

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



**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI UNTUK PENURUNAN NYERI  
PADA IBU NIFAS DENGAN *POST OP SECTIO CEASAREA* DI  
RUANG KEBIDANAN RSUD H. HANAFIEMUARA BUNGO**

**OLEH :**

**DEZA YULIA, S.Kep**  
**NIM : 1814901631**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIKES PERINTIS PADANG  
TA : 2018/2019**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah karya saya sendiri dan semua sumber yang saya gunakan baik yang dikutip atau dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Deza Yulia, S.Kep

NIM : 1814901631

Program Studi : Program Studi Profesi Ners Stikes Perintis Padang

Judul KIA-N : **Penerapan Teknik Relaksasi Untuk Penurunan Nyeri Pada Ibu Nifas Dengan *Post OpSectio Caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD H Hanafie Muara Bungo Tahun 2019.**

Jambi, 15 Agustus 2019

Yang Menyatakan

(Deza Yulia)

## LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Deza Yulia, S.Kep

NIM : 1814901631

Program Studi : Program Studi Profesi Ners Stikes Perintis Padang

Judul KIA-N : **Penerapan Teknik Relaksasi Untuk Penurunan Nyeri Pada Ibu Nifas Dengan *Post OpSectio Caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD H Hanafie Muara Bungo Tahun 2019.**

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa KIAN Ners ini saya buat tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di STIKES Perintis. Jika di kemudian hari nyatanya saya terbukti melakukan tindakan tersebut, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Perintis.

Jambi, 15 Agustus 2019

Yang Menyatakan

(Deza Yulia)

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI UNTUK PENURUNAN NYERI  
PADA IBU NIFAS DENGAN *POST OP SECTIO CEASAREA* DI  
RUANG KEBIDANAN RSUD H. HANAFIEMUARA BUNGO**

**OLEH :**

**DEZA YULIA, S.KEP**  
**NIM : 1814901631**

**Karya Ilmiah Akhir Ners ini akan diseminarkan**

**Tempat....., Agustus 2019**

**Dosen Pembimbing**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**(Ns. MERA DELIMA, M.Kep)**  
**NIK 1420101107296019**

**(Ns. IDA SURYANI, S.Kep)**

**Mengetahui,**  
**Ketua Prodi Profesi Ners**  
**STIKes Perintis Padang**

**(Ns. MERA DELIMA, M.Kep)**  
**NIK 1420101107296019**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI UNTUK PENURUNAN NYERI  
PADA IBU NIFAS DENGAN *POST OP SECTIO CEASAREA* DI  
RUANG KEBIDANAN RSUD H. HANAFIEMUARA BUNGO**

**OLEH :**  
**DEZA YULIA, S.Kep**  
**NIM : 1814901631**

**Pada :**  
**HARI/TANGGAL :.....**  
**JAM :.....**

**Dan yang bersangkutan dinyatakan  
LULUS**

**Tim Penguji :**

**Penguji I : Nama ..... TT.....**

**Penguji II : Nama..... TT.....**

**Mengetahui,  
Ketua Prodi Profesi Ners  
STIKes Perintis Padang**

**(Ns. MERA DELIMA, M.Kep)**  
**NIK 1420101107296019**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**Karya Ilmiah Akhir Ners, 15 Agustus 2019**

**DEZA YULIA, S. Kep**

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI UNTUK PENURUNAN NYERI PADA IBU NIFAS DENGAN *POST OP SECTIO CEASAREA* DI RUANG KEBIDANAN RSUD H. HANAFIEMUARA BUNGO.**

**viii, v bab, 51 halaman, 5 tabel**

**ABSTRAK**

Angka kelahiran di Indonesia masih tinggi dan kira-kira 15% dari seluruh wanita hamil. *Sectio caesarea* adalah jalan keluar untuk penanganan persalinan dengan komplikasi. Tujuan dari karya ilmiah ini adalah menganalisis intervensi menerapkan teknik relaksasi untuk penurunan nyeri pada ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD H Hanafie Tahun 2019. Metode penulisan ini adalah studi kasus dengan *quasy eksperimen*. Intervensi *Spherical Grip* ini dilakukan pada pasien Post Op *Sectio Ceasarea* masalah penurunan nyeri pada ibu nifas dengan teknik relaksasi. Tindakan dilakukan 2 kali sehari dalam waktu 3 hari pemberian. Dari hasil analisa kasus pada pasien didapatkan belum mengalami peningkatan relaksasi untuk penurunan nyeri pada hari ke 3 intervensi. 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 menjadikanteknik relaksasi untuk menurunkan nyeri pada ibu nifas sebagai salah satu intervensi keperawatan di RSUD H. Hanafie dan intervensi dalam penurunan nyeri pada Ibu Nifas Post Op *Sectio Ceasarea*.

**Kata Kunci :Teknik Relaksasi, Penurunan Nyeri, Ibu Nifas Post Op *Sectio Ceasarea***

**Kepustakaan :17 (2008 – 2016)**

**NURSING SCIENCE PROFESSIONAL PROGRAM**

**PERINTIS COLLEGE OF HEALTH SCIENCE WEST SUMATERA**

*Essay, 15 Agustus 2019*

**DEZA YULIA, S. Kep**

**IMPLEMENTATION OF RELAXATION TECHNIQUES FOR PAIN REDUCTION IN PREGNANT WOMEN WITH POST OP SECTIO CEASAREA IN THE KIDIDANAN SPACE RSUD. H. HANAFIE MUARA BUNGO 2019.**

*viii + V chapter + 51 pages + 5 tables*

### **ABSTRACT**

*The birth rate in Indonesia is still high and about 15% of all pregnant. This requires special treatment during labor. Sectio caesarea is a way out for handling complications with complications. The purpose of this scientific paper is to analyze the intervention using relaxation techniques for pain reduction in postpartum women with postoperative caesarean section in the Midwifery Room of H Hanafie Muara Bungo Hospital in 2019. This method of writing is a case study with quasi experiments. This Spherical Grip intervention was carried out in patients with Ceasectopic Post Opearea pain reduction problems in postpartum mothers with relaxation techniques. Intervention is given twice a day within 3 days of administration. From the results of case analysis in patients it was found that there had not been an increase in relaxation for decreasing pain on the 3rd day of intervention. So that there needs to be a role for health workers, especially nurses to provide more intensive interventions so that they get more optimal results for the time they are given. This scientific work can be an input for nurses to be a relaxation technique to reduce pain in postpartum mothers as one of the nursing interventions in H. Hanafie Hospital and intervention in reducing pain in the Postpartum Sectio Ceasarea.*

**Keywords: Relaxation Technique, Decreased Pain, Postpartum Sectio Ceasarea Postpartum**

**Reading List: 17 (2008 – 2016)**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Deza Yulia, S.Kep

Tempat/TGL Lhr : Jambi, 16 Juli 1995

Nama Ayah : Ali Asar

Nama Ibu : Nurbaini

Jumlah Saudara : 2 Bersaudara

Pendidikan :

- 1) SD Tahun 2006 di SD YPMM Desa Tebing Tinggi Tungkal Ulu (WKS)
- 2) SMP Tahun 2010 di SMP YPMM Desa Tebing Tinggi Tungkal Ulu (WKS)
- 3) SMA Tahun 2013 di SMA N 11 Kota Jambi
- 4) SI Keperawatan di STIKES Biturrahim Jambi Tahun 2013
- 5) Profesi Ners di STIKES Perintis Padang Tahun 2018/2019



## 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 Untuk Penurunan Nyeri Pada Ibu Nifas Dengan *Post Op Sectio Caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD H Hanafie Muara Bungo Tahun 2019).**

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 terima kasih kepada :

1. Direktur utama RSUD H. Hanafie dr. Mardiah, Sp.P.
2. Kepala bagian Umum dan Kepegawaian RSUD H. Hanafie M. Akmal, SE.
3. Kabid Keperawatan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Indra S, SKM.
4. Ketua Stikes Perintis Padang Yendrizal Jafri, S.Kep, M.Biomed.
5. Ketua Program Profesi Ners Stikes Perintis Padang Sekaligus sebagai pembimbing (KIA-N), Ns. Mera Delima, M.Kep.
6. Kepala Instalasi pendidikan dan pelatihan RSUD H. Hanafie Muara Bungo, Ns. Suniar, S.Kep
7. Pembimbing Klinik RSUD H. Hanafie Muara Bungo, Ns. Ida Suryani, S.Kep, yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk selama penyelesaian (KIA-N) ini.
8. Tenaga perawat di ruangan RSUD H. Hanafie Muara Bungo, yang telah banyak membantu penulisan dalam memperoleh data.

Meskipun peneliti berupaya 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

Ma.Bungo, Agustus 2019

Peneliti

## DAFTAR ISI

COVER KERTAS .....	
PERNYATAAN ORISINALITAS .....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACTS .....	vi
RIWAYAT HIDUP .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI.....	x

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Post Partum	
1. Definisi.....	9
2. Perubahan Fisiologis.....	10

3. Perawatan Masa Nifas.....	12
4. Tanda dan Bahaya Masa Nifas .....	13
<b>B. Konsep Sectio Sesarea</b>	
1. Definisi.....	16
2. Etiologi.....	17
3. Tipe-Tipe.....	18
4. Patofisiologi .....	19
5. Indikasi.....	19
6. Komplikasi .....	20
7. Penatalaksanaan .....	20
8. Pemeriksaan Penunjang .....	21
<b>C. Konsep Asuhan Keperawatan Sectio Sesarea</b>	
1. Pengkajian.....	21
2. Diagnosa Keperawatan .....	23
3. Rencana Asuhan Keperawatan .....	24
4. Intervensi.....	24

### **BAB III STUDI KASUS**

A. Pengkajian.....	28
B. Analisa Data.....	35
C. Diagnosa Keperawatan .....	37
D. Intervensi Keperawatan .....	38
E. Catatan Perkembangan .....	41

### **BAB IV PEMBAHASAN**

A. Pengkajian.....	46
B. Diagnosa Keperawatan .....	47
C. Intervensi .....	47
D. Implementasi.....	49

E. Evaluasi.....	51
------------------	----

#### **BAB IV PENUTUP**

A. Kesimpulan.....	55
--------------------	----

B. Saran .....	55
----------------	----

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Keperawatan adalah area yang berkaitan dengan kondisi antenatal, intranatal, postnatal, bayi baru lahir, dan kesehatan reproduksi. Semua area antenatal sampai periode postnatal itu dimaksud dengan periode perinatal. Berbagai kondisi sangat menarik untuk ditelaah terkait dengan periode perinatal yang salah satunya area postnatal dengan kematian janin (Indriyani, 2014).

Kematian ibu dan bayi menjadi perhatian dalam penanganan kesehatan di suatu negara karena prevalensi dari mortalitas menjadi salah satu parameter utama untuk menilai derajat kesehatan suatu bangsa. Terdapat banyak faktor yang berkontribusi angka kematian bayi. Bahkan, faktor-faktor tersebut dapat dikatakan merupakan masalah yang multikompleks. Faktor tersebut dapat diidentifikasi antara lain berkaitan dengan faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor tidak langsung antara lain berkaitan dengan budaya, pendidikan masyarakat, pengetahuan, lingkungan, kecukupan fasilitas kesehatan, sumber daya manusia, dan lain-lain sebagainya. (Indriyani, 2014).

Dibeberapa negara, risiko kematian ibu lebih tinggi dari 1 dalam 10 kehamilan, sedangkan di negara maju resiko ini kurang dari 1 dalam 6.000 (Prawirohardjo, 2014). Menurut *World Health Organization* (WHO) (2015) standar persalinan *Sectio caesarea* Inggris Tahun 2010 angka *Sectio caesarea* meningkat sebanyak 24.6% yang pada tahun 2008 23.5% dan di Australia tahun 2010 terjadi

peningkatan 31% yang pada tahun 2008 sebesar 21% sedangkan di Indonesia persalinan *Sectio caesarea* (Risksdas RI, 2015).

Penyebab kematian dan kesakitan ibu diperkirakan dari setiap ibu meninggal dalam kehamilan, persalinan, atau nifas, 16-17 ibu menderita komplikasi yang mempengaruhi kesehatan mereka, umumnya menetap. Kematian kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, infeksi, hipertensi dalam kehamilan, partus macet, dan absorsi. (Prawirohardjo, 2014).

Pada saat ini diperoleh (AKI) di Propinsi Jambi pada tahun 2010 AKI menunjukkan kecendrungan menurun yaitu 219 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2011 menjadi 214,82 per kelahiran hidup (Profil Jambi, 2015). Propinsi Jambi tahun 2016 per 100.000 kelahiran hidup. Dalam UU Kesehatan NO 47 Tahun 2009 yaitu upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan *promotive, preventive, kurative, dan rehabilitative* (Depkes RI, 2015). Berdasarkan jumlah data pasien *Post OpSectio Caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD H Hanafie Tahun 2018 dengan jumlah kejadian 443 pasien.

Pembedahan *Sectio Caesaria* profesional yang pertama dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 1927. Dilondon dan Edinbugh pada tahun 1977, dari 35 pembedahan caesarea terdapat 33 kematian ibu (Hakimi, 2010).

Masa nifas merupakan masa kritis baik bagi ibu maupun banyinya. Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa persalinan dinegara berkembang dengan bedah caesar adalah sekitar 10—15%. Pada tahun 2004 rata-rata 20 % untuk presentase melahirkan section caesarea dan persalinan rata 20 % dan persalinan

normal 80%. Sementara, menurut laporan kedokteran terbaru di tahun 2015 naik lagi menjadi 26,3% dan 27,5% (Kemenkes RI, 2013).

Tindakan operasi *sectio cesarea* 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).

Dari uraian di atas maka penulis menerapkan asuhan keperawatan secara optimal dan mengangkat laporan akhir dengan judul “Penerapan Teknik Relaksasi Untuk Penurunan Nyeri Pada Ibu Nifas Dengan *Post OpSectio Caesarea* di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah H.Hanafie Bungo Tahun 2019”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah pada makalah ini adalah bagaimanakah Penerapan Teknik Relaksasi Untuk Penurunan Nyeri Pada Ibu Nifas Dengan *Post OpSectio Caesarea* di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah H.Hanafie Bungo Tahun 2019.



### 1.3 Tujuan penulisan

#### 1.3.1 Tujuan umum

Mampu menerapkan teknik relaksasi untuk penurunan nyeri pada ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah H.Hanafie Bungo Bungo Tahun 2019.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu memahami konsep ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah H.Hanafie Bungo Tahun 2019.
2. Mampu melakukan pengkajian ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah H.Hanafie Bungo Tahun 2019.
3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah H.Hanafie Bungo Tahun 2019.
4. Mampu menerapkan salah satu intervensi terkait dari jurnal tentang teknik relaksasi untuk penurunan nyeri ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah H.Hanafie Bungo Tahun 2019.
5. Mampu menerapkan implementasi dari hasil jurnal tentang teknik relaksasi untuk penurunan nyeri ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah H.Hanafie Bungo Tahun 2019.

6. Mampu mengevaluasi dan menganalisis dari hasil jurnal tentang teknik relaksasi untuk penurunan nyeri ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah H.Hanafie Bungo Tahun 2019.
7. Mampu melakukan pendokumentasian dari hasil jurnal tentang teknik relaksasi untuk penurunan nyeri ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah H.Hanafie Bungo Tahun 2019.

#### **1.4 Manfaat penulisan**

##### 1.4.1 Bagi RSUD H Hanafie Muara Bungo

Laporan ini diharapkan dapat bermanfaat bagi institusi RSUD H Hanafie khususnya dalam peningkatan masalah dalam mengoptimalkan asuhan keperawatan serta peningkatan mutu dan pelayanan kesehatan di RSUD H Hanafie tahun 2019.

##### 1.4.2 Bagi Stikes Perintis Padang

Sebagai bahan masukan dan informasi dalam koreksi bacaan dipergustakaan stikes perintis padang dalam memberikan penerapan teknik relaksasi untuk penurunan nyeri pada ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD H Hanafie Tahun 2019.

##### 1.4.3 Bagi Mahasiswa

Sebagai masukan dan informasi dalam melakukan asuhan keperawatan dan penambahan ilmu tentang penerapan teknik relaksasi untuk penurunan nyeri

pada ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD H  
Hanafie Tahun 2019.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Post Partum**

##### **1. Definisi**

Masa nifas dimulai setelah ibu melahirkan plasenta dan berakhir ketika kandungan kembali seperti keadaan sebelum masa kehamilan. Masa nifas ini berlangsung selama 6 minggu (Atikah, 2010),.

Menurut Heriyani (2012), Masa nifas merupakan dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu.

Menurut Islam batas waktu nifas adalah berhenti keluarnya darah dari kemaluan akibat persalinan. Waktu yang diperlukan seorang perempuan boleh melakukan ibadah seperti sholat atau membaca Al-Qur'an setelah persalinan adalah 40 hari setelah persalinan (Sahroni, 2012).

##### **2. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas**

Menurut Purwanti (2012), Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan fisiologis, yaitu :

- 1) *Involusi Uterus*
- 2) *Lochea*
- 3) Perubahan pada *serviks*

Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi akibatnya serviks tidak bisa kembali lagi ke keadaan sebelum hamil. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir tangan ke rahim. Setelah 2 jam hanya dapat

dimasuk 2-3 jari pada minggu ke-6 *post partum*, *serviks* sudah menutup kembali.

1. *Laktasi* /pengeluaran air susu ibu
2. Perubahan sistem tubuh lain

### **3. Perawatan Masa Nifas Normal Pada Ibu.**

Menurut Yanti & Sundawati (2011), perawatan masa nifas normal dapat diuraikan sebagai berikut :

#### 1) Kebersihan Diri

Untuk meningkatkan perasaan nyaman dan mengurangi adanya infeksi perlu adanya dilakukan kebersihan diri yang meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan.

#### 2) Istirahat

Waktu istirahat yang diperlukan oleh ibu nifas adalah tidur dalam waktu 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

##### a. Latihan

Menganjurkan ibu untuk latihan/aktifitas secara bertahap mengembalikan otot-otot perut dan panggul.

### **4. Tanda-tanda Bahaya Pada Masa Nifas**

Tanda-tanda bahaya menurut (Purwanti, 2012).

- a. Perdarahan Pervaginam
- b. Sakit Kepala, Nyeri Epigastrik, Penglihat Kabur
- c. Demam, Muntah, Rasa Sakit Waktu Berkemih

d. Payudara yang Berubah Menjadi Merah, Panas, dan Terasa Sakit

1) *Mastitis(peradangan payudara)*

Sepanjang periode menyusui mastitis akan sering terjadi pada hari ke 10 dan ke 28 setelah masa kelahiran.

2) *Abses Payudara*

Abses terjadi apabila mastitis tidak tertangani dengan baik dan akan menyebabkan infeksi.

3) *Puting Susu Lecet*

Penyebab trauma puting susu pada saat menyusui adalah Puting susu lecet, retak dan pembentukan celah-celah. Retakan puting susu akan sembuh sendiri dalam waktu 48 jam.

e. Kehilangan Nafsu Makan Dalam Waktu yang Lama

Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat mengganggu nafsu makan, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang. Hendaknya setelah bersalin berikan ibu minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Berikanlah makanan yang sifatnya ringan, karena alat pencernaan perlu istirahat guna memulihkan keadaannya kembali.

f. Rasa Sakit, Merah, Lunak dan Pembengkakan di kaki

Selama masa nifas dapat terbentuk *thrombus* sementara pada *vena-vena* manapun di *pelvis* yang mengalami dilatasi.

g. Merasa Sedih atau tidak Mampu Mengasuh Sendiri Bayinya dan Dirinya Sendiri

Penyebabnya adalah kekecewaan emosional bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita hamil dan melahirkan, rasa nyeri pada awal masa nifas, kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan setelah melahirkan kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit, ketakutan akan menjadi tidak menarik lagi

## **5. Adaptasi Psikologi Pada Ibu Masa Nifas**

Menurut Ambarwati (2015) proses adaptasi psikologi telah terjadi selama masa kehamilan, pada saat proses kelahiran maupun setelah proses persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

1. Fungsi menjadi orang tua
2. Respon dan dukungan dari keluarga
3. Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan
4. Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan

## **B. Sectio Caesarea**

### **1. Definisi**

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

*Sectio Caesarea* adalah cara yang dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding uterus untuk melahirkan janin. (Solikhah, 2011).

## 2. Etiologi

### a. Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporsi sefalo pelvik (disproporsi 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) Plasenta previa totalitas
- 4) Riwayat *sectio sesarea* sebelumnya



- 5) Kelahiran letak (utamanya letak lintak)
- 6) Hipertensi, preeklamsia berat
- 7) Eklamsia
- 8) Janin besar

### **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. Patofisiologi**

Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan akhirnya harus dilakukan SC. Dulu angka morbiditas untuk ibu dan janin tinggi. Pada masa sekarang oleh karena kemajuan yang pesat

dalam teknik operasi, anastesi, penyediaan cairan dan darah, indikasi dan antibiotika angka ini sangat menurun (Sugeng, 2010).

## **5. Indikasi**

Indikasi *sectio caesarea* bisa diindikasikan absolut atau relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi untuk *sectio abdominalis*. Di antaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi Relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat *sectio caesarea* akan lebih aman bagi ibu, anak atau pun keduanya. (Hakimi, 2010).

## **6. Komplikasi**

### **a. Infeksipuerperal**

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

### **b. Perdarahan**

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

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

- d. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurangnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadinya ruptura uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah sepsio klasik.

## **7. Penatalaksanaan**

Menurut Sugeng (2010), penatalaksanaan perawatan *post sectio caesarea* yaitu :

- a. Analgesia
- b. Tanda-tanda vital
- c. Terapi cairan
- d. Vesika urinaria dan usus
- e. Ambulasi
- f. Perawatan luka
- g. Laboratorium
- h. Perawatan payudara

## **8. Pemeriksaan Penunjang**

- a. Jumlah darah lengkap, hemoglobin, hematokrit mengkaji perubahan dari kadar praoperasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.
- b. Urinalis, kultur urine, darah, vagina, dan lochea pemeriksaan berdasarkan pada kebutuhan individual (Dongoes, 2008).

## **C. Asuhan Keperawatan Pada *Sectio Caesarea***

Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam survival pasien dan dalam aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitatif, preventif (Marlily E.Dongengoes, 2008).

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan (Nursalam, 2012).

## **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang respon klien agar dapat mengidentifikasi dan mengenali masalah atau kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien. Area yang termasuk respon klien antara lain kegiatan sehari-hari, emosional, sosio-ekonomi, kultural dan spiritual.

Pengkajian data dasar dalam pengkajian klien dengan *sectio cesarea* dilakukan mulai dari 3 jam – sampai 3 hari adalah :

### **a. Sirkulasi**

Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml.

### **b. Integritas**

Dapat menunjukkan labilitas emosional, dari kegembiraan, sampai ketakutan, marah atau menarik diri.

### **c. Eliminasi**

Kateter urinarius indwelling mungkin terpasang : urine jernih pucat, bising usus tidak ada, samar atau jelas.

### **d. Makanan/cairan**

Abdomen lunak dengan tidak ada distensi pada awal.

### **e. Neurosensori**

Kerusakan gerakan dan sesuai dibawah tingkat anastesi spinal epidural.

f. Nyeri/ketidaknyamanan

Mungkin mengeluh ketidaknyamanan dari berbagai sumber : misalnya trauma bedah/insisi, nyeri penyerta, distensi kandung kemih/abdomen, efek-efek anastesi, mulut mungkin kering.

g. Pernafasan

Bunyi paru jelas ada vaskuler

h. Keamanan

Balutan abdomen dapat tampak sedikit noda atau kering dan utuh. Jalur prenatal, bila digunakan, paten bebas eritema, bengkak, dan nyeri tekan.

i. Seksualitas

Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus, aliran lochea sedang.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Adapun diagnosa yang muncul adalah sebagai berikut :

1. Ansietas berhubungan dengan proses penyakit yang dialami sebelum menghadapi sectio sesarea
2. Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan akibat post operasi sectio secarea.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan dalam mencerna makanan, mual dan muntah.

## **3. Rencana Asuhan Keperawatan**

Rencana asuhan keperawatan dapat diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi keperawatan. Rencana

keperawatan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan pada klien (Nursalam, 2012).

#### 4. Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
1.	<b>Ansietas</b>	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Anxiety control</li> <li>❖ Anxiety Level</li> <li>❖ Coping</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam kecemasan pada klien berkurang atau hilang dengan</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas</li> <li>❖ Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas</li> <li>❖ Vital sign dalam batas normal</li> <li>❖ Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan</li> </ul>	<p><b>Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan pendekatan yang menenangkan</li> <li>2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien</li> <li>3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur</li> <li>4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</li> <li>5. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis</li> <li>6. Dorong keluarga untuk menemani anak</li> <li>7. Lakukan back / neck rub</li> <li>8. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>9. Identifikasi tingkat kecemasan</li> <li>10. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</li> <li>11. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</li> <li>12. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi</li> <li>13. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan</li> </ol>
2.	<b>Nyeri Akut</b>	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pain Level,</li> <li>➤ Pain control</li> <li>➤ Comfort level</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari nyeri</p>	<p><b>Pain Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Gunakan teknik komunikasi</li> </ol>

		<p>pada klien berkurang atau hilang dengan</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>❖ Tanda vital dalam rentang normal</li> </ul>	<p>terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</li> <li>7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)</li> <li>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>12. Ajarkan tentang tehnik non farmakologi</li> <li>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</li> <li>15. Tingkatkan istirahat</li> <li>16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li> <li>17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</li> </ol> <p><b>Analgesic Administration</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</li> <li>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li> <li>3. Cek riwayat alergi</li> <li>4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</li> <li>5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</li> <li>6. Tentukan analgesik pilihan, rute</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>pemberian, dan dosis optimal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</li> <li>8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</li> <li>9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</li> <li>10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)</li> </ol>
3.	<p><b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b></p>	<p><b>NOC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nutritional status: Adequacy of nutrient</li> <li>➤ Nutritional Status : food and Fluid Intake</li> <li>➤ Weight Control</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama....nutrisi kurang teratasi dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Albumin serum</li> <li>❖ Pre albumin serum</li> <li>❖ Hematokrit</li> <li>❖ Hemoglobin</li> <li>❖ Total iron binding capacity</li> <li>❖ Jumlah limfosit</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> <li>5. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah</li> <li>6. Monitor lingkungan selama makan</li> <li>7. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</li> <li>8. Monitor turgor kulit</li> <li>9. Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht</li> <li>10. Monitor mual dan muntah</li> <li>11. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</li> <li>12. Monitor intake nutrisi</li> <li>13. Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi</li> <li>14. Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT/ TPN sehingga intake cairan yang adekuat dapat dipertahankan.</li> <li>15. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan</li> <li>16. Anjurkan banyak minum</li> <li>17. Pertahankan terapi IV line</li> <li>18. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas</li> </ol>



			oval
4.	Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comfort level</li> <li>➤ Pain level</li> <li>➤ Rest : extent and pattern</li> <li>➤ Sleep : extent and pattern</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam pada pasien dengan gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah jam tidur dalam batas normal (6-8jam/hari)</li> <li>2. Pola tidur, kualitas tidur dalam batas normal</li> <li>3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat</li> <li>4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</li> </ol>	<p><b>Sleep Enhancement</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur klien</li> <li>2. Menginstruksikan pasien untuk tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien.</li> <li>4. Diskusi dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan tehnik tidur.</li> <li>5. Menentukan pola tidur pasien</li> <li>6. Bantu untuk membuang faktor stress sebelum tiba waktu tidur</li> </ol> <p><b>Environment management (Manajemen lingkungan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yang aman untuk klien</li> <li>2. Berikan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman</li> <li>3. Berikan posisi tidur yang membuat klien nyaman</li> <li>4. Control kebisingan</li> <li>5. Atur pencahayaan</li> <li>6. Batasi pengunjung</li> <li>7. Berikan satu ruangan jika diindikasikan</li> </ol>

### **BAB III STUDI KASUS**

#### **PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI UNTUK PENURUNAN NYERI PADA IBU NIFAS DENGAN *POST OP SECTIO CEASAREA* DI RUANG KEBIDANAN RSUD H. HANAFIE MUARA BUNGO**

Nama Mahasiswa : Deza Yulia, S.Kep Tanggal Pengkajian : 23 November 2018  
NPM : 1814901631 Ruangan/RS : Kebidanan

#### **A. Pengkajian**

##### **1) Data Umum Klien**

- |                        |            |                     |            |
|------------------------|------------|---------------------|------------|
| 1. Inisial Klien       | : Ny. S    | Inisial Klien       | : Tn. H    |
| 2. Usia                | : 26 Tahun | Usia                | : 32 Tahun |
| 3. Status Perkawinan   | : Menikah  | Status Perkawinan   | : Menikah  |
| 4. Pekerjaan           | : IRT      | Pekerjaan           | : Swasta   |
| 5. Pendidikan Terakhir | : SMA      | Pendidikan Terakhir | : SMA      |

##### **2) Riwayat Kehamilan dan Persalinan Yang Lalu**

No	Tahun	Jenis	Penolong	Jenis	Keadaan Bayi	BB	Masalah
----	-------	-------	----------	-------	--------------	----	---------

		Persalinan		Kelamin	Waktu Lahir	Lahir	Kehamilan
1.	2014	SC	Dokter SPOG	Laki-Laki	Sehat	3.500	Tidak Ada
2.	2018	Sekarang	Dokter SPOG	Laki-Laki	Sehat	3000	Tidak Ada
3.							
4.							
5.							

Pengalaman Menyusui : ya/tidak

Berapa Lama :  $\leq$  5 bulan

### 3) Riwayat Kehamilan Saat Ini

1. Berapa Kali Periksa Hamil : Periksa Kehamilan Lengkap K1-K4
2. Masalah Kehamilan : Tidak Ada

### 4) Riwayat Persalinan

Jenis Persalinan : Spontan (Letkep/Letsu) / Tindakan (EF, EV).....

1. SC a/i kala I Memanjang Tgl/Jam :22/11/2018 Jam : 19.00
2. Jenis Kelamin Bayi : L BB/PB : 3.000.Gram/43 cm
3. Perdarahan : tidak ada CC
4. Masalah dalam Persalinan : Tidak ada.

### 5) Riwayat Ginekologi

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

### 6) Data Umum Kesehatan Saat Ini

- 1 Keadaan Umum : Baik Kesadaran : CM BB/TB : 65 Kg/ CM
- 2 Tanda Vital : TD : 155/80 mmHg Nadi : 100 x/i  
Suhu : 37,2 C Pernafasan : 18 x/i
- 3 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
- 4 Dada
- Jantung : Tidak ada lesi, Kardiomegali tidak ada
- Paru : Vesikuler, Mengi(-), Wheezing (-).
- Payudara : Bersih, tidak ada bengkak dan tidak keras
- Pengeluaran ASI : ASI keluar
- Putting susu : Ada menonjol, daerah areola bersih
- Masalah Khusus : Tidak Ada
- 5 Abdomen
- Kontraksi : Ada Keras, Tampak luka insisi tertutup perban Posisi : Tidak Melintang, Uterus Keras
- Nyeri Epigatrium : Ada
- Dullnes : Tidak Ada
- TFU : 2/3 jari dibawah pusat
- Masalah Khusus : Nyeri Akut
- 6 Perineum dan Genetalia
- Edema : Tidak Ada Memar : Tidak Ada Hematom : Tidak Ada
- Perineum : Utuh/Episiotomi/Ruptur
- Kebersihan : Bersih, Tampak Terdapat Darah Bekas sisa-sisa post op sectio secarea
- Post Partum Hari ke 2

Lokia : Jumlah

Jenis Lochea : jenis lochea rubra

Konsistensi : Cair

Bau : Amis

Hemoroid : derajat :..... Lokasi :.....

Berapa lama :..... nyeri : ada

Masalah Khusus : Tidak Ada

7 Ekstremitas

Ekstremitas Atas : Edema : Tidak

Ekstremitas Bawah

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

Palpasi : Varises : Tidak ada

Edema : Tidak ada

Masalah Khusus : Tidak ada

8 Eliminasi

Urin : Kebiasaan BAK : Normal

9 BAK saat ini : terpasang kateter Nyeri : Ya

BAB : Kebiasaan BAB : Belum ada

BAB : Belum ada Konsistensi : Ya

Masalah Khusus : Nyeri Post Terpasang Cateter

10 Pemeriksaan Fungsi Reflek

1) Bisep : kanan ( + ) kiri ( + )

2) Trisep : kanan ( + ) kiri ( + )

3) Patella : kanan ( + ) kiri ( + )

4) Achiless : kanan ( + ) kiri ( + )

5) Babinski : kanan ( + ) kiri ( + )

**7) 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 sectio secarea)

Sifat :..... Intensitas :.....

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 : kurang

Asupan Cairan : kurang (pasien dianjurkan puasa) cukup

Masalah Khusus : Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

4. Keadaan Mental

Adaptasi psikologis : ibu mengatakan tidak ada merasakan cemas

Penerimaan terhadap bayi : iya diterima

Masalah Khusus : Tidak Ada

5. Kemampuan menyusui : Baik

6. Data Psikososial

a. Pola Kognitif/Persepsi

1) Tingkat Kesadaran : Compos Mentis

Orientasi klien terhadap orang, tempat dan waktu baik, klien sadarkan diri dan dapat mengenali setiap orang yang datang mengunjunginya.

2) Nyeri : Klien merasakan nyeri pada bagian luka post op

Manajemen nyeri yang digunakan : relaksasi napas dalam

3) Sensori :

a) Telinga / Pendengaran : Normal

b) Mata / Penglihatan : Normal

c) Hidung / Penghirup : Normal

d) Lidah / Perasa : Normal

e) Kulit / Sentuhan : Normal

f) Baal / Hilang Rasa : Tidak ada

g) Vertigo : Tidak

h) Gangguan Bicara : Tidak

b. Toleransi Koping terhadap stress/konsep diri

- 1) Fokus perhatian pertama / utama klien sejak dirawat : Keluarga berharap klien cepat keluar dan pulang dari rumah sakit.
- 2) Status emosional Klien : Status emosional Klien dalam keadaan baik
- 3) Manajemen stress yang dilakukan : Tidak ada
- 4) Adanya kelompok pendukung : Keluarga mengatakan ada, yaitu keluarga terdekat

c. Suasana hati

Klien mengatakan cemas dengan keadaan penyakitnya saat ini. Rentang perhatian : klien sangat memperhatikan tentang penyakitnya dan berharap segera sembuh.

d. Hubungan/komunikasi

1) Bicara

Bahasa utama yang digunakan adalah bahasa melayu/daerah orientasi pasien terhadap orang, tempat dan waktu baik, klien dapat mengenali setiap orang yang datang mengunjunginya dan klien bisa menyebutkan tanggal dan hari apa sekarang.

2) Tempat tinggal : klien selama ini tinggal dirumah orang tuanya beserta keluarganya

3) Kehidupan keluarga

Adat istiadat yang dianut klien adalah adat dusun .dalam pembuatan keputusan didalamnya keluarga dilakukan dengan cara musyawarah. Pola komunikasi terjadi dengan baik. Keuangan dalam batas normal karna klien tinggal dengan keluarganya.

4) Kesulitan dalam keluarga tidak ada masalah selama ini, hubungan dengan keluarga terjalin dengan baik dibuktikan dengan adanya keluarga menjenguk selama dirawat dirumah sakit

e. Kebiasaan seksual

Tidak ada gangguan dalam hubungan dalam hubungan seksual.

f. Pertahan koping

- 1) Pengambilan keputusan klien dibantu oleh keluarganya.
- 2) Yang disukai tentang diri sendiri: klien merasa bangga sebagai anak yang berbakti pada orang tua dan menjadi kakak/adik buat keluarganya.
- 3) Yang ingin dirubah dari kehidupan : tidak ada karna menurut klien semua yang dialaminya adalah kehendak Allah SWT
- 4) Yang dilakukan klien jika stres adalah mencari pemecahan masalah dan mencari pertolongan pada keluarganya.

g. Sistem nilai kepercayaan

- 1) Sumber kekuatan klien adalah tuhan yang maha esa dan keluarga.
- 2) Pasien merasa yakin dan penting dengan agamanya
- 3) Kegiatan keagamaan yang dilakukan klien adalah shoat 5 waktu dan melakukan kegiatan yasinan setiap malam jumat.
- 4) Kegiatan agama dan kepercayaan yang ingin dilakukan selam dirumah sakit, nklien melaksanakan sholat 5 waktu.

**8) Obat-Obatan**

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

**9) Hasil Pemeriksaan Penunjang**

- ✓ Hemoglobin : 11,4 gr/dl
- ✓ Leukosit : 10.600 Sel/mm<sup>3</sup>
- ✓ Hematokrit : 36 %
- ✓ Trombosit : 188.000 Sel/mm<sup>3</sup>

**10) Hasil Pengkajian**

Masalah : Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 November 2018 didapatkan hasil Ny.S mengatakan bahwa nyeri pada bagian luka post op sectio cecarea, nyeri



dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 8, nyeri dirasakan saat melakukan gerakan-gerakan tubuh, klien juga mengatakan nyeri dirasakan pada saat pagi hari dan hilang pada saat minum obat analgesik, Ny.S juga mengatakan bahwa ketidaknyamanan yang dirasakan itu saat terpasang kateter, pada saat diobservasi tampak ibu sedang menyusui, namun Ny.S juga mengatakan bahwa kurang nafsu makan, merasakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya, anoreksia, dan Ny.S juga mengatakan apa yang dikasih makan hanya 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. Hasil Tanda-Tanda Vital : TD : 155/80 mmHg, S : 37,2 C, RR : 18 x/i, N : 100 x/i. BB = 65 Kg.

### 11) Analisa Data

Hari/tanggal	Data	Etiologi	Masalah
Jumat 23-11-2018 08.30 wib	<p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan nyeri pinggang</li> <li>○ Klien mengatakan pusing</li> <li>○ Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan-gerakan miring kiri dan kanan</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien pusing sesekali</li> <li>○ Skala nyeri 8</li> <li>○ Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>○ Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>○ Tekanan darah klien 155/80 mmHg.</li> <li>○ N : 100 x/i</li> <li>○ RR : 18 x/i</li> <li>○ S : 37,2 C</li> </ul>	Proses pembedahan akibat post operasi	Nyeri akut

<p><b>Jumat</b> <b>23-11-2018</b> <b>16.30 wib</b></p>	<p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>○ Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> <li>○ Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anoreksia</li> <li>○ Porsi makan ½ porsi dihabiskan</li> <li>○ Mual</li> <li>○ BB = 65 Kg</li> <li>○ Tekanan darah klien 155/80 mmHg.</li> <li>○ N : 100 x/i</li> <li>○ RR : 18 x/i</li> <li>○ S : 37,2 C</li> </ul>	<p>Ketidak mampuan dalam mencerna makanan, mual dan muntah</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>
<p><b>Jumat</b> <b>23-11-2018</b> <b>20.30 wib</b></p>	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>○ Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> <li>○ Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari.</li> <li>○ Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien hanya tidur 5 jam</li> <li>○ TD : 155/80mmHg</li> <li>○ Klien tampak lemah</li> <li>○ Klien tampak gelisah</li> <li>○ Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul>	<p>Perubahan status kesehatan</p>	<p>Gangguan Pola Tidur</p>

## **1. Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga**

1. Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan akibat post operasi sectio secarea.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan dalam mencerna makanan, mual dan muntah.
3. Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan

## 2. NURSING CARE PLANING ( NCP )

NO	DIAGNOSA	TUJUAN ( NOC )	INTERVENSI ( NIC )
1.	Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan akibat post operasi sectio secarea.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, rasa nyeri berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanda-Tanda vital dalam rentang normal (nadi 100-160 x/mnit, pernafasan 30-60 x/menit), dan spo2 96-100%</li> <li>• Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>• Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>• Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>• Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>• Tanda vital dalam rentang normal</li> <li>• Tidak mengalami gangguan tidur</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>5. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin</li> <li>8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.</li> </ol>
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan dalam mencerna makanan, mual dan muntah.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, kebutuhan nutrisi kembali normal, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum baik</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tonus otot aktif</li> <li>• Gerak aktif</li> <li>• Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>• Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan</li> <li>• Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ul>	<p>mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> <li>5. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah</li> <li>6. Monitor lingkungan selama makan</li> <li>7. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</li> <li>8. Monitor turgor kulit</li> <li>9. Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht</li> <li>10. Monitor mual dan muntah</li> <li>11. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</li> <li>12. Monitor intake nutrisi</li> <li>13. Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi</li> <li>14. Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT/TPN</li> </ol>
3.	Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comfort level</li> <li>➤ Pain level</li> <li>➤ Rest : extent and pattern</li> <li>➤ Sleep : extent and pattern</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan</p>	<p><b>Sleep Enhancement</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur klien</li> <li>2. Menginstruksikan pasien untuk tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien.</li> <li>4. Diskusi dengan pasien dan keluarga</li> </ol>

		<p>keperawatan selama 2 x 24 jam pada pasien dengan gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jumlah jam tidur dalam batas normal (6-8jam/hari)</li> <li>6. Pola tidur, kualitas tidur dalam batas normal</li> <li>7. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat</li> <li>8. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</li> </ol>	<p>pasien untuk meningkatkan tehnik tidur.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Menentukan pola tidur pasien</li> <li>6. Bantu untuk membuang faktor stress sebelum tiba waktu tidur</li> </ol> <p><b>Environment management (Manajemen lingkungan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Ciptakan lingkungan yang aman untuk klien</li> <li>8. Berikan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman</li> <li>9. Berikan posisi tidur yang membuat klien nyaman</li> <li>10. Control kebisingan</li> <li>11. Atur pencahayaan</li> <li>12. Batasi pengunjung</li> <li>13. Berikan satu ruangan jika diindikasikan</li> </ol>
--	--	---	---

#### E. CATATAN PERKEMBANGAN

HARI/TGL	DIAGNOSA	JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI
Jum'at, 23-11-2018	DX. I	08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> </ol>	12.00	<p>DX. I</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan nyeri pinggang</li> <li>○ Klien mengatakan pusing</li> <li>○ Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan-gerakan miring kiri dan kanan</li> </ul>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>5. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> </ol>		<p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien pusing sesekali</li> <li>○ Skala nyeri 8</li> <li>○ Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>○ Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>○ Tekanan darah klien 155/80 mmHg.</li> <li>○ N : 100 x/i</li> <li>○ RR : 18 x/i</li> <li>○ S : 37,2 C</li> </ul> <p>A : Nyeri Akut P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 4, 5</p>
	DX. II	12.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji Kaji adanya alergi makanan</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> <li>5. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah</li> <li>6. Monitor lingkungan selama makan</li> <li>7. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</li> </ol>	18.00	<p>DX. II</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>○ Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> <li>○ Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anoreksia</li> <li>○ Porsi makan ½ porsi dihabiskan</li> <li>○ Mual</li> <li>○ Tekanan darah klien 155/80 mmHg.</li> <li>○ N : 100 x/i</li> <li>○ RR : 18 x/i</li> <li>○ S : 37,2 C</li> <li>○ BB : 65 Kg</li> </ul>

	DIII	20.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur klien</li> <li>2. Menginstruksikan pasien untuk tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien.</li> <li>4. Diskusi dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan tehnik tidur.</li> <li>5. Menentukan pola tidur pasien</li> <li>6. Bantu untuk membuang faktor stress sebelum tiba waktu tidur</li> </ol>	22.00	<p>A : Nutri Kurang Dari Kebutuhan Tubuh P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 4, 5, 6, 7</p> <p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>○ Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> <li>○ Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari.</li> <li>○ Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien hanya tidur 5 jam</li> <li>○ TD : 155/80mmHg</li> <li>○ Klien tampak lemah</li> <li>○ Klien tampak gelisah</li> <li>○ Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul> <p>A : Gangguan Pola Tidur P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6</p>
Sabtu, 24-11-2018	DX. I	08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin</li> <li>8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri: .....</li> <li>9. Tingkatkan istirahat</li> <li>10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa</li> </ol>	12.00	<p>DX. I</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan pusing</li> <li>○ Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan miring kiri dan kanan</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien pusing sesekali</li> <li>○ Skala nyeri 7</li> <li>○ Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>○ Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>○ Tekanan darah klien 130/80 mmHg.</li> </ul>



			<p>lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</p> <p>11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ N : 90 x/i</li> <li>○ RR : 20 x/i</li> <li>○ S : 37,0 C</li> </ul> <p>A : Nyeri Akut P : intervensi dilanjutkan 6, 7, 8, 9, 10, 11</p>
	DX. II	12.00	<p>8. Monitor turgor kulit</p> <p>9. Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht</p> <p>10. Monitor mual dan muntah</p> <p>11. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</p> <p>12. Monitor intake nutrisi</p> <p>13. Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi</p> <p>14. Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT/TPN sehingga intake cairan yang adekuat dapat dipertahankan.</p> <p>15. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan</p> <p>16. Kelola pemberian anti emetik:.....</p> <p>17. Anjurkan banyak minum</p> <p>18. Pertahankan terapi IV line</p> <p>19. Catat adanya edema, hiperemik,</p>	18.00	<p>DX. II</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> <li>○ Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anoreksia</li> <li>○ Porsi makan ½ porsi dihabiskan</li> <li>○ Mual</li> <li>○ Tekanan darah klien 155/80 mmHg.</li> <li>○ N : 100 x/i</li> <li>○ RR : 18 x/i</li> <li>○ S : 37,2 C</li> <li>○ BB : 65 Kg</li> </ul> <p>A : Nutri Kurang Dari Kebutuhan Tubuh P : intervensi dilanjutkan 8, 9, 10, 11, 12, 13</p>

	DIII	20.00	<p>hipertonik papila lidah dan cavitas oval</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur klien</li> <li>2. Menginstruksikan pasien untuk tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien.</li> <li>4. Diskusi dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan tehnik tidur.</li> <li>5. Menentukan pola tidur pasien</li> <li>6. Bantu untuk membuang faktor stress sebelum tiba waktu tidur</li> </ol>	22.00	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>○ Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> <li>○ Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari.</li> <li>○ Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien hanya tidur 5 jam</li> <li>○ TD : 155/80mmHg</li> <li>○ Klien tampak lemah</li> <li>○ Klien tampak gelisah</li> <li>○ Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul> <p>A : Gangguan Pola Tidur P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6</p>
Minggu, 25-11-2018	DX. I	08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu</li> </ol>	12.00	<p>DX. I</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan miring kiri dan kanan</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Skala nyeri 5</li> <li>○ Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>○ Tekanan darah klien 120/80 mmHg.</li> <li>○ N : 87 x/i</li> <li>○ RR : 20 x/i</li> <li>○ S : 36,6 C</li> </ul>

			<p>ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>5. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p>		<p>A : Nyeri Akut P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p>
	DX. II	12.00	<p>1. Kaji Kaji adanya alergi makanan</p> <p>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</p> <p>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</p> <p>5. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah</p> <p>6. Monitor lingkungan selama makan</p> <p>7. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</p>	18.00	<p>DX. II</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mual</li> <li>○ Tekanan darah klien 120/80 mmHg.</li> <li>○ N : 87 x/i</li> <li>○ RR : 20 x/i</li> <li>○ S : 36,6 C</li> <li>○ BB : 65 Kg</li> </ul> <p>A : Nutri Kurang Dari Kebutuhan Tubuh P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6</p>
	DIII	20.00	<p>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan</p>	22.00	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>○ Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> <li>○ Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari.</li> <li>○ Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien hanya tidur 5 jam</li> <li>○ TD : 155/80mmHg</li> </ul>

			<p>dukungan</p> <p>4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>5. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p>		<ul style="list-style-type: none"><li>○ Klien tampak lemah</li><li>○ Klien tampak gelisah</li><li>○ Klien sering terbangun dimalam hari</li></ul> <p>A : Gangguan Pola Tidur</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6</p>
--	--	--	--	--	---

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan ini membandingkan antara teori dengan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa *Post Sectio Secarea*, pada tanggal 23 November 2018. Berikut akan diuraikan pelaksanaan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa *Post Sectio Secarea* sesuai fase dalam proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta dilengkapi pembahasan dokumentasi keperawatan.

#### **4.1 PENGKAJIAN**

Pengkajian pada Ny. S dengan diagnosa *Post Sectio Secarea* 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).

Sedangkan pada pengkajian pada tanggal 23 November 2018 telah dilakukan pengkajian pada Ny. S dengan diagnosa *Post Sectio Secarea*. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 November 2018 didapatkan hasil Ny.S mengatakan bahwa nyeri pada bagian luka post op sectioc secarea, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 8, nyeri dirasakan saat melakukan gerakan-gerakan tubuh, klien juga mengatakan nyeri dirasakan pada saat pagi hari dan hilang pada saat minum obat analgesik, Ny.S juga mengatakan bahwa ketidaknyamanan yang dirasakan itu saat terpasang kateter, pada saat diobservasi tampak ibu sedang menyusui, namun Ny.S juga mengatakan bahwa kurang nafsu makan, merasakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya, anoreksia, dan Ny.S juga mengatakan apa yang dikasih makan hanya 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 dimalam hari. Hasil Tanda-Tanda Vital : TD : 155/80 mmHg, S : 37,2 C, RR : 18 x/i, N : 100 x/i. BB = 65 Kg.

#### **4.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Sedangkan pada kasus yang diagnosa yang muncul adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan akibat post operasi sectio secarea. Data objektif : Klien pusing sesekali, Skala nyeri 8, Nyeri seperti ditusuk-tusuk, Nyeri dirasakan di pagi hari, Tekanan darah klien 155/80 mmHg, N : 100 x/i, RR : 18 x/i, S : 37,2 C
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan dalam mencerna makanan, mual dan muntah. Data objektif : Anoreksia, Porsi makan ½ porsi dihabiskan, Mual, Tekanan darah klien 155/80 mmHg, N : 100 x/i, RR : 18 x/i, S : 37,2 C, BB : 65 Kg
3. Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan. Data Subjektif : 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, DataObjektif : klien hanya tidur 5 jam, Tekanan darah klien 155/80 mmHg, klien tampak lemah, klien tampak gelisah dan klien sering terbangun dimalam hari.

#### **4.3 INTERVENSI**

Rencana keperawatan untuk masing-masing diagnosa keperawatan diantaranya :

1. Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan akibat post operasi sectio secarea.

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
  - b. Lakukan teknik nafas dalam mengurangi tingkat nyeri pasien
  - c. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
  - d. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
  - e. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
  - f. Kurangi faktor presipitasi nyeri
  - g. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
  - h. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin
  - i. Berikan analgetik
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan dalam mencerna makanan, mual dan muntah.
- a. Kaji adanya alergi makanan
  - b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
  - c. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
  - d. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.
  - e. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah
  - f. Monitor lingkungan selama makan
  - g. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan
  - h. Monitor turgor kulit
  - i. Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht
  - j. Monitor mual dan muntah
  - k. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
  - l. Monitor intake nutrisi

- m. Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi
  - n. Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT/TPN
3. Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan.
    - a. Monitor jumlah dan kualitas tidur klien
    - b. Menginstruksikan pasien untuk tidur pada waktunya
    - c. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien.
    - d. Diskusi dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan tehnik tidur.
    - e. Menentukan pola tidur pasien
    - f. Bantu untuk membuang faktor stress sebelum tiba waktu tidur
    - g. Ciptakan lingkungan yang aman untuk klien
    - h. Berikan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman
    - i. Berikan posisi tidur yang membuat klien nyaman

#### **4.4 IMPLEMENTASI**

Implementasi yang diberikan untuk tiap diagnosa pada pasien yaitu disesuaikan dengan kondisi pasien kelolaan yang diberikan asuhan keperawatan oleh peneliti berdasarkan intervensi keperawatan yang telah ditentukan.

1. Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan akibat post operasi sectio secarea.
  - a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
  - b. Lakukan tekniks nafas dalam mengurangi tingkat nyeri pasien
  - c. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
  - d. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
  - e. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
  - f. Kurangi faktor presipitasi nyeri



- g. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
  - h. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin
  - i. Berikan analgetik
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan dalam mencerna makanan, mual dan muntah.
- a. Kaji adanya alergi makanan
  - b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
  - c. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
  - d. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.
  - e. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah
  - f. Monitor lingkungan selama makan
  - g. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan
  - h. Monitor turgor kulit
  - i. Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht
  - j. Monitor mual dan muntah
  - k. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
  - l. Monitor intake nutrisi
  - m. Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi
  - n. Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT/TPN
4. Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan.
- a. Monitor jumlah dan kualitas tidur klien
  - b. Menginstruksikan pasien untuk tidur pada waktunya
  - c. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien.
  - d. Diskusi dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan tehnik tidur.

- e. Menentukan pola tidur pasien
- f. Bantu untuk membuang faktor stress sebelum tiba waktu tidur
- g. Ciptakan lingkungan yang aman untuk klien
- h. Berikan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman

#### **4.5 EVALUASI**

Tahap evaluasi adalah menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Dari dua diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan maka didapatkan hasil yang telah dicantumkan dalam evaluasi.

1. Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan akibat post operasi sectio secarea.

**Data subjektif :**

- Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan miring kiri dan kanan

**Data objektif :**

- Skala nyeri 5
  - Nyeri dirasakan di pagi hari
  - Tekanan darah klien 120/80 mmHg.
  - N : 87 x/i
  - RR : 20 x/i
  - S : 36,6 C
- A : Nyeri Akut

P : Intervensi dilanjutkan

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Lakukan teknik nafas dalam dalam mengurangi tingkat nyeri pasien
3. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan

4. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
  5. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
  6. Kurangi faktor presipitasi nyeri
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan dalam mencerna makanan, mual dan muntah.

**Data subjektif :**

- Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan

**Data objektif :**

- Mual
- Tekanan darah klien 120/80 mmHg.
- N : 87 x/i
- RR : 20 x/i
- S : 36,6 C
- BB : 65 Kg

A : Nutri Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6

1. Kaji Kaji adanya alergi makanan
  2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
  3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
  4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.
  5. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah
  6. Monitor lingkungan selama makan
3. Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan.

**Data Subjektif :**

- 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

Data Objektif :

- Klien hanya tidur 5 jam
- TD : 155/80mmHg
- Klien tampak lemah
- Klien tampak gelisah
- Klien sering terbangun di malam hari

A : Gangguan Pola Tidur

P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6

1. Monitor jumlah dan kualitas tidur klien
2. Menginstruksikan pasien untuk tidur pada waktunya
3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien.
4. Diskusi dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur.
5. Menentukan pola tidur pasien
6. Bantu untuk membuang faktor stress sebelum tiba waktu tidur

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

1. Setelah dilakukan pengkajian tidak semua pemeriksaan fisik yang ada diteori ditemukan pada pasien.
2. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan akibat post operasi sectio secarea dan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan dalam mencerna makanan, mual dan muntah dan Gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
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 ini adalah dengan melakukan teknik nafas dalam mengurangi tingkat nyeri pasien.
5. Evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Dari dua diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan dan implementasi yang telah dilakukan

#### **B. Saran**

1. Bagi RSUD H Hanafie

Laporan ini diharapkan dapat bermanfaat bagi institusi RSUD H Hanafie khususnya dalam peningkatan masalah dalam mengoptimalkan asuhan

keperawatan serta peningkatan mutu dan pelayanan kesehatan di RSUD H Hanafie tahun 2019.

2. Bagi Stikes Perintis Padang

Sebagai bahan masukan dan informasi dalam koreksi bacaan dipergustakaan stikes perintis padang dalam memberikan penerapan teknik relaksasi untuk penurunan nyeri pada ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD H Hanafie Tahun 2019.

3. Bagi Mahasiswa

Sebagai masukan dan informasi dalam melakukan asuhan keperawatan dan penambahan ilmu dalam melakukan asuhan keperawatan tentang penerapan teknik relaksasi untuk penurunan nyeri pada ibu nifas dengan *post opsectio caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD H Hanafie Tahun 2019.

## 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
- Nurjannah. 2013. *Asuhan Kebidanan Post Partum*. Nuha Medika : Jakarta.
- Nusalam. 2015. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Nasional*. Edisi 5. EGC : Jakarta.
- 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](http://blogspot.com). (Diakses Tanggal 10 April 2019, Pukul 20:30 WIB)
- Sahroni, 2012. *Masa Nifas Dalam Islam*. [Http://www.islamic.education.co.id](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



