

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI UNTUK
PENURUNAN NYERI PADA *POST SECTIO CEASAREA*
DI PUSKESMAS BUNGO I**

OLEH :

Pebri Syahrani, S.Kep

NIM : 1914901770

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES PERINTIS PADANG
TA :2019/2020**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



**Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan
Profesi Ners STIKes Perintis Padang**

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI UNTUK
PENURUNAN NYERI PADA *POST SECTIO CEASAREA*
DI PUSKESMAS BUNGO I**

OLEH :

Pebri Syahrhani , S.Kep

NIM : 1914901770

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKes PERINTIS PADANG
T.A2019/2020**

HALAMAN PERSETUJUAN
PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI UNTUK
PENURUNAN NYERI PADA POST SECTIO CAESAREA
DI PUSKESMAS BUNGO 1

Disusun Oleh :
Pebri Syahrani, S.Kep
NIM : 1914901770

Karya Ilmiah Akhir Ners ini Telah di Seminarakan

Muara Bungo, 18 September 2020

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



(Ns. Yessi Andriani, M.Kep. Sp.Kep.Mat)
NIK:1420116078611073

Pembimbing II



(Ns. Endra Amalia, M.Kep)
NIK: 1420123106993012

Mengetahui

Ketua Program Studi profesi Ners

Stikes Perintis Padang



(Ns. Mera Delima, M.Kep)

NIK: 1420101107296019

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI UNTUK
PENURUNAN NYERI PADA POST SECTIO CAESAREA
DI PUSKESMAS BUNGO I**

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah di pertahankan di hadapan sidang tim

penguji

Pada:

Hari/Tanggal : 18 September 2020

Jam : 11.00 Wib

Oleh :

Pebri Syahriani, S.Kep

1914901770

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim penguji:

Penguji I : Ns. Mera Delima, M.Kep

Penguji II : Ns. Yessi Andriani, M.Kep, Sp.Kep.Mat



Mengetahui

Ketua Program Studi Pendidikan

STIKes Perintis Padang



(Ns. Mera Delima, M.Kep)

NIK:14201001107296019

PERNYATAAN KEASLIAN KIA-N

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Pebri Syahriani, S.Kep

Nim : 1914901770

Judul Kian :

PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI UNTUK
PENURUNAN NYERI PADA *POST SECTIO CAESAREA*
DI PUSKESMAS BUNGO I

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa karya ilmiah akhir ners ini saya buat tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan berlaku di STIKes perintis. Jika dikemudian hari ternyata saya terbukti melakukan tindakan tersebut, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang di jatuhkan oleh STIKes Perintis.

Muaro Bungo, 18 September 2020



(Pebri Syahriani, S.Kep)

Nim: 1914901770

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
Karya Ilmiah Akhir Ners, 18 September 2020**

Pebri Syahriani , S.Kep

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI UNTUK
PENURUNAN NYERI PADA *POST SECTIO CEASAREA* DI PUSKESMAS
BUNGO I**

viii, v bab, 97 halaman, 5 tabel

ABSTRAK

Post partum merupakan suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya “periode” ini tidak pasti, sebagian besar menggagapnya antara 4 sampai 6 minggu. Walaupun merupakan masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai oleh banyaknya perubahan fisiologi. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu ibu baru, walaupun komplikasi serius juga sering terjadi. (Cunningham, F, et al, 2013)

Tujuan dari karya ilmiah ini adalah menganalisis intervensi menerapkan Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Untuk Penurunan Nyeri Pada Post Sectio Ceasarea Di Puskesmas Bungo I. Metode penulisan ini adalah studi kasus dengan *quasy eksperimen*. Intervensi *Spherical Grip* ini dilakukan pada Teknik Relaksasi Genggam Jari Untuk Penurunan Nyeri Pada Post Sectio Ceasarea . Intervensi diberikan sebanyak 2 kali sehari dalam waktu 3 hari pemberian. Dari hasil analisa kasus pada pasien didapatkan mulai mengalami tingkat nyeri setelah diberikan teknik relaksasi genggam jari. Sehingga perlu disana peran serta tenaga kesehatan khususnya perawat untuk memberikan intervensi lebih intensif sehingga mendapatkan hasil lebih optimal lagi untuk waktu pemberiannya. Karya ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi perawat untuk menjadikan Teknik Relaksasi Genggam Jari Untuk Penurunan Nyeri Pada Post Sectio Ceasarea sebagai salah satu intervensi keperawatan di Puskesmas Bungo I.

**Kata Kunci :Teknikgenggam jari, nyeri , Ibu Post Partum, post SC
Kepustakaan :17 (2001 – 2015)**

**NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM
HIGH SCHOOL OF HEALTH SCIENCE PADANG PADANG
Nur's Final Scientific Paper, September 18, 2020
Pebri Syahriani, S.Kep**

**IMPLEMENTATION OF FINGER-HAND RELAXATION TECHNIQUES
FOR PAIN REDUCTION IN POST SECTIO CEASAREA AT
PUBLIC BUNGO I HEALTH CENTER**

viii, v chapters, 97 pages, 5 tables

ABSTRACT

Post partum is a period in the first weeks after birth. The length of this "period" is uncertain, most consider it to be between 4 and 6 weeks. Although it is a relatively incomplete period compared to pregnancy, the puerperium is characterized by many physiological changes. Some of these changes may bother new mothers only slightly, although serious complications may also often occur. (Cunningham, F, et al, 2013) The purpose of this scientific work is to analyze the intervention to apply the Finger Grip Relaxation Technique to Reduce Pain in Post Sectio Ceasarea at Bungo I Health Center. This writing method is a case study with a quasy experiment. This Spherical Grip Intervention is carried out in the Finger Grip Relaxation Technique for Pain Relief in Post Sectio Ceasarea. The intervention was given 2 times a day within 3 days of administration. From the results of the case analysis, the patient began to experience pain levels after being given finger grip relaxation techniques. So that there needs to be the participation of health workers, especially nurses, to provide more intensive interventions so that they get more optimal results for the time of delivery. This scientific work can be an input for nurses to use the Finger Grip Relaxation Technique to Reduce Pain in Post Sectio Ceasarea as one of the nursing interventions at Bungo I Health Center.

**Keywords: finger grip technique, pain, post partum mother, post SC
Bibliography: 17 (2001 - 2015)**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Pebri Syahrhani, S.Kep

Tempat/ tanggal lahir : Beringin Sanggul, 02 Februari 1996

Jensi Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Ds. Pasar Masurai, Rt. 01 Kec. Lembah Masurai Kab. Merangin
Prov. Jambi

Riwayat Pendidikan :

Sekolah Dasar : SD N 17/VI Pasar Masurai

Lulusan Tahun 2008

Sekolah Menengah Pertama : SMP N 34 Merangin

Lulusan Tahun 2011

Sekolah Menengah Atas : SMA N 14 Merangin

Lulusan Tahun 2014

Perguruan Tinggi Sarjana (S1) : STIKES Harapan Ibu Jambi

Tahun 2014 – 2019

Pekerjaan

: -

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan pembuatan (KIA-N) yang berjudul **(Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Untuk Penurunan Nyeri Pada *Post Sectio Ceasarea* Di Puskesmas Bungo I)**.

Shalawat dan salam senantiasa tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW, yang telah mengajarkan dan membimbing umatnya dari umat yang tidak mengetahui apa-apa menuju umat yang berbudi luhur dan bermoral serta menjadikan umatnya senantiasa bertaqwa kepada Allah SWT.

(KIA-N) ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang. Dalam pembuatan (KIA-N) ini peneliti mengucapkan terima kasih terutama kepada Kedua Orang Tua yang telah memberikan semangat dan doanya tanpa henti, untuk selalu menguatkan peneliti sehingga dapat menyelesaikan penulisan makalah seminar kasus ini. Selanjutnya peneliti ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ketua Stikes Perintis Padang Yendrizal Jafri, S.KP, M.BIOMED.
2. Ketua Program Profesi Ners Stikes Perintis Padang Ns. Mera Delima, M.Kep.
3. Pembimbing akademik Ns.Yessi Andriani, M.Kep. Sp.Kep.Mat selaku pembimbing pertama yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk selama penyelesaian (KIA-N) ini.
4. Pembimbing akademik Ns.Endra Amalia, M.Kep selaku pembimbing kedua yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk selama penyelesaian (KIA-N) ini.
5. Seluruh Dosen Program Studi Profesi Ners yang banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan, pengalaman dan nasehat selama pendidikan di bangku perkuliahan.

6. Kepada Ayah dan Ibu tercinta beserta keluarga yang telah memberi nasihat dan semangat yang tiada hentinya kepada penulis selama penyusunan KIA-N ini.
7. Kepada Teman - teman seperjuangan angkatan 2019-2020 Profesi Ners, yang telah membantu demi kelancaran penulis selama penyusunan KIA-N ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu, penulis ucapkan terima kasih atas dukungannya.

Meskipun peneliti telah berusaha semaksimal mungkin dalam penulisan (KIA-N) ini, namun peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan (KIA-N), karena kesempurnaan hanyalah milik Allah SWT. Oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk menyempurnakan (KIA-N) ini.

Semoga Allah SWT, selalu melimpahkann rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, Amin

Muara Bungo, 18 september 2020

Peneliti

DAFTAR ISI

COVER.....	
COVER DALAM.....	
HALAMAN PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR BEBAS PLAGIARISME.....	iv
ABSTRAK.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	5
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
Konsep Post Partum	
1. Definisi.....	11
2. Perubahan Fisiologis.....	11
3. Perawatan Masa Nifas.....	14
4. Tanda dan Bahaya Masa Nifas.....	14
Konsep Sectio Sesarea	
1. Definisi.....	16
2. Etiologi.....	16
3. Tipe-Tipe	19
4. Patofisiologi.....	20
5. Indikasi.....	21
6. Komplikasi	22
7. Penatalaksanaan.....	23

8. Pemeriksaan Penunjang	24
Konsep Asuhan Keperawatan Sectio Sesarea	
1. Pengkajian.....	24
2. Diagnosa Keperawatan.....	25
3. Rencana Asuhan Keperawatan.....	25
4. Intervensi.....	25
KONSEP DASAR TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI	
1. Pengertian relaksasi genggam jari.....	26
2. Mekanisme genggam jari.....	27
3. Prosedur.....	27
BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA	
3.1 PENGKAJIAN	40
3.2 DATA FOKUS	46
3.3 INTERVENSI	47
3.4 IMPLEMENTASI & EVALUASI.....	51
BAB IV PEMBAHASAN	
4.1 PENGKAJIAN DATA DAN ANALISA DATA DASAR.....	54
4.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN	57
4.3 INTERVENSI KEPERAWATAN.....	57
4.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	58
4.5 EVALUASI	59
BAB IV PENUTUP	
1. Kesimpulan.....	59
2. Saran.....	60

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Post partum merupakan suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya “periode” ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu. Walaupun merupakan masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai oleh banyaknya perubahan fisiologi. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu ibu baru, walaupun komplikasi serius juga sering terjadi. (Cunningham, F, et al, 2013)

Berbagai permasalahan yang membahayakan ibu hamil saat ini sangat rentan terjadi, hal ini sering banyaknya kejadian atau kasus-kasus yang ditemui di dunia kebidanan terkait dengan tanda-tanda bahaya kehamilan yang paling menonjol saat ini adalah kejadian ketuban pecah dini (KPD). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban ditunggu 1 jam tidak diikuti tanda-tanda persalinan (inpartu). Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi diatas usia kehamilan 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu tidak terlalu banyak. Ketuban pecah dini merupakan masalah yang kontroversi dalam obstetrik yang berkaitan dengan penyebabnya (Hidayat, 2009).

Angka kejadian post partum di Indonesia menurut USAID (United States Agency for International Development)(2013) terdapat kelahiran per 1000 populasi. Indonesia menduduki peringkat keempat tertinggi di ASEAN setelah Laos yaitu sebanyak 26 kelahiran per 1000 populasi dan kamboja yaitu sebanyak 25 kelahiran per 1000 populasi. Angka kejadian tingkat kelahiran diperkirakan akan terus menerus mnurun sesuai dengan pertumbuhan penduduk. Angka kelahiran di provinsi Jambi adalah sebanyak 10.430 sedangkan di Muara Bungo terdapat sebanyak 6.853 bayi yang dilahirkan.

Sectio Cesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Sofian, 2012). Keluhan pasien yang paling sering dirasakan setelah dilakukannya operasi sectio caesarea adalah nyeri. Nyeri ini diakibatkan oleh luka insisi, kembung karena tertahannya gas saat fungsi usus dalam pemulihan, nyeri pinggang akibat renggangan otot – otot abdomen selama pembedahan, nyeri otot akibat immobilisasi, afterpains dan kadang kala merasakan ketidaknyamanan akibat distensi kandung kemih (Reeder, Martin, & Griffin, 2011).

Tindakan operasi sectio sesarea menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Nyeri tersebut akan menimbulkan berbagai masalah, salah satunya masalah laktasi. Menurut Julianti, 2014 bahwa ibu post sectio caesarea mengalami kesulitan dengan perawatan bayi sebanyak 68%, bergerak naik turun dari tempat tidur dan mengatur posisi yang nyaman selama menyusui akibat adanya nyeri. Rasa nyeri tersebut akan menyebabkan pasien menunda menyebabkan pasien menunda pemberian ASI sejak awal pada bayinya (Aminah, 2011).

Nyeri pada ibu post SC dapat menimbulkan berbagai masalah, salah satunya masalah laktasi. Sekitar 68% ibu post SC mengalami kesulitan dengan perawatan bayi, bergerak naik turun dari tempat tidur dan mengatur posisi yang nyaman selama menyusui akibat adanya nyeri (Anggorowati, dkk 2007). Rasa nyeri tersebut akan menyebabkan pasien menunda pemberian ASI sejak awal pada bayinya, karena rasa tidak nyaman selama proses menyusui berlangsung atau peningkatan intensitas nyeri setelah operasi (Batubara dkk, 2008).

Manajemen nyeri mempunyai beberapa tindakan atau prosedur baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Prosedur secara farmakologis dilakukan dengan pemberian analgesik, yaitu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri (Yuliatun,

2008). Sedangkan secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara relaksasi, teknik pernapasan, pergerakan atau perubahan posisi, masase, akupressur, terapi panas atau dingin, *hypnobirthing*, musik, dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*).

Salah satu pengobatan non-farmakologis yang dapat dilakukan adalah teknik relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Di sepanjang jari-jari tangan kita terdapat saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi (Puwahang, 2011). Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara *reflex* (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Pinandita, 2012). Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi (Liana, 2008). Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Prasetyo, 2010).

Pinandita (2012) dalam penelitiannya menyatakan ada pengaruh relaksasi genggam jari terhadap pengurangan tingkat nyeri. Dan dikuatkan oleh penelitian Evrianasari, dkk (2019) menyatakan ada perubahan rata-rata nyeri sebelum intervensi sebesar 6.30, rata-rata nyeri setelah intervensi sebesar 4.25. Ada pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap nyeri Post Sectio Caesarea di RSUD A. Yani Kota Metro berdasarkan hasil uji t didapat $p \text{ value } 0,000 < \alpha (0,05)$. Disarankan bagi tenaga kesehatan khususnya bidan agar melakukan teknik relaksasi genggam jari sebagai salah satu alternative penurunan nyeri pada ibu post SC.

Post Sc sebanyak 102 dari 322 post partus pada tahun 2020 yang terjadi dilingkungan kerja puskesmas bungo I tidak dilakukan kunjungan kerumah-rumah pasien sehingga menarik minat saya untuk melakukan kunjungan kerumah pasien post partum dengan sectio caesar untuk menjelaskan tentang teknik genggam jari untuk menurunkan nyeri pada ibu post partum dengan sectio caesar.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada makalah ini adalah bagaimanakah Penerapan Teknik genggam jari Untuk Penurunan Nyeri Pada Ibu Nifas Dengan *Post partum dengan post op Sectio Caesarea* di Puskesmas Bungo I tahun 2020

1.3 Tujuan penulisan

1.3.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu melakukan aspek penerapan teknik relaksasi genggam jari Untuk Penurunan Nyeri Pada Ibu *Post Op Sectio Caesarea* di Puskesmas Bungo I tahun 2020

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu memahami konsep pasien post partum dengan sectio caesar di di Puskesmas Bungo I tahun 2020
2. Mampu melakukan pengkajian nyeri pasien post partum dengan sectio caesar di Puskesmas Bungo I tahun 2020
3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien post partum dengan sectio caesar di di Puskesmas Bungo I tahun 2020
4. Mampu menerapkan salah satu intervensi terkait dari jurnal tentang teknik relaksasi Penerapan Teknik genggam jari Untuk Penurunan Nyeri Pada pasien post partum dengan sectio caesar di Puskesmas Bungo I tahun 2020

5. .Mampu menerapkan implementasi dari hasil jurnal tentang teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan nyeri pasien post partum dengan sectio caesar di Puskesmas Bungo I tahun 2020
6. .Mampu mengevaluasi dari hasil jurnal tentang teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan nyeri pasien post partum dengan sectio caesar di Puskesmas Bungo I tahun 2020
7. Mampu melakukan pendokumentasian dari hasil jurnal tentang teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan nyeri pasien post partum dengan sectio caesar di Puskesmas Bungo I tahun 2020

1.4 Manfaat penulisan

1.4.1 Bagi Puskesmas Bungo I

Laporan ini diharapkan dapat bermanfaat bagi institusi Puskesmas Bungo I khususnya dalam peningkatan masalah dalam mengoptimalkan asuhan keperawatan serta peningkatan mutu dan pelayanan kesehatan Puskesmas Bungo I

1.4.2 Bagi Stikes Perintis Padang

Sebagai bahan masukan dan informasi dalam koreksi bacaan dipergustakaan stikes perintis padang dalam memberikan penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan nyeri pada pasien post partum dengan sectio caesar di Puskesmas Bungo I

1.4.3 Bagi Mahasiswa

Sebagai masukan dan informasi dalam melakukan asuhan keperawatan dan penambahan ilmu tentang penerapan teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan nyeri pada pasien post partum dengan sectio caesar Puskesmas Bungo I

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar post partum

1. Pengertian

Masa nifas (postpartum/puerperium) berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “puer” yang artinya bayi dan “porous” yang berarti melahirkan. Yaitu masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas berkisar 6-8 minggu. (Sujiatini, Nurjannah, Ana Kurniati, 2010)

Ibu post partum adalah keadaan ibu yang baru saja melahirkan. Istilah post partum adalah masa sesudah melahirkan atau persalinan. Masa beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat sampai minggu ke enam setelah melahirkan. Masa post partum dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada masa sebelum hamil yang berlangsung kira-kira enam minggu, setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan yang normal pada saat sebelum hamil (Marmi, 2012).

2. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Post Partum

Pada masa post partum ibu mengalami adanya perubahan-perubahan pada tubuh terutama pada ibu yang meliputi di antara :

1. Sistem reproduksi yaitu adanya pengerutan pada dinding rahim (involusi), lokea, perubahan serviks, vulva, vagina dan perinium., dan pada sistem pencernaan, terdapat adanya pembatasan pada asupan nutrisi dan cairan yang dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit serta akan menimbulkan keterlambatan pemulihan fungsi tubuh (Bobak, 2010).

Sedangkan setelah masa post partum akan adanya perubahan pada otot – otot uterus mulai dari berkontraksi, pembuluh – pembuluh darah yang ada antara otototot uretus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan terjadinya pendarahan setelah plasenta lahir. Perubahan – perubahan yang terdapat pada serviks sesudah po partum yaitu padaorgan serviks seperti menganga berbentuk corong, bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri terbentuk semacam cincin. Peruabahan – perubahan yang terdapat pada endometrium yaitu timbulnya berupa trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta pada hari pertama endometrium yang kira – kira setebal 2 – 5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin regenerasi endometrium terjadi dari sisa – sisa sel desidua basalis yang memakai waktu 2 sampai 3 minggu. Ligamen – ligamen dan diafragma palvis serta fasia yang merenggang pada sewaktu kehamilan dan pertu setelah janin lahir berangsur – angsur kembali seperti sedia kala (Hadijono, 2008)

Pasca persalinan merupakan salah satu pengalaman yang akan dialami oleh seorang ibu yang baru saja melahirkan terutama pada ibu yang pertama kalinya melahirkan, pada perkembangan kondisi ibu sering mengalami terjadinya peningkatan dan perubahan emosi dan psikologis yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu adanya penyesuaian pada lingkungan baru, harapan sosial untuk berperilaku lebih baik, masalah dalam sekolah ataupun pekerjaan, dan serta hubungan keluarga yang tidak harmonis, yang akan menyebabkan ibu usia muda harus bisa beradaptasi dengan kehidupan barunya (Sarlito, 2009).

Kelahiran anggota baru bagi suatu keluarga yang memerlukan penyesuaian bagi ibu. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus

dijalani, perubahan tersebut berupa perubahan pada emosi dan sosial. Adaptasi psikologis ini menjadi periode kerentanan pada ibu post partum, karena periode ini membutuhkan peran profesional kesehatan dan keluarga. Tanggung jawab ibu post partum akan bertambah dengan adanya kehadiran bayi yang baru lahir. Ikatan antara ibu dan bayi yang sudah lama terbentuk sebelum kelahiran akan semakin mendorong wanita untuk menjadi ibu yang sebenarnya. Inilah pentingnya rawat gabung atau rooming in pada ibu pasca melahirkan agar ibu dapat leluasa menumbuhkan rasa kasih sayang kepada bayinya tidak hanya dari segi fisik seperti merawat tali pusat, menyusui, mengganti popok tetapi juga dari segi psikologis seperti menatap, mencium, menimang sehingga kasih sayang ibu dapat terus terjaga.

Menurut Hamilton (1995) dalam Sulistyawati (2009), ketika menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut :

- a. Fase taking in yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.
- b. Fase taking hold merupakan suatu periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu. Bagi petugas kesehatan pada

fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan berbagai penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu nifas.

- c. Fase letting go merupakan periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan percaya diri dalam menjalani peran barunya.

3. Klasifikasi Masa Ibu Post Partum

Menurut Hadijono (2008) Masa ibu post partum dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1. Puerperium dini adalah kondisi kepulihan dimana seorang ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan
2. Puerperium Intermedial adalah kondisi kepulihan organ genital secara 6-8 minggu±menyeluruh dengan lama
3. Remote Puerperium waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila saat hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Waktu yang diperlukan untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan ataupun tahunan.

4. Komplikasi

Menurut Costance Sinclair (2009), berikut ini merupakan komplikasi yang terjadi pada ibu saat post partum, yaitu:

1. Penurunan Berat badan

Untuk sebagian besar pada wanita memiliki berat badan lebih dalam 2 tahun setelah hamil dibanding wanita yang belum pernah hamil, dan penurunan berat

badan biasanya bisa terjadi pada dalam beberapa waktu sesudah hamil dan melahirkan.

2. Demam nifas

Demam nifas merupakan demam yang terjadi setelah melahirkan atau saat ibu berada di masa nifas. Demam ini bisa terjadi setelah melahirkan hingga kurang lebih 6 minggu setelah masa persalinan, demam nifas biasanya yang disebabkan oleh perubahan hormon karena sebagian besar demam nifas ini disebabkan oleh infeksi setelah masa persalinan atau melahirkan.

3. Nyeri pada simfisis pubis

Nyeri ini biasanya disebabkan oleh ibu pasca bersalin atau masa nifas, dan nyeri tersebut akan ada setelah kondisi ibu melahirkan bayi melalui vagina, nyeri ini diakibatkan karena adanya lecet pada sekitar area vagina dan bekas luka jahitan pasca melahirkan.

4. Kesulitan berjalan atau kesulitan dalam hubungan seksual

Kesulitan ketika berjalan biasanya dikarenakan adanya latihan duduk dan berjalan pasca bersalin pada ibu post partum, sedangkan kesulitan dalam 16 hubungan seksual pada ibu post partum kemungkinan diakibatkan karena timbulnya rasa sakit disekitar jalan lahir setelah pasca melahirkan.

5. Pendarahan yang luar biasa

Pendarahan pada ibu pasca melahirkan terdapat pendarahan yang hebat yang terjadi dari adanya robekan pada jalan lahir. Dan juga apabila ari – ari sudah lahir (keluar dari rahim) biasanya juga mengeluarkan darah yang banyak, sedangkan rahim masih berkontraksi dengan baik sehingga ibu post partum merasa mules dengan adanya kontraksi tersebut, sedangkan bisa juga darah

yang keluar banyak tentunya kemungkinan terjadi karena adanya robekan pada jalan lahir sehingga bisa terjadinya pendarahan yang luar biasa.

6. Payudara membengkak disertai kemerahan

Paska persalinan setelah dua atau tiga hari terkadang seorang ibu nifas atau post partum akan merasakan payudaranya mulai membengkak yang disebabkan oleh adanya bakteri *Staphylococcus* atau *Streptococcus* yang berasal dari saluran air susu yang tersumbat (ASI mengendap dalam saluran susu), selain itu dengan adanya penyumbatan pada sekitar area payudara akan membuat terlihat payudara menjadi bengkak dan kemerahan.

B. Konsep dasar operasi caesar

1. Pengertian operasi caesar

Operasi Caesar atau sering disebut dengan *sectio caesar* adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus). Seksio sesaria adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bera janin diatas 500gram (Wiknjosastro,2005). *Sectio caesaria* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2009).

2. Etiologi

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporisi sefalo pelvik (dispproporsi janin / panggul) ada, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II,

komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Indikasi yang berasal dari janin

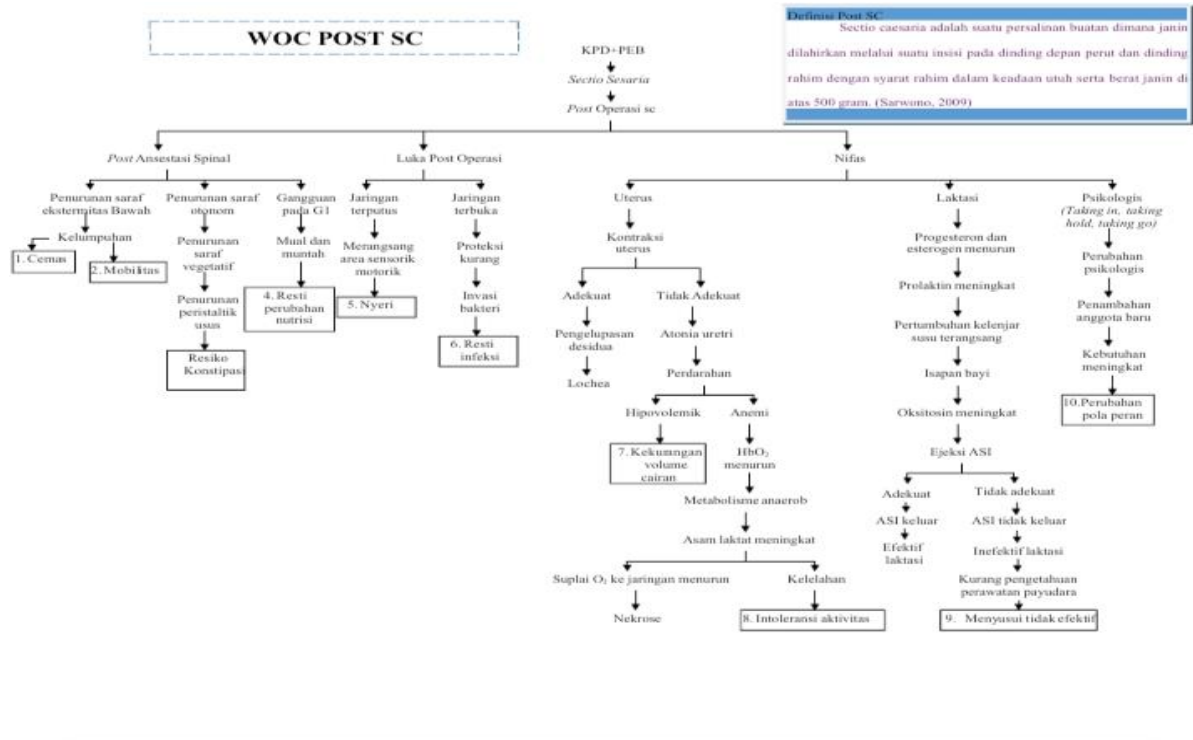
Merupakan indikasi yang umum terjadi untuk dilakukan SC, sekitar 60% SC dilakukan atas pertimbangan keselamatan janin, indikasi janin antara lain : bayi terlalu besar (makrosemia), kelainan letak janin seperti letak sungsang atau letak lintang, presentasi breech/bokong, berat lahir sangat rendah, ancaman gawat, janin (fetal distress), janin abnormal, kelainan tali pusat, bayi kembar (Sugeng, 2010).

Menurut Nurjannah (2013) Operasi *sectio sesarea* dilakukan jika kelahiran pervaginam mungkin akan menyebabkan risiko pada ibu ataupun janin.

Indikasi dilakukan SC adalah :

- 1) Distosia janin dan panggul
- 2) Gawat janin
- 3) Plesenta previa totalitas
- 4) Riwayat sectio sesarea sebelumnya
- 5) Kelahiran letak (utamanya letak lintak)
- 6) Hipertensi, preeklamsia berat
- 7) Eklamsia
- 8) Janin besar

Woc



3. Tipe-Tipe Sectio Caesarea

Menurut Hakimi (2010) tipe-tipe sectio caesarea adalah sebagai berikut :

a. Segmen bawah : Insisi Melintang

Karena cara ini memungkinkan kelahiran per abdominam yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun rongga rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmen bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetrik.

b. Segmen bawah : Insisi Membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti pada insisi melintang. Insisi membujur dibuat dengan skalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

4. Indikasi

Menurut winkjosastro (2006), operasi SC dilakukan jika kelahiran pervaginal mungkin akan menyebabkan resiko pada ibu ataupun pada janin dengan

pertimbangan hal-hal yang perlu tindakan SC proses persalinan normal lama/kegagalan proses persalinan normal.

1. Fekal distress
2. His lemah
3. Janin dalam posisi sungsang atau melintang
4. Bayi besar (BBL >4.2kg)
5. Plasenta previa
6. Kelainan letak
7. Disproporsi celavo pelvik (ketidakseimbangan antar ukuran kepala dan panggul)
8. Hydrocephalus
9. Primi muda atau tua
10. Panggul sempit
11. Problema plasenta

Kelemahan umum, portus tidak maju/partus lama, penyakit jantung, placenta previa dengan perdarahan hebat atau placenta previa marginalis. Pintu vagina lemah, tumor vagina tumor cervic. Kehamilan serotinus (lebih dari 42 minggu) distocia karena kekurangan his prolapsus foniculli.

5. Komplikasi

Menurut winkjosastro (2006) kemungkinan yang timbul setelah dilakukan operasi ini antara lain :

1. Infeksi puerperal (nifas)
 - a. Ringan, dengan suhu meningkat dalam beberapa hari

- b. Sedang, suhu meningkat lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung
 - c. Berat, peritonealis, sepsis dan usus paralitik
2. Perdarahan
 - a. Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
 - b. Perdarahan pada placenta bed
 3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonealitis terlalu tinggi
 4. Kemungkinan ruptur tinggi spontan pada kehamilan berikutnya.

6. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostic menurut Winkjosastro, 2006 adalah sebagai berikut :

1. EEG dipakai untuk membantu menetapkan jenis dan fokus dari kejang.
2. Pindaian CT menggunakan kajian sinar X yang lebih sensitif dari biasanya mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan
3. MRI menghasilkan bayangan dengan menggunakan lapangan magnetik dan gelombang radio berguna untuk memperlihatkan daerah-daerah otak yang tidak jelas terlihat bila menggunakan pindaian CT
4. Uji laboratorium

7. Penatalaksanaan

Menurut saifuddin (2002), penatalaksanaan ibu nifas post SC meliputi

1. Manajemen post operatif
 - a. Pasien dibaringkan di dalam pulih (kamar isolasi) dengan pemantauan ketat tensi, nadi, nafas tiap 15 menit dalam 1 jam pertama, kemudian 30 menit dalam 1 jam berikut dan selanjutnya.

- b. Pasien tidur dengan muka ke samping dan yakinkan kepalanya agak tengadah agar jalan nafas bebas.
- c. Letakkan tangan yang tidak diinfus di samping badan agar cairan infus dapat mengalir dengan lancar.

2. Mobilisasi

Pasien boleh menggerakkan kaki dan tangan serta tubuhnya sedikit 8-12 jam kemudian duduk, bila mampu pada 24 jam setelah SC pasien jalan, bahkan mandi sendiri pada hari kedua

a. Perawatan luka

Perawatan luka pada ibu nifas post SC adalah merawat luka dengan cara mengganti balutan atau penutup yang sudah kotor atau lama dengan penutup luka atau pembalut luka yang baru. Tujuannya adalah untuk mencegah terjadinya luka infeksi serta memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien.

C. KONSEP DASAR NYERI POST PARTUM SECTIO CAESAREA

1. Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual ataupun potensial (Kumar, 2013). Nyeri *post sectio caesarea* diakibatkan oleh luka ditempat insisi, kembung karena tertahannya gas saat fungsi usus dalam pemulihan, nyeri pinggang akibat renggangannya otot – otot abdomen selama pembedahan, nyeri otot akibat immobilisasi, afterpains dan kadang kala merasakan ketidaknyamanan akibat distensi kandung kemih (Reeder, Martin, & Griffin, 2011). Nyeri akut dikarakteristikan dengan awitan yang dapat dijelaskan dengan baik, disertai dengan respons stress, yang menimbulkan reaksi berkeeringat,

vasokonstriksi, peningkatan frekuensi jantung, dan tekanan darah (Kneale & Peter, 2011). Menurut PPNI (2016) 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 3 bulan.

2. Klasifikasi

a. Berdasarkan Sumber

1) Nyeri Alih

Karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri. Contohnya nyeri yang terjadi pada infark miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang.

2) Nyeri Radiasi

Nyeri *post partum sectio caesarea* adalah jenis nyeri radiasi, yakni nyeri yang dirasakan menyebar dari sumber nyeri ke jaringan di sekitarnya. Nyeri ini diakibatkan oleh luka insisi, kembung karena tertahannya gas saat fungsi usus dalam pemulihan, nyeri pinggang akibat renggangan otot – otot abdomen selama pembedahan, nyeri otot akibat immobilisasi, afterpains dan kadang kala merasakan ketidaknyamanan akibat distensi kandung kemih (Reeder, Martin, & Griffin, 2011).

b. Berdasarkan Durasinya

1) Nyeri Kronik

Nyeri yang berlangsung secara berkepanjangan, berulang, dan menetap sampai enam bulan atau lebih.

2) Nyeri Akut

Nyeri *post partum sectio caesarea* termasuk jenis nyeri akut, sebagian besar pasien sudah tidak merasakan nyeri dalam kurun waktu enam minggu.

c. Berdasarkan Asal

1) Nyeri Kutaneus

Nyeri yang berasal dari kulit. Contohnya nyeri karena teriris kertas.

2) Nyeri Somatik

Nyeri somatik berasal dari otot dan tulang. Contohnya pergelangan kaki yang terkilir.

3) Nyeri Viseral Nyeri *post partum sectio caesarae* termasuk jenis nyeri visceral.

Nyeri ini berasal dari stimulasi reseptor nyeri di rongga abdomen akibat pembedahan

d. Mekanisme

Mekanisme timbulnya nyeri *post section caesarea* diakibatkan dari robeknya lapisan kulit dan jaringan akibat pembedahan. Hal itu mengakibatkan sensitasi pada perifer yang akan dilanjutkan pada sensitasi sentral. Sensasi pada perifer menyebabkan pelepasan substansi kimia, substansi ini mengakibatkan nosiseptor bereaksi. Apabila nosiseptor mencapai ambang nyeri, maka akan timbul impuls saraf yang akan dibawa oleh serabut saraf perifer, yaitu serabut A-delta dan serabut C. Impuls saraf ini akan dibawa menuju kornu dorsalis medula spinalis. Impuls saaf ini mengakibatkan pelepasan neurotransmitter substansi P. Substansi P ini menyebabkan transmisi sinaps dari saraf perifer ke saraf traktus spinotalamus. Hal ini memungkinkan impuls saraf ditransmisikan ke dalam sistem saaf pusat, otak akan mengolah impuls saraf kemudian akan timbul persepsi nyeri (Sibernagi & Lang, 2000).

e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri, yaitu pengalaman nyeri masing-masing individu karena faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri bersifat kompleks, seperti : usia, jenis kelamin, kebudayaan, perhatian, makna nyeri, pengalaman sebelumnya, kepercayaan yang kuat, dan mekanisme coping (Potter & Perry, 2006). Adapun faktor yang meningkatkan toleransi nyeri, yaitu obat-obatan, kepercayaan yang kuat, dan distraksi. Sedangkan faktor yang menurunkan toleransi nyeri diantaranya, rasa bosan, marah, dan kelelahan.

f. Dampak Nyeri *Sectio Caesarea*

Nyeri *sectio caesarae* memberikan dampak secara fisik maupun psikologis. Dampak secara fisik diantaranya mengganggu aktivitas sehari-hari, kesulitan dalam perawatan diri maupun bayi, *activity of daily living* (ADL) terganggu, *bonding attachment* (ikatan kasih sayang) tidak terpenuhi, dan mengganggu dalam proses pemberian ASI dikarenakan respon ibu terhadap bayi berkurang sehingga ASI sebagai makanan terbaik bagi bayi tidak dapat diberikan secara optimal. Sedangkan dampak secara psikologis diantaranya cemas dan ketakutan, hal ini akan mengganggu proses pengenalan antara ibu dan bayi.

g. Penatalaksanaan Nyeri

Terdapat dua metode untuk penatalaksanaan nyeri, yaitu *farmakologis* dan *non farmakologis* (Joyce dan Hawks, 2009).

a. Metode *farmakologi*

Metode menurunkan nyeri menggunakan obat-obatan analgesik, terdapat dua macam yaitu *non-opioid* dan *opioid*. Kelompok obat non-opioid digunakan untuk terapi nyeri ringan hingga sedang. Contohnya asam asetil salisilat dan asetaminofen. Sedangkan kelompok obat opioid digunakan untuk semua jenis rasa sakit.

b. Metode nonfarmakologi

Metode non farmakologis memberi kenyamanan, meningkatkan mobilitas, dan memberikan klien rasa kontrol yang lebih besar (Joyce dan Hawks, 2009).

Terdiri dari :

1) Pijat atau *masase*

Pijat dapat dilakukan dengan jumlah tekanan dan stimulasi yang bervariasi terhadap berbagai titik-titik pemicu miofasial di seluruh tubuh. Pijat akan melemaskan ketegangan otot dan meningkatkan sirkulasi lokal.

2) Akupunktur

Akupunktur adalah insersi jarum halus ke dalam berbagai “titik akupunktur (pemicu)” diseluruh tubuh untuk meredakan nyeri.

3) Akupresure

Akupresure pemberian tekanan dengan ibu jari, suatu teknik yang disebut dengan. Akupresure memungkinkan alur energi yang terkongesti untuk meningkatkan kondisi yang lebih sehat.

4) *Range Of- Motion* (ROM)

Digunakan untuk melemaskan otot, memperbaiki sirkulasi, dan mencegah nyeri yang berkaitan dengan kekakuan dan imobilitas.

5) Aplikasi panas

Panas dapat disalurkan melalui konduksi (botol air panas, bantalan pemanas listrik, lampu, kompres basah panas), konveksi (whirpool, sitz bath, berendam air panas) atau konversi (ultrasonografi, diatermi). Panas dapat melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah, sehingga memungkinkan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-

produk inflamasi, seperti bradikinin, histamin, dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri lokal

6) Aplikasi dingin

Aplikasi dingin lebih efektif untuk nyeri akut (misalnya, trauma akibat luka bakar, tersayat, terkilir). Dingin dapat disalurkan dalam bentuk berendam atau kompres air dingin, kantung es, aquamatic K pads dan pijat es. Aplikasi dingin mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan serta edema.

7) Relaksasi Genggam Jari

Relaksasi genggam jari adalah teknik sederhana yang mengabungkan bernafas dan memegang setiap jari (Curley, 2014). Tindakan ini dapat digunakan untuk mengelola nyeri, emosi, dan stress.

8) Teknik pengalihan atau *distraksi*

Teknik-teknik pengalihan mengurangi nyeri dengan memfokuskan perhatian pasien pada stimulus lain dan menjauhi nyeri.

9) Penciptaan khayalan dengan tuntunan atau imajinasi terbimbing

Penciptaan khayalan dengan tuntunan adalah suatu bentuk pengalihan fasilitator yang mendorong pasien untuk memvisualisasikan atau memikirkan pemandangan atau sensasi yang menyenangkan untuk mengalihkan perhatian menjauhi nyeri.

D. KONSEP DASAR TEKNIK RELAKSASI GENGGAM JARI

1. Pengertian

Relaksasi genggam jari adalah teknik sederhana yang mengabungkan bernafas dan memegang setiap jari (Curley, 2014). Tindakan ini dapat digunakan untuk

mengelola nyeri, emosi, dan stress. Hasil penelitian Astutik (2017) menunjukkan bahwa 60 % responden mengalami nyeri ringan setelah pemberian relaksasi genggam jari. Berdasarkan hasil penelitian Nita (2019), menyatakan bahwa rata-rata skala nyeri sebelum dilakukan relaksasi genggam jari pada pasien post partum sectio caesarea sebesar 6,30, setelah dilakukan relaksasi genggam jari pada pasien post partum sectio caesarea turun menjadi 4,25.

2. Mekanisme

Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada kortek serebi dihambat atau dikurangi akibat counter stimulasi relaksasi dan menggenggam jari. Hal itu akan membuat intensitas nyeri berubah akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak. Gelombang listrik yang dihasilkan dari genggamman, diproses menuju organ yang mengalami gangguan. Hasil yang ditimbulkan menyebabkan relaksasi yang akan memicu pengeluaran hormon endorphin untuk mengurangi nyeri (Pinandita, 2012). Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan, dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati (Hill, 2011).

3. Prosedur

Menurut Wong (2011) terdapat prosedur penatalaksanaan teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama 10 menit dengan tahapan antara lain :

- a. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman, yaitu duduk atau berbaring.

- b. . Genggamlah jari ibu dengan telapak tangan selama tiga menit, lalu bergantian ke jari yang lain. Genggaman pada ibu jari bertujuan untuk mengelola rasa khawatir, jari telunjuk bertujuan untuk mengelola rasa takut, jari tengah bertujuan untuk mengelola rasa marah, jari manis bertujuan untuk mengelola rasa sedih, dan jari kelingking bertujuan untuk mengelola rasa stress
- c. Minta pasien untuk tutup mata, fokus, tarik nafas perlahan dari hidung, hembuskan perlahan dengan mulut secara teratur sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran. Hal ini bertujuan untuk merilekskan semua otot dan memberikan perasaan yang nyaman. Lakukan secara berkali-kali
- d. Katakan, “semakin *rileks*, semakin *rileks*, semakin *rileks*”, dan seterusnya hingga benar-benar *rileks*.
- e. Apabila sudah *rileks*, lakukan pengucapan kalimat positif yang diinginkan seperti, “saya ingin nyeri ini hilang”.
- f. Gunakan perintah sebaliknya untuk menomalkan pikiran bawah sadar. Contohnya “saya akan terbangun dengan keadaan yang lebih baik.”
- g. Lepas genggaman jari dan usahakan rileks



Gambar 2.1 Teknik Relaksasi Genggam Jari (Wong, 2011)

E. Asuhan Keperawatan Teoritis

A. Pengkajian

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

1. Identitas atau biodata klien

Meliputi, nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit nomor register , dan diagnosa keperawatan.

2. Keluhan utama

Biasanya klien mengeluh sakit perut, perdarahan, nyeri pada luka jahitan, takut bergerak.

3. Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu:

Riwayat kehamilan, riwayat kb, riwayat senam atau kegiatan yang dilakukan selama kehamilan. Penyakit selama .

b) Riwayat kesehatan sekarang :

Riwayat kesehatan yang dirasakan saat ini seperti rasa nyeri, keadaan pasien saat ini.

c) Riwayat kesehatan keluarga:

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, HT, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien.

4. Pola-pola fungsi kesehatan

a) pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Karena kurangnya pengetahuan klien tentang ketuban pecah dini, dan cara pencegahan, penanganan, dan perawatan serta kurangnya mrnjaga kebersihan tubuhnya akan menimbulkan masalah dalam perawatan dirinya

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Nutrisi setelah sc, minat makan pasien, porsi makan pasien.

c) Pola aktifitas

Pada pasien pos partum klien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya karena nyeri yang dirasakan, terbatas pada aktifitas ringan, tidak membutuhkan tenaga banyak, cepat lelah, pada klien nifas didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri.

d) Pola eliminasi

Pada pasien pos partum sering terjadi adanya perasaan sering /susah kencing selama masa nifas yang ditimbulkan karena terjadinya odema dari trigono, yang menimbulkan inveksi dari uretra sehingga sering terjadi konstipasi karena penderita takut untuk melakukan BAB. Terpasang kateter.

e) Istirahat dan tidur

Pada klien nifas terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran sang bayi dan nyeri post sectio caesar.

f) Pola hubungan dan peran

Peran klien dalam keluarga meliputi hubungan klien dengan keluarga dan orang lain.

g) Pola penagulangan stress

Adaptasi psikologis post partum: fase taking in, fase taking hold, fase taking leting go.

h) Pola sensori dan kognitif

Pola sensori klien merasakan nyeri pada prineum akibat luka janhitan dan nyeri perut akibat involusi uteri, pada pola kognitif klien nifas primipara terjadi kurangnya pengetahuan merawat bayinya

i) Pola reproduksi dan sosial

Terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas.

5. Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bagaimana bentuk kepala, kebersihan kepala, kadang-kadang terdapat adanya cloasma gravidarum, dan apakah ada benjolan

b) Leher

Kadang-kadang ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid, karena adanya proses menerang yang salah

c) Mata

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

d) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga.

e) Hidung

Adanya polip atau tidak dan apabila pada post partum kadang-kadang ditemukan pernapasan cuping hidung

f) Dada

Terdapat adanya pembesaran payu dara, adanya hiper pigmentasi areola mammae dan papila mammae

g) Abdomen

Kondisi insisi/ sayatan, tempat insisi, TFU.

h) Genitalia

Bentuk lokea

i) Anus

Kadang-kadang pada klien nifas ada luka pada anus karena ruptur

j) Ekstermitas

Pemeriksaan odema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarnya uterus, karenan preeklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal.

k) Tanda-tanda vital

Apabila terjadi perdarahan pada post partum tekanan darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh turun.

B. Diagnosa Keperawatan Dengan SC

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri daerah operasi, semakin nyeri ketika mengubah posisi.
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan klien mengatakan asi kurang, ASI tampak kurang menetes.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien tampak letih.
4. Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologist tidak nafsu makan, (makanan tidak di habiskan).

C. Intervensi

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi) Dibuktikan dengan nyeri daerah operasi, semakin nyeri ketika mengubah posisi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, rasa nyeri menurun, dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Pola nafas membaik • Gelisah menurun 	Observasi <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri ✓ Indetifikasi skala nyeri ✓ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Teraupetik <ul style="list-style-type: none"> ✓ Berikan teknik

		<ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah cukup baik 	<p>nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi genggam jari, aromaterapi, terapi musik)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) ✓ Fasilitasi istirahat dan tidur ✓ Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri ✓ Jelaskan strategi meredakan nyeri ✓ Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat ✓ Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu
2.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien=tampak letih.</p>	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan sulit tidur menurun • Keluhan sering terjaga menurun • Keluhan tidak puas tidur menurun • Keluhan pola tidur berubah menurun • Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Obaservasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifikasi pola aktivitas dan tidur ✓ Identifikasi fakroe pengganggu tidur (fisik/ psikologis) <p>Terauopetik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) ✓ Batasi waktu tidur siang, jika perlu ✓ Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tetapkan jadwal tidur rutin ✓ Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit ✓ Anjurkan menepati kebiasaan tidur ✓ Anjurkan menghindari makan/minum yang mengganggu tidur ✓ Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
3.	Resiko defisit nutrisi di buktikan dengan faktor psikologistidak nafsu	Setelah diberikan perawatan selama 2x24 jam di harapkan resiko	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi status nutrisi ➤ Identifikasi alergi dan

	<p>makan, (makanan tidak di habiskan).</p>	<p>defisit nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makanan yang di habiskan meningkat • Frekuensi makan membaik • Perasaan cepat kenyang menurun • Indeks masa tubuh (IMT) membaik • Nyeri abdomen menurun 	<p>intoleransi makanan</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi makanan yang di sukai ➤ Monitor asupan makanan ➤ Monitor berat badan ➤ Monitor hasil pemeriksaan fisik <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu ➤ Fasilitasi menentukan pedoman diet (,is. Piramida makanan) ➤ Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai ➤ Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi ➤ Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein ➤ Berikan suplemen makan, jika perlu
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan dapat ditoleransi Edukasi ➤ Anjurkan posisi duduk, jika mampu ➤ Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi ➤ Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetik) jika perlu ➤ Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
4.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan status	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan

	<p>Asi dibuktikan dengan klien mengatkan ASI kurang, ASI tampak kurang menetes.</p>	<p>menyusui membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tetesan / pancaran ASI meningkat ➤ Suplai ASI adekuat meningkat ➤ Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat ➤ Miksi bayi lebih dari 8x selama 24 jam meningkat ➤ Bayi tidur setelah menyusu meningkat 	<p>dilakukan konseling menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui ➤ Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui ➤ Teraupetik ➤ Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. Duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) ➤ Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar ➤ Edukasi ➤ Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu
--	---	---	---

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Gambaran Kasus

Klien bernama Ny, f usia 22 tahun pasien post partum post op sc yang telah kembali kerumah setelah dirawat selama 4 hari, klien dilakukan operasi sectio caesar dikarenakan indikasi ketuban pecah dini. Klien melahirkan anak pertama.

3.2 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada Ny.f usia 22 tahun pasien post partum post op sc meliputi pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, penentuan intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi dari setiap tindakan keperawatan. Tahap - tahap asuhan keperawatan yang dilakukan mulai dari pengkajian sampai evaluasi dijelaskan di bawah ini :

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal Minggu 31 agustus 2020saat klien baru pulang dari rumah sakit. Pengkajian meliputi identitas pasien, riwayat kehamilan, riwayat post op sc riwayat KB, riwayat menyusui, pemeriksaan fisik .didapatkan hasil klien Ny. F berusia 22 tahun tamatan SMA dengan riwayat kehamilan pertama belum memiliki pengalam dalam menyusui.Klien dilakukan sectio caesar karena indikasi ketuban pecah dini.Selama kehamilan klien hanya melakukan pemeriksaan ke puskesmas terdeka sebanyak 4x, selama kehamilan tidak ada kendala.Klien melahirkan seorang bayi perempuan dengan berat 2900 gram.

Riwayat persalinan klien melakukan operasi sectio caesar pada tanggal 27 agustus dengan luka sayatan melintang.untuk masalah ginekologi tidak ada.status obstetrik P₁A₀ Post SC hari ke 5. Keadaan umum composmetic gsc 15, TB: 149 cm BB: 67 kg. TTV TD: 120/90 mmgh. S: 37⁰ c. RR: 20x/menit N: 87x/menit.

Hasil pemeriksaan fisik diperoleh data TB: 149 cm BB: 67 kg

1. Kepala

Kepala : Normal,

Mata : Simetris Kiri dan Kanan, anemis (-), secret (-)

Hidung : Normal tidak ada secret (-)

Mulut : Bersih dan Lidah bersih

Telinga : Simetris, Tidak Ada Secret

Leher : Tidak ada Pembesaran Kelenjar

Masalah Khusus : Tidak Ada2. Leher

2. Dada

Dada tampak normal, saat dilakukan inspeksi tidak ditemukan lesi maupun ruam kemerahan. Pergerakan dada simetris dan regular. Selama inspirasi dada mengembang dan sebaliknya saat ekspirasi. Jantung : Tidak ada lesi, Kardiomegali tidak ada. Payudara : teraba keras dan bengkak, Pengeluaran ASI : ASI kurang, Putting susu : Ada menonjol, daerah areola kehitaman, Masalah Khusus : klien mengatakan produksi ASI sedikit

3. Abdomen

Ditemukan luka operasi melintang, TFU 29 cm luka operasi tampak kering, klien mengeluh nyeri di bagian operasi. Skala nyeri 6, nyeri seperti tertusuk-tusuk, terasa terus menerus nyeri dirasakan saat beraktivitas.

4. Perineum dan Genetalia

Edema : Tidak Ada Memar : Tidak Ada Hematom : Tidak Ada, Perineum : Utuh, Tanda : REEDAR : Kemerahan : Tidak, E : Bengkak : Tidak, E : Echimosis : Tidak, D : Discharge : Tidak Ada, A : Apporximate : Baik/Tidak, Kebersihan : Bersih, post partum hari ke 5. Lochea jenis loche sanguinolenta,

kosistensi lendir, bau amis, tidak ada masalah pada perineum dan genitalia.

5. Ekstremitas

Tidak ada masalah di ekstremitas atas dan bawah.

6. Istirahat dan kenyamanan

Klien mengatakan tidur 4-5 jam sehari sering terbangun saat tidur, klien mengeluh sering merasakan nyeri di bagian abdomen. Mobilisasi klien masih dibantu oleh keluarga, pola makan klien kurang klien belum menghabiskan porsi yang disediakan, masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Klien saat ini ibu mengatakan tidak ada merasakan cemas ibu berada pada fase taking hold, klien mampu menerima bayi, tidak ada masalah kusus. Klien mengatakan kemampuan menyusui ASI sedikit.

7. Rangkuman

Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil Ny.f mengatakan bahwa nyeri pada bagian luka post op sectio cesarea, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri dirasakan saat melakukan gerakan-gerakan tubuh, klien juga mengatakan nyeri dirasakan pada saat pagi hari dan hilang pada saat minum obat analgesik, Ny.F juga mengatakan bahwa ketidaknyamanan yang dirasakan itu saat terpasang kateter, pada saat diobservasi tampak ibu sedang menyusui, namun Ny.F juga mengatakan bahwa kurang nafsu makannya menghabiskan ½ porsi yang sudah disediakan, serta juga mual. Klien mengatakan susah untuk tidur, klien mengatakan sering terbangun tengah malam, klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari, klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu, klien hanya tidur 5 jam, klien tampak lemah, klien tampak gelisah, klien sering terbangun di malam hari. klien juga mengeluhkan kurangnya pengeluaran Asi. Hasil Tanda-Tanda Vital : TD : 120/90 mmHg, S :

37 C, RR : 20 x/i, N : 100 x/i. BB = 65 Kg.

Setelah diberikan relaksasi genggam jari klien mengatakan nyeri terasa berkurang dan klien merasa rileks dan klien mengatakan tindakan menggenggam jari sangat mudah dilakukan dan dipelajari oleh siapa saja. Klien merasakan tidak terbebani saat melakukan relaksasi tersebut.

1) Obat-Obatan klien selama dirumah sakit

1. IVFD RL : 20 tts/i
2. Injeksi Cefotaxime 2x1 gram
3. Injeksi Gentamicin 2x1 Ampl
4. Injeksi Metronidazole 2x1 Ampl

2) Hasil Pemeriksaan Penunjang

- ✓ Hemoglobin : 11,4 gr/dl
- ✓ Leukosit : 10.600 Sel/mm³
- ✓ Hematokrit : 36 %
- ✓ Trombosit : 188.000 Sel/mm³

3) ANALISA DATA

Nama : Ny.f

Umur : 22 tahun

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Klien mengatakan nyeri daerah operasi - Klien mengatakan semakin nyeri ketika mengubah posisi DO :	Agen cedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - P : nyeri dirasakan saat bergerak - Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : nyeri dibagian abdomen - S : 6 - T : nyeri terus-menerus - Terdapat luka jahitan post op SC di perut sepanjang 13cm - Tampak posisi luka vertical kebawah pusar dan tertutup kassa steril 		
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien men gatakan asi kurang - Klien mengatakan tidak paham memberikan posisi yang bagus untuk menyusui <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asi tampak kurang menetes - Bayi menangis saat disusui - Payudara Tampak Keras - Ibu Tampak Meringis - Ibu tampak bingung saat menyusui 	Ketidakadekuatan suplai ASI	Menyusui tidak efektif
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan susah tidur - Klien mengatakan sering terjaga - Klien mengtakan susah untuk tidur cukup - Klien mengatakan tidur siang 	Kurangnya kontrol tidur	Gangguan pola tidur

	<p>hanya 1 jam</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak letih - Klien tampak mengantuk - Tidur hanya 4-5 jam - Aerola tampak kehitaman - Klien Tampak Kurang Pokus 		
4.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kurang nafsu makan - Klien mengatakan dari 1 porsi yang di sediakan hanya mampu mnghabiskan ¾ porsi - Klien mengatakan cepat merasa kenyang <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pucat - Membran mukosa pucat - Klien tampak lemah - Makanan tampak tidak habis dari yang di sediakan - Tampak kurang rminat dengan makanan 	<p>faktor psikologis tidak nafsu makan, (makanan tidak dihabiskan)</p>	<p>Resiko defisit nutrisi</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri daerah operasi, semakin nyeri ketika mengubah posisi.
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan klien mengatakan asi kurang, ASI tampak kurang menetes.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien tampak letih.

4. Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis tidak nafsu makan, (makanan tidak di habiskan).

4) Intervensi keperawatan

1. Diagnosa pertama Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi)dibuktikan dengan nyeri daerah operasi, semakin nyeri ketika mengubah posisi.rencana yang dilakukan adalah O : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. T: Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi genggam jari, aromaterapi, terapi musik), Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur, Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. E: Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri. K: Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu
2. Diagnosa kedua Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan klien mengatakan ASI kurang, ASI tampak kurang menetesrencana yang dilakukan yaitu O: Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui, Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui, Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. T: Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. Duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu), Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar.E :Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu

3. Diagnosa ketiga Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien tampak letih. rencana yang dilakukan yaitu O :Identifikasi pola aktivitas dan tidur, Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/ psikologis).T :Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur), Batasi waktu tidur siang, jika perlu, Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, Tetapkan jadwal tidur rutin, Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). E:Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Anjurkan menepati kebiasaan tidur, Anjurkan menghindari makan/minum yang mengganggu tidur dan Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
4. Diagnosa keempat Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis tidak nafsu makan, (makanan tidak di habiskan).rencana yang dilakukan yaitu, O: Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang di sukai, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan fisik.T :Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, Fasilitasi menentukan pedoman diet (,is. Piramida makanan), Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen makan, jika perlu, Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan dapat ditoleransi. E: Anjurkan posisi duduk, jika mampu, Ajarkan diet yang diprogramkanK: Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetik) jika perlu, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang di butuhkan

6) Implementasi keperawatan

Implementasi dilakukan dari tanggal 31 agustus 2020 – 2 september 2020 yaitu:

6.1 Diagnosa pertama Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri di daerah operasi,semakin nyeri ketika mrngubah posisi, Dilakukan O: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intesitas nyeri (H: nyeri pada bagian bekas operas, hilang timbul, tertusuk-tusuk),Indetifikasi skala nyeri (H: 4), Identifikasi faktopr yang memperberat dan memperingan nyeri (H: nyeri dirasakan saat bergerak).T: Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi genggam jari) (H: terapi genggam jari diberikan), Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) (H: suhu ruangan bagus)E: Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri (H: klien paham penyebab nyeri),Jelaskan strategi meredakan nyeri (H: klien di ajarkan teknik relaksasi genggam jari),Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. K: Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu (H: klien masing menggunakan analgetik).

Pada diagnosa ini peneliti mengajarkan kepada klien bagaimana cara relaksasi genggam jari. Relaksasi genggam jari adalah teknik sederhana yang mengabungkan bernafas dan memegang setiap jari (Curley, 2014). Tindakan ini dapat digunakan untuk mengelola nyeri, emosi, dan stress. Kegiatan di lakukan selama 3 hari dengan durasi 15 menit. Genggam jari dilakukan sesuai dengan sop yang telah ada.

6.2 Diagnosa kedua Menyusui tidak afektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan klien mengatakan asi kurang, ASI tampak kurang menetes, dilakukan O:Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui(H: ibu merasa cemas),Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui (H: klien berkeinginan untuk menyusui), Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui (H: kurang paham dengan posisi yang

nyaman untuk menyusui).T:Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. Duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) (H; mendengarkan semua keluhan ibu), Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar (H: memberikan pujian).E: Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu (H: mengajarkan posisi yang nyaman untuk menyusui)

6.3 Diagnosa ketiga Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien tampak letih, dilakukan O: Identifikasi pola aktivitas dan tidur (H: klien tidur 6 jam), Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/ psikologis)(H: Nyeri yang dirasakan).T:Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) (H: suhu ruangan bagus), Batasi waktu tidur siang, jika perlu (H: klien terkadang tidur siang 1jam),Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur (H: mendengarkan musik), Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat,) (H: diajarkan teknik relaksasi genggam jari).E: Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit (H: klien mengerti), Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya (H: relaksasi genggam jari)

6.4 Diagnosa keempat Resiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis, dilakukan O: Identifikasi status nutrisi (H: klien menghabiskan makanan yang di sediakan),Identifikasi alergi dan intoleransi makanan(H: klien tidak memiliki alergi makanan), Identifikasi makanan yang di sukai (H: klien suka makanan yang pedas seperti seblak),Monitor asupan makanan(H:mampu menghabiskan dari porsi yang disediakan).T: Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu(H; klien menyikat gigi sebelum makan), Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai (H; sudah diberikan).E: Anjurkan posisi duduk, jika

mampu(H: dilakukan).K: Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetik) jika perlu(H: melakukan relaksasi genggam jari)

7) Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi meliputi evaluasi hasil dan evaluasi proses. Pada kasus ini menunjukkan bahwa adanya kemajuan atau keberhasilan dalam mengatasi masalah pasien. pada kasus Ny.f di lingkungan wilayah kerja Puskesmas Bungo I dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah, hasil evaluasi akhir yaitu pada tanggal 31 agustus 2020 – 2 september 2020 dari diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam kasus, sebagian diagnose telah teratasi dan ada beberapa diagnose yang masih teratasi sebagian.

Diagnosa pertama asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri daerah operasi,semakin nyeri ketika mengubah posisi.didapatkan hasil klien masih merasakan nyeri dengan skala 4, nyeri dirasakan saat bergerak atau beraktivitas, untuk mengurangi nyeri klien melakukan relaksasi genggam jari.

Diagnosa kedua yaitu Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan klien mengatakan ASI kurang,ASI tampak kurang menetes, dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil klien mengatakan asi masih sedikit keluar, klien masih ragu dalam menyusui, klien belum menemukan posisi yang nyaman untuk memberi ASI kepada anaknya.

Diagnosa ketiga yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien tampak letih, dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, didapatkan hasil klien masih belum cukup tidur lamanya klien tidur hanya 6 jam, klien masih sering terbangun saat tidur, sebelum tidur klien mendengarkan musik dan klien melakukan relaksasi genggam jari.

Diagnosa ketiga yaitu Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan klien mengatakan ASI kurang, ASI tampak kurang menetes, dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil klien mengatakan asi masih sedikit keluar, klien masih ragu dalam menyusui, klien belum menemukan posisi yang nyaman untuk memberi ASI kepada anaknya.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis membandingkan antara teori dengan asuhan keperawatan Maternitas di Ruang Kebidanan di RSUD H. Hanafie Muara Bungo. Berikut akan diuraikan pelaksanaan keperawatan pada Ny.F dengan diagnosa Post Op SC indikasi KPD sesuai fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta dilengkapi pembahasan dokumentasi keperawatan.

A. Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Konsep Kasus

Pengkajian pada Ny.F dilakukan dengan cara anamnesa (keluhan utama, riwayat yang berhubungan dengan keluhan utama, pengkajian psikososial, spiritual, observasi, wawancara pada keluarga klien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik).

Pengkajian adalah suatu usaha yang dilakukan perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan (Muttaqin, 2011)

Dari hasil pengkajian dan observasi, penulis menemukan data Klien mengatakan nyeri daerah operasi, Klien mengatakan semakin nyeri ketika mengubah posisi, Klien tampak meringis, nyeri dirasakan saat bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dibagian abdomen, skala nyeri : 6, Terdapat luka jahitan post op SC di perut sepanjang 13cm dan Tampak posisi luka vertical kebawah pusar dan tertutup kassa steril.

Klien dengan post op SC mengalami gangguan rasa nyeri dengan batasan karakteristik nyeri, subjektif mengungkapkan secara verbal atau melaporkan dengan isyarat, objektif gerakan menghindari nyeri, perubahan autonomic,, perubahan nafsu makan dan gangguan tidur (Wilkinson, 2011).

Pengkajian pada pemeriksaan payudara, klien mengatakan Asi sedikit payudara terasa kencang, teraba keras, puting susu menonjol, aerola kehitaman, kolostrum dan ASI tampak belum keluar.

B. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah tahap kedua dalam proses keperawatan dan merupakan suatu pernyataan dari masalah klien baik actual maupun beresiko berdasarkan data pengkajian yang sudah di analisis (Ekasari, dkk 2008).

Diagnose yang ditegakkan oleh penulis adalah Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi), Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur, Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI.

C. Perencanaan

Perencanaan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnose keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien (Ekasari dkk, 2008).

Perencanaan yang dilakukan sesuai dengan yang ada di Standar luaran keperawatan indonesia dan standar intervensi keperawatan indonesia . Diagnosa pertama Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi rencana yang dilakukan adalah O : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. T: Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi genggam jari, aromaterapi, terapi musik), Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur, Pertimbangkan jenis dan

sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. E: Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri. K: Kolaborasi pemberian analgetik bila

Diagnosa kedua Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai asi rencana yang dilakukan yaitu O: Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui, Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui, Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. T: Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. Duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu), Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar. E :Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu

Diagnosa ketiga yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, rencana yang dilakukan yaitu O :Identifikasi pola aktivitas dan tidur, Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/ psikologis).T :Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur), Batasi waktu tidur siang, jika perlu, Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, Tetapkan jadwal tidur rutin, Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). E:Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Anjurkan menepati kebiasaan tidur, Anjurkan menghindari makan/minum yang mengganggu tidur dan Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

Diagnosa keempat Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) rencana yang dilakukan yaitu, O: Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang disukai, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan fisik.T :Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, Fasilitasi menentukan pedoman diet (,is. Piramida makanan), Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, Berikan makanan yang

tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen makan, jika perlu, Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan dapat ditoleransi. E: Anjurkan posisi duduk, jika mampu, Ajarkan diet yang diprogramkan K: Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetik) jika perlu, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang di butuhkan

Diagnosa keempat Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai asi rencana yang dilakukan yaitu O: Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui, Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui, Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. T: Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. Duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu), Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar.E :Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu

D. Implementasi

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan yang telah dibuat dan mengacu pada rencana keperawatan yang telah dibuat (Ekasari 2008).

Penulis melakukan implementasi sesuai dengan perencanaan dari keempat diagnosa yang ditegakkan berdasarkan intervensi, salah satu implementasi yang dilakukan adalah memberikan relaksasi genggam jari.

Salah satu manajemen nyeri secara non-farmakologis yang dapat dilakukan adalah teknik relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Di sepanjang jari-jari tangan terdapat saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara refleksi

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

E. Evaluasi

Tahap evaluasi adalah menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Setelah dievaluasi didapatkan data sebagai berikut :Klien mengatakan masih nyeri daerah operasi, Klien mengatakan ketika mengubah posisi nyeri sudah mulai berkurang, Klien masih tampak meringis, P : nyeri dirasakan saat bergerak, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian abdomen, S : 4, T : nyeri hilang timbul, Terdapat luka jahitan post op SC di perut sepanjang 13cm dan Tampak posisi luka vertical kebawah pusar dan tertutup kassa steril. Klien mengatakan sudah tidur 6-7 jam dalam sehari.Sudah makan dengan lahap dan menghabiskan setiap porsi yang diberikan. Telah mampu menyusui dengan posisi yang nyaman dan asi telah banyak.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Setelah dilakukan pengkajian tidak semua pemeriksaan fisik yang ada diteori ditemukan pada pasien.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi).Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur, Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
3. Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul dan dibuat berdasarkan rencana asuhan keperawatan secara teoritis
4. Implementasi dilakukan sesuai rencana keperawatan yang disusun.
5. Evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Dari semua diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan dan implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan didapatkan hasil yang dicantumkan dalam evaluasi

B. Saran

1. Untuk Puskesmas

Semoga makalah ini dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang baik, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas

2. Untuk mahasiswa

Semoga makalah ini dapat dijadikan sebagai pedoman dan meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan Maternitas di ruang bersalin

3. Untuk kampus

Semoga dengan makalah ini dapat menambah sumber referensi untuk membantu dalam proses pembelajaran dan meningkatkan pengetahuan peserta didik dikampus.

DAFTAR PUSTAKA

- Atikah,2010. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Jakarta : Nuha Medika.
- Dinkes Provinsi Jambi Tahun 2016. *Jumlah Kejadian Pasien Sectio Secarea di Dinas Kesehatan Provinsi Jambi*. Provinsi Jambi
- Dongoes. 2008. *Rencana Asuhan Keperawatan*. EGC : Jakarta.
- Hakimi.2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*.Yayasan Essentia Medica : Yogyakarta.
- Heryani, Reni. 2012. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas & Menyusui*.Jakarta : Trans Info Media
- Indriyani, 2014.*Masalah Perilaku Tumbuh Kembang Pada Remaja*. Salemba Medika. Jakarta
- Norwitz, Errol dkk.(2007). *At a Glance Obstetri & Ginekologi Edisi 2*. Jakarta:Erlangga
- Nurjannah.2013. *Asuhan Kebidanan Post Partum*. Nuha Medika : Jakarta.
- Nusalam.2015. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Nasional*.Edisi 5.EGC : Jakarta.
- Pinandita.(2012).*Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi*.
- Patasik, CK. (2013). *Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesare Di Irina D Blusup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*.
- Prawirohardjo. 2014. *Ilmu Kandungan*. PT Kramat Pustaka : Jakarta.
- Purwati,Eni. 2012. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas & Menyusui*.Yogyakarta : Cakrawala ilmu.
- Riskesdas RI. 2015. *Perawatan Maksimal Pasca Post Op Pasien Sectio Casearea*.Jurnal Kesehatan.Dipublikasikan.<http://blogspot.com>. (Diakses Tanggal 10 April 2019, Pukul 20:30 WIB
- Sahroni, 2012.*Masa Nifas Dalam Islam*.<http://www.islamic.education.co.id> diakses tanggal : 13 Mei 2019
- Saifuddin, A.B. 2011. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*.Jakarta : P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Solikhah, Umi. 2011. *Asuhan Keperawatan*.Yogyakarta : Nuha Medika
- Sugeng.2010. *Asuhan Keperawatan Post Operasi*. Nuha Medika : Jakarta
- Tanto. 2014. *Kapita Selekta Kedokteran*. Media Aesculapius : Jakarta

Taufan. 2011. *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, dan Penyakit Dalam*. Nuha Medika : Jakarta

LAMPIRAN

PENGAJIAN POST PARTUM

1. Pengkajian

5) Data Umum Klien

1. Inisial Klien : Ny. F Inisial penanggung jawab : Tn. D
2. Usia : 22 Tahun Usia : 28 Tahun
3. Status Perkawinan : Menikah Status Perkawinan : Menikah
4. Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Swasta
5. Pendidikan Terakhir : SMA Pendidikan Terakhir : SMA

6) Riwayat Kehamilan dan Persalinan Yang Lalu

No	Tahun	Jenis Persalinan	Penolong	Jenis Kelamin	Keadaan Bayi Waktu Lahir	BB Lahir	Masalah Kehamilan
1.	2019	SC	Dokter SPOG	Perempuan	Sehat	2.900	Tidak Ada
2.							

Pengalaman Menyusui : tidak ada Berapa Lama : -

7) Riwayat Kehamilan Saat Ini

1. Berapa Kali Periksa Hamil : 4 kali di puskesmas terdekat
2. Masalah Kehamilan : Tidak Ada

8) Riwayat Persalinan

Jenis Persalinan : SC / Tindakan (EF, EV) tidak ada

1. SC a/i kala I Memanjang Tgl/Jam : 27 agustus 2020/11.00
2. Jenis Kelamin Bayi : Perempuan BB/PB : 2.900 Gram/43 cm
3. Perdarahan : tidak ada
4. Masalah dalam Persalinan : dilakukan tindakan SC dengan indikasi KPD.

9) Riwayat Ginekologi

1. Masalah Ginekologi : Tidak Ada
2. Riwayat KB : belum KB

10) Data Umum Kesehatan Saat Ini

- 1 StatusObstretik : P₁A₀ Post SC hari ke 6
- 2 Keadaan Umum : Baik Kesadaran : CM, GCS : 15 BB/TB : 67 Kg/ 149cm
- 3 Tanda Vital : TD : 120/90 mmHg Nadi : 87 x/i
Suhu : 37 C Pernafasan : 20 x/i
- 4 Kepala Leher Kepala : Normal
Mata : Simetris Kiri dan Kanan, anemis (-), secret (-)
Hidung : Normal tidak ada secret (-)
Mulut : Bersih dan Lidah bersih
Telinga : Simetris, Tidak Ada Secret
Leher : Tidak ada Pembesaran Kelenjar
Masalah Khusus : Tidak Ada
- 5 Dada Jantung : Tidak ada lesi, Kardiomegali tidak ada
Paru : Vesikuler, Mengi(-), Wheezing (-).
Payudara : teraba keras dan bengkak
Pengeluaran ASI : ASI kurang
Putting susu : Ada menonjol, daerah areola kehitaman
Masalah Khusus : klien mengatakan produksi ASI sedikit
- 6 Abdomen Kontraksi : Ada KuatPosisi : Melintang
Nyeri Epigatrium : Ada
Dullnes : Tidak Ada
TFU :setengah pusat simpisis
Masalah Khusus :Nyeri Akut
Inspeksi kondisi luka: luka tanpakm kering
- 7 Perineum dan Genetalia

Edema : Tidak Ada Memar : Tidak Ada Hematom : Tidak Ada

Perineum : Utuh Tanda : REEDA

R : Kemerahan : Tidak

E : Bengkak : Tidak

E : Echimosis : Tidak

D : Discharge : Tidak Ada

A : Apporximate : Baik/Tidak

Kebersihan : Bersih, Tampak Terdapat Darah Bekas sisa-sisa
post op sectiosecarea

PostPartum Hari ke 5

Lokia : Jumlah

Jenis Lochea : jenis loche sanguinolenta

Konsistensi : lendir

Bau : Amis

Hemoroid : tidak ada

Masalah Khusus : Tidak Ada

8 Ekstremitas

Ekstremitas Atas : Edema : Tidak edema

Ekstremitas Bawah

Inspeksi : Bersih, Tidak ada edema, Hangat (+)

Palpasi : Varises : Tidak ada

Edema : Tidak ada

Masalah Khusus : Tidak ada

9 Eliminasi

Urin : Kebiasaan BAK : Normal

10 BAK saat ini : terpasang kateter Nyeri : Ya

BAB : Kebiasaan BAB : Belum ada

BAB : Belum ada Konsistensi : Ya

Masalah Khusus : Nyeri Post Terpasang Cateter

11) Nyeri

P : klien mengatakan nyeri pada daerah perutnya bekas operasi

Q : klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk

R : sekitar perut

S : 6

T : terus menerus

12) Istirahat dan Kenyamanan

1. Pola tidur : Kebiasaan tidur, lama 4-5 jam, frekuensi : sering terbangun

Pola tidur saat ini : cukup

“Keluhan ketidaknyamanan : Ya. Lokasi : Abdomen (bekas post op sectiosecarea)

Sifat : tertusuk-tusuk Intensitas : hilang timbul

2. Mobilisasi dan Latihan

Tingkat mobilisasi : dibantu keluarga

Latihan/senam : ibu mengatakan tidak ada latihan senam

Masalah khusus : tidak ada

3. Nutrisi dan Cairan

Asupan Nutrisi : kurang

Nafsu makan : menurun, hanya bisa menghabiskan ½ porsi dari yang disediakan

Asupan Cairan : `1000cc/24 jam

Masalah Khusus : Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

4. Keadaan Mental

Adaptasi psikologis : ibu mengatakan tidak ada merasakan cemas ibu berada pada fase taking hold

Penerimaan terhadap bayi : iya diterima

Masalah Khusus : Tidak Ada

5. Kemampuan menyusui : ASI sedikit

13) Obat-Obatan

5. IVFD RL : 20 tts/i

6. Injeksi Cefotaxime 2x1 gram

7. Injeksi Gentamicin 2x1 Ampl

8. Injeksi Metronidazole 2x1 Ampl

14) Hasil Pemeriksaan Penunjang

✓ Hemoglobin : 11,4 gr/dl

✓ Leukosit : 10.600 Sel/mm³

✓ Hematokrit : 36 %

✓ Trombosit : 188.000 Sel/mm³

15) Rangkuman

Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil Ny.f mengatakan bahwa nyeri pada bagian luka post op sectio cesarea, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri dirasakan saat melakukan gerakan-gerakan tubuh, klien juga mengatakan nyeri dirasakan pada saat pagi hari dan hilang pada saat minum obat analgesik, Ny.F juga mengatakan bahwa ketidaknyamanan yang dirasakan itu saat terpasang kateter, pada saat diobservasi tampak ibu sedang menyusui, namun Ny.F juga mengatakan bahwa kurang nafsu makannya menghabiskan ½ porsi yang sudah disediakan, serta juga mual. Klien mengatakan susah untuk tidur, klien mengatakan sering terbangun tengah malam, klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari, klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu, klien hanya tidur 5 jam, klien tampak lemah, klien tampak gelisah, klien sering terbangun di malam hari. klien juga mengeluhkan kurangnya pengeluaran ASI. Hasil Tanda-Tanda Vital : TD : 120/90 mmHg, S : 37 C, RR : 20 x/i, N : 100 x/i. BB = 65 Kg.

Setelah diberikan relaksasi genggam jari klien mengatakan nyeri terasa berkurang dan klien merasa rileks dan klien mengatakan tindakan menggenggam jari sangat mudah dilakukan dan dipelajari oleh siapa saja. Klien merasakan tidak terbebani saat melakukan relaksasi tersebut.

16) ANALISA DATA

Nama : Ny.f

Umur : 22 tahun

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Klien mengatakan nyeri daerah operasi - Klien mengatakan semakin nyeri ketika mengubah posisi DO : - Klien tampak meringis	Agen cedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut

	<ul style="list-style-type: none"> - P : nyeri dirasakan saat bergerak - Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : nyeri dibagian abdomen - S : 6 - T : nyeri terus-menerus - Terdapat luka jahitan post op SC di perut sepanjang 13cm - Tampak posisi luka vertical dibawah pusar dan tertutup kassa steril 		
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan asi kurang - Klien mengatakan tidak paham memberikan posisi yang bagus untuk menyusui <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asi tampak kurang menetes - Bayi menangis saat disusui - Payudara Tampak Keras - Ibu Tampak Meringis <p>Ibu tampak bingung saat menyusui</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan susah tidur - Klien mengatakan sering terjaga - Klien mengatakan susah untuk tidur cukup 	Ketidakadeguan suplai Asi	Menyusui tidak efektif Gangguan pola tidur

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidur siang hanya 1 jam <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak letih - Klien tampak mengantuk - Tidur hanya 4-5 jam - Aerola tampak kehitaman - Klien Tampak Kurang Pokus 		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan susah tidur - Klien mengatakan sering terjaga - Klien mengatakan susah untuk tidur cukup - Klien mengatakan tidur siang hanya 1 jam <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak letih - Klien tampak mengantuk - Tidur hanya 4-5 jam - Aerola tampak kehitaman - Klien Tampak Kurang Pokus 	Kurangnya kontrol tidur	Gangguan pola tidur
4.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kurang nafsu makan - Klien mengatakan dari 1 porsi yang di sediakan hanya mampu 	faktor psikologis tidak nafsu makan, (makanan tidak dihabiskan)	Resiko defisit nutrisi

	<p>mnghabiskan ¾ porsi</p> <p>Klien mengatakan cepat merasa kenyang</p> <p>DO:</p> <p>Klien tampak pucat</p> <p>Membran mukosa pucat</p> <p>Klien tampak lemah</p> <p>Makanan tampak tidak habis dari yang di sediakan</p> <p>Tampak kurang rminat dengan makanan</p>		
--	---	--	--

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri daerah operasi, semakin nyeri ketika mengubah posisi.
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan suplai ASI dbuktikan dengan klien mengatakan asi kurang, ASI tampak kurang menetes.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien tampak letih.
4. Resiko defisit nutrisi di tandai dengan faktor psikologis tidak nafsu makan, (makanan tidak di habiskan).

17) Intervensi

Nama klien : Ny.f

Umur : 22 tahun

No.	Diagnosa	Luaran	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri di daerah operasi, semakin nyeri ketika mengubah posisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, rasa nyeri menurun, dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Pola nafas membaik • Gelisah menurun • Tekanan darah cukup baik 	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri ✓ Identifikasi skala nyeri ✓ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>T</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi genggam jari, aromaterapi, terapi musik) ✓ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) ✓ Fasilitasi istirahat dan tidur ✓ Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri ✓ Jelaskan strategi meredakan nyeri ✓ Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri ✓ Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat ✓ Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri <p>K</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu

2.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai asi dibuktikan dengan klien mengatakan ASI kurang, ASI tampak kurang menetes Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien tampak letih.	Nyeri abdomen menurun Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil: ➢ Tetesan / pancaran ASI meningkat ➢ Suplai ASI adekuat meningkat ➢ Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat ➢ Miksi bayi lebih dari 8x selama 24 jam meningkat ➢ Bayi tidur setelah menyusu meningkat •	O ➢ Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui ➢ Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui ➢ Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui T ➢ Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. Duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) ➢ Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar E Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien tampak letih.	Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik. Kriteria hasil : • Keluhan sulit tidur menurun • Keluhan sering terjaga menurun • Keluhan tidak puas tidur menurun • Keluhan pola tidur berubah menurun • Keluhan istirahat tidak cukup menurun	O ✓ Identifikasi pola aktivitas dan tidur ✓ Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/ psikologis) T ✓ Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) ✓ Batasi waktu tidur siang, jika perlu ✓ Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur ✓ Tetapkan jadwal tidur rutin ✓ Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) E ✓ Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

		<p>Setelah diberikan perawatan selama 2x24 jam di harapkan resiko defisit utrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makanan yang di habiskan meningkat • Frekuensi makan membaik • Perasaan cepat kenyang menurun • Indeks masa tubuh (IMT) membaik • Nyeri abdomen menurun 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anjurkan menepati kebiasaan tidur ✓ Anjurkan menghindari makan/minum yang mengganggu tidur ✓ Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
4.	Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor fisiologis tidak nafsu makan (makan tidak dihabiskan)	<p>Setelah diberikan perawatan selama 2x24 jam di harapkan resiko defisit utrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makanan yang di habiskan meningkat • Frekuensi makan membaik • Perasaan cepat kenyang menurun • Indeks masa tubuh (IMT) membaik 	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Identifikasi status nutrisi ➢ Identifikasi alergi dan intoleransi makanan ➢ Identifikasi makanan yang di sukai ➢ Monitor asupan makanan ➢ Monitor berat badan ➢ Monitor hasil pemeriksaan fisik <p>T</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu ➢ Fasilitasi menentukan pedoman diet (,is. Piramida makanan) ➢ Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai ➢ Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi ➢ Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein ➢ Berikan suplemen makan, jika perlu ➢ Hentikan pemberian makanan melalui selang

			<p>nasogatrik jika asupan dapat ditoleransi</p> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Anjurkan posisi duduk, jika mampu➤ Ajarkan diet yang diprogramkan <p>K</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetik) jika perlu➤ Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang di butuhkan
--	--	--	---

Catatan perkembangan Hari pertama

Hari/tanggal	Diagnosa	jam	Implementasi	Evaluasi
Minggu 30 agustus 2020	Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri didaerah operasi, semakin nyeri ketika mengubah posisi	09.00	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri H: nyeri pada bagian bekas operas, hilang timbul, yertusuk-tusuk ✓ Indetifikasi skala nyeri H: 5 ✓ Identifikasi faktopr yang memperberat dan memperingan nyeri H: nyeri dirasakan saat bergerak <p>T</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi genggam jari) H: terapi genggam jari diberikan ✓ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) H: suhu ruangan bagus <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jelaskan penyebab, 	<p>S: klien mengatakan masih merasakan nyeri.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak meringis <p>P : nyeri dirasakan saat bergerak</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri dibagian abdomen</p> <p>S : 5</p> <p>T : nyeri hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan terapi relaksasi genggam jari - Masi terasa nyeri saat bergerak - Klien mengerti penyebab nyeri <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>

			<p>periode, dan pemicu nyeri H: klien paham penyebab nyeri</p> <p>✓ Jelaskan strategi meredakan nyeri H: klien di ajarkan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>✓ Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>K Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu</p> <p>H: klien masing menggunakan analgetik</p>	
Minggu 30 agustus 2020	Menyusui tidak afektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dibuktikan dengan klien mengatakan	09.00	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui H: ibu merasa cemas ➤ Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui H: klien berkeinginan untuk menyusui ➤ Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui H: kurang paham dengan posisi yang nyaman untuk 	<p>S: klien mengatakan belum efektif dalam menyusui</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien merasa cemas - Klien berkeinginan untuk menyusui - Kurang paham dengan posisi yang nyaman untuk menyusui - Mampu mengungkapkan permasalahan

	ASI kurang, ASI tampak kurang menetes.		<p>menyusui</p> <p>T</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. Duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) ➤ H; mendengarkan semua keluhan ibu ➤ Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar H: memberikan pujian <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu H: mengajarkan posisi yang nyaman untuk menyusui 	<p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p>
Minggu 30 agustus 2020	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien		<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifikasi pola aktivitas dan tidur H: klien tidur 5 jam ✓ Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/ psikologis) H: Nyeri yang dirasakan <p>T</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) H: suhu ruangan bagus 	<p>S: klien mengatakan masih susah untuk tidur nyenyak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidur 5 jam - Nyeri yang dirasakan menyebabkan kutang tidur - Diajarkan teknik relaksasi genggam jari - Klien tampak paham pentingnya cukup tidur

	tampak letih		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Batasi waktu tidur siang, jika perlu H: klien terkadang tidur siang terkadang tidak ✓ Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur H: mendengarkan musik ✓ Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat,) H: diajarkan teknik relaksasi genggam jari <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit H: klien mengerti ✓ Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya H: relaksasi genggam jari 	-
Minggu 30 agustus 2020	Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis tidak nafsu makan (makanan tidak	09.00	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi status nutrisi H: klien tidak menghabiskan makanan yang di sediakan ➤ Identifikasi alergi dan intoleransi makanan H: klien tidak memiliki alergi makanan ➤ Identifikasi makanan yang 	<p>S: klien mengatakan masih kurang nafsu makan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hanya menghabiskan $\frac{3}{4}$ dari porsi yang disediakan - Menyukai makanan yang pedas

	dihabiskan)		<p>di sukai H: klien suka makanan yang pedas seperti seblak</p> <p>➤ Monitor asupan makanan H: hanya mampu menghabiskan $\frac{3}{4}$ dari porsi yang disediakan</p> <p>T</p> <p>➤ Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu H; klien menyikat gigi sebelum makan</p> <p>➤ Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai H; sudah diberikan</p> <p>E</p> <p>➤ Anjurkan posisi duduk, jika mampu H: dilakukan</p> <p>K</p> <p>➤ Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetik) jika perlu H: melakukan relaksasi genggam jari</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak memiliki aklergi makanan - Meyikat gigi - Diberikan makanan yang menarik - Duduk saat makan <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>
--	-------------	--	---	--

Catatan perkembangan hari ke 2

Hari/tanggal	Diagnosa	jam	Implementasi	Evaluasi
Senin 1 september 2020	Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri di daerah operasi, semakin nyeri ketika mengubah posisi.	09.00	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri H: nyeri pada bagian bekas operas, hilang timbul, yertusuk-tusuk ✓ Indetifikasi skala nyeri H: 4 ✓ Identifikasi faktopr yang memperberat dan memperingan nyeri H: nyeri dirasakan saat bergerak <p>T</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi genggam jari) H: terapi genggam jari diberikan ✓ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) H: suhu ruangan bagus 	<p>S: klien mengatakan masih merasakan nyeri.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak meringis <p>P : nyeri dirasakan saat bergerak Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : nyeri dibagian abdomen S : 4 T : nyeri hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan terapi relaksasi genggam jari - Masi terasa nyeri saat bergerak - Klien mengerti penyebab nyeri <p>A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p>

			<p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri H: klien paham penyebab nyeri ✓ Jelaskan strategi meredakan nyeri H: klien di ajarkan teknik relaksasi genggam jari ✓ Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <p>K</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu</p> <p>H: klien masing menggunakan analgetik</p>	
Senin 1 september 2020	Menyusui tidak afektif berhubungan dengan ketidakadekuatan	09.00	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui H: ibu merasa cemas ➤ Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui H: klien berkeinginan 	<p>S: klien mengatakan belum efektif dalam menyusui</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien merasa cemas - Klien berkeinginan untuk menyusui

	<p>suplai ASI dibuktikan dengan klien mengatkan ASI kurang, ASI tampak kurang menetes</p>		<p>untuk menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui H: kurang paham dengan posisi yang nyaman untuk menyusui T ➤ Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. Duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) ➤ H; mendengarkan semua keluhan ibu ➤ Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar H: memberikan pujian E ➤ Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu H: mengajarkan posisi yang nyaman untuk menyusui 	<ul style="list-style-type: none"> - Mulai memahami posisi yang nyaman untuk menyusui - Mampu mengungkapkn permasalahan - ASI masih kurang <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p>
<p>Senin 1 september 2020</p>	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur</p>		<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifikasi pola aktivitas dan tidur H: klien tidur 6 jam ✓ Identifikasi faktor pengganggu tidur (<p>S: klien mengatakan masih susah untuk tidur nyenyak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidur 6 jam

	<p>dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien tampak letih.</p>		<p>fisik/ psikologis) H: Nyeri yang dirasakan</p> <p>T</p> <p>✓ Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) H: suhu ruangan bagus</p> <p>✓ Batasi waktu tidur siang, jika perlu H: klien terkadang tidur siang 1jam</p> <p>✓ Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur H: mendengarkan musik</p> <p>✓ Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat.) H: diajarkan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>E</p> <p>✓ Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit H: klien mengerti</p> <p>✓ Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi</p>	<p>- Nyeri yang dirasakan menyebabkan kurang tidur</p> <p>- Diajarkan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>- Klien tampak paham pentingnya cukup tidur</p> <p>- Klien tidur siang 1 jam</p> <p>- Klien melakukan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>
--	---	--	--	--

			lainnya H: relaksasi genggam jari	
Senin 1 september 2020	Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis tidak nafsu makan (makanan tidak dihabiskan)	09.00	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi status nutrisi H: klien menghabiskan makanan yang disediakan ➤ Identifikasi alergi dan intoleransi makanan H: klien tidak memiliki alergi makanan ➤ Identifikasi makanan yang disukai H: klien suka makanan yang pedas seperti seblak ➤ Monitor asupan makanan H: mampu menghabiskan dari porsi yang disediakan <p>T</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu H; klien menyikat gigi sebelum makan ➤ Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 	<p>S: klien mengatakan makan telah membaik</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menghabiskan makanan dari porsi yang disediakan - Menyukai makanan yang pedas - Tidak memiliki alergi makanan - Menyikat gigi - Diberikan makanan yang menarik - Duduk saat makan <p>A: masalah telah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>

			<p>H; sudah diberikan E</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Anjurkan posisi duduk, jika mampu <p>H: dilakukan K</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetik) jika perlu <p>H: melakukan relaksasi genggam jari</p>	
--	--	--	--	--

Catatan perkembangan hari ketiga

Hari/tanggal	Diagnosa	jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa 2 september 2020	Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri di daerah operasi, semakin nyeri, semakin nyeri ketika mengubah posisi	09.00	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri H: nyeri pada bagian bekas operas, hilang timbul, yertusuk-tusuk ✓ Indetifikasi skala nyeri H: 3 ✓ Identifikasi faktopr yang memperberat dan memperingan nyeri H: nyeri dirasakan saat bergerak <p>T</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi genggam jari) H: terapi genggam jari diberikan ✓ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) H: suhu ruangan bagus 	<p>S: klien mengatakan masih merasakan nyeri.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak meringis <p>P : nyeri dirasakan saat bergerak</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri dibagian abdomen</p> <p>S : 3</p> <p>T : nyeri hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan terapi relaksasi genggam jari - Masi terasa nyeri saat bergerak - Klien mengerti penyebab nyeri <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>

			<p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri H: klien paham penyebab nyeri ✓ Jelaskan strategi meredakan nyeri H: klien di ajarkan teknik relaksasi genggam jari ✓ Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <p>K</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu</p> <p>H: klien masing menggunakan analgetik</p>	
Selasa 2 september 2020	Menyusui tidak afektif berhubungan dengan ketidakadekuatan	09.00	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui H: ibu merasa cemas ➤ Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui H: klien berkeinginan 	<p>S: klien mengatakan belum efektif dalam menyusui</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien merasa cemas - Klien berkeinginan untuk menyusui

	<p>suplai ASI dibuktikan dengan klien mengatakan ASI kurang, ASI tampak tidak menetes.</p>		<p>untuk menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui H: kurang paham dengan posisi yang nyaman untuk menyusui T ➤ Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. Duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu) ➤ H; mendengarkan semua keluhan ibu ➤ Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar H: memberikan pujian E ➤ Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu H: mengajarkan posisi yang nyaman untuk menyusui 	<ul style="list-style-type: none"> - Mulai memahami posisi yang nyaman untuk menyusui - Mampu mengungkapkan permasalahan - ASI mengalir A: masalah teratasi P: intervensi di hentikan
<p>Selasa 2 september 2020</p>	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur</p>		<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifikasi pola aktivitas dan tidur H: klien tidur 6 jam ✓ Identifikasi faktor pengganggu tidur (<p>S: klien mengatakan masih susah untuk tidur nyenyak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidur 6 jam

	<p>dibuktikan dengan klien susah tidur, klien tampak mengantuk, klien tampak letih.</p>	<p>fisik/ psikologis) H: Nyeri yang dirasakan</p> <p>T</p> <p>✓ Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) H: suhu ruangan bagus</p> <p>✓ Batasi waktu tidur siang, jika perlu H: klien terkadang tidur siang 1jam</p> <p>✓ Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur H: mendengarkan musik</p> <p>✓ Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat.) H: diajarkan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>E</p> <p>✓ Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit H: klien mengerti</p> <p>✓ Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi</p>	<p>- Nyeri yang dirasakan menyebabkan kurang tidur</p> <p>- Diajarkan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>- Klien tampak paham pentingnya cukup tidur</p> <p>- Klien tidur siang 1 jam</p> <p>- Klien melakukan teknik relaksasi genggam jari</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>
--	---	--	--

			lainnya H: relaksasi genggam jari	
--	--	--	---	--

LEMBAR KONSULTASI / BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : PEBRI SYAHRIANI, S.Kep





NIM : 1914901770



Program Studi : Profesi Ners

Peminatan : Keperawatan Maternitas

Pembimbing 1 : Ns. Yessi Andriani, M.Kep, Sp.Kep.Mat

Judul KIAN : Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Untuk Penurunan Nyeri Pada Post Sectio Ceasarea di Puskesmas Munra Bungo 1

Bbg ke :	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda tangan Pembimbing
I	1/08 ²⁰²⁰	~ Konsul Judul	
II	6/08 ²⁰²⁰	~ Acc Judul	
III	10/08 ²⁰²⁰	~ Perbaiki bab 1-2	
IV	20/08 ²⁰²⁰	~ Perbaiki bab 1-5	

V	30/2020 /08	~ perbaiki abstrak ~ perbaiki tulisan	
VI	12/2020 /09	~ acc maju ujian	
VII			

LEMBAR KONSULTASI / BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : PEBRI SYAHRIANI, S.Kep

NIM : 1914901770

Program Studi : Profesi Ners

Peminatan : Keperawatan Maternitas

Pembimbing 2 : Ns. Endra Amalia, M.Kep



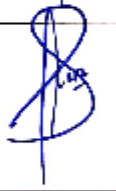
Judul KIAN : Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Untuk Penurunan Nyeri Pada Post Sectio Caeasarea di Puskesmas Muara Bungo 1

Bhg ke :	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda tangan Pembimbing
I	10/2020 /08	~ Konsul Bab 1-2	A
II	15/2020 /08	~ Perbaiki bab 1-2	A
III	17/2020 /08	~ Perbaiki bab 1-3 ~ Perbaiki Diagnosa	A
IV	22/2020 /08	~ Perbaiki bab 1-5	A

V	25/2020 /08	~ Perbaiki abstrak ~ Perbaiki diagnosa ~ Perbaiki tulisan	A
VI	03/2020 /09	~ Perbaiki abstrak	A
VII	19/2020 /09	~ acc maju ujian	A

LEMBAR KONSULTASI / BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : Pebri Syahriani, S.Kep
 NIM : 1914901770
 Program Studi : Profesi Ners
 Peminatan : Keperawatan Maternitas
 Penguji I : Ns. Mera Delima, M.Kep
 Judul KIAN : PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI
 UNTUK PENURUNAN NYERI PADA POST *SECTIO*
CEASAREA DIPUSKESMAS BUNGO I

Bbg ke :	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda tangan Penguji
I	25/2020 /09	~ Perbaikan diagnosa ~ Perbaikan abstrak	
II	05/2020 /10	~ Perbaikan tulisan	
III	20/2020 /10	ACC	
IV			
V			