

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



**ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN DALAM PEMENUHAN  
RASA NYAMAN NYERI PADA NY. M POST OP SECTIO  
CAESARE DENGAN BIOLOGIC NURTURING  
BABY LED FEEDING  
TAHUN 2019**

**OLEH :**

**RESI ANZIARNI, S.Kep**  
**NIM : 1814901643**

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

## **SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Resi Anziarni

Nim : 1814901643

Program Sudy : Profesi Ners

Judul KIAN : Analisis Praktik Keperawatan Dalam Pemenuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Ny. M Post Op Sectio Caesare Dengan Biologic Nurturing Baby Led Feeding Tahun 2019

Dengan ini saya yang menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini saya buat tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di STIKes Perintis. Jika dikemudian hari ternyata terbukti melakukan tindakan tersebut, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKes Perintis.

Muara Bungo, Agustus 2019

(Resi Anziarni)

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**Karya Ilmiah Akhir Ners, 09 September 2019**

**RESI ANZIARNI, S. Kep**

**ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN DALAM PEMENUHAN RASA NYAMAN NYERI PADA NY. M *POST OP SECTIO CEASAREA* DENGAN *BIOLOGIC NURTURING BABY LED FEEDING* DI RUANG KEBIDANAN RSUD H. HANAFIE MUARA BUNGO.**

**viii, v bab, 64 halaman, 5 tabel**

**ABSTRAK**

Menurut World Health Organization (WHO) angka persalinan dengan *Sectio Caesarea* sekitar 10 – 15% dari semua proses persalinan. Di Amerika Serikat rata-rata SC meningkat hingga 29,1%, di Inggris dan Wales sudah mencapai 21, 4%, di Kanada sebanyak 22,5% sedangkan China menjadi Negara yang tingkat sc tertinggi dimana diperoleh hasil dari 3,4 % pada hingga mencapai 39,3 % (Ayunigtyas, 2018). Tujuan dari karya ilmiah ini adalah analisis praktik keperawatan dalam pemenuhan rasa nyaman nyeri pada Ny. M post op *Sectio Caesare* dengan *biologic nurturing baby led feeding* RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.

Metode penulisan ini adalah studi kasus dengan *quasy eksperimen*. Intervensi *Spherical Grip* ini dilakukan pada pasien Post Op *Sectio Ceasarea* masalah analisis praktik keperawatan dalam pemenuhan rasa nyaman nyeri pada Ny. M. Intervensi diberikan sebanyak 2 kali sehari dalam waktu 3 hari pemberian.

Dari hasil analisa kasus pada pasien didapatkan mulai mengalami peningkatan analisis praktik keperawatan pemenuhan rasa nyaman nyeri pada Ny. M 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 menjadikan masalah analisis praktik keperawatan dalam pemenuhan rasa nyaman nyeri pada Ny. M sebagai salah satu intervensi keperawatan di RSUD H. Hanafie Muara Bungo dan intervensi dalam pemenuhan rasa nyaman nyeri pada Ny. M.

**Kata Kunci : Analisis Praktik Keperawatan, Pemenuhan Nyeri, Ibu Post Op *Sectio Caesare* dengan *Biologic Nurturing Baby Led Feeding***

**Kepustakaan : 17 (2008 – 2016)**

***NURSING SCIENCE PROFESSIONAL PROGRAM***

***PERINTIS COLLEGE OF HEALTH SCIENCE WEST SUMATERA***

***Essay, 9 September 2019***

**RESI ANZIARNI, S. Kep**

**ANALYSIS OF NURSING PRACTICES IN MEETING COMFORTABLE PAIN IN NY. M POST OP SECTIO CEASAREA WITH BIOLOGIC NURTURING BABY LED FEEDING IN MIDWIFERY ROOM RSUD. H. HANAFIE MUARA BUNGO 2019.**

***viii + V chapter + 64 pages + 5 tables***

***ABSTRACT***

*According to the World Health Organization (WHO) the number of births with Sectio Caesarea is around 10-15% of all labor processes. In the United States the average SC has risen to 29.1%, in England and Wales it has reached 21.4%, in Canada as much as 22.5% while China is the highest sc country where yields of 3.4% in up to reached 39.3% (Ayunigtyas, 2018). The purpose of this scientific work is the analysis of nursing practice in the fulfillment of pain comfort in Ny. M post op Sectio Caesare with biologic nurturing baby led feeding H. Hanafie Muara Bungo Regional Hospital in 2019.*

*This writing method is a case study with quasy experiment. The Spherical Grip intervention was carried out in Post Op Sectio Ceasarea patients with the problem of nursing practice analysis in fulfilling pain comfort in Ny. M. The intervention was given 2 times a day within 3 days of giving.*

*From the results of case analysis in patients, it was found that there was an increase in the analysis of nursing practice in the fulfillment of comfort pain in Ny. M on day 3 of the intervention. So there needs to be the role of health workers, especially nurses to provide more intensive interventions so as to get even more optimal results for the time of administration.*

*This scientific work can be input for nurses to make the problem of analysis of nursing practice in the fulfillment of pain comfort in Ny. M as one of the nursing interventions in H. Hanafie Muara Bungo Regional Hospital and interventions in the fulfillment of comfort pain in Ny. M.*

***Keywords : Analysis of Nursing Practices, Fulfillment of Pain, Post Op Sectio Caesare Mother with Biologic Nurturing Baby Led Feeding***

***Reading List : 17 (2008 – 2016)***

## DAFAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Resi Anziarni  
Nim : 1814901643  
Tempat/Tanggal lahir : Tanjung Belit, 27 desember 1994  
Alamat : Tanjung Belit Kec. Jujuhan Kab. Bungo  
Prov. Jambi  
No Hp : 081272006213  
Program Sudy : Profesi Ners  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Pelajar

Riwayat Keluarga

Ayah : Zakri  
Ibu : Ardiah

### Riwayat Pendidikan :

1. SD N 43/II Tanjung Belit Tahun 2003-2008
2. MTsN 1 Muara Bungo Tahun 2008-2011
3. SMA 2 Muara Bungo Tahun 2011-2014
4. S1 Keperawatan, STIKes Baiturrahim Jambi Tahun 2014-2018
5. 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 (**Analisis Praktik Keperawatan Dalam Pemenuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Ny. M Post Op *Sectio Caesare* Dengan *Biologic Nurturing Baby Led Feeding* 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 menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Direktur utama RSUD H. Hanafie Muara Bungo dr. Mardiah, Sp.P.
2. Kepala bagian Umum dan Kepegawaian RSUD H. Hanafie Muara Bungo 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 Ns. Mera Delima, M.Kep.
6. Kepala Instalasi pendidikan dan pelatihan RSUD H. Hanafie Muara Bungo, Ns. Suniar, S.Kep
7. Pembimbing Akademik Stikes Perintis Padang Ns. Yessi Andriani M.Kep.,Sp.Kep.Mat

8. Pembimbing Klinik RSUD H. Hanafie Muara Bungo, Ns. Ida Herlina, S.Kep, yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk selama penyelesaian (KIA-N) ini.
9. Tenaga perawat di ruangan RSUD H. Hanafie Muara Bungo, yang telah banyak membantu penulisan dalam memperoleh data.

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 melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, Amin

Ma.Bungo, Agustus 2019

Peneliti

## DAFTAR ISI

**SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ABSTRAK**

**ABSRAC**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>v</b>

### **BAB I PENDAHULUAN**

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

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Konsep <i>Post Partum</i>	
1. Definisi .....	8
2. Perubahan Fisiologi .....	8
3. Perawatan Masa Nipas.....	10
4. Tanda Bahaya Masa Nipas .....	11
5. Adaptasi Fisiologi.....	12



B.Konsep <i>Sectio Caesare</i>	
1. Definisi .....	13
2. Etiologi .....	13
3. Patofisiologi.....	13
4. Komplikasi.....	15
5. Fase Penyembuhan Luka SC .....	15
C.Asuhan Keperawatan	
1. Pengkajian .....	16
2. Diagnosa .....	17
3. Intervensi .....	18
4. Implementasi .....	24
5. Evaluasi .....	24
D.Anatomi Fisiologi	
1. Anatomi Fisiologi.....	25
2. Organ Eksterna .....	25
3. Organ Interna.....	27
E.Konsep Manajemen Nyeri	
1. Definisi .....	29
2. Klasifikasi .....	30
3. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri.....	30
4. Penilaian Respon Nyeri .....	33
5. Penatalaksanaan nyeri.....	33
F.Konsep Menyusui	
1. Definisi .....	34
2. Manfaat Menyusui .....	34
3. Mekanisme Menyusui.....	36
4. Adaptasi Fisiologi Ibu Post partum .....	39

### **BAB III STUDI KASUS**

A. Pengkajian .....	40
B. Analisa Data .....	44
C. Diagnosa Keperawatan .....	46
D. Intervensi Keperawatan .....	47
E. Catatan Perkembangan.....	50

### **BAB IV PEMBAHASAN**

A. Pengkajian .....	62
B. Diagnosa Keperawatan .....	63
C. Intervensi .....	63
D. Implementasi .....	64
E. Evaluasi.....	65

### **BAB IV PENUTUP**

A. Kesimpulan.....	66
B. Saran .....	67

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar belakang

Proses keperawatan secara umum untuk membuat suatu kerangka konsep berdasarkan kebutuhan individu dari pasien, keluarga, dan masyarakat dapat terpenuhi. Proses keperawatan juga ditujukan untuk memenuhi tujuan asuhan keperawatan, yaitu untuk mempertahankan keadaan kesehatan pasien yang optimal, jika kesehatan yang optimal tidak tercapai, proses keperawatan harus dapat memfasilitasi kualitas hidup yang tinggi dengan cara yang maksimal (Nursalam, 2012). Menurut Heriyani (2012), Masa nifas merupakan masa 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir dengan kembalinya alat-alat kandungan seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu.

Angka kelahiran di Indonesia masih tergolong tinggi sebesar 15% dari seluruh wanita hamil yang mengalami masalah dalam persalinan. Hal tersebut membutuhkan penanganan khusus selama persalinan. *Sectio caesarea* merupakan jalan keluarnya janin untuk penanganan persalinan karena komplikasi. Menurut WHO (2015) persalinan *Sectio caesarea* di Inggris Tahun 2010 mengalami peningkatan 24.6% sedangkan pada tahun 2008 23.5% dan di Australia terjadi peningkatan 31% pada tahun 2010 sedangkan pada tahun 2008 sebesar 21%. Di Indonesia persalinan dengan *Sectio caesarea* mencapai 15,3% diambil dari sampel 20.591 dalam waktu 5 tahun terakhir dari survey 33 provinsi. Gambaran ibu yang melahirkan dengan caesare caesarea sebesar 13,4% akibat ketuban pecah dini sebesar 5,49% akibat Preeklampsia sebesar 5,14% akibat Perdarahan sebesar 4,40% akibat kelainan letak Janin sebesar 4,2% (Risksdas RI, 2015).

Menurut *World Health Organization* dari semua proses persalinan dengan *sectio caesare* sekitar 10 – 15% (WHO, 2015). Di Amerika Serikat rata-rata SC

meningkat hingga 29,1%, di Inggris dan Wales sudah mencapai 21,4%, di Kanada sebanyak 22,5% sedangkan China menjadi Negara yang tingkat sc tertinggi dimana diperoleh hasil dari 3,4% pada hingga mencapai 39,3%. (menurut Ayunigtyas, dkk 2018). Di Indonesia tingkat persalinan *Sectio Caesare* sudah melewati batas maksimal standar WHO 5-15%. Peningkatan diambil dari sampel 20.591 dalam waktu 5 tahun terakhir survey dari 33 provinsi sebesar 15,3%.

Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 menunjukkan bahwa secara nasional Angka Kematian Ibu di Indonesia mencapai 228/100.000 kelahiran hidup, yang disebabkan oleh perdarahan sebesar 28%, disebabkan oleh preklampsia sebesar 12%, disebabkan oleh abortus sebesar 13%, disebabkan oleh sepsis sebesar 15%, disebabkan oleh partus lama sebesar 18%, dan disebabkan oleh faktor lainnya sebesar 2%. Angka tersebut masih jauh dari target pembangunan milenium (*Millenium Development Goals/MDGs*), kelahiran tahun 2015 hanya 102/100.000 (Depkes RI, 2010). Melengkapi hal tersebut, dari laporan data daerah yang diterima oleh Kementerian Kesehatan (RI) tahun 2013 sebanyak 5019 orang ibu yang meninggal akibat kehamilan dan persalinan. Sedangkan di Indonesia bayi yang meninggal mencapai 160.681 bayi berdasarkan estimasi SDKI 2012. (Kemenkes RI, 2014).

Sedangkan untuk Provinsi Jambi angka kelahiran sebanyak 10.430, untuk kabupaten Muara Bungo terdapat sebanyak 6.853 bayi yang dilahirkan. Berdasarkan catatan rekam medic RSUD. H. Hanafie Muara Bungo dari bulan Januari-oktober tahun 2018 didapatkan hasil bahwa jumlah pasien sc yaitu 382 pasien, masing-masing pasien sc memiliki indikasi yang berbeda-beda sehingga dilakukan SC. Faktor resiko ibu melahirkan dengan *sectio caesarea* sebesar 13,4% akibat ketuban pecah dini sebesar 5,49%, akibat Perdarahan sebesar 4,40%, akibat Kelainan letak Janin sebesar 4,2%, akibat Preeklampsia sebesar 5,14% (Risksdas RI, 2015).

Masa nifas merupakan masa kritis baik bagi ibu maupun bayi. WHO menyatakan bahwa persalinan dengan operasi *sectio caesar* sekitar 10—15% dari semua proses persalinan di negara berkembang. Sedangkan prosentase melahirkan dengan *sectio caesare* di Rumah Sakit Swasta pada tahun 2004 mencapai rata-rata 20%, persalinan normal rata-rata 80%. Menurut laporan kedokteran terbaru di tahun 2015 naik mencapai 26,3% dan 27,5% pada tahun 2006 (Kemenkes RI, 2013).

Operasi *sectio sesarea* akan menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan akibat adanya pembedahan. Akibat nyeri tersebut menimbulkan berbagai masalah, salah satunya adalah masalah laktasi. Julianti, 2014 menyatakan bahwa 68% ibu post op *sectio caesare* mengalami kesulitan dalam merawat bayi, bergerak naik turun dari tempat tidur dan mengatur posisi yang nyaman selama menyusui akibat adanya nyeri. Akibat nyeri yang dirasakan tersebut bisa menyebabkan ibu menunda pemberian ASI pada bayinya (Aminah, 2011).

*Sectio Caesaria* merupakan suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuka dinding abdomen dan dinding uterus. Menurut statistic tentang 3.509 kasus *sectio caesaria*, indikasi yang muncul pada pasien yang melahirkan dengan *sectio caesaria* yaitu akibat diproporsi janin-panggul sebanyak 21%, gawat janin sebanyak 14%, placenta previa sebanyak 11%, pernah *sectio caesaria* sebelumnya sebanyak 10%, kelainan letak janin sebanyak 10%, pre eklampsia 7%, angka kematian ibu sebelum dikoreksi 17% dan sudah dikoreksi 0,5%, sedangkan kematian janin sebanyak 14,5%. Resiko relative terjadinya bayi lahir mati dengan ibu preeklamsi sebanyak 5,65 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu tanpa preeklamsi. Indonesia tergolong tinggi angka kematian perinatal dibandingkan di negara maju dan negara asia lainnya. Mengingat hal diatas angka kematian ibu dan janin yang tinggi akibat preeklamsia dan eklamsia, sehingga salah satu kebijakan untuk meminimalkan

angka kematian ibu dan bayi tersebut yaitu dengan cara terus meningkatkan pelayanan kesehatan yang ahli dalam menangani persalinan serta mengetahui berbagai indikasi serta komplikasi kehamilan yang dapat mengancam nyawa ibu dan bayinya. Tindakan operatif *sectio caesaria* adalah salah satu cara alternative dalam menangani preeklamsi (Wiknjosastro, 2008). Perawat harus memahami kasus tersebut, harus bisa melakukan asuhan keperawatan pada pasien post op *sectio caesarea*. Melakukan pengkajian pada pasien, menentukan diagnosa atau diagnosa yang mungkin muncul, menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut dan mengimplementasikan rencana tersebut kepada pasien serta mengevaluasi hasilnya.

Berdasarkan data Medical Record yang diperoleh dari RSUD Arosuka Kabupaten Solok tahun 2012 sebanyak 447 persalinan dan 97 (21,7%) di antaranya akibat persalinan dengan operasi SC untuk mengatasi tingkat nyeri kebanyakan menggunakan farmakologi 78,3 % dan yang menggunakan non farmakologi 21,7% pada tahun 2013 jumlah persalinan sebanyak 469 persalinan dan 104 (22,2 %) diantaranya akibat persalinan dengan operasi SC menggunakan farmakologi 79,5% dan yang menggunakan non farmakologi 20,5%. Salah satu terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri post SC adalah menyusui dengan cara *biologic nurturing baby led feeding*. Cara ini direkomendasikan bagi ibu post SC agar menjadi lebih rileks sehingga menyebabkan nyeri luka jahitan tersebut lebih minimal (Cholson, 2008). Tindakan SC disebabkan oleh 2 faktor indikasi faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu antara lain akibat panggul sempit dan distosia mekanis, pembedahan sebelumnya yang terdapat pada uterus, riwayat SC sebelumnya, perdarahan dan toxemia gravidarum. Faktor janin yaitu gawat janin, cacat atau kematian janin sebelumnya, insufisiensi placenta, malpresentasi, janin terlalu besar, inkompatibilitas rhesus, postmortem caecarean dan infeksi virus herpes (Oxorn & Forte, 2010). Kerugian akibat dari persalinan melalui tindakan *sectio caesare*, yaitu adanya komplikasi yang dapat terjadi pada saat terjadinya

pembedahan. Antara lain cedera kandung kemih, cedera rahim, cedera pada pembuluh darah, cedera pada usus, infeksi rahim, endometritis, dan infeksi akibat luka pembedahan. (Depkes RI, 2013).

Perawat harus bisa memahami hal tersebut, harus mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi *sectio caesarea*. Melakukan pengkajian pada pasien post op SC, menentukan diagnosa, menyusun rencana tindakan untuk mengatasi masalah tersebut dan mengimplementasikan rencana serta mengevaluasi hasil tindakan tersebut.

Dari uraian di atas maka penulis berusaha untuk memahami dan lebih mendalami kasus *Sectio Caesarea* sebagai tindakan lanjutan laporan akhir dengan judul " analisis praktik keperawatan dalam pemenuhan rasa nyaman nyeri pada Ny. M post op *Sectio Caesare* dengan *biologic nurturing baby led feeding* Tahun 2019"

### **Rumusan masalah**

Rumusan masalah pada makalah ini adalah analisis praktik keperawatan dalam pemenuhan rasa nyaman nyeri pada Ny. M post op *Sectio Caesare* dengan *biologic nurturing baby led feeding* Tahun 2019.

## **B. Tujuan penulisan**

### 1. Tujuan umum

Untuk analisis praktik keperawatan dalam pemenuhan rasa nyaman nyeri pada Ny. M post op *Sectio Caesare* dengan *biologic nurturing baby led feeding* tahun 2019.

### 2. Tujuan khusus

- a. Mampu memahami pemenuhan rasa nyaman nyeri dengan *biologic nurturing baby led feeding* tahun 2019.

- b. Mampu melakukan pengkajian persalinan post op sc dengan pemenuhan rasa nyaman nyeri dengan *biologic nurturing baby led feeding* tahun 2019.
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan post op sc dengan pemenuhan rasa nyaman nyeri dengan *biologic nurturing baby led feeding* tahun 2019.
- d. Mampu menerapkan intervensi post op sc dengan pemenuhan rasa nyaman nyeri dengan *biologic nurturing baby led feeding* tahun 2019.
- e. Mampu menerapkan implementasi untuk post op sc dengan pemenuhan rasa nyaman nyeri dengan *biologic nurturing baby led feeding* tahun 2019.
- f. Mampu mengevaluasi dan menganalisis hasil dari jurnal tentang pemenuhan rasa nyaman nyeri dengan *biologic nurturing baby led feeding* tahun 2019.

### **C. Manfaat penulisan**

#### 1. Bagi RSUD H Hanafie Ma.Bungo

Sebagai masukan untuk rumah sakit dalam peningkatan mutu dan pelayanan kesehatan di RSUD H Hanafie Ma. Bungo tahun 2019.

#### 2. Bagi Stikes Perintis Padang

g. Sebagai tambahan informasi dan bahan pustaka Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis mengenai analisis praktik keperawatan dalam pemenuhan rasa nyaman nyeri pada post op *Sectio Caesare* dengan *biologic nurturing baby led feeding* tahun 2019.

#### 3. Bagi mahasiswa

h. Agar mahasiswa dapat mengetahui gambaran secara umum dan menambah wawasan agar mampu memahami analisis praktik keperawatan dalam pemenuhan rasa nyaman nyeri post op *Sectio Caesare* dengan *biologic nurturing baby led feeding* tahun 2019.



## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

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

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

Menurut Purwanti (2012) masa Nifas merupakan sebuah fase setelah ibu melahirkan dengan rentang waktu kira-kira selama 6 minggu. Masa nifas dimulai setelah keluarnya plasenta sampai dengan kembalinya alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Selama masa pemulihan ibu akan mengalami banyak perubahan secara fisik maupun psikologis.

Menurut Heriyani (2012), Masa nifas merupakan masa 6 minggu setelah kelahiran. Masa nifas dimulai dari kelahiran plasenta dan berakhir dengan kembalinya alat-alat kandungan seperti keadaan sebelum hamil 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*

*Involusi* adalah suatu proses kembalinya uterus pada keadaan sebelum hamil. Dengan ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati).

###### *2) Lochea*

*Lochea* merupakan ekskresi berupa cairan dari rahim selama masa nifas berlangsung. *Lochea* berbau amis atau anyir dengan volume yang

berbeda-beda pada setiap wanita. *Lochea* yang berbau tidak sedap menandakan bahwa adanya *infeksi*. Proses *invulusi* akan menyebabkan perubahan warna dan volume pada *lochea*

### 3) Perubahan pada *serviks*

*Serviks* mengalami perubahan berbentuk agak menganga seperti corong, setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh *corpus uteri* yang dapat melakukan *kontraksi*, sedangkan *serviks* tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara *korpus* dan *serviks* berbentuk semacam *cincin*. *Serviks* tersebut berwarna merah kehitaman akibat penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lembut, kadang terdapat *laserasi* atau perlukaan kecil. Akibat robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka *serviks* tidak akan pernah 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 dapat masuk ke dalam rongga rahim hanya 2-3 jari. Pada minggu ke-6 *post partum*, *serviks* sudah menutup kembali.

#### 1. *Laktasi* /pengeluaran air susu ibu

Setelah persalinan biasanya payudara mengeluarkan *kolostrum* yang mengandung antibodi yang sangat dibutuhkan oleh bayi. Kira-kira pada hari ketiga *post partum* buah dada menjadi besar, keras, dan nyeri. Ini menandai permulaan *sekresi* Air Susu Ibu (ASI).

#### 2. Perubahan sistem tubuh lain

Dalam kehamilan, uterus memiliki banyak pembuluh darah besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan lagi pembuluh darah yang banyak maka *arteri* pun mengecil kembali. beberapa hari setelah persalinan, *ostium externum* dapat dilalui oleh 2 jari dan pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja. Pada minggu ketiga *post partum*, *rugae* mulai nampak kembali. setelah persalinan dinding perut menjadi longgar karena peregangan yang

lama dan biasanya akan pulih kembali setelah 6 minggu. saluran kencing memperlihatkan *edema*, *hiperaemia*, dan menjadi kurang sensitif, Saluran kencing akan kembali normal setelah 2 minggu masa nifas.

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

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

#### **1) Kebersihan Diri**

Kebersihan diri berguna untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan kenyamanan. Kebersihan diri tersebut yaitu kebersihan tubuh, kebersihan pakaian, kebersihan tempat tidur dan lingkungan.

#### **2) Istirahat**

Ibu nifas memerlukan istirahat dan tidur yang cukup yang cukup sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

##### **a. Latihan**

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

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

Tanda-tanda bahaya pada masa nifas merupakan suatu tanda yang apabila tidak diperiksa atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Purwanti, 2012).

#### **a. Perdarahan Pervaginam**

Setelah bersalin perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml disebut sebagai perdarahan pasca persalinan, Perkiraan kehilangan darah kadang-kadang hanya setengah dari biasanya.

#### **b. Sakit Kepala, Penglihat Kabur**

Gejala-gejala ini merupakan tanda-tanda terjadinya *Eklampsia* post partum, bila hal tersebut disertai dengan hipertensi.

c. Demam, Muntah, Rasa Sakit Waktu Berkemih

Pada awal masa nifas sensitifitas kandung kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman, yang ditimbulkan oleh episiomi yang lebar, laserasi, hematom dinding vagina.

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

Payudara yang tidak disusui secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet jelek, kurang istirahat, *anemia*

1) *Mastitis*

*Mastitis* merupakan peradangan pada payudara. *Mastitis* ini dapat terjadi kapan saja selama menyusui, akan tetapi paling sering terjadi antara hari ke-10 dan ke-28 setelah melahirkan.

2) *Abses Payudara*

*Abses* payudara berbeda dengan *mastitis*. *Abses payudara* terjadi apabila *mastitis* tidak tertangani dengan baik, sehingga memperberat *infeksi*.

3) Puting Susu Lecet

Puting susu lecet yang lecet disebabkan oleh trauma pada puting susu saat menyusui, selain itu dapat pula terjadi retak dan pembentukan celah-celah. Retakan tersebut bisa sembuh sendiri dalam waktu 48 jam.

e. Kehilangan Nafsu Makan Dalam Waktu yang Lama

Kelelahan yang berat pasca melahirkan bisa mengganggu nafsu makan, sehingga ibu tidak nafsu makan sampai kelelahan itu hilang. Setelah bersalin berikanlah ibu minuman yang bergula hangat seperti susu, kopi atau teh supaya tenaga ibu bersalin kembali, berikan juga makanan ringan agar alat pencernaan bisa beristirahat guna untuk memulihkan keadaan.

f. Rasa Sakit, Merah 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

Diakibatkan rasa emosional bercampur rasa takut yang dialami oleh kebanyakan wanita hamil dan melahirkan, rasa nyeri pasca melahirkan, kelelahan karena kurang tidur selama persalinan, kecemasan untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit, dan ketakutan tidak menarik lagi pasca melahirkan.

## 5. Adaptasi Psikologi Pada Ibu Masa Nifas

Menurut Ambarwati (2015) proses adaptasi psikologi dapat terjadi selama kehamilan, sebelum bersalin maupun setelah persalinan. Pada masa tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Masa nifas adalah masa yang rentan yang mudah menerima bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi tanggung jawab ibu mulai bertambah. Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

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

## B. Konsep Dasar Sectio Caesaria

### 1. Pengertian

*Sectio Caesarea* merupakan pembedahan untuk mengeluarkan janin dengan membuka dinding abdomen dan dinding uterus atau vagina untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Padila, 2015)

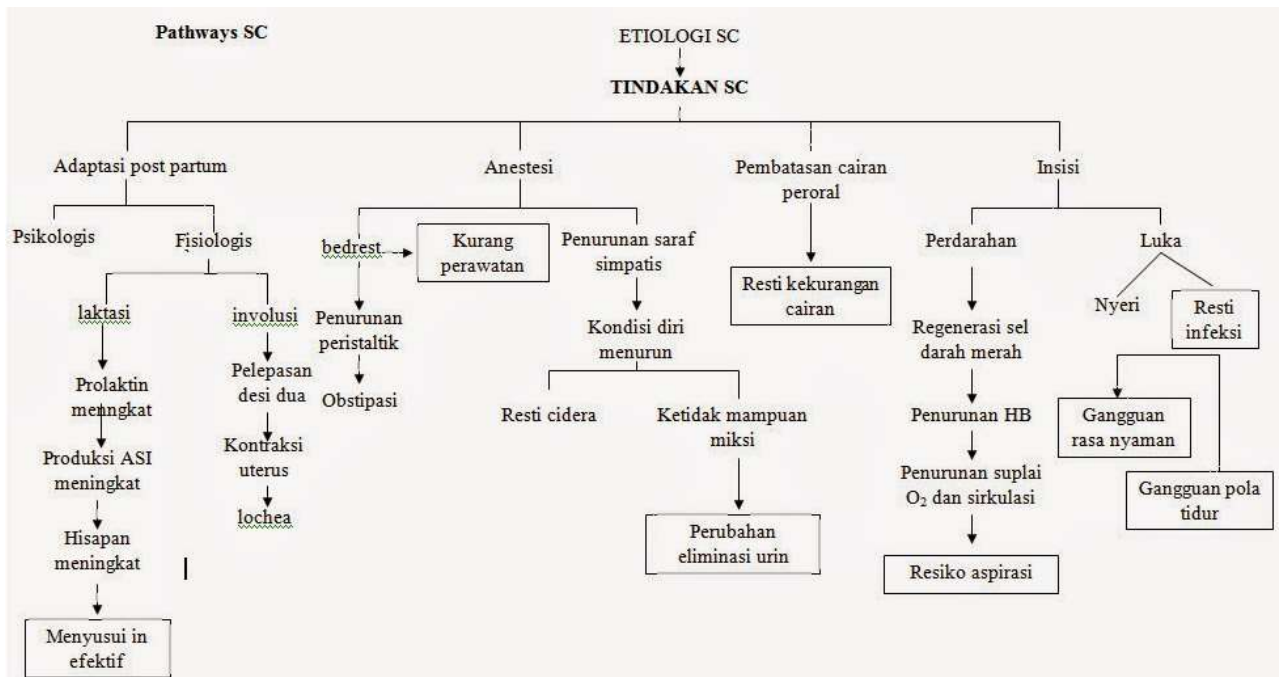
Sectio Caesaria merupakan tindakan untuk mengeluarkan janin dengan berat badan diatas 500 gram melalui pembedahan pada dinding uterus yang utuh (Gulardi & Wiknjosastro, 2010).

## **2. 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.



#### 4. Komplikasi

Pembedahan Sectio Caesaria menurut “Mochtar” (2011) antara lain :

##### A. Infeksi puerperal (nifas)

Yaitu sebelum pembedahan telah ditentukan gejala-gejala infeksi intra partum. Infeksi dikatakan ringan apabila hanya terjadi peningkatan suhu tubuh beberapa hari saja. Infeksi berat bila terdapat tanda infeksi sedang disertai peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Pada kasus seperti partus yang terlantar dan ketuban pecah dini biasanya yang terjadi infeksi.

##### B. Perdarahan

Pada Sectio Caesaria banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka dari pada persalinan normal karena atonia uteri serta pelepasan plasenta banyak mengeluarkan darah.

### C. Emboli pulmonal

Emboli terjadi karena pada pasien Sectio Caesaria dilakukan insisi pada abdomen dan mobilisasi yang kurang jika dibandingkan dengan kelahiran normal.

## C. Asuhan Keperawatan Teoritis

### 1. Pengkajian

#### 1. Identitas klien

- a) Nama :
- b) Umur :
- c) Jenis kelamin :
- d) Alama :
- e) Agama :
- f) Pendidikan :
- g) Pekerjaan :
- h) Suku bangsa :
- i) Status :
- j) Tanggal masuk :
- k) Nomor register :
- l) Dianosa :

#### 2. Keluhan utama

Pada klien SC biasanya mengeluh nyeri pada luka jahitan, susah bergerak.



### 3. Riwayat kesehatan

#### a) Riwayat kesehatan dahulu:

Adanya penyakit : DM, jantung, hipertensi, hepatitis, abortus dan penyakit kelamin.

#### b) Riwayat kesehatan sekarang :

Keluarnya cairan ketuban dari pervaginam dengan spontan tidak ada tanda-tanda persalinan.

#### c) Riwayat kesehatan keluarga:

Penyakitn genetik seperti : jantung, DM, hipertensi, TBC, abortus yang berulang, dan kelamin.

### 4. Pola-pola fungsi kesehatan

#### a) Pola aktifitas

Aktivitas klien terbatas, dibantu oleh orang lain untuk memenuhi keperluannya karena klien mudah letih, klien hanya isa beraktivitas ringan seperti : duduk ditempat tidur, menyusui.

#### b) Pola eliminasi

Klien dengan pos partum biasanya sering terjadi adanya perasaan sering /susah kencing akibat terjadinya odema dari trigono, akibat tersebut menimbulkan inpeksi uretra sehingga menyebabkan konstipasi karena takut untuk BAB.

#### c) Istirahat dan tidur

Klien pada masa nifas sering terjadi perubahan pola istirahat dan tidur akibat adanya kehadiran sang bayi dan nyeri jahitan.

d) Pola hubungan dan peran

Klien akan menjadi ibu dan istri yang baik untuk suaminya.

e) Pola penagulangan stress

Klien merasa cemas karena tidak bisa mengurus bayinya sendiri.

f) Pola sensori dan kognitif

Klien merasakan nyeri pada prineum karena adanya luka janhitan akibat SC.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa dirinya tidak seindah sebelum hamil, semenjak melahirkan klien menalami perubahan pada ideal diri.

h) Pola reproduksi dan sosial

Terjadi perubahan seksual atau fungsi seksualitas akibat adanya proses persalinan dan nyeri ekas jahitan luka SC.

## 5. Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Kebersihan kepala, adanya lesi, benjolan, nyeri tekan, warna rambut

b) Leher

Pembesaran kelenjar tiroid, nyeri tekan, terdapat lesi

c) Mata

Adanya pembengkakan pada kelopak mata, anemia, konjungtiva anemik, sklera kuning.

d) Telinga

Simetris kiri dan kanan, kebersihan telinga, apakah ada cairan yang keluar dari telinga, adanya serumen

e) Hidung

Apakah terdapat polip, kelenjar pada masa nifas biasanya terjadi pernapasan cuping hidung.

f) Dada

Terjadi pembesaran payudara, dada simetris

g) Abdomen

Tampak ada bekas jahitan luka SC, fundus uteri setelah melahirkan 3 jari dibawah pusat, apakah ada sriek

h) Genitalia

Adanya cairan yang keluar berupa darah bercampur lendir, cairan air ketuban

i) Anus

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

j) Ekstermitas

Apakah ada edema pada ekstremitas bawah dan atas, akibat dari membesarnya uterus akibat preeklamsia atau penyakit lainnya seperti jantung, ginjal.

k) Tanda-tanda vital

Tekanan darah menurun, takikardi, penurunan suhu tubuh, pernapasan menjadi meningkat.

**2. Diagnosa Keperawatan**

- a. Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi operasi
- b. Defisit pengetahuan tentang perawatan ibu nifas dan perawatan post operasi berhubungan dengan kurangnya sumber informasi
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif, paparan lingkungan patogen
- d. Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi.

### 3. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (luka insisi operasi)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan indicator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>5. Tanda vital dalam rentang normal</li> </ol>	<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 tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <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> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>12. Ajarkan tentang teknik 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. Kolaborasikan 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 pemberian, dan dosis optimal</li> <li>7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</li> <li>8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik</li> </ol>
--	--	--

			<p>pertama kali</p> <p>9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p> <p>10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)</p>
2	<p>Defisit pengetahuan tentang perawatan ibu nifas dan perawatan post operasi berhubungan dengankurangnya sumber informasi</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pengetahuan klien meningkat dengan indikator:</p> <p>Kowledge : disease process</p> <p>Kowledge : health Behavior</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</li> <li>2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.</li> </ol>	<p><b>Teaching : Disease Process</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.</li> <li>3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna cara yang tepat</li> <li>6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat</li> <li>7. Hindari jaminan yang kosong</li> <li>8. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</li> <li>9. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</li> </ol>

			<p>10. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</p> <p>11. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</p> <p>12. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat</p> <p>13. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat</p> <p>14. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan</p>
3	Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif, paparan lingkungan patogen	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi terkontrol dengan indicator:</p> <p>Immune Status Knowledge : Infection control Risk control</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</li> <li>3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>4. Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>5. Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ol>	<p><b>Infection Control (Kontrol infeksi)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>2. Pertahankan teknik isolasi</li> <li>3. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>8. Pertahankan lingkungan</li> </ol>



			<p>aseptik selama pemasangan alat</p> <p>9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</p> <p>10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</p> <p>11. Tingkatkan intake nutrisi</p> <p>12. Berikan terapi antibiotik bila perlu</p> <p><b>Infection Protection (Proteksi Terhadap Infeksi)</b></p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p> <p>2. Monitor hitung granulosit, WBC</p> <p>3. Monitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>4. Batasi pengunjung</p> <p>5. Saring pengunjung terhadap penyakit menular</p> <p>6. Partahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko</p> <p>7. Pertahankan teknik isolasi k/p</p> <p>8. Berikan perawatan kuliati pada area epidema</p> <p>9. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</p> <p>10. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah</p> <p>11. Dorong masukkan nutrisi yang cukup</p> <p>12. Dorong masukan cairan</p> <p>13. Dorong istirahat</p> <p>14. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai</p>
--	--	--	--

			<p>resep</p> <p>15. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p> <p>16. Ajarkan cara menghindari infeksi</p> <p>17. Laporkan kecurigaan infeksi</p> <p>18. Laporkan kultur positif</p>
4	<p>Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 6 jam diharapkan ansietas klien berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien terlihat lebih tenang dan tidak gelisah</li> <li>2. Klien mengungkapkan bahwa ansietasnya berkurang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji respon psikologis terhadap kejadian dan ketersediaan sistem pendukung</li> <li>2. Tetap bersama klien, bersikap tenang dan menunjukkan rasa empati</li> <li>3. Observasi respon nonverbal klien (misalnya: gelisah) berkaitan dengan ansietas yang dirasakan</li> <li>4. Dukung dan arahkan kembali mekanisme koping</li> <li>5. Berikan informasi yang benar mengenai prosedur pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi.</li> <li>6. Diskusikan pengalaman / harapan kelahiran anak pada masa lalu</li> <li>7. Evaluasi perubahan ansietas yang dialami klien secara verbal</li> </ol>

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah melaksanakan tindakan/ intervensi sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat dengan menerapkan rencana tersebut dalam tindakan nyata.

## 5. Evaluasi

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya.

## B. Anatomi dan Fisiologi

Organ-organ internal sistem reproduksi perempuan terdiri dari dua ovarium dan dua tuba fallopi atau saluran telur, uterus dan vagina. Pada perempuan dewasa ovarium berkembang dan melepaskan sel telur dan menghasilkan hormon steroid. Sejumlah kecil estrogen yang paling kuat dan disekresi dalam jumlah banyak oleh ovarium.

### 1. Genitalia eksternal

Genitalia eksterna sering dinamakan vulva, yang artinya pembungkus atau penutup vulva terdiri dari :

#### a. Mons pubis

Merupakan bantalan jaringan lemak yang terletak di atas simpisis pubis

#### b. Labia mayora

Terdiri dari 2 buah lipatan kulit dengan jaringan lemak di bawahnya yang berlanjut ke bawah sebagai perluasan dari mons pubis dan menyatu menjadi perinium

#### c. Labia minora

Merupakan 2 buah lipatan tipis kulit yang terletak disebelah dalam labia mayora, labia minora tidak memiliki lemak subkutan.

#### d. Klitoris

Merupakan tonjolan kecil jaringan erektil yang terletak pada titik temu labia minora di sebelah anterior, sebagai salah satu zona erotik yang utama pada wanita.

e. Vestibulum

Adalah rongga yang di kelilingi oleh labia minora

f. Perinium

Struktur ini membentang dari fourchette ( titik temu labia minora di sebelah posterioranus

2. Genitalia interna



a. Vagina

Merupakan saluran fibromuskuler elastis yang membentang ke atas dan ke belakang dari vulva hingga uterus. Dinding anterior vagina memiliki panjang 7,5 cm dan dinding posteriornya 9 cm.

Fungsi vagina :

- 1) Lintasan bagi spermatozoa
- 2) Saluran keluar bagi janin dan produk pembuahan lainnya saat persalinan
- 3) Saluran keluar darah haid

b. Uterus

Berbentuk seperti buah advokat, sebesar telur ayam. Terdiri dari fundus uteri, korpus uteri dan serviks uteri. Korpus uteri merupakan bagian uterus terbesar dan sebagai tempat janin berkembang.

Uterus terdiri dari :

- 1) Fundus uteri
- 2) Korpus uteri

Fungsi uterus adalah :

- (1) Menyediakan tempat yang sesuai bagi ovum yang sudah di buahi untuk menanamkan diri.
- (2) Jika korpus luteum tidak berdegenerasi, yaitu jika korpus luteum dipertahankan oleh kehamilan, maka estrogen akan terus di produksi sehingga kadar nya tetap berada di atas nilai ambang perdarahan haid dan amenorea merupakan salah satu tanda pertama untuk kehamilan.
- (3) Memberikan perlindungan dan nutrisi pada embrio atau janin sampai matur.
- (4) Mendorong keluar janin dan plasenta pada persalinan.
- (5) Mengendalikan perdarahan dari tempat perlekatan plasenta melalui kontraksi otot-otot.

c. Tuba fallopi

Disebut juga dengan oviduct, saluran ini terdapat pada setiap sisi uterus dan membentang dari kornu uteri ke arah dinding lateral pelvis.

d. Ovarium

Merupakan kelenjar kelamin. Ada 2 buah ovarium yang masing-masing terdapat pada tiap sisi dan berada di dalam kavum abdomen di belakang ligamentum latum dekat ujung fibria tuba fallopi. Fungsi ovarium adalah untuk produksi hormon dan ovulasi.

## C. Manajemen nyeri

### 1. Pengertian nyeri

Nyeri merupakan perasaan tubuh atau bagian tubuh seseorang yang menimbulkan respon tidak menyenangkan dan nyeri dapat memberikan suatu pengalaman alam rasa (Judha,2012).

Nyeri dapat disebabkan oleh berbagai stimulus seperti mekanik, termal, kimia, atau elektrik pada ujung-ujung saraf. Perawat mampu memahami respon fisiologis tubuh pasien terhadap nyeri. Sewaktu nyeri biasanya pasien akan tampak meringis, kesakitan, takikardi, berkeringat, napas lebih cepat, pucat, berteriak, menangis, dan tekanan darah meningkat (Lukas, 2004 cit Wahyuningsih, 2014).

## **2. Klasifikasi nyeri**

### **a. nyeri akut**

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial. Gejala yang terjadi tiba – tiba dapat diantisipasi atau diprediksi ringan atau berat (NANDA, 2015).

### **b. nyeri kronis**

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan. Gejala yang terjadi yaitu timbul secara tiba – tiba terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung >3 bulan, dengan intensitas ringan hingga berat (NANDA, 2015).

## **3. Faktor yang memengaruhi nyeri**

### **a. Usia**

Usia merupakan variabel yang penting yang mempengaruhi nyeri, tepatnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan tersebut dapat mempengaruhi bagaimana anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri.

### **b. Jenis kelamin**

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespon terhadap nyeri, tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa harus memperhatikan jenis kelamin.

c. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatian pada nyeri mempengaruhi persepsi nyeri, perhatian yang lebih dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya untuk distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini adalah salah satu yang perawat terapkan sebagai terapi untuk mengurangi nyeri seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing dan masase. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain. Maka perawat dapat menempatkan nyeri pada kesadaran perifer.

d. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai pada suatu budaya akan mempengaruhi cara individu untuk mengatasi nyeri. Hal ini tersebut bagaimana cara bereaksi terhadap rangsangan nyeri. Cara individu mengekspresikan nyeri merupakan sipat kebudayaan. Beberapa budaya mengatakan bahwa memperlihatkan rasa nyeri yang dirasakan merupakan suatu yang alamiah. Sosial suatu budaya menggambarkan perilaku psikologis seseorang. Akibat adanya perbedaan budaya tersebut akan mempengaruhi fisiologis opiate endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

e. Makna nyeri

Makna seseorang yang terkait dengan pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Seseorang akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda. Apabila nyeri yang dirasakan memberi kesan ancaman. Misalnya, seorang wanita yang mengalami persalinan dengan SC akan berbeda dengan seorang wanita yang melahirkan secara normal, kualitas nyeri yang dirasakan tersebut pasti

akan berbeda. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri.

f. Ansietas

Ansietas akan meningkatkan persepsi nyeri, nyeri yang dirasakan juga dapat menimbulkan kecemasan. Rasa cemas apabila tidak mendapatkan perhatian didalam suatu lingkungan berteknologi tinggi, misalnya unit perawatan intensif maka rasa cemas tersebut dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius nyeri yang tak kunjung hilang seringkali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian.

g. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu mengalami nyeri, dengan jenis yang berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan, akan lebih mudah individu tersebut menginterpretasikan sensai nyeri.

h. Gaya koping

Klien seringkali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri. Penting untuk memahami sumber-sumber koping klien selama ia masih merasakan nyeri. Komunikasi dengan keluarga adalah sumber-sumber pendukung. Melakukan latihan untuk mengurangi rasa nyeri sampai tingkat tertentu dapat dilakukan pada rencana asuhan keperawatan.

i. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri tergantung pada orang disekelilingnya seperti, anggota keluarga, teman dekat, orang terdekat untuk mendapatkan dukungan. Walaupun nyeri masih tetap dirasakan, setidaknya dengan kehadiran orang yang dicintai pasien dapat mengurangi rasa keakutan. Apabila tidak ada kehadiran orang yang dicintai tersebut akan membuat klien semakin tertekan. Kehadiran orang tua sangat penting terutama bagi anak-anak yang sedang mengalami nyeri.



#### **4. Penatalaksanaan nyeri**

##### **a. Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologis**

Penatalaksanaan non farmakologi menurut Bangun dan Nur' aeni (2013), adalah suatu tindakan pereda nyeri yang dapat dilakukan perawat secara mandiri tanpa tergantung pada petugas medis lainnya dimana dalam pelaksanaannya perawat dengan penuh pertimbangan dan keputusannya sendiri. Kebanyakan pasien dan anggota tim kesehatan lainnya untuk memberikan obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Akan tetapi banyak aktifitas keperawatan non farmakologi yang dapat membantu menghilangkan nyeri, metode pereda nyeri nonfarmakologi memiliki resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti obat-obatan.

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

#### **5. Konsep menyusui**

##### **a. Pengertian menyusui**

Menyusui adalah suatu cara yang alamiah manusia untuk mempertahankan dan melanjutkan kelangsungan hidup bayinya. ASI adalah makanan bayi yang paling utama pada bulan awal lahir hingga umur 2 tahun. Perkembangan zaman membawa perubahan bagi kehidupan manusia pada saat ini, dengan bertambahnya ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin pesat membuat pengetahuan manusia mengetahui pentingnya ASI bagi kehidupan seorang bayi.

##### **b. Manfaat menyusui**

1. ASI dapat mengurangi tingkat depresi pada ibu
2. ASI dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh pada bayi

3. ASI dapat membantu memperkuat ikatan emosional antara anak dan ibu
4. ASI dapat membuat anak lebih cerdas
5. ASI dapat mengurangi resiko obesitas pada bayi
6. ASI bisa membuat anak berperilaku lebih baik
7. Nutrisi yang terkandung didalam ASI akan membantu otak anak berkembang sempurna dan lebih bagus dari pada nutrisi yang terkandung didalam susu formula.
8. ASI membantu ibu menurunkan berat badan setelah melahirkan
9. ASI dapat mengurangi risiko kanker payudara pada ibu
10. ASI membantu ekonomi keluarga karena produksinya yang gratis dan mudah.

**Adaptasi Psikologis Ibu Post Partum menurut “Bobak” (2014) :**

1. *Fase Taking In (Dependent)*

Terjadi pada jam pertama persalinan dan berlangsung sampai hari kedua persalinan. Pada setiap tahap ini ibu mengalami ketergantungan pada orang lain termasuk dalam merawat bayinya. Lebih berfokus pada dirinya sendiri, pasif dan memerlukan istirahat serta makanan yang adekuat.

2. *Fase Taking Hold (Dependent-Independent)*

Terjadi pada hari ketiga setelah persalinan, ibu mulai berfokus pada bayi dan perawatan dirinya. Pada fase ini merupakan tahap yang tepat untuk melakukan penyuluhan.

3. *Fase Letting Go (Independent)*

Tahap ini dimulai dari terakhir minggu pertama persalinan, pada fase ini ibu dan keluarga memulai penyesuaian terhadap kehadiran anggota keluarga yang baru serta peran yang baru.



## TINJAUAN KASUS

### A. DATA UMUM

Inisial Klien : Ny M  
Umur : 38 Tahun  
No. Rekam Medik : 014-91-11  
Pekerjaan : IRT  
Agama : Islam  
Alamat : rantau panjang, Kec.  
jujuhan  
Suku Bangsa : Indonesia  
Status marital : Menikah  
Pendidikan terakhir istri : SD  
Data Penanggung Jawab :  
Inisial suami : Tn Y  
Umur : 43 Tahun  
Pendidikan terakhir suami : SD  
Tanggal Masuk Rs : 09 November 2018 pukul  
08.30 wib  
Tanggal pengkajian : 09 November 2018  
Status Pasien : bpjs

### Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

No	Tahun	Jenis persalinan	Penolong	Jenis kelamin	Keadaan bayi waktu lahir	Masalah kehamilan
1	2005	Normal	Dukun	Perempuan	Sehat	Tidak ada
1	2012	Normal	Bidan	Laki laki	Sehat	Tidak ada
2	2018	SC	Dokter	Perempuan	Sehat	PEB

pengalaman menyusui : ya

berapa lama : 2 tahun

**B. Riwayat kehamilan saat ini**

1. Berapa kali periksa hamil :selama kehamilan ibu mengatakan pernah periksa kehamilan 2x dengan bidan
2. Masalah kehamilan : saat dirumah sakit klien diperiksa oleh dokter dengan masalah preeklamsia berat

**C. Riwayat persalinan**

1. jenis persalinan : SC dengan preeklamsia berat tgl/ jam :  
09 November 2018. 10.10 WIB
2. Jenis kelamin Bayi : perempuan BB : 2,9 kg PB : 40cm
3. Perdarahan : ± 120 cc
4. Masalah dalam persalinan: tidak ada masalah

**D. Riwayat Ginekologi**

1. Masalah ginekologi : Tidak ada masalah
2. Riwayat KB : Ibu mengatakan pernah memakai kb suntik 3 bulan sekali dan sudah berhenti sejak 2 tahun yang lalu

**E. DATA UMUM KESEHATAN SAAT INI**

Status Obstretik : P:3 A:1 H:3

Keadaan umum : Lemah Kesadaran : compos mentis GCS 15  
BB: 60kg PB: 155 cm

Tanda Vital

Tekanan darah : 120/90 mmHg. Nadi: 85x/menit

Suhu : 36 C. Pernapasan: 20x/menit

1. Kepala leher

Kepala : Tampak bersih, warna rambut hitam, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Mata : Konjungtiva ananemis, tidak ada masalah penglihatan

Hidung : Tidak ada pulip, hidung bersih, tidak ada masalah penciuman

Mulut :bibir kering dan pucat, tidak ada perdarahan pada gusi, mulut bersih, gigi lengkap

Telinga : Tidak ada serumen, tidak ada benjolan, simetris kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan

Leher : leher tampak bersih, tidak ada pembengkakan pada kelenjar tiroid

Masalah khusus : tidak ada masalah

2. Dada : bentuk dada simetris, bunyi jantung reguler, ronchi(-), wheezing (-). Bunyi paru vesikuler, tidak ada penggunaan suara nafas tambahan

Payudara : Simetris kiri dan kanan, puting menonjol

Pengeluaran ASI: ada, ± 25 cc/hari

Puting susu : menonjol, puting susu berwarna coklat kehitaman, sudah ada pengeluaran colostrums.

Masalah khusus : tidak ada masalah

Abdomen

I : tampak luka post op sc sepanjang 12 cm, sekitar luka tampak kemerahan, perban luka tampak keluar pus, bengkak sekitar luka

P : nyeri tekan, skala nyeri 8, intensitas berat

P : tidak teraba pembesaran hepar, tidak teraba massa, perkusi timpani

A : bising usus 23 kali

Involusi Uterus

Masalah khusus : tidak ada masalah

Vagina : integritas kulit: elastis

Edema: tidak ada

Memar: tidak ada

Perineum:

Tanda REEDA:

R: kemerahan : tampak kemerahan sekitar luka

E: bengkak : bengkak disekitar luka jahitan

E: echimosis : tidak tampak memar / kebiruan

D: discharge: klien susah untuk bergerak

Kebersihan: luka masih keluar pus

Lokia

Jumlah : 220 ml

Jenis/warna : merah kehitaman

Bau : Amis

#### Ekstremitas

Ekstremitas atas : edema: tidak ada edema ekstremitas atas

Ekstremitas bawah

Inspeksi : tampak edema kiri dan kanan

Palpasi : varises: tidak ada

Edema : kiri dan kanan

Tanda Homan : tidak ada

Masalah khusus : edema

#### Eliminasi

Urin : kebiasaan BAK sebelum sakit 8x

BAK saat ini : klien memakai kateter 500 cc /3jam nyeri: tidak ada

BAB : kebiasaan BAB sebelum sakit 2x sehari

BAB saat ini : semenjak sakit klien hanya BAB 1x

Masalah khusus : tidak ada masalah

#### Istirahat dan kenyamanan

Pola tidur : kebiasaan tidur sebelum sakit, lama: 6 jam

Pola tidur saat ini : klien tidur malam 5 jam, pada siang hari klien hanya tidur  $\pm$  1-2 jam

Keluhan ketidaknyamanan : ya Lokasi: abdomen

sipat: nyeri Intensitas:8

#### Mobilisasi dan latihan

Tingkat mobilisasi : klien mobilisasi masih dibantu orang lain

Latihan/senam : tidak ada

Masalah khusus : tidak ada masalah

#### Nutrisi dan cairan

Asupan nutrisi : hanya dihabiskan 1/2 porsi dari porsi yang diberikan

Asupan cairan : klien minum 8 gelas perhari

Masalah khusus : tidak ada masalah

#### Keadaan mental

Adaptasi psikologis : pada saat pengkajian post op sc klien tampak gelisah, cemas terhadap lukanya, terpikir bayinya

Penerimaan terhadap bayi : klien menerima bayinya dengan baik

Masalah khusus : ansietas

Kemampuan menyusui : bayi klien dibawa keruang perinatologi

#### Obat-obatan:

- a. RL + Mgso4 40% 20 cc 20 tts/mnt
- b. Nipedifine 3x50 mg
- c. Dexametasone 2x10 mg (2 ampl)
- d. Dexetopren 3x30 mg
- e. Ranitidin 3x50 mg

#### Hasil pemeriksaan penunjang

1. Hb: 10,5 gr/dl
2. leukosit: 12,500 sel/mm<sup>3</sup>
3. Hematokrit: 34%
4. trombosit: 306.000sel/mm<sup>3</sup>

#### F. RANGKUMAN HASIL PENGKAJIAN

Pada saat pengkajian klien tampak gelisah dan sedih, klien mengatakan cemas terhadap lukanya, klien mengatakan terpikir bayinya, klien mengeluh nyeri pada luka post op sc skala nyeri 8 nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, luka tampak kemerahan, bengkak disekitar luka, panjang luka 12 cm, TTV : nadi: 85x/mnt, RR: 20x/mnt, TD: 120/90 mmHg, S: 36 C.

#### G. ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOOGI	MASALAH
1	<b>DS :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen</li><li>• klien mengatakan nyeri</li></ul>	<b>Agen cedera fisik</b>	<b>Nyeri Akut</b>



	<p>seperti tertusuk-tusuk skala nyeri 8</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan sulit untuk bergerak</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak meringis dan sedih</li> <li>• klien tampak gelisah</li> <li>• klien tampak memegang abdomen</li> <li>• tampak bekas jahitan SC di abdomen</li> <li>• panjang luka 12 cm</li> <li>• TTV: TD : 120/90 mmHg</li> <li>• RR : 20 x/mnt</li> <li>• N : 85 x/mnt</li> <li>• S : 36 C</li> </ul>		
2	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan luka post op sc masih basah</li> <li>• klien mengatakan luka post op sc masih tertutup perban</li> <li>• klien mengatakan tidak tahu cara merawat lukanya</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tampak luka post op sc sepanjang ± 12 cm</li> <li>• sekitar luka tampak merah</li> <li>• bengkak disekitar luka</li> <li>• TTV : TD : 120/90 mmHg</li> </ul>	<p><b>Trauma pembedahan (luka post op sc)</b></p>	<p><b>Resiko infeksi</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N : 85 x/mnt</li> <li>• RR : 20 x/mnt</li> <li>• S : 36 C</li> <li>• leukosit : 12.500</li> </ul>		
3	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan memikirkan bayinya</li> <li>• klien mengatakan cemas terhadap lukanya</li> <li>• klien mengatakan cemas dengan kondisinya</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak gelisah</li> <li>• klien tampak takut</li> <li>• klien tampak memikirkan bayinya</li> <li>• klien tampak cemas dengan lukanya</li> <li>• TTV : TD : 120/90 mmHg</li> <li>• N : 85 x/mnt</li> <li>• RR : 20 x/mnt</li> <li>• S : 36 C</li> </ul>	<b>Perubahan status kesehatan</b>	<b>Ansietas</b>

#### H. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b/d agen cedera fisik
2. resiko infeksi b/d trauma pembedahan post op sc
3. ansietas b/d perubahan status kesehatan

## I. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN INDIKATOR (NOC)	INTERVENSI (NIC)
1	Nyeri akut b/d agen cidera fisik	<p>Setelah dilakukan perawatan 1x24 jam diharapkan nyeri klien berkurang.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mengontrol nyeri ( tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri,mencari bantuan)</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ol>	<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 prepitasi</li> <li>2. gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>3. kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>4. kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>5. pilih dan lakukan penangan nyeri (farmakologi dan non farmakologi)</li> <li>6. ajarkan tentang nonfarmakologi dengan cara tarik napas dalam</li> <li>7. tingkatkan istirahat</li> </ol>

			<p>8. kolaborasi dengan dokter tentang pemberian analgetik</p> <p>9. monitor vital sign</p>
2	Resiko infeksi	<p>Setelah dilakukan perawatan 1x24 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda infeksi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>3. Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>4. Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ol>	<p><b>Infection control (kontrol infeksi)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. cuci tangan sebelum dan sesudah perawatan luka post op sc</li> <li>2. batasi pengunjung</li> <li>3. monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</li> <li>4. monitor kerentanan terhadap infeksi</li> <li>5. infeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan</li> <li>6. ajarkan tentang cara menghindari infeksi</li> <li>7. dorong istirahat</li> </ol>
3	Ansietas b/d perubahan status kesehatan	<p>Setelah dilakukan perawatan 1x24 jam diharapkan cemas berkurang dan tahu cara merawat luka post op sc.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mengidentifikasi dan</li> </ol>	<p><b>Anxiety reduction (penurunan kecemasan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. gunakan pendekatan yang menenangkan</li> <li>2. pahami perspektif pasien terhadap situasi stres</li> <li>3. temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</li> </ol>

		<p>mengungkapkan gejala cemas</p> <p>2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas</p> <p>3. Vital sign dalam batas normal</p> <p>4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya cemas</p>	<p>4. dorong keluarga untuk menemani anak</p> <p>5. dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>6. identifikasi tingkat kecemasan</p> <p>7. bantu pasien untuk mengenali situasi yang menimbulkan kecemasan</p> <p>8. dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p> <p>9. menunjukkan dan berlatih teknik relaksasi dengan pasien</p> <p>10. intruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi</p>
--	--	---	--

**J. EVALUASI DAN PERKEMBANGAN**

<b>NO</b>	<b>DX</b>	<b>HARI/TGL /JAM</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>JAM</b>	<b>EVALUASI</b>
1	1	Jumat 09.11.2018 14.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor prepitasi</li> <li>2. Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>3. Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>4. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>5. Memilih dan lakukan penangan nyeri (farmakologi dan non farmakologi)</li> </ol>	18.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien mengatakan luka post op sc masih nyeri</li> <li>➤ klien mengatakan nyeri seperti ertusuk-tusuk skala nyeri 8</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien tampak meringis</li> <li>➤ klien tampak kesulitan untuk bergerak karena luka post op sc</li> <li>➤ TTV</li> </ul> <p>TD: 120/90mmHg</p> <p>N : 82 x/mnt</p> <p>S : 36 C</p> <p>RR : 20 x/mnt</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum terastasi</p> <p>P : Intervensi 4,6,7,9 dilanjutkan</p>

			<p>6. Mengajarkan tentang nonfarmakologi</p> <p>7. Meningkatkan istirahat</p> <p>8. kolaborasi dengan dokter tentang pemberian analgetik</p> <p>9. Memonitor vital sign</p>		
2	2	<p>Jumat</p> <p>09.11.2018</p> <p>16.00</p>	<p>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan luka post op sc</p> <p>2. Membatasi pengunjung</p> <p>3. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p> <p>4. Memonitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>5. infeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan</p> <p>6. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>7. Memonitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>8. infeksi kulit dan membran mukosa</p>	17.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien mengatakan luka masih tertutup perban</li> <li>➤ klien mengatakan luka masih terasa basah</li> <li>➤ klien mengatakan masih keluar darah pada perban</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ luka tampak masih basah</li> <li>➤ tampak luka post op sc spnjang 12 mm</li> <li>➤ disekitar luka tampak kemerahan</li> <li>➤ luka tampak tertutup perban</li> <li>➤ TTV TD : 110/90 mmHg</li> <li>N : 82 x/mnt</li> <li>S : 36 c</li> </ul>

			<p>terhadap kemerahan</p> <p>9. Mengajarkan tentang cara menghindari infeksi</p> <p>10. Mendorong istirahat</p>		<p>RR : 23 x/mnt</p> <p>leukosit : 12.500</p> <p>A : masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,3,4,5,10 dilanjutkan</p>
3	3	<p>Jumat</p> <p>09.11.2018</p> <p>17.00</p>	<p>1. Menggunakan pendekatan yang menenangkan</p> <p>2. Memahami prespektif pasien terhadap situasi stres</p> <p>3. Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</p> <p>4. Mendorong keluarga untuk menemani anak</p> <p>5. Mendengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>6. Mengidentifikasi tingkat kecemasan</p> <p>7. Membantu pasien untuk mengenali situasi yang menimbulkan</p>	17.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien mengatakan masih cemas dengan kondisi luka post op sc</li> <li>➤ klien mengatakan mengkhawatirkan bayinya</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien tampak gelisah</li> <li>➤ klien tampak bingung</li> <li>➤ klien tampak khawatir dengan bayinya</li> <li>➤ TTV TD : 110/90 mmHg</li> </ul> <p>N : 82 x/mnt</p> <p>S : 36 C</p> <p>RR : 23 x/mnt</p> <p>A : masalah ansietas belum teratasi</p> <p>P : intervensi 6,7,8,9,10 dilanjutkan</p>



			kecemasan 8. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 9. menunjukan dan berlatih teknik relaksasi dengan pasien 10. Mengintruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi		
--	--	--	--	--	--

NO	DX	HARI/TGL /JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI
1	1	Sabtu 10.11.2018 09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor precipitasi</li> <li>2. Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>3. Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>4. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>5. Memilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan non farmakologi)</li> <li>6. Mengajarkan tentang</li> </ol>	14.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien mengatakan luka post op sc masih nyeri</li> <li>➤ klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk skala nyeri 8</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien tampak meringis</li> <li>➤ klien tampak gelisah</li> <li>➤ klien masih kesulitan untuk berpindah</li> <li>➤ TTV</li> </ul> <p>TD: 130/90mmHg N : 90 x/mnt S : 36,8 C RR : 20 x/mnt</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 4,6,7,9 dilanjutkan</p>

			<p>nonfarmakologi</p> <p>7. Meningkatkan istirahat</p> <p>8. kolaborasi dengan dokter tentang pemberian analgetik</p> <p>9. Memonitor vital sign</p>		
2	2	<p>Sabtu</p> <p>10.11.2018</p> <p>10.00</p>	<p>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan luka post op sc</p> <p>2. Membatasi pengunjung</p> <p>3. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p> <p>4. Memonitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>5. infeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan</p> <p>6. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>7. Memonitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>8. infeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan</p>	16.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien mengatakan luka masih tertutup perban dan masih keluar darah</li> <li>➤ klien mengatakan luka masih terasa basah</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ luka tampak masih basah</li> <li>➤ sekitar luka tampak kemerahan</li> <li>➤ tampak luka post op sc spnjang 12 mm</li> <li>➤ bengkak disekitar luka</li> <li>➤ luka tampak tertutup perban</li> <li>➤ tampak masih keluar darah</li> <li>➤ TTV TD : 130/90 mmHg</li> </ul> <p>N : 89 x/mnt</p> <p>S : 36,8 c</p>

			<p>9. Mengajarkan tentang cara menghindari infeksi</p> <p>10. Mendorong istirahat</p>		<p>RR : 19 x/mnt</p> <p>leukosit : 12.500</p> <p>A : masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,3,4,5,10 dilanjutkan</p>
3	3	<p>Sabtu</p> <p>10.11.2018</p> <p>12.00</p>	<p>1. Menggunakan pendekatan yang menenangkan</p> <p>2. Memahami prespektif pasien terhadap situasi stres</p> <p>3. Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</p> <p>4. Mendorong keluarga untuk menemani anak</p> <p>5. Mendengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>6. Mengidentifikasi tingkat kecemasan</p> <p>7. Membantu pasien untuk mengenali situasi yang menimbulkan</p>	17.30	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien mengatakan masih cemas terhadap lukanya</li> <li>➤ klien mengatakan memikirkan bayinya</li> <li>➤ klien mengatakan cemas terhadap kondisinya</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien tampak gelisah</li> <li>➤ klien tampak memikirkan bayinya</li> <li>➤ klien tampak cemas</li> <li>➤ klien tampak takut</li> <li>➤ TTV TD : 120/90 mmHg</li> </ul> <p>N : 89 x/mnt</p> <p>S : 36,8 C</p> <p>RR : 19 x/mnt</p> <p>A : masalah ansietas belum teratasi</p>

			<p>kecemasan</p> <p>8. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p> <p>9. menunjukan dan berlatih teknik relaksasi dengan pasien</p> <p>10. Mengintruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi</p>		P : intervensi 6,7,8,9,10 dilanjutkan
--	--	--	---	--	---------------------------------------

NO	DX	HARI/TGL /JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI
1	1	Minggu 11.11.2018 08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor precipitasi</li> <li>2. Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>3. Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>4. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>5. Memilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan non farmakologi)</li> <li>6. Mengajarkan tentang</li> </ol>	14.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien mengatakan luka masih nyeri</li> <li>➤ klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk skala nyeri 6</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien tampak meringis</li> <li>➤ klien tampak gelisah</li> <li>➤ tampak luka post op sc sepanjang 12 cm</li> <li>➤ klien masih kesulitan untuk berpindah</li> <li>➤ TTV</li> </ul> <p>TD: 100/90mmHg N : 80 x/mnt S : 36 C RR : 20 x/mnt</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum terastasi</p> <p>P : Intervensi 8,9 dilanjutkan</p>

			<p>nonfarmakologi</p> <p>7. Meningkatkan istirahat</p> <p>8. kolaborasi dengan dokter tentang pemberian analgetik</p> <p>9. Memonitor vital sign</p>		
2	2	<p>Minggu</p> <p>11.11.2018</p> <p>10.00</p>	<p>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan luka post op sc</p> <p>2. Membatasi pengunjung</p> <p>3. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p> <p>4. Memonitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>5. infeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan</p> <p>6. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>7. Memonitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>8. infeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan</p>	15.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien mengatakan luka sudah kering tidak ada pus</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ luka tampak kering</li> <li>➤ tidak ada tampak bengkak disekitar luka</li> <li>➤ TTV TD : 100/80 mmHg</li> </ul> <p>N : 80 x/mnt</p> <p>S : 36 c</p> <p>RR : 20 x/mnt</p> <p>leukosit : 10.000</p> <p>A : masalah resiko infeksi sudah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>

			<p>9. Mengajarkan tentang cara menghindari infeksi</p> <p>10. Mendorong istirahat</p>		
3	3	<p>Minggu</p> <p>11.11.2018</p> <p>11.00</p>	<p>1. Menggunakan pendekatan yang menenangkan</p> <p>2. Memahami prespektif pasien terhadap situasi stres</p> <p>3. Menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</p> <p>4. Mendorong keluarga untuk menemani anak</p> <p>5. Mendengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>6. Mengidentifikasi tingkat kecemasan</p> <p>7. Membantu pasien untuk mengenali situasi yang menimbulkan kecemasan</p>	17.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien mengatakan tidak cemas lagi terhadap lukanya</li> <li>➤ klien mengatakan bayinya sudah dibolehkan pulang</li> <li>➤ klien mengatakan sudah tenang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ klien tampak tenang</li> <li>➤ klien tampak sudah rileks</li> <li>➤ klien sudah mampu untuk berpindah</li> <li>➤ TTV TD : 100/80 mmHg</li> <li>N : 80 x/mnt</li> <li>S : 36 C</li> <li>RR : 20 x/mnt</li> </ul> <p>A : masalah ansietas sudah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>



			<p>8. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p> <p>9. menunjukan dan berlatih teknik relaksasi dengan pasien</p> <p>10. Mengintruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi</p>		
--	--	--	--	--	--

## **BAB IV PEMBAHASAN**

Pada pembahasan ini akan menguraikan dan membahas antara teori dengan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan post op sectio caesarea dengan *biologic nurturing led feeding* yang dilaksanakan selama 3 hari, pada tanggal 09-11 Novemer 2018 di ruang bersalin RSUD H. Hanafie Muara Bungo. Berikut akan diuraikan pelaksanaan keperawatan pada Ny. M dengan post op sectio caesarea dengan *biologic nurturing led feeding* sesuai fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

### **A. Pengkajian**

Pengkajian pada Ny. M 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).

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 November 2018 diperoleh status Ny. M dibawa kerumah sakit dengan keluhan sakit pinggang sejak 1 hari yang lalu, sakit dibagian abdomen, keluar lendir dan darah (+). Pada saat pengkajian klien tampak gelisah dan sedih, klien mengatakan cemas terhadap lukanya, klien mengatakan terpikir bayinya, klien mengeluh nyeri pada luka post op sc skala nyeri 8 nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, luka tampak kemerahan, bengkak disekitar luka, panjang luka 12 cm, TTV : nadi: 85x/mnt, RR: 20x/mnt, TD: 120/90 mmHg, S: 36 C.

kesimpulan berdasarkan hasil pengkajian teoritis tidak semua hasil ditemukan pada pengkajian kasus.

## B. Diagnosa Keperawatan

Secara teori ada 5 diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus sc dan semua diagnosa kasus ada dalam teori, pada diagnosa teori yang tidak ada dalam kasus ada 1 yaitu :

1. Defisit pengetahuan tentang ibu nifas

Diagnosa yang ditegakkan didalam kasus :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2. Resiko Infeksi berhubungan dengan trauma pembedahan (luka post op sc)
3. Ansietas berhubungan dengan trauma pembedahan (luka post op sc), karena saat pengkajian klien mengatakan cemas dengan luka operasinya, klien juga tidak tahu bagaimana cara perawatan luka bekas operasi, klien juga mengatakan takut

## C. Intervensi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Pada intervensi ini melakukan penanganan nyeri secara nonfarmakologi yaitu *biologic nurturing baby led feeding* yang dapat mengurangi nyeri pada pasien post op sectio caesare.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rini Susilo (2018) tentang penurunan nyeri pada ibu post op sectio caesare pasca intervensi *biologic nurturing baby led feeding*. Dari hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa ada perbedaan setelah dilakukan intervensi *biologic nurturing baby led feeding* mampu mengalihkan toleransi nyeri dan ambang batas nyeri saat dan setelah ibu menjalani aktivitas menyusui dan kontak langsung dengan bayi, dengan menyusui ibu mau beradaptasi serta berespon terhadap nyeri dengan lebih baik, sehingga ibu lebih toleran terhadap rasa nyeri yang dialaminya.

Intervensi tersebut juga sejalan dengan penelitian metasari des, dkk, (2018) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan nyeri post operasi sectio caesare di RS. Raflessia Bengkulu. Dari hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi respon nyeri adalah dengan cara mobilisasi dini, dengan cara tersebut dapat mempengaruhi respon nyeri terhadap insisi luka operasi.

2. Resiko Infeksi berhubungan dengan trauma pembedahan (luka post op sc)

Adapun intervensinya cuci tangan sebelum dan sesudah perawatan luka post op sc, batasi pengunjung, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local, monitor kerentanan terhadap infeksi, infeksi kuku dan membran mukosa terhadap kemerahan, ajarkan tentang cara menghindari infeksi dan dorong istirahat.

3. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

Intervensi ansietas adalah gunakan pendekatan yang menenangkan, pahami perspektif pasien terhadap situasi stress, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut, dorong keluarga untuk menemani anak, dengarkan dengan penuh perhatian, identifikasi tingkat kecemasan, bantu pasien untuk mengenali situasi yang menimbulkan kecemasan, dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi, menunjukkan dan berlatih teknik relaksasi dengan pasien dan intruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi

#### **D. Implementasi**

Pada tahap pelaksanaan ini, pada dasarnya disesuaikan dengan susunan perencanaan serta asuhan keperawatan yang diberikan pada klien difokuskan dan penanganannya bersifat menyeluruh. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini, melibatkan klien, keluarga dan tim kesehatan lain

sehingga dapat bekerjasama dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien.

#### **E. Evaluasi**

Tahap evaluasi adalah menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Dari 3 diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan belum teratasi dan dilanjutkan oleh perawat ruangan Kebidanan.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. KESIMPULAN

1. Pada hasil pengkajian dengan masalah pemenuhan rasa nyaman nyeri post op sc dengan *biologic nurturing led feeding* sama dengan yang terdapat dikonsep diri.
2. Dalam pengkajian diagnosa keperawatan antara teori dan kasus berbeda. Pada pengkajian kasus diagnosa keperawatan yang ditemukan ada 3 dan pada teori diagnosa keperawatan yang ditemukan ada 4. diagnose teori yang tidak ditegakkan pada kasus yaitu :
  - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri
  - b. Defisit pengetahuan tentang perawatan ibu nifas dan perawatan post op sc berhubungan dengan kurangnya sumber informasi
  - c. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif, paparan lingkungan patogen
  - d. Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur pembedahan, penyunbuan, dan perawatan post op scSedangkan diagnosa yang muncul pada kasus yaitu :
  - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
  - b. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma pembedahan (luka post op sc)
  - c. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan
3. Perencanaan pada kasus pemenuhan rasa nyaman nyeri post op sc dengan *biologic nurturing led feeding* seperti perencanaan pada teori namun tidak semua perencanaan yang ada pada teori dilaksanakan pada kasus karena disesuaikan dengan kondisi pasien.
4. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan secara langsung pada pasien tidak ditemukan kesulitan dalam melakukan tindakan keperawatan.
5. Pada saat mengevaluasi perkembangan pada pasien pemenuhan rasa nyaman nyeri post op sc dengan *biologic nurturing led feeding* diagnosa 1 belum teratasi, dan hanya 3 hari perawatan saja, dan

intervensi dilanjutkan oleh bidan diruangan kebidanan karena keperawatan dilakukan hanya 3 hari. Dari 3 diagnosa yang muncul pada asuhan keperawatan pada pasien pemenuhan rasa nyaman nyeri post op sc belum selesai, intervensi akan dilanjutkan oleh bidan/perawat di ruangan tersebut.

## **B. SARAN**

### **1. Bagi pasien**

Perlu ditingkatkan pemeriksaan kehamilan yang beresiko terhadap terjadinya *sectio caesare* salah satunya yaitu akibat preeklamsia, ketuban pecah dini, letak bayi, panggul sempit dan terjadinya kenaikan berat badan diluar batas normal, serta pemahaman tentang diet tinggi protein dan rendah garam supaya tidak terjadi peningkatan tekanan darah dan diharapkan kepada bidan/perawat dapat mempromosikan ke masyarakat sekitar untuk meminimalisir terjadinya ibu hamil dengan preeklamsia.

### **2. Bagi institusi**

Diharapkan laporan akhir ini dapat menjadi hal yang bermanfaat dan dapat menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada persalinan sc dengan preeklamsia berat dan sebagai referensi selanjutnya yang berkaitan dengan judul pemenuhan rasa nyaman nyeri post op sc dengan *biologic nurturing led feeding*.

### **3. Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan tetap mempertahankan standar pelayanan yang baik terutama kepada kasus risiko tinggi, dan meningkatkan kolaborasi dengan tenaga medis yang terkoordinir dengan baik

### **4. Bagi profesi keperawatan**

Tenaga kesehatan hendaknya lebih giat dalam promosi kesehatan terutama pada penyuluhan tanda bahaya kehamilan dan menganjurkan ibu hamil untuk senantiasa melakukan ANC rutin minimal 4x kunjungan kepada tenaga kesehatan supaya tekanan darah

dapat dipantau sejak awal kehamilan dan dapat dilakukan penanganan lebih dini.



## DAFTAR PUSTAKA

- Angsar m. D. 2014. Jurnal kesehatan tentang factor resiko yang berhubungan dengan kejadian preeclampsia pada ibu hamil.
- Asfiyati. 2012. *proses penatalaksanaan asuhan keperawatan post operasi sectio caesaria*atas indikasi pre eklampsia berat pada Ny. Z di ruang An Nisa RS PKUMuhammadiyah Surakarta.
- Ayunigtyas, dkk. 2018. *Etika Kesehatan Pada Persalinan Melalui Secio Caesarea Tanpa indikasi Medis*. Universitas Sriwijaya : Dikutip tanggal 21 November 2018, pukul 19.05 WIB.
- Caraspot. 2010. Proses Keperawatan NANDA, NOC &NIC. Yogyakarta : mocaMedia
- Carpenito. 2001. *Rencana Asuhan & Dokumentasi Keperawatan, Diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif*. Jakarta: EGC
- Department Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia. (Riskerdas).
- Department Kesehatan Republik Indonesia. 2015. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia. (Riskerdas).
- Gafur dkk. 2012. Hubungan antara orimigravida dengan preeclampsia.
- Johnson, M., *et all*. 2000. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Second Edition*. New Jersey: Upper Saddle River
- Mansjoer, A. 2011. *Asuhan Keperawatn Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika
- Manuaba, Ida Bagus Gede. 2012. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*, Jakarta : EGC
- Mc Closkey, C.J., *et all*. 1996. *Nursing Interventions Classification (NIC) Second Edition*. New Jersey: Upper Saddle River
- Muchtar. 2005. *Obstetri patologi*, Cetakan I. Jakarta : EGC
- Nursalam. 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : konsep dan Praktik*. Jakarta : Salemba Medika.
- Philiph N Baker & Debbie Holmes, 2011. *Buku ajar kebidanan*. Jakarta : EGC

- Prawiroharjo, Sarwono. 2010. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawiroharjo*, Ed 4. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Saifuddin, A.B. 2011. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta : P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, AB. 2002. *Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta : penerbit yayasan bina pustaka sarwono prawirohardjo
- Santosa, Budi. 2007. *Panduan Diagnosa Keperawatan NANDA 2005-2006*. Jakarta: Prima Medika
- Sarwono Prawiroharjo. 2009. *Ilmu Kebidanan*, Edisi 4 Cetakan II. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- Sulistyawati, Ari. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta : Salemba Medika
- Winkjosastro, Hanafi. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Penerbit YBP-SP