinga tampak bersih, dan pendengaran klien baik
- Leher : Saat diraba tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid

➤ Dada

Jantung : I : Arteri carotis normal, tidak terdapat distensi vena jugularis

P : Ictus cordis tidak teraba

P : Tidak terdapat nyeri tekan/lepas, letak IC ada pada spatium intercostal V sebelah medial linea midklavikularis sinistra

A : Suara jantung vesikuler, irama teratur

➤ Pernapasan

Paru :

I : Bentuk dada simetris, pengembangan dada sama, pola nafas teratur

P : Premitus sama kiri dan kanan, tidak ada kelainan yang ditemui

P : Sonor diseluruh lapangan paru

A : Irama teratur, tidak ada suara tambahan yang ditemui

➤ Payudara :

I : Payudara tampak bersih, tidak ada abses atau mastitis pada payudara. kemudian payudara padat. Kondisi kebersihan mulut

bayi baik, tidak ada kotoran berwarna putih atau hitam.

Pengeluaran Asi : Asi belum keluar

Puting susu : puting susu menonjol keluar

P: Ada bendungan payudara (bendungan Asi)

Kemampuan menyusui : kemampuan menyusui belum terlihat karena bayi masih diperinatologi.

Masalah khusus :Ketidak efektifan pemberian Asi

➤ Abdomen

I : Terdapat balutan bekas operasi dibagian abdomen pada dinding /kulit abdomen, panjang  $\pm$  12 cm dengan jenis insisi horizontal, dengan kedalam  $\pm$  1 cm, kondisi luka ditutup perban dengan menggunakan kasa steril ukuran  $\pm$  4 x 12 cm.

P : Kontraksi uterus bagus, ketika di raba abdomen terasa keras, tidak ada distensi kandung kemih, tinggi fundus 3 jari di bawah pusat, terdapat luka, terdapat nyeri timbul karena ada luka sayatan bekas operasi, luka terlihat kering dihari ke 2 , tidak ada tanda kemerahan, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, dan lokasi nyeri pada abdomen, dengan skala nyeri 5.

P :Timpani

A :Bising usus (+) <5

Masalah khusus:Nyeri akut dan Resiko infeksi

➤ Perineum dan genital

Vagina : Integritas kulit baik, tidak ada edema di sekitar vagina

Perineum : Tidak ada bekas episiotomy karena Ny.F melahirkan dengan cara operasi

Kebersihan : Vagina dan perineum klien bersih, karena dilakukan vulva hygiene setiap hari

Lochea : Jumlah : sedikit, jenis lokia adalah rubra ±100cc

Jenis/warna : merah kehitaman

Konsistensi : sedikit kenyal

Hemorhoid : tidak ada terdapat hemoroid

Masalah khusus : tidak ada terdapat masalah khusus

➤ Ekstremitas atas

Ekstremitas atas simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, tidak ada varises, rentang gerak terbatas karena terpasang IUFD RL 20 tts/m diekstremitas atas bagian kiri

➤ Ekstremitas bawah

Ekstremitas bawah simetris kiri dan kanan, tidak ada varises di tungkai kaki, tidak ada edema, tidak ada kemerahan pada tungkai

Masalah Khusus : tidak ada masalah khusus

➤ Eliminasi urin dan BAB

Urin : Kebiasaan BAK : ±1500 sehari

Kebiasaan BAB : 1 x dalam sehari

BAB saat ini : belum BAB , konstipasi :tidak

Masalah khusus: tidak ada masalah pada eliminasi

➤ Istirahat dan kenyamanan

Pola tidur: klien mengatakan tidur 7 jam dalam sehari

Masalah : tidak ada masalah khusus

➤ Mobilisasi dan latihan

Tingkat mobilisasi : miring kanan dan kiri

➤ Nutrisi dan cairan: Nafsu makan klien bagus, klien menghabiskan 1 porsi makan yang disediakan oleh Rumah Sakit, asupan cairan cukup 7 gelas sehari

➤ Keadaan mental

Adaptasi psikologis : adaptasi psikologis klien baik, pasien berada di tahap adaptasi psikologis pre taking in.

Penerimaan terhadap bayi: klien dan keluarga sangat senang dengan kehadiran bayi

Masalah khusus : tidak ada terdapat masalah khusus



**Tabel 3.1.8**

**Therapy :**

No	Nama Obat	Fungsi obat	Dosis	Cara pemakaian	Frekuensi	Tgl Pemberian
1.	Ceftriaxone	Ceftriaxone adalah obat yang digunakan untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri. Obat ini bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri dalam tubuh.	1gr	IV	1x	7-01-2020
2.	B complex	bermanfaat untuk mengatasi masalah saraf di tubuh dengan harga tidak terlalu mahal dan efek yang diberikan cukup maksimal.	500gr	Oral	2x1	9/10/12-01-20
3.	Paracetamol	adalah obat untuk penurun demam dan pereda nyeri,	500gr	Oral	3x500	9/10/12-01-20

		<p>seperti nyeri haid dan sakit gigi. Paracetamol tersedia dalam bentuk tablet 500 mg dan 600 mg, sirup, drop, suppositoria, dan infus.</p> <p>Paracetamol bekerja dengan cara mengurangi produksi zat penyebab peradangan, yaitu prostaglandin . Dengan penurunan kadar prostaglandin di dalam tubuh, tanda peradangan seperti demam dan nyeri akan berkurang.</p>				
4.	Cefixime	<p>antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri pada telinga, saluran pernapasan, dan infeksi saluran kemih. Obat minum ini berisi</p>	200gr	Iv	2x1	9/10/12-01-20

		<p>cefixime trihydrate dalam bentuk tablet dan sirup.</p> <p>Obat cefixime akan menghambat perkembangan bakteri, tetapi tidak dengan virus. Oleh karena itu, cefixime tidak diperlukan untuk mengobati infeksi virus, seperti flu.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

**Tabel 3.1.9**

**Hasil pemeriksaan penunjang :**

No.	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	HB	12,8 g/Dl	12.0 – 16.0
2.	Leukosit	16,82 $10^3/u'l$	5000 – 10.00mm <sup>3</sup>
3.	Eritrosit	5,03 $10^3/u'l$	500.000 – 4,6 jt
4.	Hemaktokrit	37,7%	38-46 %
5.	Trombosit	294 $10^3/u'l$	150.000 – 400.000

### **3.1.10 Rangkuman hasil pengkajian**

Masalah Keperawatan :

- Nyeri akut
- Menyusui tidak efektif
- Resiko infeksi

### 3.1.11 Analisa Data

No.	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak luka post.op di bagian abdomen</li> <li>- Pasien tampak berbaring ditempat tidur</li> <li>- Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>- Nyeri</li> </ul> <p>P : Penyebab nyeri timbul karena ada luka sayatan bekas operasi</p> <p>Q : Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Lokasi nyeri pada abdomen</p> <p>S: Skala nyeri 5</p> <p>T : Nyeri terasa secara</p>	Nyeri akut	Agen pencedera fisik ( prosedur operasi )

	berkala / hilang timbul.  - TD: 122/85m - N: 90x/m - S: 36,7 - P : 20x/m		
2.	DS  - Pasien mengatakan Asi masih belum keluar - Pasien mengatakan adanya bendungan Asi - Pasien mengatakan kehamilan anak pertama  DO :  - Bayi masih diperinatologi - Payudara tampak padat - TD : 122/85m - N: 90x/m - S: 36,7 °C P : 20x/m	Menyusui tidak efektif	Ketidakadekuatan suplai Asi
3.	DS :  - Pasien mengatakan ada luka post.operasi di bagian abdomen  DO :  - Tampak ada bekas luka operasi ditutup perban bersih	Resiko infeksi	Tindakan invasif

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka tampak kering</li> <li>- TD : 130/80mmH, N: 90x/m, S: 36,7 °CP : 20x/m</li> </ul>		
--	---	--	--

### 3.2 Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan bagian abdomen terasa nyeri
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai Asi dibuktikan dengan Asi tidak menetes/memancar
3. Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif

### 3.3 Intervensi Keperawatan

Nama : Ny.F

Ruangan : Siti Aisyah

No.MR : 342216

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), dibuktikan dengan bagian abdomen terasa nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun</li> <li>• Meringis menurun</li> </ul>	<p>1. Edukasi teknik napas</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</li> <li>- Jelaskan prosedur teknik napas</li> <li>- Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (duduk, baring)</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</li> <li>- Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</li> <li>- Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</li> <li>- Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</li> </ul>
2.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak ditandai dengan bayi belum gabung bersama ibunya karena masih di perinatologi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, di harapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat</li> <li>• Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat</li> <li>• Tetesan/pancaran Asi meningkat</li> <li>• Suplai Asi adekuat meningkat</li> <li>• Hisapan bayi meningkat</li> </ul>	<p>1. Edukasi menyusui</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>- Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>- Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>- Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan konseling menyusui</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>- Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar</li> <li>- Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</li> <li>- Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis, memerah Asi, pijat payudara, pijat oksitosin)</li> </ul> <p>2. Pemberian kesempatan menghisap pada bayi</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pernapasan bayi</li> <li>- Monitor tanda vital dan perdarahan selama melahirkan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan ibu kesempatan untuk rawat gabung (<i>rooming</i>)</li> <li>- Fasilitasi ibu untuk posisi semi fowler</li> <li>- Fasilitasi ibu menemukan posisi yang nyaman</li> <li>- Buka pakaian bagian atas ibu</li> <li>- Hindari membersihkan dada ibu dari keringat</li> <li>- Buka pakaian bayi, kenakan popok dan topi bayi</li> <li>- Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di antara payudara ibu</li> <li>- Berikan kehangatan dengan menyelimuti</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>punggung bayi dan kenakan topi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan waktu kepada bayi apabila menyusui dimulai</li> <li>- Berikan kesempatan ibu untuk memposisikan dan menggendong bayi dengan benar</li> <li>- Pindahkan bayi setelah selesai menyusui dengan melepas sendiri puting ibu</li> <li>- Letakkan bayi disamping ibu atau tempat tidur ibu, sehingga memudahkan memulai lagi kegiatan menyusui</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan memberi kesempatan bayi sampai lebih dari 1 jam atau sampai bayi menunjukkan tanda-tanda siap menyusui</li> </ul>
3.	Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, di harapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kebersihan tangan meningkat</li> <li>• Kebersihan badan meningkat</li> <li>• Kultur area luka membaik</li> </ul>	<p>1. Pencegahan infeksi</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> <li>- Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ul>

			<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li><li>- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li><li>- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li><li>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li><li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li></ul>
--	--	--	--

**Tabel 3.4 Implementasi dan evaluasi**

No.	Diagnosis	Hari/tgl/jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), dibuktikan dengan bagian abdomen terasa nyeri	Kamis/09-1-2020/11.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>3. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>4. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>5. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</li> <li>6. Menjelaskan prosedur teknik napas</li> <li>7. Menganjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin (duduk,baring)</li> <li>8. Menganjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada bagian abdomen</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak rileks</li> <li>- Skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 4</li> <li>- Nyeri hilang timbul</li> <li>- Pasien tampak berbaring ditempat tidur</li> <li>- TD : 122/85 MmHg</li> <li>- N : 77x/m</li> <li>- RR : 20x/m</li> <li>- S : 36,5°C</li> </ul> <p>A : Nyeri akut</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>2. Anjurkan memposisikan</li> </ol>

			<p>9. Mengajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</p> <p>10. mengajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</p> <p>11. mendemonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</p>	<p>tubuh senyaman mungkin</p> <p>3. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</p> <p>4. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</p> <p>5. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</p> <p>6. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</p>
2.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai Asi dibuktikan dengan Asi tidak	Kamis/09-1-2020/11.30	<p>1. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui</p> <p>2. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>3. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan Asi masih belum keluar</li> <li>- Pasien mengatakan adanya bendungan Asi</li> <li>- Pasien mengatakan kehamilan anak pertama</li> </ul>

	menetes/memancar		<p>4. Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar</p> <p>5. Mengajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</p> <p>6. Mengajarkan perawatan payudara postpartum ( pijat payudara)</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayi masih diperinatologi</li> <li>- Payudara tampak padat</li> </ul> <p>A : Menyusui tidak efektif</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> <li>2. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</li> <li>5. Ajarkan perawatan payudara postpartum ( pijat payudara)</li> </ol>
3.	Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif	Kamis/09-1-2020/12.10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Memberikan</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ada luka post operasi di bagian abdomen</li> </ul>

			<p>perawatan kulit pada area luka</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>5. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> <li>6. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>7. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>8. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</li> <li>9. Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</li> </ol>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ada bekas luka operasi ditutup perban bersih</li> <li>- Luka tampak kering</li> <li>- Ttv : TD: 130/80 mmHg</li> <li>- N : 90x/m</li> <li>- S : 36,7 °C</li> <li>- P : 20x/m</li> </ul> <p>A : Resiko Infeksi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</li> </ol>
--	--	--	---	--



1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), dibuktikan dengan bagian abdomen masih terasa nyeri	Jum'at/10-1-2020/16.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</li> <li>5. Menjelaskan prosedur teknik napas</li> <li>6. Mengajarkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (baring)</li> <li>7. Mengajarkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</li> <li>8. Mengajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</li> <li>9. mengajarkan melakukan ekspirasi</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak rileks dan nyaman</li> <li>- Skala Nyeri berkurang dari 4 menjadi 3</li> <li>- Pasien tampak sudah bisa duduk</li> <li>- Td : 121/86 Mmhg</li> <li>- N : 77x/i</li> <li>- Rr : 20x/i</li> <li>- S : 36,5</li> </ul> <p>A : Nyeri akut</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>2. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin</li> <li>3. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</li> <li>4. Ajarkan melakukan inspirasi dengan</li> </ol>
----	--	------------------------	---	--

			<p>dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan mendemonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</p>	<p>menghirup udara melalui hidung secara perlahan</p> <p>5. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</p> <p>6. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</p>
2.	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi dibuktikan dengan bayi menghisap tidak terus menerus</p>	<p>Jumat, 10/01/2020 16:30</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pernapasan bayi</li> <li>2. Memfasilitasi ibu untuk posisi semi fowler</li> <li>3. Memfasilitasi ibu menemukan posisi yang nyaman</li> <li>4. Buka pakaian bagian atas ibu</li> <li>5. Hindari membersihkan dada ibu dari keringat</li> <li>6. Buka pakaian bayi, kenakan popok dan</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan Asi sudah mulai keluar tapi sedikit</li> <li>- Pasien mengatakan kehamilan anak pertama</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayi sudah bergabung dengan ibu</li> <li>- Refleks menghisap bayi tampak kurang</li> </ul>

			<p>topi bayi</p> <p>7. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di antara payudara ibu</p> <p>8. Memberikan kehangatan dengan menyelimuti punggung bayi dan kenakan topi</p> <p>9. Berikan waktu kepada bayi apabila menyusui dimulai</p> <p>10. Berikan kesempatan ibu untuk memposisikan dan menggendong bayi dengan benar</p> <p>11. Pindahkan bayi setelah selesai menyusui dengan melepas sendiri puting ibu</p> <p>12. Letakkan bayi disamping ibu atau tempat tidur ibu, sehingga memudahkan memulai lagi kegiatan menyusui</p>	<p>A : Menyusui tidak efektif</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi ibu untuk posisi semi fowler</li> <li>2. Fasilitasi ibu untuk menemukan posisi nyaman</li> <li>3. Buka pakaian bayi, kenakan popok dan topi bayi</li> <li>4. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di antara payudara ibu</li> <li>5. Berikan kehangatan dengan menyelimuti punggung bayi dan kenakan topi</li> <li>6. Berikan waktu kepada bayi apabila menyusui dimulai</li> <li>7. Berikan kesempatan ibu untuk memposisikan dan menggendong bayi dengan benar</li> <li>8. Pindahkan bayi setelah selesai menyusui dengan melepas sendiri puting ibu</li> </ol>
--	--	--	---	---

			13. Anjurkan memberi kesempatan bayi sampai lebih dari 1 jam atau sampai bayi menunjukkan tanda-tanda siap menyusu	9. Letakkan bayi disamping ibu atau tempat tidur ibu, sehingga memudahkan memulai lagi kegiatan menyusui 10. Anjurkan memberi kesempatan bayi sampai lebih dari 1 jam atau sampai bayi menunjukkan tanda-tanda siap menyusu
3.	Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif	Jumat, 10/01/2020  18:00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Memberikan perawatan kulit pada area luka</li> <li>4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>5. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> <li>6. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>7. Mengajarkan cara mencuci tangan</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ada luka post operasi di bagian abdomen</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ada bekas luka operasi ditutup perban bersih</li> <li>- Luka tampak kering</li> </ul> <p>A : Resiko Infeksi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> </ol>

			<p>dengan benar</p> <p>8. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</p> <p>9. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</p>	<p>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</p>
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), dibuktikan dengan bagian abdomen masih terasa nyeri	Sabtu, 11/01/2020 10.00	<p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>4. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>5. Menjelaskan prosedur teknik napas</p> <p>6. Menganjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin (baring)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak rileks dan nyaman</li> <li>- Skala Nyeri berkurang dari 3 menjadi 2</li> <li>- Pasien tampak berjalan</li> <li>- TD : 122/86 MmHg</li> <li>- N : 82x/i</li> <li>- RR : 20x/i</li> <li>- S : 36,5</li> </ul> <p>A : Nyeri akut teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

			<p>7. Mengajarkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</p> <p>8. Mengajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</p> <p>9. mengajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</p> <p>10. mendemonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</p>	<p>Pasien boleh pulang</p> <p>Discharged planning :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian pendidikan kesehatan tentang nyeri</li> <li>2. Edukasi teknik nafas dalam untuk mengatasi nyeri saat pasien berada dirumah</li> <li>3. Jelaskan pada pasien minum obat secara teratur (Obat yang harus dikonsumsi ibu post partum, dosis, berapa kali)</li> <li>4. Diskusi nutrisi ibu post partum (Jenis makanan untuk ibu menyusui)</li> <li>5. Diskusi tentang bahaya nifas</li> <li>6. Diskusi rujukan kemana jika terjadi komplikasi pada pasien (RS terdekat atau puskesmas terdekat)</li> </ol>
--	--	--	---	--

2.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi dibuktikan dengan bayi menghisap tidak terus menerus	Sabtu, 11/01/2020  10.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pernapasan bayi</li> <li>2. Memfasilitasi ibu untuk posisi semi fowler</li> <li>3. Memfasilitasi ibu menemukan posisi yang nyaman</li> <li>4. Buka pakaian bagian atas ibu</li> <li>5. Hindari membersihkan dada ibu dari keringat</li> <li>6. Buka pakaian bayi, kenakan popok dan topi bayi</li> <li>7. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di antara payudara ibu</li> <li>8. Memberikan kehangatan dengan menyelimuti punggung bayi dan kenakan topi</li> <li>9. Berikan waktu kepada bayi apabila menyusui dimulai</li> <li>10. Berikan kesempatan ibu untuk</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan Asi keluar banyak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perlekatan bayi pada payudara ibu tampak bagus</li> <li>- Daya hisap bayi sudah mulai bagus</li> </ul> <p>A : Menyusui tidak efektif teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Pasien boleh pulang</p> <p>Discharge Planning :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demonstrasi perawatan payudara</li> <li>2. Teknik menyusui dengan benar</li> <li>3. Edukasi perawatan bayi (cara memandikan bayi, perawatan tali pusat, mengganti popok, cara</li> </ol>
----	--	-----------------------------------	--	---

			<p>memposisikan dan menggendong bayi dengan benar</p> <p>11. Pindahkan bayi setelah selesai menyusu dengan melepas sendiri puting ibu</p> <p>12. Letakkan bayi disamping ibu atau tempat tidur ibu, sehingga memudahkan memulai lagi kegiatan menyusui</p> <p>13. Anjurkan memberi kesempatan bayi sampai lebih dari 1 jam atau sampai bayi menunjukkan tanda-tanda siap menyusu</p>	<p>menyusui bayi)</p> <p>4. Diskusi tentang bayi sakit, seperti : bayi sulit dibangunkan, bayi tidak mau menyusui, demam, BAB &gt; 3x, muntah (rujukan kemana akan dibawa)</p>
3.	Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif	Sabtu, 11/01/2020 11.00	<p>1. Memantau tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>3. Memberikan perawatan kulit pada area luka</p> <p>4. Mencuci tangan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ada luka post operasi di bagian abdomen</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ada bekas luka operasi ditutup perban</li> </ul>



			<p>sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> <li>6. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>7. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>8. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</li> </ol> <p>Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</p>	<p>bersih</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka tampak kering</li> </ul> <p>A : Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>Pasien boleh pulang</p> <p>Discharged Planning :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan luka post operasi</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan pada pasien dengan benar</li> <li>3. Hindari kontak langsung dengan yang berisiko terjadinya infeksi</li> </ol>
--	--	--	---	---

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Profil Lahan Praktek**

Penelitian ini telah dilakukan di ruang rawat Siti Aisyah di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Bukittinggi berlokasi di Jl. Batang Agam Belakang Balok, Bukit Canggih Kayu Ramang, Bukittinggi. Rumah Sakit Islam Ibnu Sina merupakan Rumah Sakit yang melayani kesehatan khususnya masyarakat dan memiliki visi menjadi Rumah Sakit Islam tipe B di tahun 2020, dengan misi memberikan pelayanan yang prima, melengkapi sumber daya, meningkatkan profesionalisme, menerapkan nilai islami dalam memberikan pelayanan kesehatan. Berdasarkan wawancara dengan kepala ruangan Siti Aisyah jumlah kejadian Sectio Caesarea tiap tahunnya meningkat. Pada tahun 2019 ini jumlah pasien yang mengalami Sectio Caesarea sebanyak 102 orang.

#### **4.2 Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Konsep Terkait**

Langkah pertama yang dilakukan penulis dalam melakukan pengkajian terhadap pasien adalah mengkaji identitas pasien, keluhan yang dialami pasien, gejala klinis faktor resiko, menetapkan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, melakukan implementasi sampai pada evaluasi pada pasien Sectio Caesarea.

##### **4.2.1 Pengkajian**

Pada saat pengkajian Ny.F didapatkan kasus pasien yaitu Sectio Caesarea. Dari hasil TTV: TD: 122/85 mmHg, N: 90x/Menit, S: 36,7

C, R: 20x/menit. Pasien mengatakan masih keluar cairan yang merembes melalui vagina yang berwarna keruh, dengan bau yang khas dan amis, Ny. F mengeluh nyeri dibagian perut bawah yang timbul karena sayatan pada abdomen bekas operasi yang nyerinya terasa tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 5, nyeri terasa hilang timbul. Hal ini sesuai dengan teori bahwa banyak pasien *sectio caesarea* yang mengeluh rasa nyeri pada bekas jahitan *sectio caesarea*. Pasien *sectio caesarea* akan mengalami nyeri akut, dimana nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2016).

Hal ini terjadi karena adanya respon nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. Nyeri yang disebabkan oleh operasi biasanya membuat pasien merasa sangat kesakitan. Nyeri dapat mempengaruhi seluruh pikiran seseorang, mengatur aktivitasnya, dan mengubah kehidupan orang tersebut. (Vanda, 2012).

Pada saat pengkajian Ny.F mengatakan Asi masih belum keluar, payudara pasien masih padat, dan terdapat bendungan Asi dan pasien mengatakan bahwa saat ini adalah kehamilan pertamanya sedangkan bayi belum bergabung bersama ibunya karena masih diperinatologi. Hal ini sesuai dengan teori dimana menyusui merupakan pengalaman

baru bagi ibu yang baru menyusui sehingga dapat menjadi tekanan yang akhirnya menimbulkan krisis. Keunggulan Asi perlu ditunjang oleh cara pemberian yang benar, misalnya pengetahuan ibu tentang teknik menyusui yang benar, dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain adat atau kepercayaan, pengalaman menyusui sebelumnya atau pengalaman menyusui dalam keluarga atau kerabat, dan kurang informasi dan pengetahuan. (Prahest Treistiana, 2018).

Kemudian dihari kedua bayi sudah bergabung dengan ibunya, pasien mengatakan Asi sudah mulai keluar tapi sedikit, refleks menghisap bayi tampak kurang. Hal ini terjadi karena produksi Asi dapat meningkat atau menurun tergantung dari stimulasi pada kelenjar payudara. Faktor-faktor yang mempengaruhi produksi Asi yaitu faktor makanan ibu, hisapan bayi, faktor psikologis dan perawatan payudara. Pada persalinan tindakan *sectio caesrea* seringkali sulit menyusui bayinya segera setelah lahir, ibu relatif tidak dapat menyusui bayinya di jam pertama setelah bayi lahir. Kondisi luka operasi di bagian abdomen membuat proses menyusui sedikit terhambat. (Prawirohardjo, 2012).

Pada saat pengkajian Ny.F mengatakan ada luka post operasi dibagian abdomen, tampak ada bekas luka operasi ditutup perban bersih, luka tampak kering. Hal ini didasarkan pada teori bahwa infeksi adalah invasi tubuh pathogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit. Resiko infeksi merupakan keadaan

dimana seorang individu beresiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen (Potter & Perry, 2005).

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada teori diagnosa keperawatan yang diangkat adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( prosedur operasi ) dibuktikan dengan mengeluh nyeri
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, ketidakefektifan refleks oksitosin, ketidakadekuatan refleks menghisap bayi, dibuktikan dengan bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, Asi tidak menetes/memancar, bayi menghisap tidak terus menerus
3. Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, imobilitas, tirah baring, kelemahan dibuktikan dengan merasa lemah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas. Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik pada bagian tubuh tertentu atau pada satu atau lebih ekstremitas. Suatu kondisi dimana individu tidak saja kehilangan kemampuan Bergeraknya secara total, tetapi juga mengalami penurunan

aktivitas (Potter, 2005). Dalam kasus tidak ada ditemukan batasan karakteristik hambatan pergerakan fisik.

5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (mis, pencahayaan, jadwal tindakan), kurang kontrol tidur, kurang privasi, dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Dalam kasus diagnosa gangguan pola tidur tidak ada ditemukan keluhan tidur kurang.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan bagian abdomen terasa nyeri. *International Association Study of Pain (IASP)* mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Potter & Perry, 2005 Dalam Mohamad, 2012).
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai Asi, penurunan produksi dan pengeluaran Asi pada hari-hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya

rangsangan hormon prolaktin dan oksitosin yang sangat berperan dalam kelancaran produksi dan pengeluaran Asi. (Bobak, 2005)

3. Umumnya, luka terinfeksi *polymicrobial* dan terkontaminasi oleh patogen yang ditemukan di lingkungan terdekat. Bakteri adalah penyebab utama infeksi luka di antara mikroorganisme lain yang hadir pada kulit. Tahap awal pembentukan luka kronis ditandai dengan munculnya organisme *Gram-positif* seperti *Staphylococcus Aureus* dan *Escherichia coli*. Pada tahap selanjutnya, *Gram-negatif spesies Pseudomonas* yang umum dan cenderung menyerang lapisan yang lebih dalam pada luka (Sarheed et al., 2016).

#### **4.2.3 Intervensi**

Intervensi Keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc. Closky & Bulechek, 2010).

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus. Karena tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien pada saat pengkajian.

## 1. Diagnosa pertama

Intervensi yang menjadi fokus analisa dalam perawatan klien yaitu perawatan pada nyeri dengan pemberian terapi tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut.

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, mengajarkan klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat mengurangi ketengan otot, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (smelzert,2002).

Tehnik ini diberikan dengan cara menganjurkan klien pada saat nyeri untuk melakukan tehnik relaksasi nafas dalam, dengan cara menarik nafas melalui hidung selama 3-5 detik, dan hembuskan nafas melalui mulut selama 3-5 detik. Cara ini dapat dilakukan selama 3 hari perawatan. Selain itu tidak adanya kontra indikasi pemberian tehnik relaksasi nafas dalam maka klien dapat diberikan intervensi tersebut. Jumlah intervensi yang dapat dilakukan setiap dibutuhkan hingga skala nyeri pasien menjadi berkurang menjadi skala nyeri ringan atau tidak nyeri.

Perbaikan skala nyeri ini juga didukung oleh pemberian analgetik yang optimal dimana terlihat dari perhitungan skala nyeri yang sudah menurun. Dari skala nyeri 5 (sedang) menjadi dengan skala nyeri 3 (ringan). tehnik relaksasi nafas dalam merupakan suatu



bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002).

Didukung oleh penelitian Lukman (2013) menjelaskan adanya pengaruh teknik relaksasi napas dalam nyeri post operasi *section caesarea*.

Penelitian yang dilakukan oleh Gusrina Komara Putri,dkk (2018) menyatakan bahwa menunjukkan adanya pengaruh teknik relaksasi terhadap penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik pada pasien hipertensi. Teknik relaksasi adalah pemulihan mental dan fisik dari stres dan ketegangan. Relaksasi napas dalam dilakukan dengan menarik napas dalam-dalam secara perlahan seperti biasa.

## 2. Diagnosa kedua

Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi dibuktikan dengan bayi menghisap tidak terus menerus. Tujuannya setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan hisapan bayi meningkat, perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat,

tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu fasilitasi ibu menemukan posisi yang nyaman bertujuan untuk agar pada saat menyusui ibu merasa nyaman, letakkan bayi dengan posisi tengkurap diantara payudara ibu bertujuan untuk agar perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, berikan kehangatan dengan menyelimuti punggung bayi dan kenakan topi bertujuan untuk agar bayi tidak rewel, berikan waktu kepada bayi apabila menyusui dimulai, berikan kesempatan ibu untuk memposisikan dan menggendong bayi dengan benar, pindahkan bayi setelah menyusui dengan melepas sendiri puting ibu, letakkan bayi disamping ibu atau tempat tidur ibu, sehingga memudahkan memulai lagi kegiatan menyusui.

### 3. Diagnosa ketiga

Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif. Tujuannya setelah mendapat tindakan keperawatan 1 x 24 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, gangguan kognitif meningkat. Tindakan keperawatannya adalah, membatasi jumlah pengunjung, jelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi.

#### 4.2.4 Implementasi

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut data bentuk nyata. Terlebih dahulu penulis menulis strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksanakan, yang di mulai dengan melakukan pendekatan pada klien dan keluarga agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan, sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

##### 1. Diagnosa Pertama

Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari yaitu :  
Yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik tindakan keperawatannya yaitu hari pertama memberikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan disesuaikan dengan masalah yang dihadapi Ny. F sehingga masalah tersebut dapat teratasi.

##### 2. Diagnosa kedua

Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari yaitu :  
menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap dibuktikan dengan bayi menghisap tidak terus menerus. Fasilitasi ibu menemukan posisi yang nyaman, letakkan bayi dengan posisi tengkurap diantara payudara ibu bertujuan untuk agar perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, berikan kehangatan dengan menyelimuti punggung bayi dan kenakan

topi, berikan waktu kepada bayi apabila menyusui dimulai, berikan kesempatan ibu untuk memposisikan dan menggendong bayi dengan benar, pindahkan bayi setelah menyusui dengan melepas sendiri puting ibu, letakkan bayi disamping ibu atau tempat tidur ibu, sehingga memudahkan memulai lagi kegiatan menyusui.

### 3. Diagnosa ketiga

Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari yaitu resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif tindakan keperawatannya yaitu pertama memonitor tanda dan gejala infeksi, memonitor kerentanan terhadap infeksi, membatasi pengunjung, mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara menghindari infeksi, mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.

#### **4.2.5 Evaluasi**

Pada kasus ini Ny. F dengan kasus *Sectio Caesarea* dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah, hasil evaluasi akhir yaitu pada Sabtu 11/01/2020 dari diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam kasus, sebagian diagnosa telah teratasi dan ada beberapa diagnosa yang masih teratasi sebagian.

Pada diagnosa pertama setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen

pencedera fisik Ny. F mengatakan sudah jarang mengeluh nyeri, pasien tampak lebih rileks, pasien tampak nyaman skala nyeri berkurang sekarang skala nyeri menjadi 2, tingkat nyeri Ny. F membaik.

Pada diagnosa kedua setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam pada diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi dibuktikan dengan bayi menghisap tidak terus menerus, Ny. F mengatakan Asi sudah keluar, reflek menghisap bayi sudah mulai bagus, perlekatan bayi pada payudara ibu sudah bagus.

Pada diagnosa ketiga setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam pada diagnosa resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif, didapatkan hasil dari Ny. F mengatakan sudah memahami tanda dan gejala infeksi, sudah mampu mengaplikasikan cuci tangan dengan benar, pasien bisa menjawab pertanyaan dari perawat.

#### **4.3 Analisis Intervensi Dengan Konsep Penelitian Terkait**

Pada penerapan teknik relaksasi napas dalam dengan post operasi *Sectio Caesarea* terhadap penurunan intensitas nyeri diruangan rawat kebidanan dapat diatasi dengan baik dan cepat apabila perawat selalu menerapkan teknik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Teknik relaksasi dapat dilakukan kapanpun apabila pasien mengalami nyeri.

Peranan keluarga juga cukup penting dalam memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien yaitu mengedukasikan teknik napas dalam khususnya pasien untuk mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan. Penatalaksanaan yang dilakukan terus menerus maka akan semakin cepat pula proses penyembuhan pasien serta perubahan pola hidup menjadi lebih sehat untuk kedepannya bagi pasien dan keluarga.

#### **4.4 Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan**

Dari implementasi yang dilakukan selama 3 hari penulis tidak ada mendapatkan kendala apapun. Hal ini dikarenakan tidak adanya biaya atau peralatan khusus yang digunakan. Intervensi ini juga sangat mudah dilakukan oleh perawat dan keluarga karena hanya menggunakan teknik napas dalam.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 KESIMPULAN**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.F selama 3 hari, yaitu pada tanggal 09 Januari sampai 11 Januari 2020 dengan kasus post operasi Sectio Caesarea, di ruang Siti Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi, maka dapat diketahui hal-hal seperti berikut :

1. Penulis sudah mampu memahami konsep teori Sectio Casarea: definisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, tanda dan gejala, komplikasi, penatalaksanaan.
2. Setelah dilakukan pegkajian didapatkan bahwa pasien Ny. F mengeluh nyeri pada bagian abdomen post *Sectio Caesrea* yang nyerinya terasa tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 5, pasien tampak meringis, pasien mengatakan Asi belum keluar, pasien tampak ada balutan luka perban, luka tampak kering.
3. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus yaitu :
  - Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan bagian abdomen terasa nyeri
  - Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks menghisap bayi dibuktikan dengan bayi menghisap tidak terus menerus
  - Resiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif.

4. Untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul tersebut maka disusunlah rencana asuhan keperawatan sesuai dengan teoritis dan kasus yang ditemukan pada Ny.F dengan post operasi *Sectio Caesarea* di ruangan Siti Aisyah Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Bukittinggi.
5. Implementasi keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi Ny.F dengan post operasi *Sectio Caesarea* di ruangan Siti Aisyah Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Bukittinggi.
6. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Ny.F dengan post operasi *Sectio Caesarea* di ruangan Siti Aisyah Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Bukittinggi selama 3 hari didapatkan bahwa sudah memperlihatkan adanya perbaikan.
7. Penulis telah mampu menerapkan teknik relaksasi napas dalam yang dapat menurunkan intensitas nyeri pada penyembuhan luka post operasi
8. Hasil implementasi penerapan teknik relaksasi napas dalam pada Ny. F selama 3 hari didapatkan hasil bahwa nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan kepada institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu kesehatan keperawatan maternitas kepada peserta didik sehingga pengetahuan dan ketrampilan tentang hal tersebut lebih baik lagi kedepannya dan akan membantu dalam mendukung untuk bahan pengajaran ilmu keperawatan maternitas kedepannya.



### **5.2.2 Bagi Perawat**

Dengan adanya Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis dapat mengembangkan pengetahuan serta wawasan khususnya mengenai ilmu riset keperawatan maternitas tentang penerapan teknik relaksasi napas dalam terhadap menurunkan intensitas nyeri. Dan dapat menjadi acuan bagi perawat dalam mengembangkan penulisan sejenis dan KIA-N ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk penulisan lebih lanjut.

### **5.2.3 Bagi Layanan**

Dapat dijadikan pertimbangan pihak rumah sakit khususnya ruang Siti Aisyah untuk menggunakan penatalaksanaan non farmakologi dalam memberikan askep mengurangi rasa nyeri pada pasien post operasi seperti post operasi sectio caesarea dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam.

## DAFTAR PUSTAKA

Anggraini. 2008. Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Post Sectio Caesaria.

Surakarta : UMS. Astanti. 2006.

Gusrina, K., Sri Lestari ., (2018). *The influence of deep breathing relaxation techniques in reducing blood pressure and pain caused by hypertension*

Joula.,O., Ellen., T., Oktava .,G, (2017). *Pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap intensitas nyeri post operasi sectio caesarea diruangan nifas Rumah Sakit Advent Manado.*

Kasdu. 2003. *Operasi Caesar Masalah dan Solusinya.*Jakarta : Puspa Swara

Manuaba, Ida Bagus Gede. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan danKeluarga Berencana,*Jakarta : EGC

Mander, R. (2009). Nyeri persalinan. EGC. Jakarta

Mochtar, R. 2000. Sinopsis Obstetri .Jakarta : EGC. Nakita, 2009. Ilmu Keperawatan.

<http://emedicine.Medscape.com/articler/26/137-overview.html>. Diakses pada tanggal 15 Mei 2012 jam 18.45. Oxorn. 2008. Fisiologi dan Patologi Persalinan. Edisi 2. Jakarta : Esentia Medika.

Oxorn H & Forle W. 2010. *Ilmu kebidanan : patologi & fisiologi persalinan.*Yogyakarta: Yayasan Essentia Medika

PPNI (Pesatuan Perawat Nasional Indonesia) (2016), *Standar Diagnosis keperawatan Indonesia :Defenisi dan Indikasi Diagnostik*. Jakarta : DPP PPNI. *Karya Ilmiah*

Prawirohardjo. 2005. Buku panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Edisi 1. Jakarta : Bina Pustaka.

Prawirohardjo. 2002. Ilmu kebidanan. Jakarta : FKUI.

Riskesdas, (2015) Faktor-faktor resiko ibu setelah melahirkan

Sarwono Prawiroharjo. (2014). *Ilmu Kebidanan*, Edisi 4 Cetakan II. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka

Saifudin, dkk. 2002. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : Bina Pustaka

Smeltzer and Bare. (2002). Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner and Suddart edisi 2 vol.1. EGC. Jakarta.

Smeltzer dan Bare. 2002. Keperawatan medikal bedah. Edisi 8 Vol.1. Alih bahasa : Agung waluyo. Jakarta : EGC

Vivi, S., M, Frisca M., (2017). *Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi sectio caesarea di ruangan maria Rs pancaran kasih GMIM kota Manado*

World Health Organization(WHO)., (2015) *standar persalinan Sectio Caesarea*

Wiknjosastro. 2010. Buku panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Edisi 1. Cet. 12. Jakarta : Bina Pustaka.

Wiwiek Widiatie (2015), tentang *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea di rumah sakit UNIPDU Medika Jombang*

	<b>SOP TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM</b>
<b>Pengertian</b>	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan pada klien bagaimana cara melakukan pernafasan, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi pernafasan juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002).
<b>Tujuan</b>	Tujuan utama teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri
<b>Indikasi</b>	Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri kronis
<b>Prosedur pelaksanaan:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca status pasien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> <li>3. Menyiapkan alat : Sampiran, Bantal</li> </ol>
<b>1. Tahap prainteraksi</b>	
<b>2. Tahap orientasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam terapeutik</li> <li>2. Validasi kondisi</li> <li>3. Menjaga privacy pasien</li> <li>4. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga</li> </ol>

<p><b>Tahap kerja</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas</li> <li>2. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik</li> <li>3. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara</li> <li>4. Instruksikan pasien secara perlahan dan menghembuskan udara membiarkannya keluar dari setiap bagian anggota tubuh, pada waktu bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian betapa nikmatnya rasanya</li> <li>5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)</li> <li>6. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir keseluruhan tubuh</li> <li>7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan rasakan kehangatannya</li> <li>8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi</li> <li>9. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri</li> <li>10. Lakukan teknik relaksasi ini pada saat nyeri dirasakan dan lakukan sebanyak 3-5 kali</li> </ol>
<p><b>Tahap terminasi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi hasil kegiatan</li> <li>2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</li> <li>3. Akhiri kegiatan dengan baik</li> <li>4. Cuci tangan</li> </ol>

<b>Dokumentasi</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Catat waktu pelaksanaan tindakan</li><li>2. Catat respon pasien</li><li>3. Paraf dan nama perawat jaga</li></ol>
--------------------	---







**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Erlola Putri Amanda  
 Nim : 1914901754  
 Pembimbing : Ns. Endra Amalia, M.Kep

Judul KIAN-N

: Penerapan teknik Relaksasi dalam memberikan arahan keperawatan pada pada Ibu Post Partum dengan post sectio caesarea di ruangan siti Aisyah RS Islam Ibu Sina Bukit Tinggi tahun 2020

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Rabu/ 16-9-2020	Konsultasi judul + jurnal	
2	Kamis/ 17-9-2020	Konsultasi Bab I, II, perbaiki sesuai saran!	
3	Rabu/ 23-9-2020	perbaiki Bab I, II, III sesuai saran.	
4	Senin/ 28-9-2020	perbaiki lagi Bab III sesuai saran!	
5	Rabu/ 30-9-2020	Langkahan Bab IV, V	
6	Selasa/ 6-10-2020	ACC diunggah!	







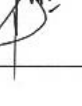
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Engra Putri Amanda  
 Nim : 1914901754  
 Pembimbing : Ns. Mira Delima, M.Kep




**Judul KIAN-N**

: Penerapan Teknik Relaksasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu post partum dengan post sectio caesarea di ruangan siti Aisyah RS Islam Ibu Sina Bukit tinggi tahun 2020

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Jumat / 28-8-2020	- KONSUL JURNAL	
2	Rabu / 23-9-2020	- perbaiki bab. I. masukan tny post partum.	
3	Senin / 28-9-2020	- tambahkan di lap kasus masalah - ASI	
4	Rabu / 30-9-2020	perbaiki lap. Kasus. Di lap instrumen dan lengkap	
5	selasa / 6-10-2020	Acc di update	
6			

### LEMBAR KONSULTASI REVISI KIAN

Nama Mahasiswa : Engla Putri Amanda  
Nim : 1914901754  
Penguji I : Ns.Yessi Andriani, M.Kep, Sp.Kep.Mat  
Judul KIA-N : Penerapan Teknik Relaksasi Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Dengan Post Sectio Caesarea Di Ruang SITI Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020

No	Hari/Tgl	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1	Kamis / 15-10-2020	Perbaiki Bab 2	
2	Senin / 19-10-2020	Perbaiki CPPT	
3	Rabu / 21-10-2020	acc untuk Bji	
4			
5			
6			

### LEMBAR KONSULTASI REVISI KIAN

Nama Mahasiswa : Engla Putri Amanda  
Nim : 1914901754  
Penguji II : Ns.Endra Amalia, M.Kep  
Judul KIA-N : Penerapan Teknik Relaksasi Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Dengan Post Sectio Caesarea Di Ruang SITI Aisyah RS Islam Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2020

No	Hari/Tgl	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1	Senin/ 19-10-2020	Perbaiki Bab 2, Tambahkan c ppt	A
2	Rabu/ 21-10-2020	acc untuk di jilid	A
3			
4			
5			
6			